

تأثیر برنامه‌های خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز

اسفنديار بالجاني^۱, ڙاله رحيمى^{۲*}, اکبر ساسان^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۵/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۰۷/۲۳

چکیده

پيش زمينه و هدف: كييفيت زندگي افراد معيار مهمى است كه اثريخشى مراقبت‌هاي بهداشتى را نشان مى‌دهد. عليرغم وجود شواهدى مبنى بر اثريخشى مداخلات خودمدیریتی در بيماري‌های مزمن، مطالعات کمی در زمينه ارش برمame‌های خودمدیریتی در بيماران تحت درمان با همودیالیز صورت گرفته است. اين تحقيق باهدف تعين برنامه‌های خودمدیریتی بر كييفيت زندگي بيماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

مواد و روش کار: اين مطالعه از نوع كارآزماني باليني است. تعداد نمونه شامل ۸۲ نفر از بيماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌كننده به بخش دیاليز بيمارستان طالقاني اروميه بود. بيماران بعد از انتخاب هدفمند بهصورت تصادفي در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. داده‌ها قبل و بعد از ۱۲ هفته مداخله، توسيط فرم مشخصات دموغرافيك و پرسشنامه كييفيت زندگي بيماران كليوي تكميل شد و با استفاده از آمار توصيفي، آر蒙ون تي زوج و آزمون تي گروههای مستقل تجزيه تحليل شدند.

يافته‌ها: نتائج نشان داد كه اختلاف ميانگين كييفيت زندگي بعد از مداخله در ابعاد عالم بيماري، كييفيت تعاملات اجتماعي، تشويق كادر بخش دیاليز، نقش جسمى، در دو نقش عاطفي بين دو گروه مداخله و شاهد معنى دار بود ($p < 0.05$). ولی در سایر ابعاد كييفيت زندگي معنى دار نبود.

بحث و نتيجه‌گيري: نتائج اين مطالعه تأثير برنامه‌های خودمدیریتی بر بدخش ابعاد كييفيت زندگي در بيماران همودیاليزی را نشان داد. با توجه به كمبود نيروى انساني در پرستاري و اهميت مشاركت بيماران در مديريت بيماري‌های مزمن، توسيع برنامه‌های خودمدیریتی مى‌تواند جايگزين روش‌های آموزش سنتي و پاسخی به چالش‌های مذكور باشد.

كليدوازه‌ها: خودمدیریتی، كييفيت زندگي، همودیاليز

مجله دانشكده پرستاري و مامايني اروميه، دوره دوازدهم، شماره نهم، پي دربي ۶۲، آذر ۱۳۹۳، ص ۸۱۵-۸۲۴

آدرس مکاتبه: دانشكده پرستاري و مامايني دانشگاه علوم پزشكى اروميه، اروميه، ايران، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email:tm.rahimi@yahoo.com

مقدمه

بيماراني که درمان همودياليزی دریافت مى‌كنند کييفيت زندگي پايان‌تری در مقاييسه با جمعيتي‌های عمومي دارند (۱). عقیده بر اين است که كييفيت زندگي افراد معيار مهمى است که اثريخشى مراقبت‌هاي بهداشتى را نشان مى‌دهد و پيش‌بیني وقوع ناتوانی و مرگ‌ومير افراد را ميسر مى‌سازد. اگرچه درمان‌های جايگزين مانند دیاليز، به حفظ جان بيماران کمک مى‌كنند، اما به حداكثر رساندن كييفيت زندگي بيماران مبتلا به مرحله انتهائي بيماري کلیه هدف عمدہ برنامه دیالیز می‌باشد (۲).

شيوع نارسايی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در يکمiliون جمعیت است و هر سال ۸ درصد به اين جمعیت اضافه مى‌شود (۳) و بر اساس آمار موجود، در ايران ساليانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به اين بيماري مبتلا مى‌شوند (۴). رايچ ترين درمان بيماران نارسايی کلیه، همودياليز است. هر بيمار ۳ بار در هفته به مدت ۴ ساعت دیالیز مى‌شود (۵). اين بيماران دامنه وسیعی از تغييرات سبک زندگی را تجربه مى‌كنند که بر روی سلامت اجتماعي و روانی تأثيرگذار است. درمان آن‌ها دارای يك فرایند طولانی مدت است و بيماران برای حفظ بقاء باید بيماري مزمن خود را مدیريت

^۱ کارشناسي ارشد پرستاري، عضو هيئت علمي دانشگاه آزاد اسلامي واحد اروميه، اروميه، ايران

^۲ کارشناسي ارشد پرستاري، عضو هيئت علمي دانشكده پرستاري و مامايني دانشگاه علوم پزشكى اروميه، اروميه، اiran (نويسنده مسئول)

^۳ دانشجوی کارشناسي پرستاري، دانشگاه آزاد اسلامي واحد اروميه، اروميه، اiran

(۱۴) بهبود نشانه‌های بیماری و کیفیت زندگی بیماران بهخصوص در حوزه عملکردی، پایبندی به دستورات پزشکی و رضایت بیماران نارسایی قلبی (۱۵) مؤثر بوده است.

علیرغم وجود شواهد مذکور مبنی بر اینکه مداخلات خودمدیریتی دارای فواید بالینی و روانی در بیماری‌های مزمن بوده است، مطالعات کمی در زمینه ارزش برنامه‌های خودمدیریتی در بیماران تحت درمان با همودیالیز در جامعه ما صورت گرفته است. بیماران دیالیزی به دلیل ماهیت بیماری خود بوده و پرستاران از طریق فعال تری در اداره و درمان بیماری خود بوده و پرستاران تحت درمان با همودیالیز مداخلات مبتنی بر خودمدیریتی می‌توانند در کیفیت زندگی بیماران تأثیر داشته باشند لذا این تحقیق باهدف تعیین مداخلات خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به بخش دیالیز بیمارستان طالقانی ارومیه بودند که از میان آن‌ها تعداد ۸۲ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای داشتن سواد خواندن و نوشتمن، دارا بودن حمایت خانوادگی از طرف یکی از اعضای اصلی خانواده، تمايل داوتلبهانه برای شرکت در مطالعه، نداشتن مشکل روانی و محدوده سن ۱۸ تا ۶۵ سال به عنوان نمونه انتخاب شدند. بعد از انتخاب، نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله (۴۲) و گروه شاهد (۴۰) نفر تقسیم شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دوپردازی بود. در قسمت الف اطلاعات مربوط به سن، جنس، میزان تحصیلات، مدت‌زمان درمان با همودیالیز، وضعیت شغلی، وضعیت مالی، سایر بیماری‌های که هم‌زمان با نارسایی کلیه وجود دارد. وضعیت زندگی، با استفاده از پرونده بیماران و مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل شد. قسمت دوم پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به بیماران همودیالیزی^۲ (KDQOL-SFTM) بود. این پرسشنامه یک ابزار اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی است و شامل دو مقیاس عمومی و اختصاصی در ارتباط با کیفیت زندگی است. مقیاس عمومی کیفیت زندگی خود شامل دو زیرمقیاس شرایط جسمی و شرایط عاطفی است. زیر مقیاس جسمی نیز خود شامل چهار حیطه سلامت عمومی (شامل ۶ گویه)، عملکرد جسمی (شامل ۱۰ گویه)، ایفای نقش جسمی (شامل ۴ گویه) و درد جسمی (شامل ۳ گویه) است و زیر مقیاس شرایط عاطفی نیز

احساس عدم توانایی، فقدان کنترل بر بیماری و درمان، مشکلات مالی، ناتوانی حفظ شغل (۶)، داشتن درمان‌های داروبی متعدد، برنامه‌های غذایی خاص و کسب توانایی لازم در سازگاری با ناتوانی‌های جسمی و روحی، کیفیت زندگی بیماران دیالیزی را تحت تأثیر قرار می‌دهد در نتیجه کنترل مشکلات و عوارض مربوط به بیماری این بیماران را نیازمند آموزش‌های ویژه و توانمندسازی در کنترل بیماری خود می‌نماید (۷). از سوی دیگر نتایج مطالعه انجام شده توسط اندرسون^۱ عدم کارایی آموزش سنتی را در کمک معنی‌دار به تغییرات سبک زندگی یا رفتارهای خودمدراقبتی نشان داده است (۸). این بدان معنی است که در صورتی که پرستاران، کار آموزش رژیم‌درمانی و تغییرات رفتاری مدام‌العمر را به عهده بگیرند، دانش ارائه شده به بیماران زیاد مؤثر نبوده است و چنانکه بیمار به‌طور فعل در کنترل بیماری، شناخت نشانه‌ها و عوارض بیماری شرکت داده شود، باعث نتایج بهتر در سلامتی خواهد بود. بنابراین در بیماری‌های مزمن لازم است که روش یادگیری غیرفعال به مشارکت در خودمدراقبتی و تصمیم‌گیری (۵) و آموزش به روش ارائه دانش به روش تعاملی تبدیل شود (۶). به نظر می‌رسد خودمدیریتی بهترین روش برای مقاعده کردن به انجام تغییرات رفتاری و درمان داروبی در دوره زمانی طولانی باشد (۹).

خود مدیریتی به توانایی‌های فردی در کنترل نشانه‌ها، درمان، پیامدهای جسمانی، اثرات روانی اجتماعی و در بیماری‌های مزمن مثل بیماران دیالیزی به کنترل تغییرات سبک زندگی اشاره دارد. همچنین خودمدیریتی یک استراتژی است که فرد بتواند توالی رفتار خود را حفظ کند یا یک رفتار مثبت یا مهارت را افزایش دهد و یا یک رفتار غیربهداشتی را کاهش دهد (۱۰). در صورت موفقیت در یادگیری خود مدیریتی، افراد ضرورت تغییر در رفتار یا سبک زندگی را احساس خواهند کرد. خود مدیریتی کارآمد توانایی پایش وضعیت یک فرد را شامل می‌شود و پاسخ‌های ضروری شناختی، رفتاری و عاطفی جهت حفظ کیفیت زندگی رضایت‌بخش را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱).

مداخلات خودمدیریتی در بیماران روماتوئیدی در کاهش درد و التهاب مفصل و بهبود تحرک مؤثر بوده است (۱۲). در بیماران آسمی، مداخلات خودمدیریتی استفاده مؤثر از دارو را بهبود بخشید (۱۳). در بیماران دیابت ملیتوس مداخلاتی که مشارکت فعل بیمار را ارتقاء دهد، نتایج کوتاه‌مدت را افزایش داده، سبب کنترل قند شده و به بهبود کیفیت زندگی منجر شده است (۱۰). همچنین نتایج مطالعات نشان داده که آموزش مدیریت بیماری به عنوان یک روش در صرفه‌جویی هزینه‌ها و کاهش دفعات بستری

²Kidney diseases quality of life- short form

¹ Anderson

برقراری تعامل دوستانه با بیمار، صرف وقت کافی، تشویق به رعایت دستورات پزشکی و توصیه‌های مراقبتی و عوامل ارتقاء دهنده کیفیت زندگی، ارائه مثال‌هایی از تجربیات موفق با در نظرگیری علائق، ارزش‌ها و فرهنگ بیماران به جمع‌بندی اطلاعات کمک کردن. سپس بیماران تشویق شدند برای خود اهداف فردی قابل وصول طراحی نمایند. برنامه احرازی ارتقا کیفیت زندگی با استفاده از اصول خودمدیریتی با حمایت محققین سازمان‌دهی و راهاندازی شده و روش حل مسئله برای مشکلات احتمالی و بالفعل با کمک اعضای خانواده آموزش داده شد.

آموزش مددجویان به همراه یکی از اعضای اصلی خانواده آن‌ها هر هفته یک جلسه تا ۱۲ هفته ادامه داشت. محققین مطابق با برنامه دیالیز، در کنار تخت بیماران حاضر شده تا بازخورد آموزش‌ها و میزان تغییرات رفتاری را ارزیابی مجدد نموده و مشکلات بیمار در اجرای برنامه طراحی شده را پیگیری نموده و راهنمایی‌ها و آموزش‌های لازم را ارائه نمایند. همچنین، به‌منظور جلوگیری از سوگیری در اجرای مداخلات، بیماران گروه مداخله و کنترل از دو نوبت مجزا (بیماران گروه کنترل از نوبت صبح و بیماران گروه مداخله از نوبت عصر) انتخاب شدند تا طی جلسات همودیالیز از تبادل اطلاعات بین دو گروه جلوگیری شود. تغییرات کیفیت زندگی با استفاده از همان پرسشنامه توسط محققین بعد از ۱۲ هفته تکمیل شد.

برای توصیف مشخصه‌های دموگرافیک از آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و درصدی استفاده شد. برای مقایسه میانگین امتیازات تعییت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات، میانگین اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز، قبل و بعد از آموزش از آزمون تی زوج استفاده شد و برای مقایسه میانگین امتیازات کیفیت زندگی، بین گروه مداخله و کنترل از آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰.۰۵ در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی از طریق ارائه معرفی‌نامه پژوهش به بیمارستان موردنظر و اخذ رضایت شرکت در تحقیق از سوی بیماران انجام گرفت.

یافته‌ها

از مجموع بیمارانی که معیارهای لازم برای شرکت در مطالعه را داشتند، ۴۲ نفر در گروه مداخله و ۴۰ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند که مشخصات آن‌ها در جدول شماره ۱ آورده شده است. آزمون آماری تی گروه‌های مستقل و کای اسکوثر اختلاف معنی داری بین این متغیرها از نظر میانگین و نسبت‌های دو گروه نشان نداد.

شامل سه حیطه ایفای نقش عاطفی (شامل ۳ گویه)، عملکرد اجتماعی (شامل ۲ گویه) و سلامت روان (شامل ۸ گویه) می‌باشد. بعد اختصاصی ابزار پژوهش مشتمل بر نه حیطه شامل محدودیت‌های مرتبط با بیماری کلیه (شامل ۱۱ گویه)، مشکلات روانی مرتبط با سلامت (شامل ۶ گویه)، عملکرد جسمی مرتبط با سلامت (شامل ۱۲ گویه)، وضعیت عمومی مرتبط با سلامت (شامل ۳ گویه)، رضایت خانوادگی مرتبط با سلامت (شامل ۴ گویه)، وضعیت خواب (نمره‌بندی از صفر تا ۱۰۰)، وضعیت شغلی مرتبط با سلامت (شامل ۳ گویه)، مسائل جنسی (شامل ۲ گویه) و میزان رضایت از مراقبت و کارکنان بخش (شامل ۳ گویه) در بیماران همودیالیزی می‌باشد. ابزار نمره‌بندی اختصاصی خاص خود را دارد و وزن متفاوت به گویه‌ها اعمال می‌شود. هر حیطه ۱۰۰ امتیاز را به خود اختصاص می‌دهد. این پرسشنامه یک ابزار چندبعدی، روا و پایا است که تمامی ابعاد پرسشنامه SF-36 را دربردارد (۱۶) و از درجات بالای همسانی و همبستگی درونی برخوردار بوده (۱۷) و تفسیر عمیق‌تر و گستردگتری از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را که در پرسشنامه SF-36 مورد توجه قرار نگرفته است، ارائه می‌نماید (۱۸). روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی توسط یکانی نژاد و همکاران بررسی شده است که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد و اعتبار بالایی است (۱۹)، بهطوری که آلفای کرانباخ در ابعاد مختلف پرسشنامه از ۰/۹۳ تا ۰/۹۷۳ گزارش شده است. روایی صوری و محظوایی ابزار توسط ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه بررسی شد و بر اساس نظرات آن‌ها تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال شد. برای تعیین پایایی ابزار از روش آلفای کرانباخ و پس از انجام مطالعه راهنمایی بر روی ۱۵ بیمار استفاده شد (آلفای کرانباخ = ۰/۷۸).

گروه شاهد فقط مداخلات روتین قبلی بخش را دریافت کردند ولی گروه کنترل علاوه بر مداخلات روتین از مداخلات خودمدیریتی مربوط به بیماران دیالیزی که به‌طور خلاصه شامل داشت و آگاهی بیماران دیالیزی، خود مانیتورینگ، انگیزش سازی، طراحی هدف و حل مسئله، بازخورد و پیگیری و ارزشیابی (۹-۶) مطابق اصول خودمدیریتی دریافت کردند.

بعد از انتخاب نمونه‌ها، داده‌های بیماران در مورد کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه توسط محققین تکمیل شد. در مرحله بعد، در طول دیالیز، داده‌های بیماران در حضور یکی از همراهان خود مورد ارزیابی قرار گرفته، مشکلات و نیازمندی‌های آموزشی آن‌ها مشخص گردید. بعدازاین مرحله به بیماران و همراهان آن‌ها فرصت داده شد در مورد پژوهش، تجربیات اولیه خود در مورد ابعاد کیفیت زندگی را بحث نمایند. محققین همگام با ارائه توضیحات لازم، با تأکید بر قابلیت‌های فردی، برتری‌ها،

جدول (۱): مشخصات بیماران تحت درمان با همودیالیز قبل از مداخله در گروه مداخله (۴۲) و شاهد (۴۰)

	گروه شاهد		گروه مداخله		گروه		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	مرد	زن	
$x_2 = +/+/+ \quad p = +/+/+$	۵۷/۵	۲۳	۵۴/۸	۲۳	مرد	زن	جنس
	۴۲/۵	۱۷	۴۵/۲	۱۹			
$x_2 = +/+/- \quad p = +/+/-$	۷۵	۳۰	۶۶/۷	۲۸	زیر دپلم	دپلم و بالاتر	تحصیلات
	۲۵	۱۰	۳۳/۳	۱۴			
$x_2 = +/+/+ \quad p = +/+/+$	۷۰	۲۸	۷۰/۷	۲۹	بیکار	شاغل	شغل
	۳۰	۱۲	۲۹/۳	۱۲			
$x_2 = +/+/+ \quad p = +/+/+$	۷/۵	۳	۲/۴	۱	ضعیف		وضعیت مالی
	۸۰	۳۲	۷۶/۲	۳۲	متوسط		
$x_2 = +/+/+ \quad p = +/+/+$	۱۲/۵	۵	۱۶/۷	۷	خوب		بیماری دیگر
	۳۲/۵	۱۳	۲۲	۹	ندارد		
$x_2 = +/+/+ \quad p = +/+/+$	۵۰	۲۰	۷۰/۷	۲۹	یکی		بیماری دیگر
	۱۷/۵	۷	۷/۳	۳	دوتا		
$x_2 = +/+/+ \quad p = +/+/+$	۹۵	۳۸	۹۷/۶	۴۱	با خانواده		وضعیت زندگی
	۵	۲	۴/۸	۲	تنها		
$t = +/+/+ \quad p = +/+/+$	۴۷/۱۸		۴۷		میانگین		سن (سال)
	۱۲/۰۲		۱۲/۴۷		انحراف معیار		
$t = +/+/+ \quad p = +/+/+$	۴۰/۳۲		۳۷/۳۲		میانگین		مدت زمان درمان با همودیالیز (ماه)
	۴۴/۶۵		۲۹/۸۴		انحراف معیار		

بیماری (۰۰۰۶)، کیفیت تعاملات اجتماعی (۰۰۰۴)، تشویق کادر دیالیز (۰۰۰۴)، نقش جسمی (۰۰۰۱)، درد (۰۰۰۴) و نقش عاطفی (۰۰۰۲) (p<0.05) بین دو گروه مداخله و شاهد معنی دار نبود. در حالی که همین آزمون نشان داد بود (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون تی گروه های مستقل نشان داد که اختلاف میانگین کیفیت زندگی در کلیه ابعاد قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و شاهد معنی دار نبود. در حالی که همین آزمون نشان داد که اختلاف میانگین کیفیت زندگی بعد از مداخله در ابعاد علائم

جدول (۲): مقایسه اختلاف میانگین امتیازات کیفیت زندگی بین گروه مداخله (۴۰) و شاهد (۳۸)

p	٪۹۵ اطمینان فاصله اطمینان	df	مقدار t	گروه شاهد		گروه مداخله		بعاد کیفیت زندگی
				اختلاف میانگین	میانگین	انحراف معیار میانگین	انحراف معیار	
۰/۰۰۶	۲۶/۲۲-۱۵۴/۰۲	۹۰/۱۳	۷۴	۲/۸۱	۱۴۵/۶۲	۸۷۶/۱۸	۱۳۳/۶۷	۸۷۶/۳۲ علائم بیماری
۰/۰۶۶	-۳/۵۵-۱۰۸/۱۶	۵۲/۳۰	۷۶	۱/۸۶	۱۱۶/۸۶	۳۹۱/۴۵	۱۳۰/۰۵	۴۴۳/۷۵ تأثیرات بیماری کلیوی
۰/۱۰۹	-۷/۸۵-۷۷/۲۰	۳۴/۶۷	۷۶	۱/۶۲	۹۴/۲۰	۱۸۱/۵۸	۹۴/۳۱	۲۱۶/۲۵ محدودیت بیماری کلیوی
۰/۰۰۰	۷۴/۷۵-۱۳۰/۷۸	۸۲/۷۷	۷۵	۷/۳۰	۶۱/۷۵	۲۹/۷۳	۶۱/۵۱	۱۳۲/۵۰ وضعیت شغلی
۰/۰۴۰	-۱۹/۰۴-۳۷/۳۷	۹/۱۶	۷۵	۰/۶۴	۶۹/۵۶	۱۹۷/۸۴	۵۴/۲۶	۲۰۷/۰۰ عملکرد شناختی
۰/۰۴۱	-۰/۸۶-۴۱/۱۸	۲۱/۲	۷۶	۲/۰۷	۴۰/۷۳	۱۸۹/۴۷	۴۸/۱۴	۲۱۰/۵۰ کیفیت تعاملات اجتماعی
۰/۹۸۵	-۲۴/۸۴-۲۵/۳۰	۰/۲۳	۷۶	۰/۰۱	۴۷/۵۲	۱۴۵/۳۹	۶۲/۲۴	۱۴۵/۶۳ عملکرد جنسی
۰/۰۷۸	-۳۵/۴۵-۱۹/۹۲	-۷/۷۶	۷۵	-۰/۵۵	۵۴/۰۷	۲۱۵/۵۱	۶۶/۶۴	۲۰۷/۷۵ خواب
۰/۲۳۸	-۱/۱۴-۰/۲۸	-۰/۴۲	۷۵	-۱/۱۸	۱/۱۱	۶/۳۵	۱/۹۰	۵/۹۳ حمایت اجتماعی
۰/۰۴	-۰/۱۸-۳۷/۱۷	۱۸/۶۷	۷۶	۱/۱۴	۴۲/۱۲	۱۵۳/۹۵	۳۹/۸۸	۱۷۲/۶۲ تشویق کادر دیالیز
۰/۰۶۹	-۰/۷۷-۰/۳۵	-۰/۲۰	۷۶	-۰/۷۲	۱/۲۳	۵/۱۳	۱/۲۶	۴/۹۳ رضایتمندی بیمار
۰/۳۴۵	-۴۸/۲۵-۱۳۶/۴۰	۴۴/۰۷	۷۵	۰/۹۵	۲۱۰/۲۱	۵۸۴/۶۸	۱۹۶/۴۰	۶۲۸/۷۵ عملکرد جسمی
۰/۰۰۰	۵۴/۹۴-۱۷۱/۵۴	۱۱۳/۲۴	۷۵	۳/۸۶	۱۴۸/۲۱	۱۵۶/۷۶	۱۰۶/۶۹	۲۷۰/۰۰ نقش/جسمی
۰/۰۴۰	۱/۰۳-۴۱/۶۸	۲۱/۳۵	۶۷	۲/۰۹	۴۱/۸۲	۱۱۵/۴۸	۴۲/۲۹	۱۳۶/۸۴ درد
۰/۳۹۰	-۱۶/۰۳-۴۰/۶۵	۱۲/۳۱	۷۶	۰/۸۶	۶۵/۸۲	۱۸۴/۲۹	۵۹/۸۴	۱۹۶/۶۰ سلامت عمومی
۰/۱۲۷	-۷/۹۴-۶۲/۴۰	۲۷/۲۳	۷۶	۱/۵۴	۷۹/۳۵	۲۴۶/۸۴	۷۶/۶۰	۲۷۴/۰۸ سلامت عاطفی
۰/۰۲۵	۷/۳۲-۱۰۵/۰۴	۵۶/۱۸	۷۶	۲/۲۹	۱۱۳/۴۷	۱۲۶/۳۲	۱۰۳/۲۹	۱۸۲/۵۰ نقش/عاطفی
۰/۰۵۹	-۰/۸۴-۴۳/۴۲	۲۱/۲۸	۷۵	۱/۹۱	۵۰/۲۱	۱۱۲/۱۶	۴۲/۲۹	۱۳۳/۴۵ عملکرد اجتماعی
۰/۲۳۹	-۱۴/۲۸-۵۶/۳۸	۲۱/۰۵	۷۵	۱/۱۸	۹۰/۹۶	۱۶۸/۹۵	۶۴/۰۵	۱۹۰/۰۰ انرژی/اختستگی

جسمی (p<۰.۰۰۱)، درد (p=۰.۰۴)، سلامت عمومی (p=۰.۰۳) و نقش عاطفی (p=۰.۰۴) و قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله معنی دار بود (جدول شماره ۳).

همچنین آزمون تی گروههای زوج نشان داد که اختلاف میانگین در هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در درون گروه شاهد معنی دار نبود در حالی که در ابعاد نقش

جدول (۳): مقایسه اختلاف میانگین امتیازات کیفیت زندگی درون گروهی

p	df	t	مقدار t	بعد از مداخله		قبل از مداخله		ابعاد کیفیت زندگی
				انحراف معیار میانگین	میانگین	انحراف معیار میانگین	میانگین	
علائم بیماری								
۰/۵۴	۳۶	-۰/۶۱	۱۳۲/۲۱	۸۸۱/۰۸	۱۷۶/۵۲	۸۶۴/۸۶	گروه مداخله	
۰/۷۵	۳۷	-۰/۳۱	۱۴۵/۶۲	۷۸۶/۱۸	۱۵۹/۰۸	۷۸۲/۸۹	گروه شاهد	
تأثیرات بیماری کلیوی								
۰/۸۶	۳۹	۰/۱۷	۱۳۰/۰۵	۴۴۳/۷۵	۱۲۸/۴۲	۴۴۶/۲۵	گروه مداخله	
۰/۱۵	۳۷	۱/۴۶	۱۱۶/۸۶	۳۹۱/۲۵	۱۳۵/۷۱	۴۰۳/۲۹	گروه شاهد	
حدوده دیت بیماری کلیوی								
۰/۵۲	۳۹	-۰/۶۴	۹۴۳/۱	۲۱۶/۲۵	۹۷/۶۳	۲۰۸/۱۳	گروه مداخله	
۰/۳۲	۳۷	۱/۰۰	۹۴/۲۰	۱۸۱/۵۸	۸۶/۲۳	۱۹۲/۱۱	گروه شاهد	
وضعیت شغلی								
۰/۱۶	۳۹	-۱/۴۳	۶۱/۰۵	۱۳۲/۵۰	۵۹/۸۶	۱۲۷/۵۰	گروه مداخله	
۰/۳۲	۳۶	۱/۰۰	۶۱/۷۵	۲۹/۷۳	۶۲/۶۰	۳۲/۴۳	گروه شاهد	
عملکرد شناخت								
۰/۷۶	۳۹	-۰/۳۰	۵۴/۲۶	۲۰۷/۰۰	۵۶/۲۰	۲۰۹/۵۰	گروه مداخله	
۰/۳۳	۳۶	-۰/۹۷	۶۹/۵۶	۱۹۷/۸۴	۷۴/۳۱	۲۰۳/۲۴	گروه شاهد	
کیفیت تعاملات اجتماعی								
۰/۴۵	۳۹	-۰/۷۵	۴۸/۱۴	۲۱۰/۰۰	۵۰/۳۴	۲۱۷/۰۰	گروه مداخله	
۰/۰۸	۳۷	۱/۷۵	۴۰/۷۲	۱۸۹/۴۷	۴۰/۸۴	۱۹۷/۳۷	گروه شاهد	
عملکرد جنسی								
۰/۹۰	۳۹	-۰/۱۲	۴۴/۵۶	۱۴۵/۶۳	۶۲/۰۶	۱۴۵/۰۰	گروه مداخله	
۰/۵۳	۳۷	-۰/۶۲	۴۷/۵۲	۱۴۵/۳۹	۶۲/۲۴	۱۴۷/۳۷	گروه شاهد	
خواب								
۰/۶۷	۳۹	-۰/۴۲	۶۶/۶۴	۲۰۷/۷۵	۶۰/۸۱	۲۰۳/۵۰	گروه مداخله	
۰/۹۳	۳۶	-۰/۰۸	۵۴/۰۷	۲۱۵/۵۱	۵۸/۲۵	۲۱۵/۹۲	گروه شاهد	
حمایت اجتماعی								
۰/۱۴	۳۹	۱/۵۰	۱/۹۰	۵/۹۲	۱/۱۹	۶/۴۰	گروه مداخله	
۰/۵۳	۳۶	-۰/۶۲	۱/۱۱	۶/۳۵	۱/۴۰	۶/۴۳	گروه شاهد	
تشویق کادر دیالیز								
۰/۱۶	۳۸	۱/۴۰	۱/۳۳	۴/۸۲	۴۸/۷۶	۱۵/۷۹	گروه مداخله	
۰/۴۴	۳۰	-۰/۷۷	۱۷/۴۲	۷/۰۳	۳۰/۰۹	۳/۵۸	گروه شاهد	
رضایتمندی بیمار								
۰/۵۵	۳۹	-۰/۵۹	۱/۳۶	۴/۹۷	۱/۳۳	۴/۸۵	گروه مداخله	
۰/۵۸	۳۷	-۰/۵۴	۱/۳۱	۵/۲۱	۱۵/۷۲	۶/۶۳	گروه شاهد	
عملکرد جسمی								
۰/۵۳	۳۹	-۰/۶۲	۱۹۶/۴۰	۶۲۸/۷۵	۲۴۱/۹۱	۶۴۸/۷۵	گروه مداخله	
۰/۶۵	۳۶	-۰/۴۴	۲۱۰/۳۱	۵۸۴/۶۸	۲۲۵/۶۲	۵۹۱/۸۹	گروه شاهد	
نقش جسمی								
۰/۰۰	۳۹	-۴/۶۸	۱۰۶/۶۹	۲۷۰/۰۰	۱۵۱/۰۴	۱۷۷/۵۰	گروه مداخله	
۰/۱۴	۳۶	-۱/۴۸	۱۴۸/۲۱	۱۵۶/۷۶	۱۶۳/۶۶	۱۳۵/۱۴	گروه شاهد	
درد								
۰/۰۴	۳۷	-۲/۰۸	۴۲/۲۹	۱۳۶/۸۴	۴۸/۶۲	۱۲۳/۱۶	گروه مداخله	
۰/۷۴	۳۰	-۰/۳۳	۴۱/۸۲	۱۱۵/۴۸	۴۹/۷۵	۱۱۴/۰۳	گروه شاهد	
سلامت عمومی								
۰/۰۳	۳۹	-۲/۱۶	۵۹/۸۴	۱۹۶/۶۰	۶۶/۱۲	۱۸۲/۱۵	گروه مداخله	
۰/۱۵	۳۷	۱/۴۳	۶۵/۸۲	۱۸۴/۲۹	۶۸/۹۸	۱۸۱/۹۲	گروه شاهد	

ادامه جدول (۳)

سلامت عاطفی							
۰/۴۲	۳۸	۰/۸	۷۷/۴۰	۲۷۴/۹۶	۱۰۱/۶۱	۲۸۷/۱۸	گروه مداخله
۰/۰۶	۳۷	۱/۹۱	۷۹/۳۵	۲۲۶/۸۴	۷۷/۳۵	۲۶۱/۵۸	گروه شاهد
نقش/عاطفی							
۰/۰۴	۳۹	-۲/۰۳	۱۰۳/۴۹	۱۸۲/۵۰	۱۳۷/۳۷	۱۴۰	گروه مداخله
۰/۱۸	۳۷	-۱/۳۴	۱۱۳/۱۴	۱۲۶/۲۲	۱۳۹/۳۹	۱۰۵/۲۶	گروه شاهد
عملکرد اجتماعی							
۰/۱۹	۳۹	-۱/۳۰	۴۷/۲۹	۱۳۳/۴۵	۴۸/۲۰	۱۲۵/۶۳	گروه مداخله
۰/۵۷	۳۶	۰/۵۶	۵۰/۲۱	۱۱۲/۱۶	۴۷/۳۰	۱۱۴/۸۶	گروه شاهد
انرژی اختستگی							
۰/۹۷	۳۹	۰/۰۳	۶۴/۰۵	۱۹۰/۰۰	۹۳/۲۵	۱۹۰/۵۰	گروه مداخله
۰/۳۷	۳۷	۰/۹۰	۹۰/۹۶	۱۶۸/۹۵	۹۲/۲۳	۱۷۵/۲۶	گروه شاهد

تشویق کادر دیالیز، نشانه‌های بیماری و خواب معنی‌دار بود و در سایر ابعاد معنی‌دار نبود (۱۹). همچنین این نتایج با نتایج مطالعه معطّری و همکاران قابل مقایسه است در آن مطالعه برنامه‌های توانمندسازی بیماران تحت درمان با همودیالیز مشتمل بر ارزیابی مشکلات بیماران در مورد خودمدیریتی، کمک به بیماران در آموزش مهارت‌های ضروری و خودآگاهی، طراحی اهداف جهت تغییر رفتار، روش حل مسئله، مدیریت استرس، فن‌های سازگاری، انگیزش سازی و حمایت اجتماعی در بهبود کیفیت کلی و ابعاد فیزیولوژیکی، معنوی و خانوادگی کیفیت زندگی بیماران تحت مطالعه مؤثر بود. مطالعه دیگر که رحیمی و همکاران (۱۳۸۴) انجام داده بودند، نتایج نشان داد که اجرای مدل پیگیر با افزایش کیفیت زندگی در ابعاد عمومی و اختصاصی بیماران همودیالیزی همراه بوده است (۲۲).

در این مطالعه برنامه‌های خودمدیریتی در بهبود برخی از ابعاد کیفیت زندگی بیماران مؤثر بود درحالی که در مطالعه معطّری در تمام ابعاد کیفیت زندگی مؤثر بوده است (۲۳) باید توجه داشت که همودیالیز یک شرایط ویژه است که ناشی از طیف وسیعی از دیگر بیماری‌هاست و بنابراین میزان کنترل بر بیماری تحت الشاعع یا تحت تأثیر بیماری‌های قبلی آن‌ها قرار دارد. در این مطالعه حدود ۷۸ درصد بیماران علاوه بر دیالیز از بیماری‌های دیگر رنج می‌برند و در نتیجه همین مسئله ممکن است بر ادراک بیماری، میزان کنترل شخصی بر روی بیماری و در نتیجه بر برخی ابعاد کیفیت زندگی تأثیر داشته باشد. در مطالعات دیگر علل ناکارآمدی مداخلات خودمدیریتی به مواردی مثل عوارض جانی داروها، فقدان انگیزه کافی، اعتقادات بیمار، اشکال در مشاوره و فقدان سیستم حمایتی اشاره شده است.

در این مطالعه مداخلات خودمدیریتی در اکثر ابعاد کیفیت زندگی بین گروه شاهد و مداخله معنی‌دار نبود لذا توصیه می‌شود

بحث و نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی افراد معیار مهمی است که اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد، شناسایی شیوه‌های مناسب ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، می‌تواند رویکردهای مناسبی را برای کاهش عوارض نامطلوب بیماری ایجاد نماید (۲۰).

نتایج این مطالعه نشان داد که مداخلات خودمدیریتی بر ارتقاء کیفیت زندگی در ابعاد نقش جسمی، درد، سلامت عمومی و نقش عاطفی در درون گروه مداخله بیماران دیالیزی مؤثر بود. این نتایج با نتایج تحقیق ونگ و همکاران قابل مقایسه است. در آن مطالعه اجرای برنامه‌های کنترل بیماری بر کیفیت زندگی درون گروهی در ابعاد تشویق کادر دیالیز، ادراک سلامت عمومی و سلامت کلی معنی‌دار بود (۲۱). کمر^۱ و همکاران مشارکت فعال بیماران در طراحی هدف برای دستیابی به درمان با مذاکره و همکاری مستمر بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت سلامتی را راهکارهای موفق جهت دستیابی به اهداف درمانی در بیماران دیالیزی معرفی کرده است (۲۵) که به نظر می‌رسد این موارد در مطالعه ما از طریق فراهم‌سازی حمایت از بیماران در حل مشکل و بهره‌گیری از حمایت اعضا خانواده و پرستاران بخش و پی‌گیری فعال و حفظ ارتباط مددجو و پرستار صورت گرفته باشد.

در این مطالعه میانگین کیفیت زندگی در ابعاد نشانه‌های بیماری، تشویق کادر بخش دیالیز، کیفیت تعاملات اجتماعی، نقش جسمی و درد بین گروه مداخله و شاهد ۱۲ هفته بعد از مداخله از اختلاف معنی‌دار بخوردار بود ولی در سایر ابعاد کیفیت زندگی بین گروه شاهد و مداخله معنی‌دار نبود. این نتایج با نتایج تحقیق ونگ^۲ و همکاران قابل مقایسه است در آن مطالعه اجرای برنامه‌های کنترل بیماری بر کیفیت زندگی بین گروهی در ابعاد

¹ Kammerer
² Wong

شناسایی شیوه‌های مناسب ارتقاء کیفیت زندگی با مشارکت بیمار اعضای خانواده و مهارت‌های حل مسئله جایگزین روش‌های سنتی آموزش در بیماران تحت درمان با دیالیز شود. کمبود نیروی پرستاری و تأکید تئوری‌های پرستاری مبنی مشارکت دادن بیماران در مراقبت بیماران مزمن اهمیت این موضوع را مورد تأکید قرار می‌دهد.

تقدیر و تشکر

محققین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و همکاران محترم دفتر پرستاری و بخش همودیالیز بیمارستان طالقانی ارومیه و همچنین از کلیه بیماران که در اجرای این پژوهش همکاری نموده‌اند نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

مطالعه مشابهی با تعداد نمونه بیشتر و دوره زمانی بیش از ۱۲ هفته انجام گردد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که مداخلات خودمدیریتی در کیفیت زندگی و تغییرات سبک زندگی در بعد علائم بیماری، کیفیت تعاملات اجتماعی، تشویق کادر بخش دیالیز، نقش جسمی، در دو نقش عاطفی می‌تواند کمک‌کننده باشد. در بیماران قلبی - عروقی که ارتقاء کیفیت زندگی بیماران در درازمدت موردنظر متخصصین بوده، خود مدیریتی اقدام مؤثری برای افزایش توانمندی بیماران برای داشتن کنترل بر وضعیت خود تلقی شده است.

کاربرد یافته‌ها در بالین: نتایج این مطالعه نشان داد که مداخلات خودمدیریتی در برخی ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی مؤثر بود و می‌تواند از طریق افزایش آگاهی، داشت، مهارت‌ها، انگیزش، اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی و خودمانی‌سازی‌بینگ،

References:

- Xue JL, Ma JZ, Louis TA, Collins AJ. Forecast of the number of patients with end-stage renal disease in the United States to the year 2010. *J Am Soc Nephrol* 2001;12(12):2753–8.
- Nemadi VM, Movahhedpour A. Comparing Quality of life patients treated with hemodialysis and kidney transplant in the enters of Ardebil. *J Ardabil Univ Med Sci* 2009; 9(2):171-9.(Persian)
- Tsay SL, Healstead M. Self- care self- efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 245-51.
- Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomizedcontrolled trial of an educational-behavioural joint protectionprogramme for people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2001; 40:1044–51.
- Mozes B, Shabtai E, Zucker D. Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers. *J Clin Epidemiol* 1997;50(9):1035–43.
- Welch JL, Austin JK. Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *J Adv Nurs* 2001;33(2):200–7.
- Tsay S-L, Hung L-O. Empowerment of patients with end-stage renal disease--a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2004;41(1):59–65.
- Anderson RM, Funnell MM. Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educ* 2000;26(4):597–604.
- Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown Jr BW, Bandura A, Ritter P. Evidence suggesting that a chronic disease self-management programcan improve health status while reducing hospitalization: a randomizedtrial. *Med Care* J1999; 37:5–14.
- Griva K, Moopill N, Seet P, Krishnan DSP, James H, Newman SP. The NKF-NUS hemodialysis trial protocol - a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients. *BMC Nephrol* 2011;12:4.
- Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of selfmanagementtraining in type 2 diabetes: a systematic review ofrandomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24:561–87.
- Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomizedcontrolled trial of an educational-behavioural joint protectionprogramme for people

- with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2001; 40:1044–51.
13. Gallefoss F, Bakke PS. How does patient education and self management among asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease affect medication? *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160:2000–5.
14. Cappuccio FP, Kerry SM, Forbes L, Donald A. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2004;329(7458):145.
15. Steed L, Cooke D, Newman S. A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2003; 51:5–15.
16. Hays RD, Kallich JP, Mapes DL, Conos SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL Tm) instrument. *Qual Life Res* 1994; 3: 329-38.
17. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. *Qual Life Res* 1994;3(5):329–38.
18. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT. Quality of life in patients on chronic dialysis: Self-assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidney Dis* 1997; 29: 584-92.
19. Yekaninejad MS, MohammadiZeidi I, Akaberi A, Golshan A, pakpour A. Validity and reliability of the Kidney Disease Quality of Life -Short Form (KDQOL-SFTM 1.3) in Iranian patients. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2012;4(2):261-72. (Persian)
20. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplant Proc* 2007;39(10):3047–53.
21. Wong FKY, Chow SKY, Chan TMF. Evaluation of a nurse- led disease management program for chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2009;1534(11):1-11.
22. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of Applying Continuous Care Model on Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Razi J Med Sci* 2006; 52(13):124-34. (Persian)
23. Moattari M, Ebrahimi M , Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 115-25

THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT PROGRAMS ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

Baljani E¹, RahimiZH^{2}, Sasan A³*

Received: 19 Aug , 2014; Accepted: 15 Oct , 2014

Abstract

Background & Aims: Quality of life is an important criterion in indicating the effectiveness of health care. Despite evidence of the effectiveness of self-management interventions in chronic diseases, few studies have been made regarding the value of self-management programs in patients undergoing hemodialysis. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of self-management program on the quality of life in patients undergoing hemodialysis.

Materials & Methods: This study is a randomized clinical trial. The sample consisted of 82 patients undergoing hemodialysis admitted to the dialysis ward of Taleghani Hospital. After purposive selection, the patients were randomly assigned to the experimental and control groups. The data were completed 12 weeks before and after of intervention by using the demographic information, and kidney disease quality of life questionnaire. Then they were analyzed by using descriptive statistics, independent samples t-test and paired t test.

Results: The results showed that there was a significant difference between the intervention and control groups in the mean quality of life after the intervention in the aspects of diseases symptoms, the quality of social interactions, encouraging the dialysis unit staff, physical role, pain and emotional role ($p < 0.05$), but there was no significant difference in the other aspects of quality of life.

Conclusion: The results of this study showed the effectiveness of self-management programs on some aspects of the quality of life in hemodialysis patients. Due to the shortage of nursing staff, and the importance of participating patients in the management of chronic diseases, developing self-management programs can be an alternative to the traditional training methods as well as the mentioned challenges.

Keywords: self-management, quality of life, dialysis

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: (+98)44 32754961

Email: tm.rahimi@yahoo.com

¹Master of Nursing, Faculty Member of Islamic Azad University, Urmia, Iran

²Master of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery University of Medical Sciences, Urmia, Iran
(Corresponding Author)

³Nursing Student, Islamic Azad University, Urmia, Iran