

بررسی تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی پیوند کلیه

صغری پاهنگ^۱، معصومه همتی مسلک پاک^۲، سعید آبخیز^۳، حمیدرضا خلخالی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۶/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۰۸/۲۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پیوند کلیه یکی از درمان‌های اصلی بیماران با مرحله نهایی بیماری کلیه می‌باشد. پیوند کلیه اگرچه می‌تواند موجب بقای طولانی و کاهش هزینه گردد، اما عاری از عوارض نبوده و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به این‌که ارتقاء کیفیت زندگی در این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه مراجعه‌کننده به درمانگاه پیوند مرکز آموزشی درمانی بیمارستان امام خمینی (ره) ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی با دو گروه مداخله و کنترل بود که بر روی ۶۰ بیمار و ۶۰ عضو فعال خانواده واجد معیارهای ورود مراجعه‌کننده به مرکز پیوند مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) ارومیه در سال ۱۳۹۵ انجام شد. پس از نمونه‌گیری به روش در دسترس، نمونه‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله (۳۰ بیمار همراه با ۳۰ عضو فعال خانواده) و کنترل (۳۰ بیمار و ۳۰ عضو فعال خانواده) تقسیم شدند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه اختصاصی پیوند کلیه KTQ25 بود که در دو مرحله قبل و بعد از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور تکمیل شد. برای گروه مداخله الگوی توانمندسازی خانواده محور در چهار محور تهدید درک شده، مشکل‌گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی در قالب ۱۱ جلسه آموزشی گروهی و پیگیری به مدت ۲ ماه انجام گرفت. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد که بعد از مداخله، بین میانگین نمره کیفیت زندگی گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشت ($p < 0/0001$). میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه مداخله قبل از مداخله $3/97 \pm 1/05$ بود که بعد از مداخله به $5/80 \pm 0/77$ افزایش یافت که این تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/0001$). آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره کل کیفیت زندگی بین گروه مداخله و کنترل پس از مداخله تفاوت معنی‌دار دارد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه مؤثر است. بنابراین ایجاد یک برنامه مراقبتی جامع با حضور خانواده‌ها همراه با پیگیری مداوم برای بیماران پیوند کلیه پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: پیوند کلیه، کیفیت زندگی، الگوی توانمندسازی خانواده محور

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۹۹، دی ۱۳۹۶، ص ۷۳۲-۷۲۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۲

Email: hemmatma@yahoo.com

مقدمه

وضعیت سلامت، بیماری و درمان آن پیوسته نقش یک بیمار را در زندگی ایفا کند (۲). رشد سالانه این بیماری در ایران، طبق آمار مرکز مدیریت پیوند و بیماری‌های خاص وزارت بهداشت، حدود ۱۱ درصد است. میزان بروز سالانه این بیماری در ایران ۵۳ نفر به ازای هر یک میلیون نفر است (۳). این بیماران بدون درمان جایگزینی

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های سیستم‌های بهداشتی در قرن ۲۱ در سراسر جهان شیوع روزافزون بیماری‌های مزمن و افزایش بار ناشی از این بیماری‌ها است (۱). بیماری نارسایی مزمن کلیوی از جمله بیماری‌های مزمن و رایج است که باعث می‌شود فرد به خاطر

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار نفروولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشیار آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

کلیه قادر به ادامه حیات نیستند. درمان‌های جایگزین شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه می‌باشند (۴).

پیوند کلیه به‌عنوان یک روش درمانی انتخابی به‌منظور درمان بیماران مبتلا به مرحله نهایی نارسایی کلیه در نظر گرفته می‌شود و در بسیاری از موارد مؤثرترین استراتژی درمانی محسوب می‌شود که پیوند کلیه باعث افزایش بقای بیماران در مرحله نهایی نارسایی کلیه می‌شود (۵). بهترین فایده پیوند کلیه، رها شدن بیمار از دیالیز پی‌درپی و امکان زندگی آزادانه است (۶). در پایان سال ۲۰۱۴ در دنیا تعداد بیماران پیوندی نیز حدود ۶۸۴۰۰۰ نفر بوده‌اند (۷). کشور ایران بیشترین آمار پیوند کلیه در خاورمیانه را دارا می‌باشد. تا سال ۲۰۱۴ بیشتر از ۳۲۰۰۰ مورد پیوند کلیه در کشور ایران انجام شده است و هر ساله ۲۷۰۰-۲۵۰۰ مورد نیز به این تعداد اضافه می‌شود (۸) در سال ۱۹۸۸ اولین مرکز پیوند کلیه در شهرستان ارومیه با حداقل امکانات شروع به فعالیت کرد و در حال حاضر بیش از هزار مورد پیوند کلیه در این مرکز انجام شده است (۹).

پیوند کلیه با این‌که امکان توان‌بخشی کامل فیزیکی را ارائه می‌دهد اما بیماران بعد از پیوند کلیه به دلیل عوارض جانبی مختلف نیاز به حضور مکرر در درمانگاه برای نظارت بر وضعیت سلامت را دارند. بیمارانی که پیوند کلیه می‌شوند به دلیل عوارض داروهای سرکوب‌کننده ایمنی ممکن است که به مراقبت‌های مداوم پزشکی نیاز داشته باشند و این مسئله موقعیت روانی، اقتصادی و اجتماعی و در نتیجه کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۰). کیفیت زندگی یک عامل پیشگویی‌کننده قوی مرگ در بیماران ESRD است و مهم‌ترین مقیاس برای بیان نتایج و عواقب سلامت در این بیماران محسوب می‌شود. در دنیای امروز، ارتقای کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۱). به‌طوری‌که در سال‌های گذشته، هدف اصلی از مراقبت‌های درمانی، افزایش میزان بقاء بود. اما در سال‌های اخیر این هدف به سمت بهبود کیفیت زندگی بیماران معطوف شده است (۱۲). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را، درک افراد از وضعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایی است که کاملاً فردی بوده و برای دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است، عنوان می‌کند (۱۳).

کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی با وضعیت خانواده، وضعیت جسمی، شدت بیماری، شرایط روانی و اقتصادی و اجتماعی حاکم بر خانواده دارد (۱۴). در راستای افزایش کیفیت زندگی بیماران مزمن و کاهش وابستگی بیماران به سیستم‌های مراقبت بهداشتی، مدل‌های مراقبتی متنوعی ایجاد شده‌اند که علی‌رغم تفاوت در جزئیات، دارای یک مضمون اساسی و تعیین‌کننده تحت عنوان

مشارکت بیمار در مراقبت و درمان می‌باشند (۱۵). یکی از الگوهای که خانواده و بیمار را در امر مراقبت مشارکت می‌دهد، الگوی توانمندسازی خانواده است. هدف اصلی این الگو توانمند شدن سیستم خانواده به‌منظور ارتقاء بهداشت می‌باشد که با تأکید بر مؤثر بودن نقش خانواده در سه بعد انگیزشی، روان‌شناختی (عزت‌نفس، خودکارآمدی و خودکنترلی) و ویژگی‌های شخصی (دانش، نگرش و تهدید درک شده)، طراحی شده است (۱۶). الگوی توانمندسازی خانواده محور یک الگوی ایرانی است، که الحانی در سال ۱۳۸۱ برای پیشگیری از آنمی فقر آهن در دختران نوجوان ارائه داده است (۱۷). این الگو تاکنون برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مزمن از قبیل تالاسمی، هموفیلی، دیابت، آسم و مولتیپل اسکلروزیس اجرا شده است. منظور از توانمندسازی خانواده کمک به خانواده است به‌نحوی‌که بتواند به توان تغییر برسد (۱۸). الگوی توانمندسازی برای تغییر سبک زندگی طراحی و مورد استفاده قرار گرفت (۱۹). رجبی و همکاران الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر بهبود کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به آسم را بررسی کردند و نتایج به مؤثر بودن این الگو و اجرای این الگو اشاره داشت (۲۰). مطالعه قطبی و همکاران نشان داد آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور، موجب ارتقاء خود مراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو می‌شود. (۲۱).

هدف مداخلات پرستاری در مراقبت خانواده محور، ارتقای توانایی‌های اعضای خانواده در حیطه‌های معینی می‌باشد تا بر موانع موجود در زمینه‌های بهداشتی و سلامتی فائق آیند (۲۰). تهدید درک شده، خودکارآمدی، عزت‌نفس و ارزشیابی مفاهیم الگوی توانمندسازی خانواده محور هستند (۲۲). منظور از تهدید درک شده یعنی این‌که، فرد با شناخت خطرات یا عوارض ناشی از یک بیماری، میزان جدی بودن آن بیماری را درک کرده و نسبت به آن بیماری احساس خطر کند و منظور از حساسیت درک شده این است که فرد با شناخت موقعیت و وضعیت خودش و تعریف صحیحی از سلامتی با توجه فرایند بیماری را ممکن بداند (۱۳). مفهوم خودکارآمدی اعتقاد و باور به توانایی در انجام رفتارهای خاص در شرایط ویژه می‌باشد (۲۳). در الگوی توانمندسازی خانواده محور ارزشیابی شامل دو مرحله ارزشیابی فرایند و ارزشیابی نهایی می‌باشد. ارزشیابی از اجزای جدانشدنی و ضروری هر الگوی آموزشی، رفتاری، کاربردی می‌باشد (۲۴). اجرای یک برنامه توانمندسازی با اهداف افزایش آگاهی، دانش، انگیزه، عزت‌نفس و خودکارآمدی به خودکنترلی و رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود که برای ارتقاء بهداشت و کیفیت زندگی لازم است (۲۵). با توجه به موارد فوق یکی از اهداف مهم مراقبتی در بیمارانی که پیوند کلیه انجام داده‌اند ارتقاء کیفیت زندگی آنان می‌باشد و چون مراقبت‌های خانواده محور در مراقبت از

کلیه (KTQ25)¹ بررسی شد. پرسشنامه KTQ-25 ابزار اختصاصی کیفیت زندگی پیوند کلیه است که توسط لاپاسیز و همکاران² (۱۹۹۳) با ۲۵ گویه طراحی شده و کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه را در پنج حیطه شامل حیطه فیزیکی، ظاهر، ترس/عدم قطعیت، عاطفی و خستگی سنجش می‌کند. هرکدام از این پنج حیطه، یک تا هفت نمره دارد که بالاترین نمره مربوط به ۷ و کم‌ترین نمره مربوط به عدد ۱ بود. در مطالعه طیبی و همکاران پرسشنامه KTQ-25 به فارسی ترجمه گردید و روایی و پایایی آن تأیید شد. روایی ابزار توسط گروه‌های شناخته‌شده (زنان و مردان) مورد بررسی قرار گرفت و با $P < 0.001$ تأیید شد. برای آزمون پایایی ثابت درونی کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ 0.93 تأیید شد. میانگین نمره ضریب آلفای کرونباخ حیطه‌های پرسشنامه بیشتر از 0.73 بود که رضایت‌بخش بود. برای تعیین پایایی گویه‌های این پرسشنامه از آزمون مجدد استفاده شد و ضریب همبستگی پیرسون 0.96 ، $r = 0.96$ / $P < 0.001$ به دست آمد (۲۷).

سپس بیماران به روش تخصیص تصادفی و با استفاده از کارت‌هایی با دو رنگ متفاوت که داخل پاکت مخصوص قرار داده شده بودند به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. قابل ذکر است که در گروه مداخله یک عضو فعال (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر) که با بیمار زندگی می‌کرد یا دسترسی آسان و سریع به بیمار را داشت، به مطالعه دعوت شد. مراحل الگوی توانمندسازی خانواده محور به ترتیب و در ۴ گام اصلی که شامل تهدید درک شده، ارتقاء خودکارآمدی/مشکل‌گشایی، ارتقای خودباوری و عزت‌نفس از طریق مشارکت آموزشی و ارزشیابی بود، در طی ۳ ماه در بخش نفرولوژی بیمارستان امام خمینی انجام شد. برای ارائه جلسات آموزشی از پاورپوینت، پرسش و پاسخ، مصاحبه و بحث گروهی استفاده شد. گام اول در قالب ۵ جلسه آموزشی در گروه‌های ۱۰ نفره با حضور عضو فعال خانواده انجام شد. مباحث مربوط به رژیم غذایی و کنترل وزن توسط کارشناس ارشد تغذیه و ارائه راه‌های کنترل استرس، مقابله با ناامیدی و یاس و سلامت اجتماعی توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی انجام شد. گام دوم، در قالب ۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با حضور اعضای فعال خانواده و بیماران در گروه‌های ۱۰ نفره و در حضور متخصص نفرولوژی و کارشناس ارشد روانشناسی انجام شد. گام سوم (ارتقای خودباوری و عزت‌نفس از طریق مشارکت آموزشی در قالب ۲ جلسه ۸۰ دقیقه‌ای انجام شد. در این گام در واقع بازخورد مطالب آموزشی سنجیده شد. در این مرحله از مراقبین خانوادگی خواسته شد که در آموزش به بیماران خود در زمینه شناخت مسائل مرتبط با پیوند کلیه مشارکت کرده و آنان را برای کمک به خودش

بیماران پیوندی که نیاز به مراقبت‌های خاص دارند بیشترین اهمیت را دارد، لذا یکی از راه‌های رسیدن به این هدف، توانمندسازی خانواده محور شامل توانمندسازی بیمار و خانواده وی است. تأکید بر به‌کارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور می‌تواند فرصت‌های جدیدی را برای افزایش دانش و توانمند کردن خانواده‌ها جهت بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی بیماران با صرف منابع و هزینه‌های کم‌تر فراهم آورد. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه شده مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی با کد IRCT 2016020217059N5 می‌باشد که با مجوز IR.Rumsu.REC.۱۳۹۴.۴۰۸ از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به‌صورت قبل و بعد انجام شد. ۶۰ نفر گیرنده پیوند کلیه از مراجعین به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی بیمارستان امام خمینی (ره) در سال ۱۳۹۵ به‌صورت دسترس انتخاب شدند و پس از آن به‌صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفره آزمون و شاهد تخصیص داده شدند. حجم نمونه با اعتماد ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و بر اساس نتایج حاصل از مطالعه مسعودی و همکاران (۲۶) تعیین شد. نمونه‌ها از بین افرادی که معیارهای ورود به مطالعه شامل توانایی و تمایل فرد برای شرکت در مطالعه، حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال، داشتن حداقل سواد برای خواندن و نوشتن، نداشتن اختلالات روحی و روانی با استناد به پرونده بیماران، گذشتن حداقل سه ماه از پیوند کلیه، نداشتن بیماری عفونی یا بیماری ناتوان‌کننده شدید با نظر پزشک مشاور، امکان برقراری تماس تلفنی با بیمار و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی مشابه را داشتند، انتخاب شدند. در ابتدای کار به بیماران در مورد اهمیت انجام پژوهش و روند پی‌گیری برنامه آموزشی و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات آموزش کافی داده شد. پس از کسب رضایت‌نامه از بیماران، مشخصات جمعیت شناختی آن‌ها توسط پرسشنامه حاوی سؤالاتی در ارتباط با سن، جنس، کفایت درآمد، تحصیلات، مدت‌زمان پیوند، قد و وزن تکمیل گردید. قد بیماران با استفاده از متر نواری برحسب سانتی‌متر درحالی‌که بیمار بدون کفش و پشت به دیوار ایستاده بود، اندازه‌گیری شد. وزن بیمار بدون کفش و با حداقل لباس با استفاده از ترازوی پزشکی برحسب کیلوگرم اندازه‌گیری شد. کیفیت زندگی بیماران با استفاده از پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی پیوند

² Laupacis et al

¹ Kidney Transplant Questionnaire (KTQ-25)

نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. پس از اطمینان از طبیعی بودن توزیع متغیرها (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف) از آزمون تی مستقل برای مقایسه میان نمره کیفیت زندگی بین دو گروه استفاده شد. ($p < 0.05$) به عنوان سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و درآمد ماهیانه بین دو گروه با استفاده از آزمون کای دو و فیشر تفاوت آماری وجود نداشت (جدول ۱).

ترغیب نمایند به این ترتیب که مطالب بحث شده در هر جلسه بحث گروهی و آنچه از طریق مشاهده در جلسات خودکارآمدی یاد گرفته بودند را به بیماران خود منتقل کنند. گام چهارم (ارزشیابی): شامل دو مرحله، ارزشیابی فرآیند و ارزشیابی نهایی بود. ارزشیابی فرآیند به این صورت انجام شد که مطالب آموزشی جلسات قبل به صورت پرسش و پاسخ در جلسه بعدی مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس مدت ۲ ماه به عضو فعال خانواده فرصت داده تا مراقبت از بیمار خود را به عهده بگیرند طی این مدت پژوهشگر، بیمار و عضو فعال خانواده را از طریق تماس تلفنی پیگیری کرد. ارزشیابی نهایی با جمع‌آوری مجدد داده‌ها ۲ ماه بعد از مداخله، با تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی توسط نمونه‌ها انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی بیماران بین دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله		آزمون‌های آماری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۱۶	۱۷	۵۶/۷	$\chi^2=0.067$
	زن	۱۴	۱۳	۴۳/۳	$df=1 p=0.795$
وضعیت تأهل	مجرد	۹	۹	۳۰	$p*=0.611$
	متأهل	۲۱	۲۱	۷۰	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۰	۱۰	۳۳/۳	$\chi^2=2.750$
	راهنمایی	۲	۶	۲۰/۰	$df=4$
	متوسطه	۵	۳	۱۰/۰	$p=0.600$
سطح تحصیلات	دیپلم	۹	۷	۲۳/۳	
	دانشگاهی	۴	۴	۱۳/۳	
درآمد ماهیانه	دختر کم‌تر از خرج	۱۲	۸	۲۶/۷	$\chi^2=2.544$
	دختر و خرج مساوی	۱۳	۱۶	۵۳/۰	$df=2$
	دختر بیشتر از خرج	۵	۶	۲۰/۰	$p=0.467$

آزمون آماری دقیق فیشر p^*

طبق جدول ۲، بین متغیرهای سن، مدت‌زمان پیوند، شاخص توده بدنی آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنی‌داری بین دو گروه کنترل و مداخله نشان نداد ($p > 0.05$).

جدول (۲): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کمی بیماران بین دو گروه کنترل و مداخله

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	آزمون آماری تی مستقل
سن (سال)	38.6 ± 11.66	36.8 ± 12.54	$t=0.480$ $df=58 p=0.633$
مدت‌زمان پیوند (ماه)	66.9 ± 56.44	48.46 ± 40.51	$t=1.453$ $df=58 p=0.152$
نمایه توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)	25.48 ± 7.53	25.74 ± 4.54	$t=-0.165$ $df=58 p=0.869$

آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی‌داری را در کیفیت زندگی و ابعاد آن (ظاهر، ترس، عاطفی، خستگی، فیزیکی) بعد از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بین دو گروه نشان داد ($P=0.001$). (جدول ۳).

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران پیوند کلیه شده بین دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از اجرای

آزمون t مستقل	الگوی توانمندسازی خانواده محور		ابعاد
	گروه مداخله	گروه کنترل	
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
$t=0/086$ $p=0/932$	$3/82 \pm 1/18$	$3/85 \pm 1/31$	بعد فیزیکی
$t=-5/042$ $p=0/001$	$5/70 \pm 0/97$	$3/55 \pm 2/21$	بعد از مداخله
$t=-1/99$ $p=0/051$	$4/16 \pm 1/43$	$3/43 \pm 1/38$	بعد خستگی
$t=-7/853$ $p=0/001$	$5/85 \pm 1/96$	$3/24 \pm 1/47$	بعد از مداخله
$t=-0/757$ $p=0/452$	$3/84 \pm 1/39$	$3/57 \pm 1/38$	بعد عاطفی
$t=-4/287$ $p=0/001$	$5/81 \pm 0/97$	$3/61 \pm 2/63$	بعد از مداخله
$t=0/068$ $p=0/946$	$4/46 \pm 1/35$	$4/49 \pm 1/49$	بعد ظاهر
$t=-7/454$ $p<0/001$	$5/77 \pm 0/89$	$3/74 \pm 1/19$	بعد از مداخله
$t=-0/480$ $p=0/633$	$3/57 \pm 1/66$	$3/36 \pm 1/69$	بعد ترس
$t=-6/254$ $p=0/001$	$5/85 \pm 1/16$	$3/25 \pm 1/96$	بعد از مداخله
$t=-0/798$ $p=0/428$	$3/97 \pm 1/05$	$3/74 \pm 1/17$	کیفیت زندگی
$t=-7/556$ $p=0/001$	$5/80 \pm 0/77$	$3/47 \pm 1/49$	بعد از مداخله

بحث

افزایش یافته بود، توانسته بودند بر تغییر کیفیت زندگی بیماران اثرگذار باشند و باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران شوند. در مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۸۶)، با عنوان تأثیر الگوی توانمندسازی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران ۲/۵ ماه بعد از مداخله از نظر آماری تغییر کرد، یعنی کیفیت زندگی بیماران بهبود پیدا کرد (۱۷). نتایج حاضر با پژوهش حاضر همسو می‌باشد. چن و لی^۱ مداخلات توانمندسازی را در بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر می‌دانند (۳۱). سویت چین لاک^۲ (۲۰۰۴) بیان می‌کند، یکی از عواملی که می‌تواند به منظور کاهش رد پیوند و عوارض داروهای ایمونوساپرسیو استفاده شود، ارتقاء کیفیت زندگی در این بیماران می‌باشد (۳۲).

در بررسی ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، در بعد فیزیکی، نتایج اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه کنترل و مداخله بعد از انجام مداخله نشان داد که این امر حاکی از تأثیر مثبت اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه در بعد فیزیکی می‌باشد. در مطالعه مندونجا و همکاران^۳ (۲۰۱۵)، با عنوان تجزیه و تحلیل ابعاد فیزیکی کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین عملکرد فیزیکی و کیفیت زندگی وجود دارد. در آن مطالعه مقایسه میانگین نمره بعد فیزیکی کیفیت زندگی قبل و بعد از پیوند کلیه افزایش قابل توجهی در کیفیت زندگی در بعد فیزیکی

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور باعث بهبود کیفیت زندگی در گروه مداخله شد. در مطالعه ریانی و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان راهبردهای مقابله‌ای در بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه یک مطالعه کیفی، نتایج نشان داد که حمایت از سوی دوستان، خانواده و سازمان‌های حمایتی به‌عنوان یک عامل بسیار مهم و تأثیرگذار در حفظ، ارتقاء و برگرداندن آرامش روحی و روانی دریافت‌کننده پیوند محسوب می‌شود. پس برای کنار آمدن بهتر، توانمندسازی بیماران و خانواده‌های آنان ضروری به نظر می‌رسد (۲۸). آموزش بهداشت برای بیماران پیوند کلیه یک عنصر جدایی‌ناپذیر در مراقبت بعد از عمل است و موفقیت تا حد زیادی بستگی به آگاهی، انگیزه و حمایت خانواده از بیمار دارد (۲۹). خسروان و همکاران (۱۳۹۲)، تأثیر مداخله مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار را بررسی کردند. نتایج حاصل از پژوهش آن‌ها به‌طور معنی‌داری حاکی از افزایش کیفیت زندگی بیماران بعد از اجرای مداخله توانمندسازی است که با پژوهش حاضر همسویی دارد (۳۰). باوجود این‌که ابعاد بررسی‌شده در هر دو مطالعه در پژوهش خسروان و همکاران شامل بعد دانش، عزت‌نفس و رفتار بهداشتی است و با ابعاد مورد مطالعه در این پژوهش متفاوت می‌باشد، ولی چون در هر دو مطالعه هم بیمار و هم عضوی از خانواده بیمار شرکت داشتند و آگاهی و دانش آن‌ها

³ Mendonça & et al¹Chen & Li² Suet & Ching Luk

توانمندسازی خانواده محور تأثیر مثبتی روی بعد خستگی در گروه مداخله بعد از مداخله نشان داد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور موجب بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه می‌شود. توانمندسازی عضو فعال خانواده بیماران پیوند کلیه شده باعث افزایش دانش، نگرش و عملکرد آنان می‌گردد. توجه به افزایش آگاهی، درک و مهارت عضو فعال خانواده، وی را در امر مراقبت تخصصی و کارآمد یاری داده و منجر به بهبود کیفیت مراقبت و نهایتاً کیفیت زندگی مددجو می‌شود و بیمار را به ادامه زندگی مؤثرتر و شادتر تشویق می‌کند. اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور به افراد و خانواده‌هایشان کمک می‌کند تا کمبودهایشان را بشناسند و به‌منظور تغییر موقعیتی که در آن قرار دارند، احساس قدرت کافی داشته باشند و این احساس توانایی از طریق کسب اطلاعات، حمایت و ارتقاء مهارت‌های زندگی به دست می‌آید.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل انجام طرح تحقیقاتی با کد اخلاقی IRumsu.REC1394.408 وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است، نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت پژوهشی و اعضای محترم هیئت‌علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مراقبین بیماران پیوند کلیه و کارکنان و مسئولین محترم درمانگاه پیوند ارومیه تشکر و قدردانی نماید.

References:

1. Smelter S, Bare BG, Hinhle J, Cheere K. Text book of Medical-Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
2. Mir M, Safavi M, Fesharaki M, Farhadi SM. Determine of association quality of life and stress coping method among the caregiver of patient with multiple sclerosis; Ms Society, Ahvaz 2008 . Jundishapur Sci Med J 2011; 10 (74): 563-72. (Persian)

نشان داد که با مطالعه حاضر همسویی دارد (۳۳). معطری و همکاران (۲۰۱۱)، در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی تأثیر توانمندی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران نارسایی مزمن کلیه نشان دادند که برنامه توانمندسازی در افزایش آگاهی، دانش، انگیزه، اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی در رفتارهای پیشگیرانه تأثیر دارد و می‌تواند به افزایش خودکارآمدی در دو بعد کاهش استرس و تصمیم‌گیری منجر شود (۳۴).

با توجه به این‌که در مطالعه حاضر نیز بعد از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور افزایش کیفیت زندگی در بعد عاطفی و ترس در گروه مداخله را نشان داد می‌توان نتیجه گرفت که با مطالعه حاضر همسویی دارد. اسملتزر و همکاران^۴ (۲۰۱۰)، نشان دادند که دریافت‌کنندگان پیوند کلیه در یک ماه اول بعد از پیوند به علت عوارض دارویی، ترس از پس زدن پیوند، ایزوله بودن و از دست دادن شغل در استرس به سر می‌برند (۳۵). در مطالعه حاضر استفاده از یک روانشناس ارشد و ارائه راهکارهای کاربردی توسط روانشناس موجب افزایش بعد عاطفی بعد از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در گروه مداخله گردید. ونگ و همکاران^۵ (۲۰۱۰)، در مطالعه خود با عنوان خودکارآمدی، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه نشان دادند که خستگی با ظرفیت افراد پیوند کلیه شده برای مراقبت از خود تداخل دارد که این به‌نوبه خود روی کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه شده تأثیر منفی دارد (۳۶). مطالعه حاضر نیز نشان داد که در دو گروه کنترل و مداخله قبل از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در بعد خستگی کیفیت زندگی بیماران اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ولی اجرای الگوی

3. Wilson PM, Kendall S, Brooks F. Nurses' responses to expert patients: the rhetoric and reality of self-management in long-term conditions: a grounded theory study. Int J Nurs Stud 2006; 43(7): 803-18.
4. Raiesifar A, Torabpour M, Mohsenizad P. Causes of chronic renal failure in hemodialysis patients of Abadan. J Crit Care Nurs 2010; 2(4): 11-12. (Persian)
5. Shrestha B, Haylor J, Raftery A. Historical perspectives in kidney transplantation: an updated

⁵ Weng & et al

⁴ Smeltzer & et al

- review. *Progress in Transplantation* 2015; 25(1): 64-76.
6. Georgieva S, Petrova G, Dimitrova M, Peikova L, Paskalev E, Filipov J, et al. Prospective study of the changes in pharmacotherapy cost of adult kidney transplant patients in Bulgaria. *Modern Economy* 2013; 4(12): 827-31.
 7. Kaplan B, Meier-Kriesche HU: Renal transplantation: A half century of success and the long road ahead. *J Am Soc Nephrol* 2004;15: 3270-1.
 8. U.S. Renal Data System. *USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States*. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2013; Available from: Retrieved from <http://www.usrds.org/adr.aspx> (28 Jun 2014).
 9. Alatab S, ourmand G. Implication of thymoglobulin in kidney transplant patients: review article. *TUMS* 2015; 73(8): 545-53. (Persian)
 10. Hashemi M, Shahgolian N, Kashani F. *Text book Kidney Transplant*. 2013: p.148. (Persian)
 11. Graves KN, Shelton TL. Shelton, Family empowerment as a mediator between family-centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change. *J Child Fam Stud* 2007; 16(4): 556-66.
 12. Moons P, Budts W, De Geest S. Critique on the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud* 2006;43(7):891-901.
 13. Apostolou T. Quality of life in the elderly patients on dialysis. *Int Urol Nephrol* 2007;39(2):679-83.
 14. Behzadifar M, Behzadifar M, Saroukhani M, Sayehmiri K, Delpisheh A. Evaluation of Effective Indexes on Quality of Life Related to Health in Western Iran in 2013. *Iran Red Crescent Med J* 2016(In press):1-7. (Persian)
 15. Alhani F. Design and evaluation of family-centered empowerment model to prevent iron deficiency anemia. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modarest University; 2003. (Persian)
 16. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions—a health systems perspective. *Das Gesundheitswesen* 2009;71(08/09):A127.
 17. Mataji Amirrood M, Taghdisi MH, Shidfar F, Gohari MR. The Impact of Training on Women's Capabilities in Modifying Their Obesity-Related Dietary Behaviors: Applying Family-Centered Empowerment Model. *J Res Health Sci* 2013;14(1):76-81.
 18. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of diabetic adolescents. *Iran J Pediatrics* 2007;17(Suppl 1):87-94. (Persian)
 19. Mahmmodirad GH, Mohali F, Alhani F. Effect of family-centered empowerment model on the lifestyle of patients with hypertension. *Med Surg Nurs J* 2013;2 (3,4):128-36. (Persian)
 20. Rajabi R, Sabzevari S, Borhani F, Haghdoost A, Bazargan N. The effect of family-centered Empowerment Model on quality of life school age children with asthma. *J Health Prom Manag* 2013;2(4):7-15. (Persian)
 21. Ghotbi T, Seyed Bagher Maddah S, Dalvandi A, Arsalani N, Farzi M. The effect of education of self care behaviors based on family-centered empowerment model in type II diabetes. *Adv Nurs Midwifery* 2014;23(83):43-50. (Persian)
 22. Masoudi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple

- sclerosis caregivers . J Birjand Univ Med Sci 2010;17(2):87-97. (Persian)
23. Perkins HY, Baum GP, Carmack Taylor CL, Basen-Engquist KM. Effects of treatment factors, comorbidities and health-related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2009;18(4):405-11.
 24. Arvidsson SB, Petersson A, Nilsson I, Andersson B, Arvidsson BI, Petersson IF, et al. A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: A qualitative study. *Nurs Health Sci* 2006;8(3):1339.
 25. Seyed Nematollah Roshan F, Navipor H, Alhani F. The Effect of Education-Based Intervention Using Small Group Discussion in Empowering Adolescent Girls to Prevent Iron Deficiency Anemia. *J Patient Safety Quality Improv* 2014;2(4):151-5. (Persian)
 26. Masoodi R, Alhani F, Rabiei L, Majdinasab N, Moghaddasi J, Esmaeili S, et al. The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self efficacy of multiple sclerosis patients family care givers. *Iran J Nurs Res* 2013; 7(27): 32-43. (Persian)
 27. Tayyebi A, Raiesifar A, Mehri SN, Ebadi A, Einolahi B, Pashandi S. Measuring health related quality of life (hrqol) in renal transplant patients: psychometric properties and cross-cultural adaptation of kidney transplant questionnaire (ktq-25) in persian. *Nephro-urology monthly*. 2012;4(4):617-21.
 28. Rayyani M, Salsali M, Abbaszadeh A. Coping strategies in renal transplants recipients A qualitative study. *J Qual Res Health Sci* 2013; 2(3): 208-220 (persian)
 29. Dew MA, Kormos RL, Roth LH, Murali S, DiMartini A, Griffith BP. Early post-transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1999. 18(6): 549-62.
 30. Khosravan S, Kolbadinejad N, Alami A, Torabi S. Effect of intervention based on family-centered empowerment model on the quality of life of women suffering from stress urinary incontinence. *Quart Horizon Med Sci* 2014; 19(5): 271-80. (Persian)
 31. Chen YC, Li IC. Effectiveness of interventions using empowerment concept for patients with chronic disease: a systematic review. *JBIB Libr Syst Rev* 2009;7(27):1179-33.
 32. Suet-Ching Luk W. The HRQoL of renal transplant patients. *J Clin Nurs* 2004; 13(2): 201-9.
 33. Mendonça AE, Salvetti MD, Maia EM, Torres GD. Analysis of the physical aspects of quality of life of kidney recipients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2015;49(1):76-81.
 34. 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 20;10(1): 2-10. (Persian)
 35. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, Townsend Mary C, Gould B. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing* 12th Ed. Wolters Kluwer: Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
 36. Weng LC, Dai YT, Huang HL, Chiang YJ. Self-efficacy, self-care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *J Adv Nurs* 2010; 66(4): 828-38.

THE EFFECT OF THE IMPLEMENTATION OF FAMILY-CENTERED EMPOWERMENT MODEL ON THE QUALITY OF LIFE FOR KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS

Soghra Pahang¹, masumeh hemmati maslakkpak², Saied Abkhiz³, hamidreza Khalkhali⁴

Received: 08 Sep, 2017; Accepted: 18 Nov, 2017

Abstract

Background & Aims: Renal transplantation is one of the main treatments for patients with end stage renal disease. Although transplant can lead to a better quality of life, long term survival and reduce costs, but not free from of complications. Due to the promotion of quality of life and awareness of complications and self-care these patients is special important, Therefore, this study was carried out to determine the effect of family-centered empowerment model on the quality of life of the kidney transplantation patients referred to the the Urmia Imam Khomeini University hospital in 2016.

Material & Methods: This research is a quasi-experimental study in two groups of experimental and control that accomplished on 60 kidney transplant patients and 60 active member of family met the inclusion criteria referred to the Urmia Imam Khomeini University hospital transplantation center in 2016. After sampling by purposive, subjects (60 patients) were randomly assigned to experimental (30 patients and 30 active member of family) and control (30 patients and 30 active member of family) group. The research tools were demographic and kidney transplant questionnaires (KTQ25). For experimental group, family-centered empowerment model was implemented with four dimensions of perceived threat, problem solving, educational partnership and evaluation, and control group were care by the kidney transplant part usual care. Data were analyzed using descriptive and analytic statistic with SPSS version 20.

Result: The mean total score of quality of life in experimental group before intervention was (3.97±1.05) and after intervention was (5.80±0.77) that was statistically significant (p=0.0001). Independent t-test revealed that there was statistically significant difference between the mean total score of quality of life in between experimental and control group after intervention (p<0.05).

Conclusion: In general, performing family-centered empowerment model is effective on quality of life promotion self-efficacy, in kidney transplant patients.

Keywords: Kidney Transplant, Quality of life, Family-centered empowerment model

Address: Urmia, Urmia Faculty of Nursing and Midwifery

Tel: (+98)4432754962

Email: hemmatma@yahoo.com

¹ Master of Science (MSc), Internal Surgery Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor of Nursing, Mother and Child Obesity Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Nephrology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Associate Professor of Vital Statistics, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran