

تأثیر برنامه‌های خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز

اسفندیار بالجانی^۱، ژاله رحیمی^۲، اکبر ساسان^۳

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

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: کیفیت زندگی افراد معیار مهمی است که اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد. علیرغم وجود شواهدی مبنی بر اثربخشی مداخلات خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن، مطالعات کمی در زمینه ارزش برنامه‌های خودمدیریتی در بیماران تحت درمان با همودیالیز صورت گرفته است. این تحقیق باهدف تعیین برنامه‌های خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. تعداد نمونه شامل ۸۲ نفر از بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به بخش دیالیز بیمارستان طالقانی ارومیه بود. بیماران بعد از انتخاب هدفمند به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. داده‌ها قبل و بعد از ۱۲ هفته مداخله، توسط فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی تکمیل شد و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون تی زوج و آزمون تی گروه‌های مستقل تجزیه تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اختلاف میانگین کیفیت زندگی بعد از مداخله در ابعاد علائم بیماری، کیفیت تعاملات اجتماعی، تشویق کادر بخش دیالیز، نقش جسمی، در دو نقش عاطفی بین دو گروه مداخله و شاهد معنی‌دار بود ($P < 0/05$). ولی در سایر ابعاد کیفیت زندگی معنی‌دار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه تأثیر برنامه‌های خودمدیریتی بر برخی ابعاد کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی را نشان داد. با توجه به کمبود نیروی انسانی در پرستاری و اهمیت مشارکت بیماران در مدیریت بیماری‌های مزمن، توسعه برنامه‌های خودمدیریتی می‌تواند جایگزین روش‌های آموزش سنتی و پاسخی به چالش‌های مذکور باشد.

کلیدواژه‌ها: خودمدیریتی، کیفیت زندگی، همودیالیز

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره نهم، پی‌درپی ۶۲، آذر ۱۳۹۳، ص ۸۱۵-۸۲۴

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: tm.rahimi@yahoo.com

مقدمه

کنند (۳).
بیمارانی که درمان همودیالیزی دریافت می‌کنند کیفیت زندگی پایین‌تری در مقایسه با جمعیت‌های عمومی دارند (۴).
عقیده بر این است که کیفیت زندگی افراد معیار مهمی است که اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد و پیش‌بینی وقوع ناتوانی و مرگومیر افراد را میسر می‌سازد. اگرچه درمان‌های جایگزین مانند دیالیز، به حفظ جان بیماران کمک می‌کنند، اما به حداکثر رساندن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مرحله انتهایی بیماری کلیه هدف عمده برنامه دیالیز می‌باشد (۵).

شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون جمعیت است و هر سال ۸ درصد به این جمعیت اضافه می‌شود (۱) و بر اساس آمار موجود، در ایران سالیانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند (۲). رایج‌ترین درمان بیماران نارسایی کلیه، همودیالیز است. هر بیمار ۳ بار در هفته به مدت ۴ ساعت دیالیز می‌شود (۱). این بیماران دامنه وسیعی از تغییرات سبک زندگی را تجربه می‌کنند که بر روی سلامت اجتماعی و روانی تأثیرگذار است. درمان آن‌ها دارای یک فرایند طولانی‌مدت است و بیماران برای حفظ بقاء باید بیماری مزمن خود را مدیریت

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

(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 نیازمند داشتن نقش فعال‌تری در اداره و درمان بیماری خود بوده و پرستاران از طریق 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 نوشتن، دارا بودن حمایت خانوادگی از طرف یکی از اعضای اصلی خانواده، تمایل داوطلبانه برای شرکت در مطالعه، نداشتن مشکل روانی و محدوده سن ۱۸ تا ۶۵ سال به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. بعد از انتخاب، نمونه‌ها به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه مداخله (۴۲) و گروه شاهد (۴۰) نفر تقسیم شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دوقسمتی 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 حیطة 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 دارویی 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 خودمراقبتی نشان داده است (۸). این بدان معنی است که در صورتی که پرستاران، کار آموزش رژیم‌درمانی و تغییرات رفتاری مادام‌العمر را به عهده بگیرند، دانش ارائه‌شده به بیماران زیاد مؤثر نبوده است و چنانکه بیمار به‌طور فعال 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 خودمراقبتی و تصمیم‌گیری (۵) و آموزش به روش ارائه دانش به روش تعاملی تبدیل شود (۶). به نظر می‌رسد خودمدیریتی بهترین روش برای متقاعد کردن به انجام تغییرات رفتاری و درمان دارویی در دوره زمانی طولانی باشد (۹).

خودمدیریتی 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 و یا مهارت را افزایش دهد و یا یک رفتار غیربهداشتی را کاهش دهد (۱۰). در صورت موفقیت در یادگیری خودمدیریتی، افراد ضرورت تغییر در رفتار یا سبک زندگی را احساس خواهند کرد. خودمدیریتی 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 فعال 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 به‌عنوان یک روش در صرفه‌جویی هزینه‌ها و کاهش دفعات بستری

²Kidney diseases quality of life- short form

¹ Anderson

شامل سه حیطة 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 حیطة 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 حیطة 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 گسترده‌تری 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)، به‌طوری‌که آلفای کرانباخ در ابعاد مختلف پرسشنامه از ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. روایی صوری و محتوایی 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 راهنما 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 دانش و آگاهی بیماران دیالیزی، خودمانیتورینگ، انگیزش‌سازی، طراحی هدف و حل مسئله، بازخورد و پیگیری و ارزشیابی (۶-۹) 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،

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 علایق، ارزش‌ها و فرهنگ بیماران به جمع‌بندی اطلاعات کمک کردند. سپس بیماران تشویق شدند برای خود اهداف فردی قابل وصول طراحی نمایند. برنامه اجرایی 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 طراحی‌شده 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 تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات، میانگین اضافه‌وزن 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 معنی‌داری 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 اسکور اختلاف معنی‌داری بین این متغیرها از نظر میانگین و نسبت‌های دو گروه نشان نداد.

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

متغیر	گروه شاهد		گروه مداخله		گروه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنس	۲۳	۵۷/۵	۲۳	۵۴/۸	مرد	$x^2=۰/۰۶$ $p=۰/۸۰$
	۱۹	۴۲/۵	۱۷	۴۵/۲	زن	
تحصیلات	۲۸	۷۵	۲۸	۶۶/۷	زیر دیپلم	$x^2=۰/۶۸$ $p=۰/۴۰$
	۱۴	۲۵	۱۰	۳۳/۳	دیپلم و بالاتر	
شغل	۲۹	۷۰	۲۹	۷۰/۷	بیکار	$x^2=۰/۰۵$ $p=۰/۹۴$
	۱۲	۳۰	۱۲	۲۹/۳	شاغل	
وضعیت مالی	۱	۷/۵	۱	۲/۴	ضعیف	$x^2=۱/۳۱$ $p=۰/۵۱$
	۳۲	۸۰	۳۲	۷۶/۲	متوسط	
	۷	۱۲/۵	۷	۱۶/۷	خوب	
بیماری دیگر	۹	۳۲/۵	۹	۲۲	ندارد	$x^2=۳/۹۶$ $p=۰/۱۳$
	۲۹	۷۰	۲۹	۷۰/۷	یکی	
	۳	۱۷/۵	۳	۷/۳	دوتا	
وضعیت زندگی	۴۱	۹۵	۴۱	۹۷/۶	با خانواده	$x^2=۲/۲۱$ $p=۰/۱۳$
	۲	۵	۲	۴/۸	تنها	
سن (سال)	۴۷	۴۷/۱۸	۴۷	۴۷	میانگین	$t=۰/۲۷$ $p=۰/۷۸$
	۱۲/۴۷	۱۲/۰۲	۱۲/۴۷	۱۲/۰۲	انحراف معیار	
مدت زمان درمان با همودیالیز (ماه)	۳۷/۳۲	۴۰/۳۲	۳۷/۳۲	۳۷/۳۲	میانگین	$t=۰/۳۵$ $p=۰/۷۲$
	۲۹/۸۴	۴۴/۶۵	۲۹/۸۴	۴۴/۶۵	انحراف معیار	

بیماری ($p=۰/۰۰۶$)، کیفیت تعاملات اجتماعی ($p=۰/۰۰۴$)، تشویق کادر دیالیز ($p=۰/۰۰۴$)، نقش جسمی ($p<۰/۰۰۱$)، درد ($p=۰/۰۰۴$) و نقش عاطفی ($p=۰/۰۰۲$) بین دو گروه مداخله و شاهد معنی‌دار بود (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد که اختلاف میانگین کیفیت زندگی در کلیه ابعاد قبل از مداخله بین دو گروه مداخله و شاهد معنی‌دار نبود. درحالی‌که 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	فاصله اطمینان ۹۵٪	اختلاف میانگین	df	مقدار t	گروه مداخله		گروه شاهد		ابعاد کیفیت زندگی
					میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۰/۰۰۶	۲۶/۲۳-۱۵۴/۰۲	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
۰/۵۲۰	-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
۰/۵۷۸	-۳۵/۴۵-۱۹/۹۲	-۷/۷۶	۷۵	-۰/۵۵	۵۴/۰۷	۲۱۵/۵۱	۶۶/۶۴	۲۰۷/۷۵	خواب
۰/۳۳۸	-۱/۱۴-۰/۲۸	-۰/۴۲	۷۵	-۱/۱۸	۱/۱۱	۶/۳۵	۱/۹۰	۵/۹۳	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۴	۰/۱۸-۳۷/۱۷	۱۸/۶۷	۷۶	۱/۳۴	۴۲/۱۲	۱۵۳/۹۵	۳۹/۸۸	۱۷۲/۶۲	تشویق کادر دیالیز
۰/۴۶۹	-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 اجسمی
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	۱۸۴/۳۹	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
۰/۳۳۹	-۱۴/۲۸-۵۶/۳۸	۲۱/۰۵	۷۵	۱/۱۸	۹۰/۹۶	۱۶۸/۹۵	۶۴/۰۵	۱۹۰/۰۰	انرژی/خستگی

جسمی ($p < ۰.۰۰۱$)، درد ($p = ۰.۰۰۴$)، سلامت عمومی ($p = ۰.۰۰۳$) و نقش عاطفی ($p = ۰.۰۰۴$) و قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله معنی‌دار بود (جدول شماره ۳).

همچنین آزمون تی گروه‌های زوج نشان داد که اختلاف میانگین در هیچ‌یک از ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در درون گروه شاهد معنی‌دار نبود درحالی‌که در ابعاد نقش

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

p	df	مقدار t	بعد از مداخله		قبل از مداخله		ابعاد کیفیت زندگی
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۵۴	۳۶	-۰/۶۱	۱۳۲/۲۱	۸۸۱/۰۸	۱۷۶/۵۲	۸۶۴/۸۶	علائم بیماری
۰/۷۵	۳۷	-۰/۳۱	۱۴۵/۶۲	۷۸۶/۱۸	۱۵۹/۰۸	۷۸۲/۸۹	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۸۶	۳۹	۰/۱۷	۱۳۰/۰۵	۴۴۲/۷۵	۱۲۸/۴۲	۴۴۶/۲۵	تأثیرات بیماری کلیوی
۰/۱۵	۳۷	۱/۴۶	۱۱۶/۸۶	۳۹۱/۳۵	۱۳۵/۷۱	۴۰۳/۲۹	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۵۲	۳۹	-۰/۶۴	۹۴/۳۱	۲۱۶/۲۵	۹۷/۶۳	۲۰۸/۱۳	محدودیت بیماری کلیوی
۰/۳۲	۳۷	۱/۰۰	۹۴/۲۰	۱۸۱/۵۸	۸۶/۲۳	۱۹۲/۱۱	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۱۶	۳۹	-۱/۴۳	۶۱/۵۵	۱۳۲/۵۰	۵۹/۸۶	۱۲۷/۵۰	وضعیت شغلی
۰/۳۲	۳۶	۱/۰۰	۶۱/۷۵	۲۹/۷۳	۶۲/۶۰	۳۲/۴۳	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۷۶	۳۹	۰/۳۰	۵۴/۲۶	۲۰۷/۰۰	۵۶/۲۰	۲۰۹/۵۰	عملکرد شناخت
۰/۳۳	۳۶	۰/۹۷	۶۹/۵۶	۱۹۷/۸۴	۷۴/۳۱	۲۰۳/۲۴	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۴۵	۳۹	۰/۷۵	۴۸/۱۴	۲۱۰/۵۰	۵۰/۳۴	۲۱۷/۰۰	کیفیت تعاملات اجتماعی
۰/۰۸	۳۷	۱/۷۵	۴۰/۷۳	۱۸۹/۴۷	۴۰/۸۴	۱۹۷/۳۷	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۹۰	۳۹	-۰/۱۲	۴۴/۵۶	۱۴۵/۶۳	۶۲/۰۶	۱۴۵/۰۰	عملکرد جنسی
۰/۵۳	۳۷	۰/۶۲	۴۷/۵۲	۱۴۵/۳۹	۶۲/۲۴	۱۴۷/۳۷	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۶۷	۳۹	-۰/۴۲	۶۶/۶۴	۲۰۷/۷۵	۶۰/۸۱	۲۰۳/۵۰	خواب
۰/۹۳	۳۶	۰/۰۸	۵۴/۰۷	۲۱۵/۵۱	۵۸/۲۵	۲۱۵/۹۲	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۱۴	۳۹	۱/۵۰	۱/۹۰	۵/۹۳	۱/۱۹	۶/۴۰	حمایت اجتماعی
۰/۵۳	۳۶	۰/۶۲	۱/۱۱	۶/۳۵	۱/۴۰	۶/۴۳	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۱۶	۳۸	۱/۴۰	۱/۳۳	۴/۸۲	۴۸/۷۶	۱۵/۷۹	تشویق کادر دیالیز
۰/۴۴	۳۰	-۰/۷۷	۱۷/۴۲	۷/۰۳	۳۰/۰۹	۳/۵۸	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۵۵	۳۹	-۰/۵۹	۱/۳۶	۴/۹۷	۱/۳۳	۴/۸۵	رضایتمندی بیمار
۰/۵۸	۳۷	۰/۵۴	۱/۳۱	۵/۲۱	۱۵/۷۲	۶/۶۳	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۵۳	۳۹	۰/۶۲	۱۹۶/۴۰	۶۲۸/۷۵	۲۴۱/۹۱	۶۴۸/۷۵	عملکرد جسمی
۰/۶۵	۳۶	۰/۴۴	۲۱۰/۳۱	۵۸۴/۶۸	۲۲۵/۶۲	۵۹۱/۸۹	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۰۰	۳۹	-۴/۶۸	۱۰۶/۶۹	۲۷۰/۰۰	۱۵۱/۰۴	۱۷۷/۵۰	نقش/جسمی
۰/۱۴	۳۶	-۱/۴۸	۱۴۸/۲۱	۱۵۶/۷۶	۱۶۳/۶۶	۱۳۵/۱۴	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۰۴	۳۷	-۲/۰۸	۴۲/۲۹	۱۳۶/۸۴	۴۸/۶۲	۱۲۳/۱۶	درد
۰/۷۴	۳۰	-۰/۳۳	۴۱/۸۲	۱۱۵/۴۸	۴۹/۷۵	۱۱۴/۰۳	گروه مداخله
							گروه شاهد
۰/۰۳	۳۹	-۲/۱۶	۵۹/۸۴	۱۹۶/۶۰	۶۶/۱۲	۱۸۲/۱۵	سلامت عمومی
۰/۱۵	۳۷	۱/۴۳	۶۵/۸۲	۱۸۴/۲۹	۶۸/۹۸	۱۸۱/۹۲	گروه مداخله
							گروه شاهد

ادامه جدول (۳)						
سلامت عاطفی						
گروه مداخله	۲۸۷/۱۸	۱۰۱/۶۱	۲۷۴/۹۶	۷۷/۴۰	۰/۸	۳۸
گروه شاهد	۲۶۱/۵۸	۷۷/۳۵	۲۴۶/۸۴	۷۹/۳۵	۱/۹۱	۳۷
نقش/عاطفی						
گروه مداخله	۱۴۰	۱۳۷/۳۷	۱۸۲/۵۰	۱۰۳/۴۹	-۲/۰۳	۳۹
گروه شاهد	۱۰۵/۲۶	۱۳۹/۳۹	۱۲۶/۳۲	۱۱۳/۱۴	-۱/۳۴	۳۷
عملکرد اجتماعی						
گروه مداخله	۱۲۵/۶۳	۴۸/۲۰	۱۳۳/۴۵	۴۷/۲۹	-۱/۳۰	۳۹
گروه شاهد	۱۱۴/۸۶	۴۷/۳۰	۱۱۲/۱۶	۵۰/۲۱	۰/۵۶	۳۶
انرژی/خستگی						
گروه مداخله	۱۹۰/۵۰	۹۳/۲۵	۱۹۰/۰۰	۶۴/۰۵	۰/۰۳	۳۹
گروه شاهد	۱۷۵/۲۶	۹۲/۲۳	۱۶۸/۹۵	۹۰/۹۶	۰/۹۰	۳۷

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 ارتقا 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). کمرر^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 اعضای 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 برخوردار 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

تشویق کادر دیالیز، نشانه‌های بیماری و خواب معنی‌دار بود و در سایر ابعاد معنی‌دار نبود (۱۹). همچنین این نتایج با نتایج مطالعه معطری 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، انگیزش‌سازی 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 درحالی‌که در مطالعه معطری 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 تحت‌الشعاع یا تحت تأثیر بیماری‌های قبلی آن‌ها قرار دارد. در این مطالعه حدود ۷۸ درصد بیماران علاوه بر دیالیز از بیماری‌های دیگر رنج می‌بردند 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 جانبی 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

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 ابعاد 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، خودمدیریتی 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، دانش، مهارت‌ها، انگیزش، اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی و خودمانیتورینگ،

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 randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme 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 program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999; 37:5-14.
- Griva K, Mooppil 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 self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24:561-87.
- Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme 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-SF™ 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