Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Winter 2023, Volume 9, Issue 2 https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5

The Effect of Using a Pain Self-management Program on Self-efficacy and Acceptance of Pain in the Elderlies with Chronic Back Pain: A Clinical Trial Study

Zahra Maghdouri[1], Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi[2*], Kian Norouzi Tabrizi[3], Hajar Sadeghi[4], Khodabakhsh Javanshir[5], Mohsen Vahedi[6]

1- MSC student in Geriatric Nursing, Department of Nursing, School of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2- Professor, Department of Nursing, School of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3- Associate Professor, Department of Nursing, School of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran,Iran.
4- PhD Candidate in Nursing, Student Research Committee, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
5- Associate Professor of Physiotherapy, Department of Physiotherapy, School of Rehabilitation, Mobility Impairment Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.
6- Assistant Professor of Biostatistics, School of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Farahnaz Mohammadi-Shahboulaghi, Department of Nursing, School of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
Email: mohammadifarahnaz@gmail.com

Received: 2022/08/13 Accepted: 2022/08/29

Abstract

Introduction: Chronic back pain is the most common type of musculoskeletal pain and the main cause of disability in the elderly. The self-management training program for chronic back pain control has positive consequences for the elderly and the health system. This research was conducted with the aim of determining the effect of implementing a self-management program on self-efficacy and acceptance of pain in the elderly with chronic back pain who referred to the specialized clinics of Babol University of Medical Sciences in 2021.

Methods: The present study was a clinical trial of a pre-test-post-test design, applied type. The research sample of 100 elderly people was allocated to two intervention and control groups by means of available sampling and random sequence using variable blocks method. The self-management program included awareness and cognition, problem solving process, stress control, muscle relaxation, and sports exercises. The patients were trained for four weeks and followed up for one month. Data were collected with pain self-efficacy questionnaire and pain acceptance questionnaire before, after and one month after the intervention. The results were analyzed using SPSS version 22 software at a significance level of <0.05.

Results: There was no significant difference in the average self-efficacy and pain acceptance between the intervention and control groups before the intervention, while there was a significant difference between the two groups after the intervention in the average self-efficacy and pain acceptance ($P<0.001$). Also, the findings indicated that there was a significant improvement in the average self-efficacy and acceptance of pain before and after the implementation of the intervention in the intervention group ($P<0.001$).

Conclusions: Self-management program training has a positive effect on improving self-efficacy and acceptance of pain in the elderly, so the use of this non-pharmacological and supportive method can be used by nurses as an effective method to control chronic back pain.

Keywords: Self-management, Pain self-efficacy, Pain acceptance, Elderly, Back pain.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

زمستان ۱۴۰۱، دوره ۹، شماره ۲

https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5

تاثیر بکارگیری برنامه خود مدیریتی درد بر خودکارآمدی و پذیرش درد در سالمندان مبتلا به کمردرد مزمن: مطالعه کارآزمایی بالینی

زهرا مقدوری[۱]، فرحناز محمدی شاهبلاغی[۲*]، کیان نوروزی تبریزی[۳]، هاجر صادقی[۴]، خدابخش جوانشیر[۵]، محسن واحدی[۶]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۲- استاد، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳- دانشیار، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۴- دانشجوی دکترای پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۵- دانشیار، دکترای تخصصی فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، مرکز تحقیقات اختلال حرکت، پژوهشکده، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران.
۶- استادیار، گروه آمار زیستی - اپیدمیولوژی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: فرحناز محمدی شاهبلاغی، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
ایمیل: mohammadifarahnaz@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۷

چکیده

مقدمه: کمردرد مزمن شایع ترین انواع درد اسکلتی– عضلانی و علت اصلی ناتوانی در سالمندان است. برنامه آموزش خود مدیریتی برای کنترل کمردردمزمن پیامدهای مثبت برای سالمندان و نظام سلامت دارد. این پژوهش با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه خودمدیریتی بر خودکارآمدی و پذیرش درد در سالمندان مبتلا به کمردرد مزمن مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، کارآزمایی بالینی طرح پیش آزمون – پس آزمون، نوع کاربردی بود. نمونه پژوهش ۱۰۰ سالمند، به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توالی تصادفی با استفاده از روش بلوک های متغیر (جایگشتی) به دو گروه مداخله و شاهد تخصیص یافتند. برنامه خودمدیریتی شامل آگاهی و شناخت، فرایند حل مسئله، کنترل استرس، آرام سازی عضلانی و تمرینات ورزشی بود، طی چهار هفته به بیماران آموزش و مدت یک ماه پی گیری گردید. داده ها با پرسشنامه خودکارآمدی درد و پرسشنامه پذیرش درد قبل، بعد و یک ماه پس از مداخله جمع آوری گردید. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری پنج درصد تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: تفاوت معناداری در میانگین خودکارآمدی و پذیرش درد بین دو گروه مداخله و شاهد قبل از اجرای مداخله مشاهده نشد، درحالی که بین دو گروه، پس از اجرای مداخله در میانگین خودکارآمدی و پذیرش درد تفاوت معناداری مشاهده شد ($p<۰/۰۰۱$). همچنین یافته ها بیانگر آن بود که بهبودی معناداری در میانگین خودکارآمدی و پذیرش درد قبل و بعد از اجرای مداخله در گروه مداخله وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: آموزش برنامه خودمدیریتی در ارتقاء خودکارآمدی و پذیرش درد سالمندان اثر مثبت دارد، لذا به کارگیری این روش غیردارویی و حمایتی می تواند توسط پرستاران یک روش موثر، در کنترل کمردرد مزمن به کارگرفته شود.

کلیدواژه ها: خودمدیریتی، خودکارآمدی درد، پذیرش درد، سالمند، کمردرد.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

مقدمه

بیماری های مزمن از نگرانی های اصلی و مهم در جمعیت سالمندان بوده و شیوع آن رو به افزایش می باشد (۱). کمردرد یک اختلال اسکلتی- عضلانی و علت اصلی ناتوانی در سالمندان می باشد(۲). شیوع درد مزمن در سالمندان در جوامع مختلف، از ۵۴ تا ۷۰ درصد تخمین زده شده است (۳). بررسی ها، میانگین شیوع درد مزمن را در جمعیت سالمندان، ۱۵درصد گزارش کردند و سازمان بهداشت جهانی این رقم را ۲۰ درصد تخمین می زند. شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر در جمعیت سالمند (۹۰-۶۰ سال) ایرانی حدود ۶۷ درصد گزارش شده است (۴).

برنامه خودمدیریتی جایگاه ویژه ای در مدیریت درد مزمن به دست آورده است (۵) و مجموعه راهبردهایی است که روش های اختصاصی مراقبت از سلامتی را ارائه می دهد (۶). هدف خودمدیریتی این است، استقلال را به بیمار برگردانده ، تا با کمک به آنها در دستیابی و حفظ شایستگی هایشان به طورکارآمد وضعیت خود را مدیریت کنند (۷).

برنامه های خودمدیریتی ابعاد جسمی، روانشناختی و اجتماعی را با یکدیگر ادغام نموده و یک رویکرد آموزشی را به بیماران می دهند، که با تغییر رفتارهای شناختی، عاطفی و رفتاری خود برابر درد و ایجاد خودکارآمدی در کنترل درد و عواقب آن، راهکارهای خاصی را برای کاهش درد و پیشگیری از شدت درد در نظر بگیرند (۸). روند آموزشی برنامه خودمدیریتی بیماریهای مزمن، بر اساس تئوری خودکارآمدی آلبرت بندورا است که به باورها یا قضاوت های فرد درباره توانایی های خود در انجام وظایف و مسؤولیت ها اشاره دارد(۹) و یک پیش شرط مهم برای خودمراقبتی موفقیت آمیز و تغییر رفتار است (۱۰). ارتقاء خودکارآمدی منجر به نتایج بهتر خود مدیریتی و رسیدن به اهداف درمانی می گردد (۱۱).

یکی از استراتژی های کلیدی برای کاهش درد، پذیرش درد می باشد. و به معنی باورداشتن درد و ناتوانی های ناشی از آن بوده، که به فرد در جهت تلاش برای کنترل درد کمک می نماید (۱۲) و اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است و موجب می شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه داده و برای کنترل درد ، تلاش نماید (۱۳). پذیرش ماهیت مزمن درد، گامی ضروری است که افراد قبل از آمادگی برای گوش دادن به آموزش های خودمدیریتی باید ماهیت مزمن درد خود را بپذیرند (۱۴). در پذیرش درد، فرد اقدامات غیر مؤثر برای کاهش درد را متوقف نموده و بر مشارکت در فعالیت های ارزشمند تمرکز می‌کند، همچنین موجب عملکرد روانی و جسمی مناسب تری جهت بیماران می شود (۱۵).

مطالعات بسیاری در زمینه نقش برنامه ی خودمدیریتی درد، در کنترل کمردرد مزمن انجام شده است. هرچند، نتایج حاصل از آنها متناقض بوده است، مطالعه تومی و همکاران (۲۰۱۵) در مورد اثربخشی مداخلات خودمدیریتی برای بهبود بیماران مبتلا به درد مزمن، تفاوت معنی داری را در اثربخشی بین مداخلات خودمدیریتی و مدیریت معمول نشان نداد(۱۶, ۱۷). نتایج مطالعه کئو و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد در تحقیقات خودمدیریتی درد برای کمردرد مزمن شواهدکافی وجود ندارد(۱۸). همچنین، مطالعه مرور نظام مند اولیوریا و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد، که مداخلات خودمدیریتی اثرات اندکی بر درد و ناتوانی بیماران با کمردرد مزمن دارند (۱۹). در مقابل داماش و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند برنامه خود مدیریتی می تواند منجر به بهبود خودکارآمدی در بین بیماران با دردهای مزمن اسکلتی- عضلانی شود (۲۰). این مطالعات اگر چه یافته های متناقض در اثر بخشی خود مدیریتی درد ارائه می کنند ، اما نقش مهمی در روشن شدن نقش خود مدیریتی در کمردرد مزمن داشته اند. با این حال، بر اساس شواهد موجود، همچنان مسائل مهمی وجود دارد، از جمله برخی از مطالعات مروری نظام مند، برنامه خودمدیریتی را به عنوان برنامه مداخله ای دقیق و اختصاصی مورد بررسی قرار نداده اند. بعلاوه، اگرچه هیچ یک از بررسی های نظام مند منتشر شده، پیامدهای اصلی و ثانویه را در مطالعات کارآزمایی بالینی بررسی نکرده اند، پیامد های مختلف می تواند تحت تاثیر ماهیت متفاوت مداخلات مختلف قرار گیرد. در مطالعه مروری اولیویرا و همکاران (۲۰۱۸) بر روی مداخلات خود مدیریتی، نتیجه گیری خاصی از نقش خودمدیریتی در کمردرد مزمن وجود نداشت(۱۹) و در مطالعه مروری نظام مند شیژنگ و همکاران (۲۰۱۱) مشخص شد که شواهد کافی در مورد اثربخشی خودمدیریتی بر روی شدت درد و ناتوانی ناشی از کمر درد مزمن وجود ندارد. همچنین فو و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که آموزش برنامه خودمدیریتی در سالمندان مبتلا به بیماریهای مزمن باعث افزایش خودکارآمدی و وضعیت سلامت بهتر بیماران می شود (۲۱). با توجه به نتایج متناقض و مبهم در مورد تاثیر برنامه های

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

خود مدیریتی، به پیشنهاد مطالعات پیشین همچنان انجام مطالعات بیشتری جهت بروزرسانی و شفاف سازی این نتایج توصیه می شود (۲۲). نظر به اینکه یکی از اهداف درمان، به حداقل رساندن ناتوانی در سالمندان است و در ایران تاکنون مطالعه ای با این عنوان انجام نشده است و کنترل درد، جزو مهمی از مراقبت پرستاری تلقی میشود که انجمن درد آمریکا عبارت «درد: پنجمین علامت حیاتی»، را برای تاکید بر اهمیت آن و افزایش آگاهی اعضای تیم بهداشتی در مورد کنترل درد، رواج داده است (۲۳). بنابراین با توجه به شیوع روزافزون دردهای اسکلتی- عضلانی و مشکلات همراه آن، از جمله کمردرد مزمن (۳) و نیز اهمیت سلامت سالمندان در جامعه، پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه خود مدیریتی، بر خود کارآمدی و پذیرش درد در سالمندان مبتلا به کمر درد مزمن انجام شد.

روش کار

این پژوهش، مطالعه کارآزمایی کنترل دار تصادفی و از نوع کاربردی بود. که پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران و هماهنگی با معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل و مسئولین درمانگاه انجام شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه (۲۴)، و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰درصد، ۴۵ نفر در هر گروه تعیین و نهایتاً با توجه به احتمال ریزش ۱۰درصد نمونه ها ۵۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد، در طول فرایند اجرا ۱نفر از گروه مداخله به علت فوت و ۱نفر از گروه شاهد به علت عدم همکاری از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۹۸ سالمند باقی ماند.

$$2\frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}}+z_{1-\beta}\right)^2(\delta_1{}^2+\delta_2{}^2)}{d^2}$$

$$n=\frac{(1.96+0.85)^2(24.2^2+22.7^2)}{19.6^2}=۴۵ \qquad n=۴۵$$

جامعه آماری این پژوهش شامل سالمندان مبتلا به کمردرد مزمن مراجعه کننده به درمانگاه های مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی، یحیی نژاد و آیت ا... روحانی بود. از میان سالمندان مراجعه‌کننده به این مراکز، ۱۰۰ نفر سالمند (مرکز آموزشی درمانی شهید یحیی نژاد (۳۲ نفر)، آیت ا... روحانی (۳۶ نفر) و شهیدبهشتی (۳۲ نفر)، بر اساس معیارهای ورود انتخاب و با تخصیص تصادفی با استفاده از روش بلوک های متغیر (جایگشتی) در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ سن ۶۰ سال و بالاتر، دارای سواد خواندن و نوشتن، عدم شرکت در مداخلات مشابه، توانایی ذهنی- شناختی مناسب با توجه به ابزار مختصر وضعیت شناختی (AMT)، نداشتن سابقه جراحی روی کمر و ناتوانی های حرکتی و معلولیت، داشتن علائم رادیولوژیک با تایید پزشک معالج و ابتلا به کمردردی که بیش از ۳ماه ادامه داشته باشد. معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ غیبت بیش از یک جلسه در برنامه آموزشی، عدم تمایل به ادامه شرکت در برنامه آموزش خودمدیریتی ، ایجاد درد شدید کمر و عوارض شدید جسمی بود.

ابزار گردآوری داده ها عبارت بود از:

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: مشتمل بر ۷ سوال (سن، جنس، تأهل، میزان تحصیلات، شغل، مراقبین خانوادگی) و ۷ سوال اطلاعات مربوط به بیماری (مدت ابتلا به بیماری، سایر بیماری های همراه، نوع داروی مسکن مورد استفاده، استفاده منظم از داروها، دفعات مراجعه به پزشک، سابقه بستری، دفعات بستری) بود. هدف از بررسی این متغیرها بررسی وضعیت کلی سلامت سالمند و تعیین معیارهای ورود و تسهیل ارزیابی پیامدهای مداخله بود.

پرسشنامه آزمون کوتاه شده شناختی (AMT): پرسشنامه کوتاه وضعیت شناختی شامل ۱۰ سوال بود و کسب نمره ۷ و بالاتر به معنای وضعیت شناختی طبیعی تلقی می شد. در مطالعه ی فروغان و همکاران (۱۳۸۵) با عنوان "هنجاریابی معاینه مختصر وضعیت شناختی سالمندان شهر تهران" روانسنجی در دو مرحله انجام شد و از روایی رضایتبخشی برخوردار بود α=۰/۷۸ و در نقطه برش ۲۱ حساسیت ۹۰٪ درصد و ویژگی ۸۴٪ به دست آمد (۲۵).

پرسشنامه خودکارآمدی درد: پرسشنامه ۱۰ سوالی براساس نظریه بندورا ، توسط نیکلاس (۱۹۸۹) ساخته شده است. سوالات در یک دامنه ۷ درجه ای لیکرت از ۰ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۶ (کاملاً مطمئن هستم) است. همچنین دامنه نمرات آن از ۰ تا ۶۰ بوده است، که نمره بالاتر بیانگر باور قدرتمند در انجام فعالیتهای روزمره می باشد. میزان پایایی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

بـا روش هـای آلفـای کرونبـاخ، روش دو نیمـه کـردن و روش بازآزمایـی بـه ترتیـب ۰/۸۱، ۰/۷۸، ۰/۷۷ بـه دسـت آمـد. و روایی محتوایـی آن نیـز مـورد تاییـد قـرار گرفـت (۲۶). بررسـی نسـخه فارسـی ایـن پرسشـنامه توسـط اصغـری و نیـکلاس انجـام شـد. روایـی پرسشـنامه خودکارآمدی درد طی بررسـی نتایـج تحلیـل عاملـی تأییـدی در یـک نمونـه ۳۴۸ نفـری از بیمـاران مبتلا بـه درد مزمـن مـورد تاییـد قـرار گرفـت، همچنیـن میـزان پایایـی بر اسـاس ضریب آلفـای کرونباخ برابـر با ۰/۹۲ بدسـت آمـد (۲۷). پرسشـنامه پذیـرش درد مزمـن: توسـط مـک کراکـن و وولـز تهیـه شـده، شامل۲۰ آیتـم در یـک مقیـاس ۷ درجـه ای (از صفـر تـا ۶) نمـره گـذاری مـی شـود، عبـارات ابـزار فـوق در مقیـاس لیکـرت ۵ قسـمتی بـه صـورت همیشـه (۴ نمـره)، اغلـب (۳ نمـره)، گاهـی (۲ نمـره)، به نـدرت (۱ نمـره)، و هرگز (صفـر) طراحـی شـده کـه نمـره بالاتر نشـان دهنـده پذیـرش درد مزمـن مناسـب تر در سـالمندان است. پایایی پرسشـنامه بـا اسـتفاده از روش هـای همسـانی درونـی (α=۰/۸۳) و ثبـات از طریـق آزمـون مجـدد بـا اسـتفاده از ضریب همبسـتگی درون خوشـه ای ۰/۸۵ تعییـن گردیده اسـت . متوسـط شـاخص روائـی محتـوای ابـزار (۰/۹۲)، محاسـبه گردیـد (۲۸) ایـن پرسشـنامه توسـط شـیرازی و همـکاران، جهـت سـالمندان مبتـلا بـه درد مزمـن روانسـنجی شـد. ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۷۴ گزارش شد. روایـی آن بـا اسـتفاده از روائـی صـوری (کیفـی و کمـی)، روائی محتـوا (کیفـی و کمـی) و روائی سـازه (تحلیل عاملی اکتشـافی (مـورد تأیید قـرار گرفـت (۱۲).

جهـت انجـام ایـن پژوهش، پـس از تصویـب وکسـب مجوزکمیته اخـلاق در پژوهـش بـه شـماره. IR.USWR.REC.1400.026 دانشـگاه علـوم توانبخشـی و سـلامت اجتماعـی جهـت انجـام مطالعـه، در مرکـز ثبـت کارآزمایـی بالینـی ایـران (IRCT) بـا کد IRCT20210613051569N1 ثبـت گردیـد. پـس از انتخـاب بیمـاران و تعییـن گـروه هـا بـه طـور جداگانـه توضیحـات لازم در مـورد اهـداف مطالعـه و محرمانـه بـودن اطلاعات، مراحـل و مدت مطالعـه بـه نمونـه هـای هـر دو گـروه ارائه و پـس از اخـذ رضایت آگاهانـه ، از طریـق تلفـن از بیمـاران هـر دو گـروه درخواسـت شـد کـه در تاریـخ هـای تعییـن شـده بـه مـکان آمـوزش مراجعـه نماینـد. قبـل از شـروع مداخلـه پرسشـنامه ها بـرای گـروه مداخله و شـاهد از طریـق مصاحبـه بـا بیمـاران تکمیـل شـد. بـه دلیـل همـه گیـری کووید-۱۹ بـا حفـظ پروتـکل بهداشـتی ورعایـت فاصلـه گـذاری فیزیکـی، گـروه مداخلـه بـه گروههـای ۱۰-۸ نفـره تقسـیم شـدند ، بـه منظـور کاهـش مواجهـه سـالمندان بـا سـایر بیمـاران مراجعـه کننـده بـه درمانـگاه ، مـکان جلسـات آموزشـی در دانشـگاه علـوم پزشـکی بابـل (کلاس عملـی دانشـکده توانبخشـی) بـا امکانـات لازم برگـزار گردیـد. پژوهشـگر ضمـن دریافـت آمـوزش و اخـذ گواهـی از متخصـص فیزیوتراپـی تمرینـات ورزشـی و آرام سـازی را بـه سـالمندان گـروه مداخلـه آمـوزش داد بـرای گـروه مداخلـه ۴ جلسـه آموزشـی بـه صـورت یـک روز در هفتـه و هـر جلسـه بـه مـدت ۷۰ دقیقـه آمـوزش برنامـه خودمدیریتـی بـه روش گروهـی بـر اسـاس تحمـل سـالمندان، ارائـه گردیـد.

مباحـث بـه صـورت بحـث گروهـی، پرسـش و پاسـخ و از طریـق فرآینـد حـل مسـئله بـا شـرکت فعالانـه بیمـاران انجـام شـد، بـه ایـن ترتیـب کـه از سـالمندان خواسـته شـد. بـا ذکـر مثـال هـای عینـی از مشـکلات زندگـی واقعـی مواجـه شـده و تحـت نظـر پژوهشـگر و بحـث گروهـی راه حـل هـای مناسـب ارائـه گردیـد و بـه ایـن ترتیـب عمـلاً در انتخـاب راه حـل هـا در مواجهـه بـا مشـکلات مرتبـط بـا بیمـاری شـرکت داشـتند.

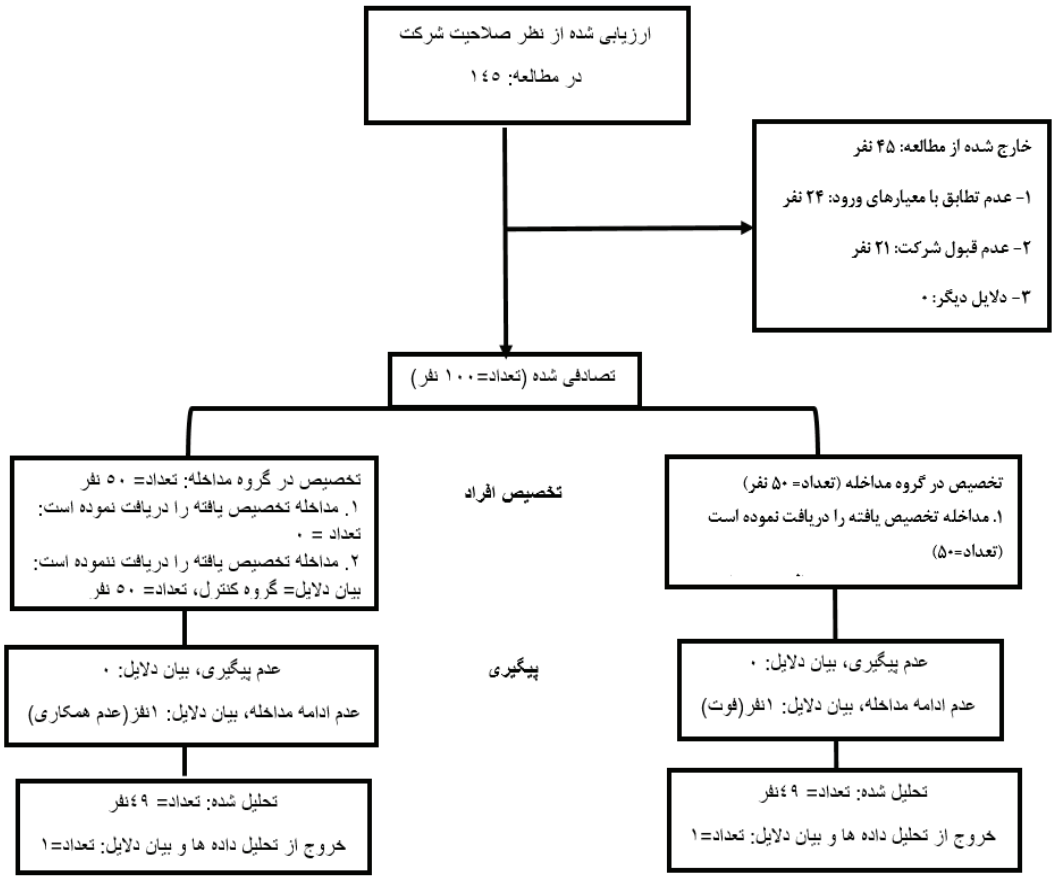
مطالـب و محتـوای آموزشـی در قالـب لـوح فشـرده و کتابچـه مصـور آموزشـی)کـه محتـوای آن توسـط صاحـب نظـران، اسـاتید متخصصیـن ارتوپـدی و جـراح مغـز و اعصـاب، اسـاتید رشـته هـای روانپرسـتاری، روانشناسـی، پرسـتاری سـالمندی و فیزیوتراپـی دانشـگاه علـوم پزشـکی بابـل و دانشـگاه علـوم توانبخشـی و سـلامت اجتماعـی مـورد تاییـد قـرار گرفـت (تهیه و در پایـان هـر جلسـه آموزشـی محتـوای آمـوزش همـان جلسـه در اختیـار بیمـاران قـرار گرفـت. و از بیمـاران درخواسـت مـی گردیـد کـه محتـوای آموزشـی ارائـه شـده را در منـزل تمریـن نمایتـد (جـدول ۱).

در پایـان آخریـن جلسـه آموزشـی پـس از اجـرای آمـوزش، پرسشـنامه هـا توسـط دو گـروه مداخلـه و شـاهد تکمیـل شـده و طـی مـدت یـک مـاه بعـد از اتمـام جلسـات آموزشـی، توسـط پژوهشـگر پیگیـری تلفنـی هفتـه ای یـک بـار بـرای هر بیمـار در گـروه مداخلـه بـه منظـور تشـویق و انجـام آمـوزش ها بعمـل آمد و بیمـار طـی فرصـت یـک ماهـه چـک لیسـت خـود گـزارش دهـی را تکمیـل و بدیـن ترتیـب بـر نحـوه انجـام برنامـه پیگیری لازم بعمـل آمـد. بعـد از مـدت یـک مـاه ، پرسشـنامه هـا توسـط دو گـروه تکمیـل و از آنهـا جهـت شـرکت در پژوهـش قدردانـی گردیـد. بـه منظـور رعایـت و حفـظ اصـول اخـلاق پژوهـش، یک جلسـه حضـوری آموزشـی و تشـریح محتـوای آموزشـی برگـزار گردیـد و لـوح فشـرده و کتابچـه آموزشـی در اختیـار گـروه کنتـرل قـرار گرفـت.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

نتایج به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و برای تعیین همگنی بیماران از نظر متغیرهای کیفی، از آزمون کای اسکوئر و متغیر کمی از آزمون تی مستقل و من ویتنی استفاده شد. همچنین برای مقایسه میانگین متغیرهای مورد بررسی از آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرراستفاده شد. جهت بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون شاپیرو ویلک در سطح معناداری پنج درصد تجزیه و تحلیل شد.



نمودار ۱: کانسورت

جدول ۱: شرح محتوای جلسات برنامه خود مدیریتی درد بر خودکارآمدی و پذیرش درد در سالمندان مبتلا به کمردرد مزمن

شرح مداخله
جلسه اول: معارفه و بیان اهداف آموزش، ارتقاء سطح دانش و آگاهی در مورد دردمزمن و اختلال کمردرد، علل، علائم و عوامل تشدیدکننده کمردرد مزمن، روش‌های درمان و کنترل ، اهداف مدیریت درد مزمن.
جلسه دوم: مرور و یادآوری در مورد مطالب آموخته شده قبل، تاکید بر اهداف مدیریت دردمزمن، تکنیک های حل مسئله، آموزش روش‌های جسمی کنترل کمردرد مزمن، نقش و اهمیت ورزش در مدیریت کمردرد، فواید ورزش،آموزش عملی تمرینات ورزشی.
جلسه سوم: پرسش و پاسخ و مرور مطالب به صورت ساده، آموزش روش‌های روان‌شناختی در کنترل کمردرد مزمن، به چالش کشیدن افکار منفی، شرکت در فعالیتهای خوشایند، آموزش روش آرامسازی پیشرونده عضلانی به عنوان استراتژی های موثر مدیریت درد، نحوه ارتباط با خانواده و دوستان و تیم مراقبین بهداشتی، آموزش عملی تمرینات ورزشی و تکنیک های آرام سازی.
جلسه چهارم: مرور و یادآوری مطالب به صورت ساده ، نقش داروها در مدیریت درد ، بحث در خصوص انواع داروهای ضددرد، بحث در زمینه تصمیم گیری آگاهانه در مورد تمام روش های درمانی درد، جمع بندی درباره حفظ دستاوردهای حاصل از برنامه، آموزش عملی تمرینات ورزشی و تکنیک های آرام سازی.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

یافته ها

در گروه مداخله ۲۷ نفر مرد (۵۵/۱ درصد)، و در گروه کنترل ۲۶ نفر مرد (۵۳/۱ درصد) بودند (P=۰/۳۳۶). میانگین سنی افراد مورد مطالعه در گروه مداخله ۵/۵۷۹± ۶۶/۱۴ سال و در گروه کنترل ۵/۰۶۱± ۶۶/۳۹ سال بود (P=۰/۴۶۹). یافته‌های مطالعه نشان داد که دو گروه از نظر مشخصه‌های دموگرافیک با یکدیگر اختلاف معناداری از نظر آماری نداشتند (جدول ۱). در متغیر خودکارآمدی درد، با توجه به مقدار احتمال بدست آمده به وسیله آزمون t مستقل در جدول دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای برنامه خودمدیریتی درد از نظر میانگین خودکارآمدی درد با هم اختلاف معناداری نداشتند (P=۰/۷۳). اما بعد از اجرای آموزش خودمدیریتی درد این اختلاف معنادار بود (P<۰/۰۰۱). در متغیر پذیرش درد، با توجه به مقدار احتمال بدست آمده به وسیله آزمون t مستقل دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای برنامه خودمدیریتی درد از نظر میانگین پذیرش درد با هم اختلاف معناداری ندارند (P=۰/۶۶۱). اما بعد از اجرای مداخله این اختلاف معنادار بود (P<۰/۰۰۱). با توجه به مقدار احتمال بدست آمده به وسیله آزمون t مستقل، دو گروه مداخله و کنترل یک ماه بعد از اجرای برنامه خودمدیریتی درد از نظر میانگین خودکارآمدی درد و پذیرش درد، با هم اختلاف معناداری دارند(P<۰/۰۰۱) (جدول ۲). نتایج نشان داد در گروه کنترل بین میانگین خودکارآمدی درد (P=۰/۱۳) و پذیرش درد (P=۰/۱۸) در سه زمان (قبل، بعد از مداخله و یک ماه پس از مداخله) اختلاف معناداری مشاهده نشد. در گروه مداخله بین میانگین خودکارآمدی درد، در سه زمان اختلاف معناداری مشاهده شد(P<۰/۰۰۱) (جدول ۳). با توجه به اینکه بین میانگین خودکارآمدی درد و شدت درد، در سه زمان اختلاف معناداری مشاهده شد، برای مشخص شدن موارد در حالت‌های اندازه گیری شده نیاز به آزمون تعقیبی می‌باشد. نتایج مقایسه (آزمون تعقیبی LSD) سالمندان مبتلا به کمردرد مزمن به تفکیک سه زمان قبل، بعد و یک ماه پس از مداخله به صورت دو به دو از نظر میانگین خودکارآمدی درد در گروه مداخله گزارش شد. بین میانگین خودکارآمدی درد و پذیرش درد در گروه مداخله در مرحله اول و دوم، اول و سوم، دوم و سوم اختلاف معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۰۱) (جدول۴).

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر		گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه شاهد تعداد (درصد)	آزمون آماری P-Value*
جنسیت	زن	۲۲(۴۴/۹)	۲۳(۴۶/۹)	۰/۳۳۶
	مرد	۲۷(۵۵/۱)	۲۶(۵۳/۱)	
وضعیت تاهل	مجرد	۳(۶/۱)	۵(۱۰/۲)	۰/۲۸۱
	متاهل	۴۶(۹۳/۹)	۴۴(۸۹/۸)	
تحصیلات	ابتدایی	۸(۱۶/۳)	۱۱(۲۲/۴)	۰/۴۴۳
	متوسطه تا دیپلم	۲۷(۵۵/۱)	۲۲(۴۴/۹)	
	دانشگاهی	۱۴(۲۸/۶)	۱۱(۲۲/۴)	
مدت زمان ابتلاء (سال)	کمتر از ۳	۱(۲/۰)	۳(۶/۰)	۰/۹۲۹
	۳ تا ۵	۱۰(۲۰/۰)	۲۴(۴۸/۰)	
	۵ تا ۱۰	۱۸(۳۶/۰)	۱۵(۳۰/۰)	
	بیش از ۱۰	۲۰(۴۰/۰)	۸ (۱۶/۰)	
نوع بیماری	تنفسی	۲(۲/۴)	۳(۳/۵)	۰/۷۱۲
	قلبی	۹(۱۰/۸)	۸(۹/۳)	
	سرطان	۲(۲/۴)	۴(۴/۷)	
	پر فشاری خون	۱۷(۲۰/۵)	۱۸(۲۰/۹)	
	ناراحتی خفیف روانی، اضطراب و افسردگی	۶(۷/۲)	۵(۵/۸)	
	ناراحتی گوارشی	۱۹(۲۲/۹)	۱۶(۱۸/۶)	
	دیابت	۱۳(۱۵/۷)	۱۵(۱۷/۴)	
	سایر	۱۵(۱۸/۱)	۱۷(۱۹/۸)	

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

داروی مسکن	استامینوفن	۱۸(۳۶/۰)	۱۰(۲۰/۰)	۰/۸۰۱
	ایبوپروفن ناپروکسن دیکلوفناک	۲۸(۵۶/۰)	۲۹(۵۸/۰)	
	استامینوفن کدئین	۳(۶/۰)	۱۰(۲۰/۰)	
دفعات مراجعه	۰ تا ۳	۱۵(۳۱/۶۱)	۱۳(۲۶/۵۳)	۰/۱۹۰
	۴ تا ۶	۱۶(۳۲/۶۵)	۱۴(۲۸/۵۷)	
	۷ تا ۱۰	۱۸(۳۶/۷۴)	۲۲(۴۴/۹)	

* آزمون t مستقل

جدول ۲. مقایسه میانگین خودکارآمدی درد و پذیرش درد قبل، بلافاصله و یکماه بعد از مداخله در واحدهای پژوهش

متغیر	گروه	انحراف معیار± میانگین	*P-value
خودکارآمدی درد قبل از مداخله	کنترل	۳/۲۷۱ ±۰/۳۲۹	۰/۷۳۹
	مداخله	۳/۲۳ ±۰/۷۵۷	
خودکارآمدی درد بعد از مداخله	کنترل	۳/۴۱۴ ±۰/۴۴۱	<۰/۰۰۱
	مداخله	۴/۳۰۸ ±۰/۳۳۳	
خودکارآمدی درد یکماه بعد از مداخله	کنترل	۳/۳۸۷ ±۰/۴۷۶	<۰/۰۰۱
	مداخله	۵/۱۰۴ ±۰/۱۲۲	
پذیرش درد مزمن قبل از مداخله	کنترل	۳/۱۴ ±۰/۵۱۱	۰/۶۶۱
	مداخله	۳/۱۹ ±۰/۶۷۲	
پذیرش درد مزمن بعد از مداخله	کنترل	۳/۲۳ ±۰/۷۰۴	<۰/۰۰۱
	مداخله	۴/۹۴ ±۰/۲۳۹	
پذیرش درد مزمن یکماه بعد از مداخله	کنترل	۳/۲۷۵ ±۰/۵۸۲	<۰/۰۰۱
	مداخله	۵/۱۵۵ ±۰/۰۸۴	

Independent T-test *

جدول ۳. نتایج آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر نمره خودکارآمدی درد و پذیرش درد در واحدهای پژوهش

متغیر	گروه	مجموع مجذورات نوع ۳	میانگین مجذورات	مقدار آماره F	*P-value
خودکارآمدی درد	کنترل	۰/۵۶۶	۰/۲۸۳	۲/۰۷۹	۰/۱۳۱
	مداخله	۸۶/۶۴	۲۷/۲۲	۲۲۴/۸۷	<۰/۰۰۱
پذیرش درد	کنترل	۰/۴۵۲	۰/۲۲۶	۱/۷۴۴	۰/۱۸۰
	مداخله	۱۱۳/۸۳۱	۹۲/۵۱۸	۳۷۸/۵۱	<۰/۰۰۱

ANOVA.repeated.measures*

جدول ۴. مقایسه (آزمون تعقیبی LSD) سالمندان مبتلا به کمردرد مزمن در گروه مداخله

متغیر	زمان (I)	(J)	میانگین حالت‌ها		تفاوت میانگین	انحراف معیار	*P-value
خودکارآمدی درد	قبل	بعد	۱	۳/۲۳۱	۱/۰۷۸	۰/۱۰۶	<۰/۰۰۱
			۲	۴/۳۰۸			
	قبل	یک ماه بعد	۱	۳/۲۳۱	۱/۸۷۳	۰/۱۰۱	<۰/۰۰۱
			۳	۵/۱۰۴			
	بعد	یک ماه بعد	۲	۴/۳۰۸	۰/۷۹۶	۰/۰۴۵	<۰/۰۰۱
			۳	۵/۱۰۴			
پذیرش درد مزمن	قبل	بعد	۱	۳/۱۹۴	−۱/۷۵۵	۰/۰۹۰	<۰/۰۰۱
			۲	۴/۹۴۹			
	قبل	یک ماه بعد	۱	۳/۱۹۴	−۱/۹۶۱	۰/۰۹۵	<۰/۰۰۱
			۳	۵/۱۵۵			
	بعد	یک ماه بعد	۲	۴/۹۴۹	−۰/۲۰۶	۰/۰۳۶	<۰/۰۰۱
			۳	۵/۱۵۵			

*آزمون تعقیبی LSD

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی تاثیر بکارگیری برنامه خود مدیریتی، بر خود کارآمدی و پذیرش درد در سالمندان مبتلا به کمر درد مزمن بود. یافته های این پژوهش بیانگر این بود که پس از اجرای مداخله بین گروه مداخله و شاهد اختلاف معناداری از نظر آماری در میانگین نمره خودکارآمدی و پذیرش درد دیده می شود. به عبارتی آموزش برنامه خودمدیریتی درد می تواند در ارتقاء خودکارآمدی و پذیرش درد سالمندان تاثیرگذار باشد. یافته های این پژوهش با نتایج مطالعه میرزایی و همکاران (۲۰۱۷)، که در مطالعه کارآزمایی بالینی با هدف اجرای برنامه خودمدیریتی در بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو را مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که اجرای برنامه خودمدیریتی، درد بیماران را به طور معناداری کاهش داده است، همخوانی دارد (۲۸). در تبیین نتایج این یافته می توان گفت مطابق با نظریه شناختی اجتماعی بندورا، افرادی که دارای سطوح بالای خودکارآمدی درد می-باشند بیشتر می توانند منابع مطلوب را برای کاهش درد و ناراحتی و در نتیجه کنترل دردشان به کار گیرند. بنابراین نقش خودکارآمدی در کنترل درد حائز اهمیت است (۲۹). همسو بودن نتایج مطالعه حاضر با سایر مطالعات بیانگر اهمیت بکارگیری این مداخلات در سالمندان بوده و در مورد ابتلا به انواع بیماری های مزمن مورد توجه قرار گرفته است.

در همین راستا، زای و همکاران، در پژوهش خود دریافتند که رفتارهای خودمدیریتی موجب افزایش خودکارآمدی و تغییر نگرش درباره سلامتی بیماران شد (۳۰). همچنین لائو و همکاران، به این نتیجه رسیدند که آموزش خودمدیریتی موجب افزایش خودکارآمدی درد، کاهش اضطراب و افسردگی شده است (۳۱). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسو بود، می توان نتیجه گرفت افرادی که دارای سطح خودکارآمدی بالاتر هستند کنترل بیشتری بر روی بیماری و رویدادهای زندگی خود دارند در نتیجه برنامه های آموزشی خودمدیریتی و اصلاح رفتارها می تواند باعث افزایش آگاهی، مهارت و ارتقاء خودکارآمدی و پذیرش درد و توانمندسازی سالمندان گردد (۲۲). بر خلاف نتایج مطالعات فوق که با نتایج پژوهش حاضر همسو بودند؛ برخی از مطالعات نتوانستند اثربخشی برنامه خودمدیریتی بر خودکارآمدی را نشان دهند. این مسئله می تواند ناشی از تفاوت در حجم نمونه مطالعات، روش اجرا، تنوع نمونه¬های پژوهش و عدم انجام پیگیری باشد.

چنانچه نتایج مطالعه هاس و همکاران (۲۰۰۵) با هدف تاثیر اجرای برنامه خودمدیریتی بر روی سالمندان مبتلا به کمردرد مزمن نشان داد که اختلاف معناداری بین گروه مداخله و کنترل در احساس خودکارآمدی دیده نشد (۲۴). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسو نبود، به نظر می رسد یکی از دلایل احتمالی این تفاوت در نتایج به دست آمده، می تواند طولانی بودن زمان پیگیری مطالعه و استفاده از ابزار متفاوت در پژوهش باشد. همچنین نتایج مطالعه ال برس و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد مداخلات خودمدیریتی در بیماران دارای درد مزمن اسکلتی-عضلانی برای عملکرد جسمی و شدت درد و برای خودکارآمدی دارای اثر بخشی محدودی می باشد و اجرای برنامه خودمدیریتی از نظر بالینی بی اهمیت و تاثیر کمی پس از مداخله بر عملکرد فیزیکی و کاهش شدت درد دارند(۳۲). این مطالعه تفاوتهای عمده ای را در نحوه ارائه و محتوای مداخلات خودمدیریتی نشان داده است. به دلیل شرایط خاص سالمندان، مداخلات ارتقاء خودمدیریتی در این جمعیت نیازمند حساسیت و سادگی بیشتر است. مطالعه هاتفی و همکاران، نشان داد که آموزش خودمدیریتی درد می تواند به بیماران جهت انجام اقدامات خودمدیریتی و بهبود وضعیت سلامتی آنها با افزایش اطلاعات مورد نیاز برای این بیماری و پذیرش کمک کند (۳۳). نتایج مطالعه مسگریان و همکاران، نشان داد پذیرش درد نه تنها بر میزان ناتوانی و محدودیت ادراک شده در بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر بوده است، بلکه جهت به حداقل رساندن ناتوانی، علاوه بر کاهش شدت درد مزمن، می توان کاربرد روش های درمانی مبتنی بر افزایش میزان پذیرش درد را، پیشنهاد نمود. یافته های این مطالعه با پژوهش حاضر همراستا بود، پژوهش ها نشان داده اند که پذیرش بیشتر درد با کارکرد اجتماعی، جسمی و روانشناختی بهتر همراه است وسطح پذیرش درد می تواند علاوه بر پیش بینی میزان تداخل درد در زندگی روزانه و نیز سطح سلامت جسمی و روانشناختی، شدت درد را نیز پیش بینی نماید (۳۴).

از نکات بارز این مطالعه این است که نتایج این پژوهش می تواند به عنوان یک مداخله پرستاری و برنامه آموزشی غیرتهاجمی جهت ارتقاء خودکارآمدی و پذیرش درد مورد استفاده قرار گیرد و با بهره مندی از رویکرد جامعه نگر

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

در اجـرای برنامـه خودمدیریتـی و انجـام مداخـلات در منـزل و پـی گیـری آن سـبب مـی شـود برنامـه خودمدیریتـی توصیـه شـده در ایـن مطالعـه بـه عنـوان مداخلـه ای در دسـترس، موردپذیـرش و قابـل بهـره بـرداری توسـط مددجـو واقـع شـده و بـه راحتـی و بـا کمتریـن هزینـه بـه اجـرا درآیـد. اثربخشـی برنامـه خودمدیریتـی موجـب شـده اسـت کـه در برخـی کشـورها پروتـکل هـای اسـتانداردی مطابـق بـا شـرایط اجتماعـی تدویـن شـده و در مراکـز درمانـی بـه کار گرفتـه شـوند (۳۵). نظـر بـه این کـه هـدف اصلـی در پرسـتاری بالینـی، ارائـه خدمـت بـه بیمـاران و کمـک بـه بهبـود آنهاسـت و بـه ویـژه در بیمـاران مبتـلا بـه بیمـاری هـای مزمـن، پرسـتاران مـی تواننـد بـا اجـرای برنامـه هـای خودمدیریتـی باعـث تغییـر رفتـار بیمـاران شـوند و آنـان را در جهـت کسـب دانـش و نگـرش لازم بـرای بـه دسـت آوردن اسـتقلال کمـک نماینـد.

محدودیـت هـای پژوهـش: هـم زمانـی نمونـه گیـری بـا شـرایط همـه گیـری کووید- ۱۹، انجـام نمونـه گیـری، اجـرا و همـکاری سـالمندان را دشـوارتر نمـود. پاییـن بـودن سـطح سـواد سـالمندان شـرکت کننـده و تفاوتهـای فـردی، مـی توانـد در پاسـخگویی بـه سـوالات پرسشـنامه تاثیرگـذار بـوده باشـد. خصوصیـات روحـی روانـی متفـاوت، تفـاوت در تعامـلات فـردی بیمـاران، حمایـت هـای روانـی از سـوی خانـواده در مـورد هـر بیمـار متفـاوت بـوده و در سـالمندان در پاسـخ بـه مراقبتهـای درمانـی تاثیرگـذار بـود کـه کنتـرل آن از عهـده محقـق خـارج بـود.

بـا توجـه بـه نتایـج ایـن تحقیـق، انتظـار بـر ایـن اسـت برنامـه خودمدیریتـی بیمـاران مبتـلا بـه کمـر درد مزمـن بـه عنـوان یک مداخلـه بـا قابلیـت اجـرای آسـان و هزینـه کـم و تاثیرگـذار مـورد توجـه و اسـتفاده قـرار گیـرد. همچنیـن مطالعـه بررسـی تاثیـر برنامـه اجـرا شـده بـر روی متغیرهـای دیگـر و مرتبـط ماننـد تبعیـت درمـان، خـود مراقبتـی و سـطح اسـتقلال سـالمندان و مطالعـه تاثیـر ایـن برنامـه بـر روی متغیـر هـای مرتبـط بـا درد ماننـد ناتوانی، افسـردگی، اضطـراب، کیفیـت زندگـی، کیفیـت خـواب توصیـه می گـردد.

پیشـنهاد مـی شـود مطالعـات مشـابه بـا مـدت زمـان مداخلـه طولانـی تـر و بـا پیگیـری طولانـی تـر جهـت بررسـی پارامترهـا انجـام شـود.

سپاسگزاری

مقالـه حاضـر برگرفتـه از پایـان نامـه کارشناسـی ارشـد پرسـتاری سـالمندی دانشـگاه علـوم توانبخشـی و سـلامت اجتماعـی بـا کـد اخـلاق IR.USWR.REC.1400.026 دانشـگاه علـوم توانبخشـی و سـلامت اجتماعـی و مرکـز ثبـت کارآزمایـی بالینـی ایـران (IRCT) بـا کـد IRCT20210613051569N1 می باشـد پژوهشـگران بـر خـود لازم مـی داننـد از از زحمـات مدیریـت وکادر کلینیـک هـای تخصصـی وابسـته بـه دانشـگاه علـوم پزشـکی بابـل و همچنیـن سـالمندان مبتـلا بـه کمـر درد مزمـن، خانـواده هـا و مراقبیـن خانوادگـی شـرکت کننـده در ایـن پژوهش کـه بـا مـا همـکاری نمودنـد تقدیـر و تشـکر نمایـد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

1. Du S, Liu W, Cai S, Hu Y, Dong J. The efficacy of e-health in the self-management of chronic low back pain: a meta analysis. International journal of nursing studies. 2020;106:103507. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103507
2. Rahmani N, Mohseni-Bandpei M, Salavati M, Vameghi R, Abdollahi I. Comparing the Reliability of Abdominal Muscles Thickness Using Ultrasonography in Adolescents with Low Back Pain and Healthy Adolescents. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2017;19(8):12-9.(Persian).
3. Anbari S, Estaji Z, Rastaqhi S. Assessment effect of rosa damascena juice aromatherapy on elderly chronic musculoskeletal pain in Sabzevar retirement clubs. Iranian Journal of Ageing. 2018;13(2):250-61. (Persian) https://doi.org/10.32598/sija.13.2.250
4. Alipour M, Hosseini S, Saadat P, Bijani A. The relationship between chronic musculoskeletal pain and vitamin D deficiency in the elderly population of Amirkola, Iran. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2015;17(10):7-14. (Persian)
5. 5. Salayani F, Asghari EbrahimAbad MJ, Mashhadi A, Attarzadeh Hoseini R, Ahmadzadeh Ghavidel R, MashhadiNejad H. Effectiveness of cognitive self-management program in reducing aggression and multidimensional pain symptoms in women with chronic pain. Anesthesiology and Pain. 2017;8(1):38-48. (Persian)
6. Aghamohamadi T. Aghamohamadi Said Bagher maddah S, Mohammadi Shahbolaghi SF,

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

Dalvandi A, Khaleghipour M.[The impact of self-management program on self-efficacy of elderly patients with heart failure (Persian)]. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2017;14(12):1013-23. (Persian)

7. Nicholl BI, Sandal LF, Stochkendahl MJ, McCallum M, Suresh N, Vasseljen O, et al. Digital support interventions for the self-management of low back pain: a systematic review. Journal of medical Internet research. 2017;19(5):e7290. https://doi.org/10.2196/jmir.7290
8. Jalali ZM, Farghadani A, Ejlali-Vardoogh M. Effect of cognitive-behavioral training on pain self-efficacy, self-discovery, and perception in patients with chronic low-back pain: A quasi-experimental study. Anesthesiology and Pain Medicine. 2019;9(2):e78905. https://doi.org/10.5812/aapm.78905
9. ReidMC,EcclestonC,PillemerK.Managementof chronic pain in older adults. Bmj. 2015;350:h532. https://doi.org/10.1136/bmj.h532
10. Nejati A, Ahadi H, Meschi F. Pain Sensation and Long-term Suffering due to Chronic Pain in Patients with Rheumatoid Arthritis: Mediating Role of Self-efficacy. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2020;8(1):10-22. (Persian) https://doi.org/10.29252/ijhehp.8.1.10
11. Roshan Ghias M, Mansourizade M, Sahebalzamani M, Ghanavati A, Egtesadi S. The Effect of Continuous Care Model on Self-Efficacy, Quality of Life and Treatment Regimen of Patients ndergoing Coronary Artery Bypass Graft. Journal of Babol University Of Medical Sciences. 2020;22(1):268-74. (Persian)
12. Shirazi M, Manoochehri H, Zayeri F. Development and psychometric analysis of a questionnaire to assess living with chronic pain in older adults. Nursing of the Vulnerables. 2015;2(4):15-36. (Persian)
13. Shirazi M, Manoochehri H, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F, Alipour V. The association between chronic pain acceptance, life style and restriction related chronic pain in the elderly. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2016;24(3):148-58. (Persian) https://doi.org/10.21859/nmj-24032
14. Ramírez-Maestre C, Reyes-Pérez Á, Esteve R, López-Martínez AE, Bernardes S, Jensen MP. Opioid pain medication prescription for chronic pain in primary care centers: The roles of pain acceptance, pain intensity, depressive symptoms, pain catastrophizing, sex, and age. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(17):6428. https://doi.org/10.3390/ijerph17176428
15. Casey M-B, Murphy D, Neary R, Wade C, Hearty C, Doody C. Individuals perspectives related to acceptance, values and mindfulness following participation in an acceptance-based pain management programme. Journal of Contextual Behavioral Science. 2020;16:96-102. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.005
16. Toomey E, Currie-Murphy L, Matthews J, Hurley DA. The effectiveness of physiotherapist-delivered group education and exercise interventions to promote self-management for people with osteoarthritis and chronic low back pain: a rapid review part I. Manual therapy. 2015;20(2):265-86. https://doi.org/10.1016/j.math.2014.10.013 https://doi.org/10.1016/j.math.2014.10.012
17. Toomey E, Currie-Murphy L, Matthews J, Hurley DA. Implementation fidelity of physiotherapist-delivered group education and exercise interventions to promote self-management in people with osteoarthritis and chronic low back pain: a rapid review part II. Manual therapy. 2015;20(2):287-94. https://doi.org/10.1016/j.math.2014.10.013 https://doi.org/10.1016/j.math.2014.10.012
18. Keogh A, Tully MA, Matthews J, Hurley DA. A review of behaviour change theories and techniques used in group based self-management programmes for chronic low back pain and arthritis. Manual therapy. 2015;20(6):727-35. https://doi.org/10.1016/j.math.2015.03.014
19. Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ, Traeger AC, Lin C-WC, Chenot J-F, et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. European Spine Journal. 2018;27(11):2791-803. https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2
20. Damush T, Kroenke K, Bair M, Wu J, Tu W, Krebs E, et al. Pain self-management training increases self-efficacy, self-management behaviours and pain and depression outcomes. European Journal of Pain. 2016;20(7):1070-8. https://doi.org/10.1002/ejp.830
21. Fu D, Fu H, McGowan P, Shen Y-e, Zhu L,

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]

Yang H, et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. Bulletin of the World Health organization. 2003;81:174-82.

22. Du S, Hu L, Dong J, Xu G, Chen X, Jin S, et al. Self-management program for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. Patient education and counseling. 2017;100(1):37-49. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.029
23. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
24. Haas M, Groupp E, Muench J, Kraemer D, Brummel-Smith K, Sharma R, et al. Chronic disease self-management program for low back pain in the elderly. Journal of manipulative and physiological therapeutics. 2005;28(4):228-37. https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2005.03.010
25. Foroughan M, Jafari Z, Shirin BP, Ghaem MFZ, Rahgozar M. Validation of mini-mental state examination (MMSE) in the elderly population of Tehran. Advances in Cognitive Science. 2008;10(2):29-37.
26. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. European journal of pain. 2007;11(2):153-63. https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.12.008
27. Asghari A, Nicholas MK. An investigation of pain self-efficacy beliefs in Iranian chronic pain patients: a preliminary validation of a translated English-language scale. Pain medicine. 2009;10(4):619-32. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00623.x
28. Mirzaei N, Mohammadi Shahbolaghi F, Nourozi K, Biglarian A. The effect of self-management training on self-efficacy of elderly patients with knee osteoarthritis. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2017;3(4):29-34. (Persian) https://doi.org/10.21859/ijrn-03044
29. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Chronic Pain Acceptance Questionnaire-Revised (CPAQ-R). Acceptance and Commitment Therapy Measures Package. 2006:146.
30. Xie Z, Liu K, Or C, Chen J, Yan M, Wang H. An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension. BMC Public Health. 2020;20(1):1-13. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09274-4
31. Lau SC, Bhattacharjya S, Fong MW, Nicol GE, Lenze EJ, Baum C, et al. Effectiveness of theory-based digital self-management interventions for improving depression, anxiety, fatigue and self-efficacy in people with neurological disorders: A systematic review and meta-analysis. Journal of telemedicine and telecare. 2022;28(8):547-58. https://doi.org/10.1177/1357633X20955122
32. Elbers S, Wittink H, Pool J, Smeets R. The effectiveness of generic self-management interventions for patients with chronic musculoskeletal pain on physical function, self-efficacy, pain intensity and physical activity: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Pain. 2018;22(9):1577-96. https://doi.org/10.1002/ejp.1253
33. Hatefi M, Parvizi R, Borji M, Tarjoman A. Effect of self-management program on pain and disability index in elderly men with osteoarthritis. Anesthesiology and pain medicine. 2019; 9 (4):e92672. https://doi.org/10.5812/aapm.92672
34. Mesgarian F, Asghari Moghadam MA, Shaeiri MR, Broumand A, Maroufi N, Ebrahimi Takamjani I, et al. The relation between acceptance of pain and reduced pain intensity and disability among chronic pain patients. J Res Behav Sci. 2012;10(3):194-203. (Persian).
35. Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National standards for diabetes self-management education and support. Diabetes care. 2014; 37 (Supplement_1): S144-S53. https://doi.org/10.2337/dc14-S144

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-07]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.5]