مجلة جامعة حماة
سلسلة العلوم الطبية والصحية
المجلد الأول – العدد الثاني - 2026

Journal of Hama University
Series of Medical And Health Sciences
vol.1 –No.2-2026

فعالية برنامج الرعاية الذاتية في تحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الداء الرئوي الانسدادي المزمن: دراسة شبه تجريبية باستخدام مقياسCAT

يحيى العبدو* علي زريق** منال الشواخ ***

(الإيداع: 22 تموز 2026، القبول: 30 آب 2026)

الملخص

المقدمة: يمثل الداء الرئوي الإنسدادي المزمن تحدياً صحياً عالمياً لما يسببه من أعراض تنفسية مزمنة وتفاقمات متكررة تؤدي إلى تراجع القدرة الوظيفية وانخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة، فضلاً عن زيادة الحاجة إلى الرعاية الصحية وارتفاع معدلات الدخول إلى المستشفيات.

الهدف: هدفت هذه الدراسة إلى تقييم فعالية برنامج رعاية ذاتية على مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن من الدرجتين الثانية والثالثة وفق تصنيف.GOLD

مواد وطرق البحث: تم اجراء دراسة شبه تجريبية على عينة ملائمة قوامها 40 مريضا من قسم الأمراض الصدرية بمستشفى حلب الجامعي، تم جمع البيانات خلال الفترة الممتدة من 1 تموز 2025 حتى 15 شباط 2026. تم استخدام استبيان منظم مكون من جزأين: البيانات الديموغرافية والصحية، مقياس CAT.

النتائج: توصلت الدراسة إلى أن مرضى الانسداد الرئوي المزمن يعانون من تراجع في جودة الحياة المرتبطة بالصحة، حيث أظهرت نتائج مقياس (CAT) أن المرض له تأثير سلبي على حالتهم الصحية قبل تطبيق البرنامج، كما أثبت برنامج الرعاية الذاتية فعاليته في تحسين جودة الحياة وخفض درجات مقياس(CAT) ، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج.

الخاتمة والتوصيات: توصي الدراسة بتطبيق برامج الرعاية الذاتية لمرضى الداء الرئوي الإنسدادي المزمن ضمن الممارسة التمريضية، والتقييم الدوري لجودة الحياة باستخدام مقياس(CAT) ، وتعزيز التثقيف الصحي والإقلاع عن التدخين، وتشجيع النشاط البدني المناسب للحالة الصحية، بالإضافة إلى إجراء المزيد من الدراسات التي تعكس تطبيق برامج الرعاية الذاتية على مرضى الانسداد الرئوي المزمن عند مجتمع البالغين مع حجم عينة أكبر.

الكلمات المفتاحية: جودة الحياة المرتبطة بالصحة، الداء الرئوي الإنسدادي المزمن، برنامج رعاية ذاتية، مقياس CAT

* طالب دراسات عليا (دكتوراه) ـ قسم تمريض البالغين ـ كلية التمريض ـ جامعة اللاذقية
** أستاذ مساعد، قسم تمريض البالغين، كلية التمريض ـ جامعة اللاذقية
*** مدرس، قسم تمريض صحة المجتمع، كلية التمريض. جامعة حلب

Journal of Hama University
Series of Medical And Health Sciences
vol.1 –No.2-2026

مجلة جامعة حماة
سلسلة العلوم الطبية والصحية
المجلد الأول – العدد الثاني - 2026

Effectiveness of a Self-Management Program in Improving Health-Related Quality of Life among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Quasi-Experimental Study Using (CAT) scale.

Yahia Al-Abdow* Ali Zureiq ** Manal alshwakh***

(Received: 22 July 2026 , Accepted: 30 August 2026)

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) represents a major global health challenge due to its chronic respiratory symptoms and recurrent exacerbations, which lead to reduced functional capacity and impaired health-related quality of life, in addition to increasing healthcare utilization and hospital admission rates. **Aim** This A Quasi-Experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a self-management program on the level of health-related quality of life among patients with moderate and severe COPD (GOLD stages II and III). **Materials and Method**: The study was conducted in the Chest Diseases Department at Aleppo University Hospital between July 2025 and February 2026 and included a convenience sample of 40 patients. Data were collected using a demographic and clinical characteristics questionnaire and the COPD Assessment Test (CAT). **Results:** The study found that patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) experience a reduced health-related quality of life. The results of the COPD Assessment Test (CAT) indicated that the disease had a high impact on their health status before the implementation of the program. The self-management program proved effective in improving health-related quality of life and reducing CAT scores, with statistically significant differences observed in favor of the experimental group after the intervention. **The study recommends** integrating self-management programs into nursing practice for patients with COPD, conducting regular assessments of quality of life using the CAT, strengthening health education and smoking cessation interventions, and encouraging physical activity appropriate to the patient's health condition. "In addition to conducting further studies that reflect the application of self-care programs on adult patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with a larger sample size."

Keywords: Health-Related Quality of Life, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Self-Management Program, COPD Assessment Test (CAT).

* PhD student, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, University of Latakia.
**Assistant Professor, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, University of Latakia.
*** Lecturer, community nursing Department, Faculty of nursing, University of Aleppo.

1- المقدمة: Introduction

يُعد الداء الرئوي الانسـدادي المزمن (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) من أبرز التحديات الصـحية العالمية في القرن الحادي والعشـرين، نظرًا لطبيعته المترقية وتأثيره التراكمي على الأفراد والأنظمة الصـحية. يتميز هذا المرض بانسـداد مسـتمر وغير عكوس في تدفق الهواء، وينجم أسـاسـاً عن التعرض المزمن لعوامل خطورة مثل التدخين والملوثات البيئية والمهنية، إلى جانب عوامل وراثية تسهم في زيادة احتمالية الإصابة. وتشير تقديرات منظمة الصـحة العالمية عام 2023 إلى أن COPD يحتل مرتبة متقدمة بين أسـباب الوفيات عالميًا، مع توقع اسـتمرار تصـاعد عبئه خلال العقود القادمة، مدفوعًا بارتفاع معدلات التدخين والتقدم في العمر [1]. تشـير التوقعات الحالية إلى أن مرض الانسداد الرئوي المزمن سيصبح السبب الثالث للوفاة بحلول عام 2030 ما لم يتم تنفيذ التدابير والإجراءات الوقائية بشكل فعال [2].

تتسم الفيزيولوجيا المرضية ل COPD بتفاعلات معقدة تشمل الالتهاب المزمن في المجاري الهوائية، وفرط إفراز المخاط، والتخريب البنيوي للأسناخ الرئوية، مما يؤدي إلى انخفاض تدريجي في كفاءة التهوية الرئوية. كما تلعب آليات مثل الإجهاد التأكسدي واختلال توازن البروتياز/مضادات البروتياز دورًا محوريًا في تطور المرض واستمراره. وتنعكس هذه التغيرات في طيف من الأعراض المزمنة، أبرزها ضـيق التنفس، والسـعال، وإنتاج البلغم، إلى جانب نوبات التفاقم الحادة، وتكرار الاسـتشـفاء، وتسـارع تدهور الحالة الصـحية، ومضـاعفات على القلب والأوعية الدموية، وزيادة نسـبة حدوث المراضـة والوفيات [3].

ورغم الأهمية التقليدية لمؤشـرات وظائف الرئة، مثل حجم الزفير القسـري في الثانية الأولى (Forced Expiratory Volume in One Second, FEV1)، في توصيف شدة المرض، إلا أن هذه المؤشرات تعجز عن تحديد التأثير متعدد الأبعاد للمرض على حياة المرضـى. ومن هنا برز مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالصـحة (Health-Related Quality of Life, HRQoL)كركيزة أساسية في تقييم عبء المرض، حيث يعكس التفاعل المعقد بين الأعراض الجسدية، والحالة النفسية، والوظيفة الاجتماعية. وقد أظهرت الأدلة وجود ارتباط ضعيف نسبيًا بين المؤشرات الفيزيولوجية ومستوى جودة الحياة المُبلغ عنها، مما يبرز الحاجة إلى اعتماد أدوات تقييم تتمحور حول حالة المريض الحقيقية [4].

تم تطوير مجموعة من الأدوات لقياس جودة الحياة، تتراوح بين المقاييس العامة والنوعية. ويُعد WHOQOL-BREF من أبرز المقاييس العامة، إذ يقدّم تقييمًا متعدد الأبعاد يشمل الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية، وقد أثبت صلاحيته في بيئات ثقافية متعددة [5]. إلا أن طبيعته العامة قد تحدّ من قدرته على التقاط التغيرات الدقيقة المرتبطة بأعراض الأمراض التنفسية المزمنة. ومن هنا يُعد مقياس CAT أداة نوعية مصممة خصيصًا لمرضىCOPD ، حيث يتميز بحساسيته العالية للتغيرات السـريرية وسـهولة تطبيقه، مما يجعله مناسـبًا لتقييم تأثير المرض على المريض ومتابعة الاسـتجابة للتدخلات العلاجية [6].

تشـير جودة الحياة الصـحية عند مرضـى الانسـداد الرئوي المزمن إلى التقييم متعدد الأبعاد لتأثير المرض على الجوانب الجسـدية والنفسـية والاجتماعية والبيئية لحياة المريض. هذا المفهوم يتجاوز القياسـات الفسـيولوجية التقليدية مثل وظائف الرئة ليشـمل التجربة الذاتية للمريض مع المرض، حيث تُظهر الدراسـات أن هناك ارتباطاً ضـعيفاً فقط بين شـدة الانسـداد الرئوي المقاسـة بـــ FEV1 ومسـتوى جودة الحياة المبلغ عنها ذاتياً (Spathis et al., 2017) [4]. هذا التناقض يسـلط الضوء على الحاجة إلى تقييم شامل يعالج العبء الحقيقي للمرض.

تتضمن الأبعاد الرئيسية لجودة الحياة المتأثرة بـــ COPD على البعد الجسدي والوظيفي حيث يعاني مرضى COPD من قيود وظيفية شديدة تؤثر على قدراتهم الأساسية، تشمل ضعف القدرة على أداء الأنشطة اليومية كالمشي وارتداء الملابس والاسـتحمام. وإعاقة مرتبطة بأعراض التنفس كالزلة التنفسـية التي تحد من الحركة. والتعب والإرهاق المزمن نتيجة زيادة الجهد التنفسـي ونقص الأكسـجة المتزايد. واضـطرابات النوم التالية للسـعال والبلغم وصـعوبات التنفس الليلي. حيث تشـير دراسـة (Miravitlles, M., et al. 2019) باسـتخدام اسـتبيان SGRQ (St. George's Respiratory Questionnaire) إلى أن 75%من مرضى COPD يعانون من ضعف في أداء الأنشطة البدنية اليومية [7].

يسـتخدم اختبار CAT (COPD Assessment Test) لقياس مسـتوى جودة الحياة المتعلقة بالصـحة (HRQoL) لدى مرضـى الانسـداد الرئوي المزمن، إذ يُعد هذا المقياس أداة موجزة وموثوقة لقياس العبء الإجمالي للمرض من خلال تقييم الأعراض التنفسـية وتأثيرها على النشـاط اليومي والنوم والطاقة. وتعكس الدرجات المرتفعة في مقياس CAT زيادة شـدة الأعراض وتقييد القدرة الوظيفية، وهو ما ينعكس سـلبًا على جودة الحياة، في حين تشـير الدرجات المنخفضـة إلى سـيطرة أفضل على المرض ومستوى أعلى من الرفاه الصحي[8].

لقد أجريت العديد من الدراسـات السـابقة التي تناولت جودة الحياة عند مرضـى الانسـداد الرئوي المزمن منها الدراسـة التي أظهرت وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصـائية بين درجات CAT ومؤشرات جودة الحياة العامة والصـحية. فعلى سبيل المثال، وُجد أن ارتفاع درجات CAT يرتبط بانخفاض ملحوظ في مقاييس جودة الحياة مثلSF-36 ، وكذلك بزيادة العبء

المرضي في المقاييس التنفسية الخاصة. ويُفسَّر ذلك بأن مكونات CAT (مثل ضيق النفس، قلة النشاط، اضطراب النوم) تمثل أبعادًا أساسية ضمن مفهوم جودة الحياة، مما يجعل المقياس حساسًا للتغيرات السريرية التي تؤثر على حياة المريض اليومية [6].

يُستخدم أيضا مقياس CAT في الممارسة السريرية والبحثية ليس فقط لتقييم الحالة الراهنة للمريض، بل أيضًا لمتابعة تطور المرض والاستجابة للعلاج. فقد بيّنت الأدلة أن أي تحسن في درجات CAT (انخفاضها) يترافق مع تحسن ملموس في جودة الحياة، مما يعزز من قيمته كأداة بديلة مبسطة لمقاييس جودة الحياة الأكثر تعقيدًا. وبالتالي، يمكن اعتماد CAT كمؤشر عملي وسريع لتقدير جودة الحياة لدى مرضى COPD ، خاصة في البيئات السريرية التي تتطلب أدوات سهلة التطبيق وذات موثوقية عالية[9].

برنامج الرعاية الذاتية

وعلى الرغم من الأهمية الكبيرة للتدخلات الدوائية وتحسن وسائل التشخيص والعلاج في الحد من أعراض مرض الانسداد الرئوي المزمن وإبطاء تطوره، إلا أن الأدلة العلمية تشير إلى أن تحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة لا يعتمد على العلاج الطبي وحده، بل يتأثر أيضاً بمدى قدرة المريض على التكيف مع مرضه وإدارته بصورة فعالة في حياته اليومية. فطبيعة المرض المزمنة وتكرار التفاقمات والحاجة المستمرة إلى الالتزام بالعلاج وتعديل نمط الحياة تجعل المريض شريكاً أساسياً في عملية الرعاية الصحية، وليس مجرد متلقٍ للخدمة العلاجية.

تمثل الرعاية الذاتية أحد المفاهيم الاساسية في إدارة الأمراض المزمنة، وقد اكتسبت أهمية متزايدة في النظم الصحية الحديثة نتيجة الارتفاع المستمر في معدلات الإصابة بالأمراض غير السارية، وما يرافقها من مضاعفات صحية واقتصادية طويلة الأمد. وتشير الرعاية الذاتية إلى مجموعة من السلوكيات والأنشطة التي يقوم بها الفرد بشكل واعٍ ومنتظم للحفاظ على صحته، والوقاية من المضاعفات، وإدارة الأعراض المرتبطة بالمرض المزمن، سواء بشكل مستقلٍ أو بالتعاون مع مقدمي الرعاية الصحية[10].

ومن هذا المنطلق برز مفهوم الرعاية الذاتية بوصفه أحد المكونات الجوهرية في تدبير مرض الانسداد الرئوي المزمن، حيث تهدف ممارسات الرعاية الذاتية إلى تمكين المرضى من اكتساب المعارف والمهارات اللازمة للتعامل مع الأعراض، والالتزام بالعلاج، والكشف المبكر عن التفاقمات، والمحافظة على النشاط البدني والسلوكيات الصحية المناسبة. وقد أظهرت دراسة (Lenfrink et al., 2017) أن تعزيز الرعاية الذاتية يسهم في تحسين السيطرة على المرض، وتقليل التفاقمات والاستشفاء، وتحقيق تحسن ملموس في جودة الحياة المرتبطة بالصحة، الأمر الذي جعلها محوراً أساسياً في برامج الرعاية الحديثة الموجهة لمرضى الانسداد الرئوي المزمن [11].

بينت دراسة اجراها (Almagro et al., 2017) لدراسة الارتباط بين برنامج الرعاية الذاتية ومعدلات الاستشفاء بينت ان المرضى الذين يسجلون نقاطاً أسوأ في مقاييس جودة الحياة) مثل SGRQ أو (CAT لديهم مخاطر أعلى بنسبة 60% للاستشفاء خلال السنة التالية [12]. ودراسة (Fan et al., 2019) لمؤشر البقاء على قيد الحياة بينت ان انخفاض جودة الحياة يرتبط بزيادة معدل الوفيات بنسبة 30-40 %بغض النظر عن قياسات وظائف الرئة [13].

يتبغى توجيه القرارات العلاجية الى تقييم فعالية التدخلات باستخدام مقاييس جودة الحياة الحساسة للتغيرات السريرية أكثر منFEV1 ، وتحديد أولويات الرعاية بالتركيز على الأعراض والأبعاد الأكثر إزعاجاً للمريض. وتركيز الرعاية حول المريض اي الانتقال من نموذج يركز على المرض إلى نموذج يركز على الشخص.

من ناحية أخرى، تشير دراسة (Bouloukaki, I., et al. 2024) إلى أن جودة الحياة لدى مرضى COPD تتأثر بعدة عوامل متداخلة، مثل السلوكيات الصحية، ومستوى التثقيف الصحي، والحالة النفسية، حيث أظهرت هذه الدراسة وجود ارتباط واضح بين نمط الحياة الصحي وتحسن جودة الحياة لدى المرضى [14]. كما أن العوامل النفسية مثل القلق وضيق التنفس تلعب دورًا وسيطًا في التأثير على قدرة المرضى على إدارة مرضهم، مما يؤكد أهمية دمج البعد النفسي ضمن برامج الرعاية الذاتية [15].

فعلى الرغم من الاستخدام الواسع لمقياس تقييم مرض الانسداد الرئوي المزمن (CAT) في تقييم الحالة الصحية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن على المستوى العالمي، فإن الدراسات العربية والسورية التي استخدمت هذا المقياس ما تزال محدودة، كما أن المعلومات المتعلقة بمستوى جودة الحياة وعلاقتها بالخصائص الديموغرافية والصحية للمرضى في البيئة المحلية غير كافية. ويؤدي هذا النقص إلى محدودية الأدلة المحلية التي يمكن الاستناد إليها في التخطيط للرعاية الصحية وتوجيه التدخلات العلاجية. ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتقييم فعالية برنامج الرعاية الذاتية على تحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن باستخدام مقياسCAT ، بما يسهم في توفير بيانات علمية يمكن الإفادة منها في تحسين رعاية هذه الفئة من المرضى. بما يدعم تطوير تدخلات تمريضية ورعائية أكثر شمولية وملاءمة للواقع الصحي المحلي مع كثرة الحالات المشخصة يوميا.

أهمية البحث:
تكمن أهمية هذا البحث في تطوير برنامج رعاية ذاتية مخصص لمرضى الانسداد الرئوي المزمن مما يعزز من قدرة المرضى على التعامل مع مرضهم، وأعراضه المزمنة والوقاية من المضاعفات والتفاقمات. بوصفه أحد أبرز الأمراض المزمنة المسببة للإعاقة والوفيات، وما يترتب عليه من تأثيرات سلبية في الحالة الصحية والوظيفية للمرضى. وتعزز هذه الدراسة الدور التعليمي والارشادي للتمريض في رعاية هؤلاء المرضى.

2- هدف البحث: Aim of Research
تقييم تأثير تطبيق برنامج رعاية ذاتية على مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة عند مرضى الانسداد الرئوي المزمن وفق مقياس CAT

3- مواد وطرائق البحث: Material and Methods

مواد البحث: Material

تصميم البحث Design: اتبع في هذا البحث المنهج شبه التجريبي.

مكان البحث Setting: تم اجراء الدراسة في مشفى حلب الجامعي في مدينة حلب خلال الفترة الممتدة من 1 تموز 2025 حتى 15 شباط 2026.

عينة البحثSample:
تم اختيار عينة متاحة شملت 40 مريضاً من المرضى المشخصين بالانسداد الرئوي المزمن من كلا الجنسين، تم تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين:
مجموعة مكونة من (20) مريضا خضعوا لتطبيق برنامج الرعاية الذاتية (تجريبية)
مجموعة مكونة من (20) مجموعة ضابطة

معايير الاختيار: المريض الذي
- مريض مشخص لديه أحد الأمراض التالية: (التهاب قصبات مزمن، النفاخ الرئوي، توسع القصبات) وبحالة مستقرة سريرياً. ومن الدرجة الثانية أو الثالثة وفق تصنيف GOLD

أدوات البحث: Tools
تم استخدام أداتين لجمع البيانات اللازمة:

- **الأداة الأولى:** استمارة البيانات الديموغرافية والصحية: تم تطويرها من قبل الباحث، تشمل الرقم والعمر والجنس ومستوى التعليم والحالة الاجتماعية التشخيص الطبي والامراض المزمنة والقصة العائلية ودرجة وظائف الرئة ...الخ
- **الأداة الثانية:** مقياس تقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة: تم استخدام مقياس CAT (COPD Assessment Test) وهو أداة معيارية موجزة لتقييم تأثير مرض الانسداد الرئوي المزمن على حياة المريض، ومتابعة تطور الحالة أو الاستجابة للعلاج ، ويتكوّن من ثمانية جوانب (بنود) أساسية تغطي الأعراض والتأثيرات اليومية وهي(وجود بلغم في الصدر، الشعور بضيق التنفس عند صعود الدرج، الشعور بضيق الصدر، الحد من النشاط المنزلي بسبب المرض، الثقة عند مغادرة المنزل، النوم العميق والمريح، وجود طاقة للقيام بالواجبات)

تم الاجابة على المحاور وفق مقياس ليكرت المكون من 6 درجات الذي يشتمل على (دائماً 5 – غالباً 4 – احياناً 3 – قليلاً 2- نادراً 1 – ابداً 0) افضل درجة لكل بند في العبارات الإيجابية هي صفر واسوأ درجة هي خمسة، وعلى العكس في العبارات السلبية وبناءً على هذا المقياس سوف يتم الحكم على مستوى جودة الحياة اعتماداً على قيمة المتوسط الحسابي لأوزان الاجابات وسوف تقسم الى 4 مستويات حسب مجموع الدرجات (31-40 منخفض، ومن 21-30 متوسط، ومن 11-20 مرتفع، ومن 0-10 مرتفع جداً). يرتفع مستوى جودة الحياة كلما انخفض مجموع درجات المقياس.

- **برنامج الرعاية الذاتية:**

- الهدف العام: تحسين قدرة المريض على تعزيز الصحة والوقاية من مضاعفات الانسداد الرئوي المزمن، وكيفية التعامل والتأقلم مع الحالة المرضية والتصرف في الحالات الطارئة.
- الهدف الخاص: تحسين مستوى جودة الحياة وفق مقياس CAT.
- طريقة التطبيق: تم التطبيق من خلال المقابلة الشخصية والتدريب والتفاعل، كما تم التأكد من فهم خطوات العمل بشكل فردي. تم التدريب على شكل مجموعات صغيرة (4-5 مرضى) من قبل الباحث والمشاركين بالبحث (طالب دراسات عليا تم تدريبه كمساعد للباحث) من جهة والمرضى من جهة اخرى، والتأكيد على الفهم التام لكل مفردات البرنامج ومن ثم تزويدهم بالوسائل التي تلخص محتوى البرنامج وكيفية المحافظة على تطبيقه.

- اطار البرنامج: يحتوى البرنامج المطور على معلومات ونشاط بدني وخطة عمل في الحالات الطارئة، وهو مخطط ومنظم وهادف لتحسين الرعاية الذاتية في المنزل وبالتالي تحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة.
- محتوى البرنامج: يتكون البرنامج من: التثقيف الصحي حول (معلومات عن تشريح وفيزيولوجيا الجهاز التنفسي والالية الإمراضية)، خطة الاقلال والاقلاع عن التدخين، تدبير العوامل البيئية، اخذ الادوية، تدبير الزلة التنفسية، التغذية، التأقلم مع الشدات التنفسية وتمارين الاسترخاء، الدعم النفسي والاجتماعي، العلاج بالأكسجين، التمارين، تقنيات التنفس والسعال الفعال، تقنيات الاستفادة من الطاقة وبعض النقاط الاخرى....
- تطوير البرنامج: تم إعداد برنامج الرعاية الذاتية بالاعتماد على الدراسات المرجعية ذات الصلة وعرضه على 5 خبراء من المجال الطبي والتمريضي وثم تم تطبيقه على عينة استرشاديه مكونة من 4 مرضى (Pilot study). ثم تم اجراء تحليل نتائج الدراسة الاسترشادية ودراسة احتياجات المرضى المدروسين وإجراء التعديلات على البرنامج لتطبيقه على عينة الدراسة.
- الزمن: مدة الجلسة لكل مريض حوالي 30 دقيقة وبشكل مجموعات صغيرة (4-5) مرضى في التقييم الأولي (القبلي) ومن ثم مقابلة أخرى بعد مضي 6 أشهر تقييم بعدي.
- المكان: تم تحديد غرفة وظائف الرئة ضمن المشفى من أجل مقابلة المرضى ومتابعتهم في الجلسات التالية.
- وسائل التواصل: تم التواصل مع المرضى بعد المقابلة الأولى من خلال اللقاءات المتكررة في المشفى حسب الحاجة ووسائل الاتصال خلال فترة الدراسة مثل الاتصال المباشر عبر الهاتف او الواتس، بهدف المحافظة على تطبيق البرنامج والاجابة على التساؤلات المرتبطة بالبرنامج.
- الوسائل المساعدة: تم تزويد المرضى بنسخة عن البرنامج ومجموعة من الصور والفيديو.

طرق البحث: Methods

- تم الحصول على الموافقات الأخلاقية والإدارية اللازمة قبل بدء جمع البيانات من جامعة اللاذقية ومستشفى حلب الجامعي.
- الدراسة الاسترشاديه: تم إجرائها على عينة مكونة من 5 مرضى، باستخدام أدوات الدراسة، ثم تم اجراء تحليل نتائج الدراسة الاسترشادية ودراسة احتياجات المرضى المدروسين واجراء تطوير للبرنامج لتطبيقه على عينة الدراسة الرئيسية.
- تم جمع البيانات من عينة الدراسة بعد أخذ الموافقة الشفوية من المرضى على الاشتراك في الدراسة، حيث تم شرح هدف الدراسة وأهميتها، وضمان سرية المعلومات، والتأكيد على استخدامها لغرض البحث العلمي فقط.
- تم تحديد درجة الانسداد الرئوي المزمن على مقياس وظائف الرئة (FEV1) وصورة شعاعية للصدر لتأكيد قبول المرضى في العينة المستهدفة.
- استُكملت الاستبانات من خلال مقابلات مباشرة بين الباحث والمرضى، واستغرق حوالي 15 – 20 دقيقة، وحرص الباحث على البقاء بجانب المريض للإجابة عن أي استفسار بخصوص معلومات الاستمارة.
- المعالجة الاحصائية: بعد جمع البيانات تم ترميزها وتفريغها وتحليلها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS النسخة (25)، وتم استخدام الإحصاء الوصفي: استخدام التكرار (N) والنسبة المئوية (%) والمتوسط الحسابي (M) والانحراف المعياري (SD).
- الفروق عند عتبة الدلالة ($p\ value \leq 0.05$) اعتبرت مهمة إحصائياً وأشير لها بالرمز (*), وعند عتبة الدلالة ($p\ value \leq 0.01$) اعتبرت مهمة جداً إحصائياً وأشير لها بالرمز (**).

4- النتائج: Results

الجدول رقم (1) مقارنة البيانات الديموغرافية بين المجموعتين التجريبية والضابطة

البند		التجريبية العدد الكلي=20		الضابطة العدد الكلي=20		X2 P
		N	%	N	%	
العمر	45-30	0	0	3	15	0.659
	60-46	9	45	8	40	0.417
	أكبر من 60	11	55	9	45	
لجنس	ذكر	15	75	9	45	0.606
	أنثى	5	25	11	55	0.436
الحالة الاجتماعية	متزوج/ة	20	100	20	100	-
المستوى التعليمي	يقرأ ويكتب	2	10	1	5	2.942
	اعدادي	9	45	11	55	0.568
	ثانوي فما فوق	9	45	8	40	
السكن	مدينة	8	40	6	30	0.357
	ريف	12	60	14	70	0.550

X^2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة.

يظهر الجدول (1) تجانساً واضحاً بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في جميع المتغيرات الديموغرافية، حيث كانت الفئة العمرية الكهلة (أكبر من 60 سنة) هي الغالبة في المجموعتين بنسب بلغت 55% للمجموعة التجريبية وبالنسبة للجنس، سجلت المجموعة التجريبية النسبة الأعلى من الذكور (75%. كما كان جميع المشاركين في المجموعتين متزوجين، مع ميل أغلب أفراد العينة للسكن في الريف بنسبة 70% للضابطة. ومن الناحية التعليمية، برز المستوى الإعدادي كأعلى نسبة في المجموعة الضابطة (55%). كما يبين الجدول عدم وجود فروق إحصائية بين المجموعتين من ناحية الخصائص الديموغرافية مما يؤكد تكافؤ تلك الخصائص بين المجموعتين.

الجدول رقم (2) مقارنة البيانات الصحية بين المجموعتين

البند		التجريبية العدد الكلي=20		الضابطة العدد الكلي=20		X2 P
		N	%	N	%	
تاريخ تشخيص المرض بالسنوات	5-10	4	20	6	30	0.060
	>10	16	80	14	70	0.807
شدة المرض	شديد	6	30	5	25	0.317
	متوسط	14	70	15	75	0.573
الموجودات الشعاعية	نفاخ رئوي	7	35	0	0	1.349
	وجود فقاعات هوائية	6	30	8	40	0.509
	التهاب قصبات مزمن	7	35	12	60	
أمراض مزمنة	سكري	7	35	1	5	2.222
	ضغط	10	50	18	90	0.695
	أمراض قلب	13	15	1	5	
التدخين	غير مدخن	0	0	2	10	1.076
	سابقا	6	30	7	35	0.584
	حاليا	14	70	11	55	
استعمال موسعات القصبات الانشاقية	لا	2	10	0	0	0.303
	مرتين يوميا	10	50	11	55	0.859
	أكثر من مرتين	8	40	9	45	
استعمال موسعات القصبات الفموية	مرتين يوميا	8	40	6	30	0.357
	أكثر من مرتين	12	60	14	70	0.550
استعمال جهاز الرذاذ	لا	6	30	0	0	2.910
	مرتين يوميا	5	25	14	70	0.233
	أكثر من مرتين	9	45	6	30	

X^2: يشير إلى اختبار كاي مربع (Chi square Ch,2). P: مستوى الدلالة.

يبين الجدول (2) أن أغلبية المشاركين تم تشخيص مرضهم منذ أكثر من 10 سنوات بنسب بلغت 80% للمجموعة التجريبية. وقد غلب على العينة شدة مرض "متوسطة" بنسب 70% و 75% على التوالي، وفيما يخص الممارسات الحياتية، سجل التدخين الحالي النسبة الأعلى في المجموعتين، أما عن استخدام الأدوية، فكانت النسبة الأعلى لاستعمال موسعات القصبات الفموية هي "أكثر من مرتين يومياً" في المجموعتين بنسب (60% تجريبية و 70% ضابطة، بينما سجل جهاز الرذاذ نسبة 70% لمرتين يومياً في المجموعة الضابطة. وتؤكد النتائج هنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في كافة المتغيرات الصحية والسريرية.

الجدول رقم (3) توزع أفراد العينة في المجموعتين تبعاً لإجاباتهم على بنود جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفق مقياس (CAT) الخاص بمرضى الانسداد الرئوي المزمن قبل تطبيق البرنامج

	الأسئلة	أبدا		نادرا		قليلا		أحيانا		غالبا		دائما	
		N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
المجموعة الضابطة (20)	يعاني من السعال	0	0	0	0	13	65	7	35	0	0	0	0
	وجود بلغم في الصدر	0	0	0	0	12	60	7	35	1	5	0	0
	الشعور بضيق التنفس عند صعود الدرج	0	0	1	5	8	40	9	45	2	10	0	0
	الشعور بضيق الصدر	0	0	0	0	7	35	9	45	4	20	0	0
	الحد من النشاط المنزلي بسبب المرض	0	0	0	0	11	55	7	35	2	10	0	0
	الثقة عند مغادرة المنزل	0	0	0	0	6	30	13	65	1	5	0	0
	النوم العميق والمريح	0	0	0	0	11	55	9	45	0	0	0	0
	وجود طاقة للقيام بالواجبات	0	0	0	0	8	40	10	50	1	5	1	5
المجموعة التجريبية (20)	يعاني من السعال	0	0	0	0	3	15	11	55	5	25	1	5
	وجود بلغم في الصدر	0	0	1	5	7	35	9	45	3	15	0	0
	الشعور بضيق التنفس عند صعود الدرج	0	0	1	5	8	40	4	20	6	30	1	5
	الشعور بضيق الصدر	0	0	1	5	8	40	10	50	1	5	0	0
	الحد من النشاط المنزلي بسبب المرض	0	0	0	0	13	65	7	25	0	0	0	0
	الثقة عند مغادرة المنزل	0	0	1	5	8	40	10	50	1	5	0	0
	النوم العميق والمريح	0	0	0	0	6	30	9	45	5	25	0	0
	وجود طاقة للقيام بالواجبات	0	0	1	5	7	35	8	40	4	20	0	0

يظهر الجدول (3) توزع أفراد العينة في المجموعتين تبعا لإجاباتهم على بنود جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفق مقياس (CAT) الخاص بمرضى الانسداد الرئوي المزمن قبل تطبيق البرنامج. حيث تُظهر بيانات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج أن جميع أفرادها يعانون من درجات متفاوتة من تدني جودة الحياة المرتبطة بالصحة، حيث تتركز أعلى النسب المئوية في فئتي "قليلاً" و"أحياناً" لمعظم الأسئلة. ففيما يخص السعال ووجود البلغم، كانت أعلى نسبة في فئة "قليلاً" (65% و60% على التوالي)، بينما جاء الشعور بضيق التنفس عند صعود الدرج والشعور بضيق الصدر بأعلى نسبة في فئة "أحياناً" (45% في كليهما)، مما يشير إلى معاناة ملحوظة عند بذل الجهد. كما أظهرت النتائج أن الحد من النشاط المنزلي بسبب المرض جاء بأعلى نسبة في فئة "قليلاً" (55%)، في حين سجلت الثقة عند مغادرة المنزل أعلى نسبة في فئة "أحياناً" (65%). أما بالنسبة للنوم العميق والمريح، فكانت أعلى نسبة في فئة "قليلاً" (55%)، بينما جاءت الطاقة للقيام بالواجبات بأعلى نسبة في فئة "أحياناً" (50%).

بالمقابل تُظهر بيانات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج أيضاً معاناة واضحة من تدني جودة الحياة، لكن توزيع الإجابات يميل قليلاً نحو مزيد من الشدة مقارنة بالمجموعة الضابطة. ففي سؤال السعال، جاءت أعلى نسبة في فئة "أحياناً" (55%)، مع وجود نسبة 5% في فئة "دائماً"، وفي سؤال البلغم كانت أعلى نسبة أيضاً في فئة "أحياناً" (45%)، بينما سجل الشعور بضيق التنفس عند صعود الدرج أعلى نسبة في فئة "قليلاً" (40%) تلتها فئة "غالباً" (30%)، وهو ما يعكس وجود حالات أكثر حدة. أما الشعور بضيق الصدر فجاء بأعلى نسبة في فئة "أحياناً" (50%)، في حين كان الحد من النشاط المنزلي بسبب المرض بأعلى نسبة في فئة "قليلاً" (65%)، وسجلت الثقة عند مغادرة المنزل أعلى نسبة في فئة "أحياناً" (50%)، بينما جاء النوم العميق والمريح بأعلى نسبة في فئة "أحياناً" (45%) مع وجود نسبة مرتفعة في فئة "غالباً" (25%)، مما يشير إلى اضطرابات نوم أكبر. وأخيراً، سجلت الطاقة للقيام بالواجبات أعلى نسبة في فئة "أحياناً" (40%).

الجدول رقم (4) توزع أفراد العينة في المجموعتين تبعاً لإجاباتهم على بنود جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفق مقياس (CAT) الخاص بمرضى الانسداد الرئوي المزمن بعد تطبيق البرنامج

	الأسئلة	أبدا		نادرا		قليلا		أحيانا		غالبا		دائما	
		n	%	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
المجموعة الضابطة (20)	يعاني من السعال	0	0	0	0	6	30	8	40	6	30	0	0
	وجود بلغم في الصدر	0	0	1	5	9	45	8	40	2	10	0	0
	الشعور بضيق التنفس عند صعود الدرج	0	0	1	5	6	30	8	40	5	25	0	0
	الشعور بضيق الصدر	0	0	1	5	6	30	12	60	1	5	0	0
	الحد من النشاط المنزلي بسبب المرض	0	0	0	0	11	55	6	30	3	15	0	0
	الثقة عند مغادرة المنزل	1	5	1	5	7	35	8	40	3	15	0	0
	النوم العميق والمريح	0	0	0	0	6	30	9	45	5	25	0	0
	وجود طاقة للقيام بالواجبات	0	0	1	5	7	35	8	40	4	20	0	0
المجموعة التجريبية (20)	يعاني من السعال	0	0	3	15	12	60	5	25	0	0	0	0
	وجود بلغم في الصدر	0	0	5	25	8	40	6	30	1	5	0	0
	الشعور بضيق التنفس عند صعود الدرج	0	0	1	5	11	55	7	35	1	5	0	0
	الشعور بضيق الصدر	0	0	1	5	10	50	7	35	2	10	0	0
	الحد من النشاط المنزلي بسبب المرض	0	0	2	10	12	60	6	30	0	0	0	0
	الثقة عند مغادرة المنزل	0	0	2	10	7	35	10	50	1	5	0	0
	النوم العميق والمريح	0	0	4	20	11	55	5	25	0	0	0	0
	وجود طاقة للقيام بالواجبات	0	0	4	20	10	50	6	30	0	0	0	0

يظهر الجدول (4) توزع أفراد العينة في المجموعتين تبعا لإجاباتهم على بنود جودة الحياة المرتبطة بالصحة وفق مقياس (CAT) الخاص بمرضى الانسداد الرئوي المزمن بعد تطبيق البرنامج. حيث يبين وجود فروق واضحة بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح الأخيرة، حيث تُظهر المجموعة الضابطة استمرار الأعراض بدرجة متوسطة إلى مرتفعة، إذ تتركز أعلى نسبها في فئات "أحياناً" و"غالباً" و"قليلاً"، خاصة في بنود ضيق الصدر (60% أحياناً)، والسعال (40% أحياناً

و30% غالباً)، والحد من النشاط المنزلي (55% قليلاً)، والنوم والطاقة (حوالي 40-45% أحياناً)، مما يعكس عدم تحسن حالتهم لعدم تعرضهم للبرنامج العلاجي.

في المقابل، أظهرت المجموعة التجريبية تحسناً ملموساً في جميع البنود، حيث تركزت نسبها العليا في فئتي "قليلاً" و"أحياناً" مع تراجع شبه تام لفئتي "غالباً" و"دائماً"، ومن أبرز مؤشرات التحسن انخفاض السعال إلى 60% "قليلاً"، وتراجع ضيق التنفس عند صعود الدرج إلى 55% "قليلاً"، وتحسن النوم والطاقة بنسب تجاوزت 50% في فئة "قليلاً"، مما يؤكد فعالية البرنامج المطبق في تخفيف حدة الأعراض وتحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى المجموعة التجريبية بشكل واضح مقارنة بالضابطة التي بقيت أعراضها مستقرة دون تغير يذكر، وهو ما يدعم نجاح التدخل العلاجي المُنفَّذ.

الجدول 5 مقارنة جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين المجموعتين قبل وبعد تطبيق برنامج الرعاية الذاتية.

المجموعة	المرحلة	مستوى جودة الحياة وفق مقياس (CAT)							
		منخفضة		متوسطة		مرتفعة		مرتفعة جدا	
		N	%	N	%	N	%	N	%
التجريبية (20)	قبل تطبيق البرنامج	0	0	4	20	16	80	0	0
	بعد تطبيق البرنامج	0	0	17	85	3	15	0	0
الضابطة (20)	قبل تطبيق البرنامج	0	0	11	55	9	45	0	0
	بعد تطبيق البرنامج	0	0	5	25	15	75	0	0

يظهر الجدول رقم 5 توزع أفراد العينة في مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) تبعاً لمستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة والمتأثرة سلباً لديهم وفقاً لمقياس (CAT)، حيث يُظهر تحسناً ملحوظاً في مستوى جودة الحياة لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، مقارنة بوضعها القبلي، بينما تُظهر المجموعة الضابطة تدهوراً واضحاً في مستوياتها خلال الفترة نفسها، وذلك وفق دلالة مقياس CAT التي تشير إلى أن ارتفاع نسبة المرضى في المستوى (المرتفع) يعني سوء الحالة وضعف جودة الحياة، وانخفاض عدد المرضى في المستوى (المنخفض) يعني تحسناً في الأعراض وجودة حياة أفضل. ففي المجموعة التجريبية، كان التوزيع قبل البرنامج يتركز بالكامل في المستويين المتوسط (4 أفراد، 20%) والمرتفع (16 فرداً، 80%)، مع غياب تام للمستوى المنخفض، وبعد تطبيق البرنامج تحسنت الأوضاع بشكل كبير حيث انتقل 17 فرداً (85%) إلى المستوى المتوسط، و3 أفراد (15%) إلى المستوى المرتفع، مع بقاء المستوى المنخفض خالياً تماماً (0%)، مما يعني تحول الغالبية العظمى من المستوى المنخفض إلى المتوسط.

أما المجموعة الضابطة، فكان توزيعها قبل البرنامج (11 فرداً في المستوى المتوسط بنسبة 55%، و9 أفراد في المستوى المرتفع بنسبة 45%)، وبعد مرور الفترة دون تطبيق البرنامج تدهورت حالة أفرادها بشكل ملحوظ، حيث انخفض عدد الأفراد في المستوى المتوسط إلى 5 فقط (25%)، بينما ارتفع عددهم في المستوى المرتفع إلى 15 فرداً (75%)، مما يعني أن ثلاثة أرباع المجموعة الضابطة أصبحوا في أسوأ مستويات جودة الحياة، مع استمرار غياب المستوى المنخفض تماماً. وهذا التباين الواضح بين المجموعتين، يؤكد فعالية البرنامج المطبق في تخفيف الأعراض وتحسين جودة الحياة لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن، ويسلط الضوء على خطورة ترك المرض دون تدخل علاجي مما يؤدي إلى تدهور الحالة مع مرور الوقت.

الجدول رقم (6) مقارنة متوسط جودة الحياة المرتبطة بالصحة بين المجموعتين قبل وبعد تطبيق البرنامج

المجموعة	قبلي		بعدي		t_p/ p1
	M	SD	M	SD	
التجريبية (20)	21.90	2.425	18.00	2.152	5.767/0.000**
الضابطة (20)	20.75	2.268	21.90	2.100	0.072/0.764
t/ P2	0.014/0.952		6.091/0.002**		

t: (independent t test) للعينات المستقلة.
t_p : (paired t test) للعينات المزدوجة.
P1: قيمة P Value بين القبلي والبعدي
P2: قيمة P Value بين المجموعتين التجريبية والضابطة في أزمنة القياس (قبلي, بعدي)
**: p value ≤0.01 ,*: p value ≤0.05

يظهر الجدول (6) مقارنة متوسط جودة الحياة وفق مقياس (CAT) لدى أفراد العينة في مجموعتي الدراسة والمقارنة قبل تطبيق برنامج الرعاية الذاتية وبعده. حيث يبين تحسناً ملحوظاً ودالاً إحصائياً في متوسط جودة الحياة وفق مقياس CAT لدى المجموعة التجريبية، حيث انخفض متوسط درجاتها من (21.90) قبل البرنامج إلى (18.00) بعده، بفارق بلغ (3.90) درجة، وكان هذا الانخفاض دالاً إحصائياً عند مستوى (0.01) حيث بلغت قيمة (P=0.000)، مما يؤكد فعالية البرنامج في تخفيف الأعراض وتحسين جودة الحياة.
في المقابل، أظهرت المجموعة الضابطة ارتفاعاً طفيفاً في متوسط درجاتها من (20.75) قبل البرنامج إلى (21.90) بعده، أي بفارق (1.15) درجة، مما يشير إلى تدهور طفيف في حالتها، ولم يكن هذا الارتفاع دالاً إحصائياً حيث بلغت قيمة (P=0.764) وهي أعلى من مستوى الدلالة (0.05)، مما يعني أن التدهور لم يكن ذا دلالة إحصائية لكنه يشير إلى اتجاه سلبي.
وعند المقارنة بين المجموعتين، لم تكن هناك فروق دالة إحصائياً في القياس القبلي (P=0.952)، مما يؤكد تكافؤ المجموعتين قبل بدء البرنامج وتماثلهما في شدة الأعراض. أما في القياس البعدي، فكانت الفروق بين المجموعتين دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) حيث بلغت قيمة (P=0.002)، مما يؤكد تحسن جودة حياة مرضى المجموعة التجريبية مقارنة بمرضى المجموعة الضابطة بشكل واضح بعد تطبيق البرنامج. وتؤكد هذه النتائج أن الانخفاض الكبير في درجات CAT لدى المجموعة التجريبية يعكس تحسناً حقيقياً في الأعراض وجودة الحياة، بينما أظهرت المجموعة الضابطة اتجاهاً معاكساً نحو التدهور، مما يعزز فعالية برنامج الرعاية الذاتية في تحسين الحالة الصحية لمرضى الانسداد الرئوي المزمن ويبرز أهمية التدخل المبكر لمنع تدهور الأعراض مع مرور الوقت.

5- المناقشة: Discussion

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في جميع الخصائص الديموغرافية والصحية، فيما يتعلق بالعمر، أظهرت النتائج أن غالبية أفراد العينة كانوا من الفئات العمرية الأكبر سناً، وهو أمر متوقع نظراً لأن مرض الانسداد الرئوي المزمن يرتبط بالتعرض التراكمي طويل الأمد لعوامل الخطورة، وخاصة التدخين والتعرض للملوثات البيئية والمهنية. وتتفق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية (WHO, 2023) وتقارير المبادرة العالمية للانسداد الرئوي المزمن(GOLD, 2025) ، والتي تؤكد أن انتشار المرض يزداد مع التقدم في العمر نتيجة التدهور التدريجي في وظائف الرئة والتعرض المزمن لعوامل الخطورة [16،1].
أما بالنسبة للمستوى التعليمي، فقد تركزت النسب الأعلى ضمن المستويين الإعدادي والثانوي فما فوق، وهي نتيجة ذات أهمية في الدراسات التي تعتمد على التثقيف الصحي والرعاية الذاتية، حيث يرتبط المستوى التعليمي بقدرة المريض على فهم المعلومات الصحية واكتساب المهارات اللازمة لإدارة المرض. وقد أكدت دراسات الرعاية الذاتية أن المعرفة الصحية تمثل عاملاً مهماً في نجاح التدخلات التعليمية وتحسين الالتزام بالعلاج.
وفيما يتعلق بمكان السكن، فقد كانت النسبة الأكبر من المشاركين من سكان الريف، وهو ما قد يعكس طبيعة المجتمع الذي أجريت فيه الدراسة. وقد يرتبط السكن الريفي بزيادة التعرض لبعض عوامل الخطورة البيئية مثل التعرض للدخان الناتج عن

الوقود الحيوي أو محدودية الوصول إلى الخدمات الصحية المتخصصة، وهي عوامل قد تسهم في زيادة عبء المرض التنفسي المزمن [1].

أما فيما يخص الخصائص الصحية، فقد أظهرت النتائج أن معظم المرضى في المجموعتين كانوا يعانون من المرض منذ أكثر من عشر سنوات، وهو ما يعكس الطبيعة المزمنة والتدريجية لمرض الانسداد الرئوي المزمن. كما كانت الشدة المتوسطة للمرض وفق تصنيف GOLD هي الأكثر شيوعاً بين أفراد العينة، وهي نتيجة تتفق مع ما ورد في تقرير GOLD (2025) الذي يبين أن غالبية المرضى الذين يتابعون في العيادات الخارجية ينتمون إلى الفئات المتوسطة والشديدة من المرض [16].

ومن النتائج اللافتة ارتفاع نسبة المدخنين الحاليين في المجموعتين، حيث شكلوا النسبة الأكبر من أفراد العينة. وتتفق هذه النتيجة مع ما أكدته الأدبيات العلمية من أن التدخين يعد العامل السببي الرئيسي للإصابة بمرض الانسداد الرئوي المزمن، ويرتبط بتسارع تدهور وظائف الرئة وزيادة معدلات التفاقم والاستشفاء [2]. لذلك فإن الإقلاع عن التدخين يمثل الركيزة الأساسية في إدارة المرض والحد من تقدمه.(GOLD, 2025)

وبشكل عام، تؤكد نتائج الجدولين الأول والثاني نجاح عملية تحقيق التكافؤ بين المجموعتين من الناحيتين الديموغرافية والصحية، حيث لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية في أي من المتغيرات المدروسة. وتعد هذه النتيجة مؤشراً مهماً على قوة التصميم التجريبي للدراسة، إذ تسمح بإرجاع أي تحسن لاحق في جودة الحياة أو درجات مقياس CAT إلى فعالية برنامج الرعاية الذاتية المطبق وليس إلى فروق سابقة بين المجموعتين.

أظهرت نتائج الدراسة أن أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة كانوا يعانون قبل تطبيق البرنامج من مستوى منخفض من جودة الحياة المرتبطة بالصحة، حيث تركزت استجاباتهم في معظم بنود مقياس (CAT) ضمن فئتي "قليلاً" وأحياناً"، مع وجود نسب ملحوظة في فئة "غالباً" لبعض الأعراض، وخاصة السعال وضيق التنفس وضيق الصدر واضطرابات النوم. كما بينت نتائج القياس القبلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الدرجة الكلية للمقياس، مما يؤكد تكافؤهما من حيث شدة الأعراض وتأثير المرض على الحياة اليومية قبل تطبيق البرنامج، ويعزز من موثوقية النتائج اللاحقة المتعلقة بفعالية التدخل.

وتنسجم هذه النتائج مع ما أشارت إليه الأدبيات العلمية بأن مرض الانسداد الرئوي المزمن يرتبط بانخفاض واضح في جودة الحياة نتيجة الأعراض التنفسية المزمنة والتفاقمات المتكررة وما يرافقها من محدودية النشاط البدني واضطرابات النوم وضعف القدرة على أداء الأنشطة اليومية(Ferrera et al., 2021 ؛ Miravitlles et al., 2019). كما تؤكد نتائج Jones et al., 2019) أن ارتفاع درجات مقياس (CAT) يعكس زيادة العبء المرضي وتأثيره السلبي في الحالة الصحية للمريض.

أما بعد تطبيق برنامج الرعاية الذاتية، فقد أظهرت نتائج المجموعة التجريبية تحسناً واضحاً في معظم بنود المقياس، حيث انخفضت شدة السعال والبلغم وضيق التنفس وضيق الصدر، وتحسنت القدرة على أداء الأنشطة اليومية والنوم ومستوى الطاقة. وقد انعكس ذلك على الدرجة الكلية للمقياس التي انخفضت بفارق دال إحصائياً. ويشير هذا الانخفاض إلى انتقال غالبية المرضى من مستوى التأثير المرتفع للمرض إلى مستوى التأثير المتوسط، مما يدل على تحسن ملموس في جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

وتتفق نتائج الدراسة مع ما توصل إليه (Dodd et al., 2011) الذين وجد أن برامج التأهيل والرعاية الموجهة لمرضى الانسداد الرئوي المزمن تؤدي إلى انخفاض درجات CAT وتحسن جودة الحياة. كما تتوافق مع دراسة (Aboumatar et al., 2022) التي أكدت أن برامج دعم الرعاية الذاتية تسهم في تحسين النتائج الصحية وتقليل عبء المرض، ومع ما أشار إليه (Effing et al., 2016)من أن الرعاية الذاتية تعد أحد المكونات الأساسية في الإدارة الحديثة لمرض الانسداد الرئوي المزمن [9،15،17].

وتدعم هذه النتائج كذلك ما ورد في تقرير (GOLD., 2025) الذي يؤكد أن التدخلات غير الدوائية، بما في ذلك التثقيف الصحي وتعزيز الرعاية الذاتية والنشاط البدني، تسهم في تحسين الأعراض والحالة الصحية العامة للمرضى. كما أن الانخفاض المسجل في متوسط درجات CAT تجاوز الحد الأدنى للتغير المهم سريرياً (MCID) والبالغ نقطتين تقريباً، مما يشير إلى أن التحسن الذي تحقق لم يكن ذو دلالة إحصائية فقط، بل كان ذو أهمية سريرية ملموسة بالنسبة للمرضى [18].

في المقابل، أظهرت المجموعة الضابطة ارتفاعاً طفيفاً في متوسط درجات المقياس من (20.75 ± 2.27) إلى (21.90 ± 2.10)، مما يشير إلى استمرار تأثير المرض وربما تدهور طفيف في الحالة الصحية خلال فترة الدراسة، رغم أن هذا التغير لم يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية. ويمكن إرجاع ذلك إلى الطبيعة التقدمية للمرض، حيث تميل الأعراض إلى الاستمرار أو التفاقم تدريجياً في حال غياب التدخلات التعليمية والداعمة التي تساعد المريض على إدارة حالته الصحية بصورة فعالة [1،16].

كما أظهرت المقارنة البعدية بين المجموعتين وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية(P=0.002) ، وهو ما يؤكد أن التحسن الذي تحقق لم يكن نتيجة عوامل زمنية أو تغيرات عشوائية، بل يعود إلى أثر برنامج الرعاية الذاتية

المطبق. وتنسجم هذه النتيجة مع نظرية أوريم للرعاية الذاتية التي تؤكد أن تمكين المريض من اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة للعناية بنفسه يسهم في تحسين قدرته على التكيف مع المرض المزمن وتحقيق نتائج صحية أفضل [19].
وبصورة عامة، تدعم نتائج الدراسة فعالية برامج الرعاية الذاتية المسندة بالبرهان في تحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى الانسداد الرئوي المزمن، وتؤكد أهمية دمج هذه البرامج ضمن الممارسات التمريضية الروتينية لما لها من دور في تخفيف الأعراض وتحسين الأداء الوظيفي وتعزيز قدرة المرضى على إدارة مرضهم والحد من تدهور حالتهم الصحية.

6- الاستنتاجات: Conclusions

1. أظهرت النتائج تكافؤ خصائص المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج حيث لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بينهما.
2. مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة عند مرضى الانسداد الرئوي المزمن منخفضة قبل التدخل في مجموعتي الدراسة
3. أسهم برنامج الرعاية الذاتية في تحسين جودة الحياة وخفض درجات مقياس (CAT) بشكل دال إحصائياً لدى المجموعة التجريبية .
4. لم يطرأ تحسن على مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة في المجموعة الضابطة.
5. تؤكد نتائج الدراسة فعالية البرنامج في تحسين الحالة الصحية للمرضى من خلال تحسن مستوى جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

7- التوصيات: Recommendations

- ادراج برامج الرعاية الذاتية ضمن خطة الرعاية التمريضية .
- التقييم الدوري لجودة الحياة المرتبطة بالصحة باستخدام مقياس (CAT)
- العمل على جوانب: التثقيف الصحي وتشجيع النشاط البدني والاقلاع عن التدخين.
- إجراء دراسات مستقبلية على عينات أكبر ولمدة زمنية أكبر لتحقيق الاستدامة في النتائج.

8- المراجع References:

1. World Health Organization. (2023). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). World Health Organization.
2. Ferrera, M. C., Labaki, W. W., & Han, M. K. (2021). Advances in chronic obstructive pulmonary disease. Annual Review of Medicine, 72, 119–134.
3. Agustí, A., & Hogg, J. C. (2019). Update on the pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. The New England Journal of Medicine, 381(13), 1248–1256.
4. Spathis, A., Booth, S., Moffat, C., Hurst, R., Ryan, R., Chin, C., et al. (2017). The breathing, thinking, functioning clinical model. NPJ Primary Care Respiratory Medicine, 27(1), Article 27.
5. World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version. World Health Organization.
6. Gupta, N., Pinto, L. M., Morogan, A., & Bourbeau, J. (2014). The COPD Assessment Test: A systematic review. European Respiratory Journal, 44(4), 873–884.
7. Miravitlles, M., et al. (2019). Determinants of quality of life in patients with COPD: A multicenter study in Spain. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 14, 151–161.
8. Jones, P. W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W. H., & Kline Leidy, N. (2009). Development and first validation of the COPD Assessment Test. European Respiratory Journal, 34(3), 648–654.
9. Dodd, J. W., Hogg, L., Nolan, J., Jefford, H., Grant, A., Lord, V. M., & Hopkinson, N. S. (2011). The COPD Assessment Test (CAT): Response to pulmonary rehabilitation. Thorax, 66(5), 425–429.
10. Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. Annals of Behavioral Medicine, 26(1), 1–7.

11. Lenferink, A., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P. D. L. P. M., Frith, P. A., Zwerink, M., Monninkhof, E. M., et al. (2017). Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(8), CD011682.
12. Almagro, P., et al. (2017). Comorbidities and short-term prognosis in patients hospitalized for acute exacerbation of COPD: The EPOC en Servicios de Medicina Interna (ESMI) study. Chest, 152(1), 127–135.
13. Fan, V. S., et al. (2019). Validation of the new Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease strategy classification in primary care: A prospective study of chronic obstructive pulmonary disease symptoms, health-related quality of life, and exacerbations. Annals of the American Thoracic Society, 16(3), 349–355.
14. Bouloukaki, I., Tsiligianni, I., et al. (2024). Lifestyle and quality of life in COPD patients. Journal of Clinical Medicine, 13(16), 4793.
15. Aboumatar, H., Naqibuddin, M., Chung, S., Chaudhry, H., Kim, S. W., Saunders, J., et al. (2022). Effect of self-management support on outcomes in COPD. Annals of the American Thoracic Society, 19(10), 1687–1696.
16. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2025). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2025 report. GOLD.
17. Effing, T. W., Vercoulen, J. H., Bourbeau, J., Trappenburg, J., Lenferink, A., Cafarella, P., et al. (2016). Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. European Respiratory Journal, 48(1), 46–54.
18. Kon, S. S. C., Canavan, J. L., Jones, S. E., Nolan, C. M., Clark, A. L., Dickson, M. J., et al. (2014). Minimum clinically important difference for the COPD Assessment Test. The Lancet Respiratory Medicine, 2(3), 195–203.
19. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.