

بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی

نویسنده: کوروش نریمانی

مری گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه

E-mail: narimanik@yahoo.com

نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه و هدف: همودیالیز به عنوان یکی از متداول ترین روش های کنترل نارسایی مزمن کلیوی تغییرات بسیاری را در شیوه و کیفیت زندگی بیماران پدید می آورد یکی از عوامل مؤثر در ارتقاء کیفیت زندگی آموزش به بیمار است. آموزش از طریق بالاتر بردن دانش مراقبت از خود بیمار و خانواده بیمار می تواند سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران گردد. مطالعه حاضر به منظور تعیین تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی طی سال های ۱۳۸۶-۱۳۸۵ در شهرستان مراغه انجام شده است.

مواد و روش ها: این پژوهش به صورت نیمه تجربی (قبل و بعد از آموزش) بر روی ۳۲ بیمار مبتلا به بیماری مرحله انتهایی کلیه (ESRD) انجام شد که به روش تصادفی ساده انتخاب شده بودند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ای متشکل از اطلاعات دموگرافیکی و سطح آگاهی در مورد نحوه مراقبت از خود و ابزار سنجش کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ ماده ای سنجش سلامتی (SF 36) بود. ابزار سنجش آگاهی خود ساخته بود که روایی آن از روش اعتبار محتوا و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ($\alpha=0.68$) تعیین گردید. ابزار سنجش کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ ماده ای سنجش سلامتی بود که پایایی و روایی آن قبلاً تأیید شده است در مرحله اول (قبل از مداخله) پرسشنامه به صورت مصاحبه حضوری تکمیل گردید و بعد از تعیین نیازهای آموزشی و تدوین یک برنامه آموزشی خود مراقبتی بر اساس مدل خود مراقبتی اورم با مشورت متخصصان کلیه و تغذیه آموزش به صورت چهره به چهره در ۳ تا ۴ جلسه نیم تا یک ساعته در طی چهار هفته در سه شیفت صبح، عصر و شب برای بیماران انجام گرفت. بعد از گذشت سه ماه از آخرین روز آموزش، پرسشنامه مجدداً توسط پژوهشگر و همکاران به صورت مصاحبه حضوری تکمیل و توسط نرم افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی و آزمون T زوجی، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج با توجه به سطح معناداری زیر ۰/۰۵ ($p < 0.05$) بیانگر ارتباط معناداری بین میانگین امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش ($p < 0.01$) و سطح آگاهی در ارتباط با مراقبت از خود قبل با بعد از آموزش ($p < 0.01$) بود به طوری که میانگین امتیاز کیفیت زندگی از ۳۱/۶۱ قبل به ۳۶/۷۱ بعد و میانگین سطح آگاهی از ۶/۵۳ قبل به ۱۱/۵۹ بعد از آموزش افزایش یافته بود. آموزش خود مراقبتی سبب بهبود معنادار در سطوح سلامت عمومی ($p=0.04$)، عملکرد جسمانی ($p < 0.01$)، سطح انرژی ($p=0.01$)، سلامت روانی ($p=0.002$) و درک کلی از سلامت ($p < 0.01$) گردید. نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش ارائه آموزش های مناسب در بخش های همودیالیز می تواند از طریق بالاتر بردن سطح آگاهی سبب بهبود سطح انرژی، سلامت عمومی، عملکرد جسمی، سلامت روانی و در نهایت درک کلی از سلامتی و در نتیجه افزایش کیفیت کلی زندگی در بیماران همودیالیزی گردد.

واژه های کلیدی: همودیالیز، کیفیت زندگی، آموزش

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال شانزدهم - شماره ۷۹

اسفند ۱۳۸۷

وصول: ۸۶/۶/۱۲

ارسال اصلاحات: ۸۶/۱۱/۳

دریافت اصلاحات: ۸۶/۱۲/۱۲

ارسال اصلاحات: ۸۷/۶/۲۷

دریافت اصلاحات: ۸۷/۷/۱۳

پذیرش: ۸۷/۷/۱۵

مقدمه

با کنترل بیماری‌های واگیر در طی دهه‌های گذشته و افزایش امید به زندگی بیماری‌های مزمن به‌عنوان یک مشکل اساسی و اصلی بهداشت رخ کرده‌اند [۱] که در این بین نارسایی مزمن کلیه به‌عنوان یک نقص غیرقابل برگشت عملکرد کلیه که با سیری پیشرونده در نهایت فرد را نیازمند دیالیز یا پیوند کلیه می‌کند، جایگاه خاصی دارد [۲]. همودیالیز شایع‌ترین و رایج‌ترین روش دیالیز است [۳] و هدف عمده آن تا حد امکان نزدیک‌تر کردن زندگی بیمار کلیوی به زندگی عادی است. این روش طول زندگی بیمار را بالا برده اما تأثیری بر بیماری زمینه‌ای کلیه ندارد [۴] و از این رو علاوه بر تغییرات ایجادشده در وضعیت فیزیولوژیک، بیمار با عوامل تنش‌زای متعدد دیگری مانند عوامل عاطفی - روانی، اجتماعی - اقتصادی و خانوادگی روبه‌رو است [۵] که هر کدام به نوبه خود می‌تواند باعث افت کیفیت زندگی بیمار گردد [۶]. از طرفی امروزه انسان‌ها نه تنها تمایل به افزایش عمر دارند بلکه خواستار بهبود و پیشرفت کیفیت زندگی هستند [۷ و ۸].

کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی، نسبی و متأثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است [۹]. کیفیت زندگی چیزی بیش از وضعیت سلامتی است چون سلامتی فقط یک بعد از کیفیت زندگی است و سایر عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی شامل احساس رضایت فرد از خود، وضعیت خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و از همه مهم‌تر وضعیت عاطفی - روانی است [۵] آموزش برنامه‌های مناسب در خصوص بیماری و روش درمان و مواردی که باید توسط بیمار (خود مراقبتی) رعایت گردد می‌تواند سبب بهبود عملکرد جسمی و سلامت عمومی بیمار و همین‌طور وضعیت عاطفی روانی و اجتماعی بیمار و کاهش در محدودیت نقش‌ها گردد [۱۰] یکی از کامل‌ترین تئوری‌های خود مراقبتی تئوری اورم است که در آن از خود مراقبتی به‌عنوان یک عملکرد تنظیمی نوع بشر نام برده شده و آن را برای تامین و تداوم لوازم و تجهیزات لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمانی و روانی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکردی اعمال می‌گردد تعریف

می‌کند. خود مراقبتی به‌عنوان یک عملکرد تنظیمی، متفاوت از سایر عملکردهای تنظیمی نوع بشر مانند نورواندوکراین است چرا که خود مراقبتی باید آموخته شده، آگاهانه و مستمر و متناسب با نیازهای تنظیمی افراد باشد. ضروریات عمومی (آب، هوا، غذا و...) ضروریات خود مراقبتی مرتبط با مرحله رشد (داخل رحمی تا سالمندی) ضروریات مربوط به انحراف سلامت (بیماری و مراقبت‌های سلامتی مربوطه) است [۱۱].

هدف اقدامات خود مراقبتی ایجاد و یا تداوم مواد لازم برای رشد و ارتقای سلامت می‌باشد این اقدامات شامل پیشگیری، تخفیف آلام، درمان قطعی و یا کنترل بیماری‌ها و وضعیت تهدیدکننده حیات سلامت و تندرستی است [۱۱] در کل انجام اقدامات خود مراقبتی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران گردد [۱۲]. ارتقا کیفیت زندگی عموماً به‌عنوان یکی از اهداف عمده در درمان بیماران مزمن مطرح است [۱۳]. و با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده مرحله نهایی بیماری‌های کلیوی و نیاز بیماران به استفاده طولانی مدت از همودیالیز و تأثیر بیماری و روش درمان بر کیفیت زندگی بیماران لزوم آموزش برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران کاملاً ضروری به‌نظر می‌رسد.

از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مرکز همودیالیز شهر مراغه طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۵ طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت نیمه تجربی پیش و پس آزمون با یک گروه بر روی ۳۲ نفر بیمار مبتلا به مرحله نهایی بیماری‌های کلیه تحت همودیالیز که به روش تصادفی ساده از بین بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به بیمارستان سینای مراغه انتخاب شده بودند انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه شامل ۶ سؤال در ارتباط با اطلاعات دموگرافیکی و ۲۰ سؤال در ارتباط با اطلاعات و سطح مراقبت از خود و ابزار سنجش کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ ماده‌ای سنجش سلامت بود. جهت تعیین روائی ابزار اطلاعات مربوط به مراقبت از خود از روش اعتبار محتوا

خود، برداشت فردی از وضعیت زندگی، و صداقت در گفتار جزء متغیرهای مؤثر غیرقابل کنترل و محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌گردید. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده طبقه‌بندی و امتیازات قبل و بعد از آموزش تعیین گردید در نهایت با استفاده از آمار توصیفی و آزمون مقایسه میانگین‌های قبل و بعد (T وابسته و مستقل)، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نمونه‌های مورد بررسی ۳۲ نفر بودند که ۵۹/۴ درصد آنان مذکر و ۴۰/۶ درصد مونث بودند ۹/۴ درصد در فاصله سنی ۲۰-۳۵، ۲۸/۱ درصد در فاصله سنی ۳۶-۵۰ و ۶۲/۵ درصد در فاصله سنی ۶۵-۵۱ سال قرار داشتند. ۹/۴ درصد نمونه‌ها مجرد، ۸۷/۵ درصد متأهل، ۳/۱ درصد همسر فوت شده بودند، ۷۵ درصد سطح سواد پایین‌تر از دیپلم و فقط ۳/۱ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند و مابقی دیپلم بودند، ۷۸/۱ درصد اشتغال به کار نداشته، ۱۲/۵ درصد به صورت نیمه‌وقت و ۹/۴ درصد به صورت تمام وقت کار می‌کردند، ۶۵/۶ درصد سابقه بیماری کلیوی را کم‌تر از پنج سال و ۳۴/۴ درصد سابقه‌ای بیش از ۵ سال از بیماری کلیوی را گزارش کردند.

مطالعه بر روی ارتباط بین امتیاز کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش و ویژگی‌های فردی آن‌ها قبل و بعد از آموزش با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، آزمون T زوجی و آنالیز واریانس صورت پذیرفت. ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معناداری را بین سن و امتیاز کیفیت زندگی قبل ($p=0/16$) و بعد ($p=0/54$) از آموزش، طول مدت (سابقه) بیماری کلیوی و امتیاز کیفیت زندگی قبل ($p=0/11$) و بعد ($p=0/16$) از آموزش نشان نداد.

انجام آزمون T مستقل برای تعیین معناداری ارتباط بین جنسیت و امتیاز کیفیت زندگی بیانگر عدم وجود ارتباط معنادار بین جنسیت و امتیاز کیفیت زندگی قبل ($p=0/27$) و بعد ($p=0/35$) از آموزش بود.

آنالیز واریانس نیز ارتباط معناداری را بین وضعیت اشتغال با کیفیت زندگی قبل ($p=0/18$) و بعد ($p=0/53$)

با نظر خواهی از ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه تبریز، متخصصین کلیه و تغذیه استفاده گردید پایایی آن نیز به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که میزان آلفای به دست آمده $\alpha=0/78$ بود که در مقایسه با آلفای قابل قبول برای پرسشنامه‌های آزمون گر ساخته $\alpha=0/70$ [۱۴] میزان پایایی آن در حد مطلوب بود. پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ ماده‌ای سنجش سلامت نیز ابزاری است که روایی و پایایی آن قبلاً آزمون شده است [۱۵] پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ ماده‌ای سنجش سلامت در سال ۱۹۸۸ توسط سازمان جهانی بهداشت جهت بررسی سلامتی در دو بعد سلامت روانی و جسمی تهیه شد. در سال ۱۹۹۱ در جمعیت‌های متفاوتی از ایالات متحده آمریکا اجرا شد و در سال ۱۹۹۳ کاربرد آن جهانی شد در درژوئن ۱۹۹۸ پژوهشگران پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ ماده‌ای سنجش سلامت را ترجمه کردند و در بیش از ۴۰ کشور جهان مورد مطالعه قرار گرفت از جمله این کشورها می‌توان ایتالیا، آلمان، چین، کره، ایران، یوگسلاوی، هندوراس، یونان و فنلاند را نام برد. ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0/80$ و ضریب پایایی آن $r=0/83$ گزارش شده است [۱۶]. به منظور برآورد حجم نمونه با توجه به تحقیقات مختلف قبلی و مطالعه اولیه بر روی ۱۰ نفر نمونه ۳۲ نفر انتخاب گردید که پس از توجیه اهداف و روش کار پژوهش و جلب رضایت بیمار و خانواده آن‌ها، پرسشنامه به صورت مصاحبه حضوری تکمیل گردید. همزمان با تکمیل پرسشنامه اولیه نیازهای آموزشی بیماران نیز در طی مصاحبه تعیین و بر اساس موارد مشخص شده برنامه آموزشی خود مراقبتی بر اساس الگوی خود مراقبتی اورم با مشورت متخصصین کلیه و تغذیه تهیه و آموزش به بیمار به صورت چهره به چهره در طی ۴-۳ جلسه نیم تا یک ساعته بر اساس سطح تحصیلات بیمار و اطلاعات بیمار در مورد بیماری در طی ۴ هفته در سه شیفت صبح، عصر و شب صورت گرفت سه ماه پس از اتمام آخرین جلسه آموزشی بیماران پرسشنامه سطح آگاهی و سنجش کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ ماده‌ای سنجش سلامت مجدداً به صورت مصاحبه حضوری تکمیل گردید وضعیت جسمی و روحی فرد، ویژگی‌های شخصیتی، نحوه به‌کارگیری موارد آموزش داده شده در مراقبت از

امتیازات کسب شده در تمام حیطه‌ها غیر از درد که کاهش نشان می‌داد افزایش یافته بود طبق معیار $t=2/10$ ، $p=0/04$ در سلامت عمومی، $t=-4/02$ ، $p<0/001$ در عملکرد جسمانی، $t=-2/58$ ، $p=0/01$ در سطح انرژی، $t=-3/34$ ، $p<0/001$ در وضعیت سلامت روانی، $t=3/75$ ، $p<0/001$ در درک کلی از سلامت و $t=6/92$ ، $p<0/001$ در نمره کل کیفیت زندگی می‌توان نتیجه گرفت بین امتیازات کسب شده از حیطه‌های ذکر شده در قبل و بعد از آموزش رابطه معناداری وجود دارد زیرا سطح معناداری از $0/05$ کم‌تر است در سایر حیطه‌ها که شامل مشکلات مربوط به وضعیت جسمی، مشکلات در ارتباط با به وضعیت عاطفی، عملکرد اجتماعی و درد بود ارتباط معناداری قبل با بعد از آموزش دیده نشد و سطح معناداری از $0/05$ بیش‌تر بود ($p>0/05$) (جدول ۳).

از آموزش وضعیت تأهل با کیفیت زندگی قبل ($p=0/90$) و بعد ($p=0/76$) از آموزش و سطح تحصیلات با کیفیت زندگی قبل ($p=0/58$) و بعد ($p=0/84$) از آموزش نشان نداد. زیرا سطح معناداری در تمام موارد از $0/05$ بالاتر بود ($p>0/05$) (جدول ۱).

یافته‌ها بیانگر این نکته بود که قبل از آموزش $21/9$ درصد واحدهای مورد پژوهش امتیاز ضعیف $71/9$ درصد امتیاز متوسط و فقط $6/3$ درصد امتیاز خوب از کیفیت زندگی کسب کرده‌اند اما در بعد از آموزش $78/1$ درصد واحدهای مورد پژوهش امتیاز متوسط و $21/9$ درصد امتیاز خوب و هیچ‌کدام از واحدهای مورد پژوهش امتیاز ضعیف از کیفیت زندگی کسب نکردند (جدول ۲).

برای بررسی تأثیر آموزش بر امتیازات کسب شده از حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی از آزمون T وابسته استفاده شد و بیانگر این نکته بود که میانگین

جدول ۱. بررسی ارتباط بین خصوصیات دموگرافیکی و کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش در بیماران همودیالیزی

نتیجه آزمون	نوع آزمون	کیفیت زندگی	متغیرهای دموگرافیکی
$r = -0/25$ $p = 0/16$	ضریب همبستگی پیرسون	قبل از آموزش	سن
$r = -0/11$ $p < 0/54$	ضریب همبستگی پیرسون	بعد از آموزش	
$r = -0/28$ $p = 0/11$	ضریب همبستگی پیرسون	قبل از آموزش	طول مدت بیماری کلیوی
$r = -0/25$ $p = 0/16$	ضریب همبستگی پیرسون	بعد از آموزش	
$t = -1/11$ $p = 0/27$	T مستقل	قبل از آموزش	جنس
$t = -0/94$ $p = 0/35$	T مستقل	بعد از آموزش	
$f = 0/10$ $p = 0/90$	آنالیز واریانس	قبل از آموزش	وضعیت تأهل (متأهل، مجرد، بیوه)
$f = 0/26$ $p = 0/76$	آنالیز واریانس	بعد از آموزش	
$f = 0/55$ $p = 0/58$	آنالیز واریانس	قبل از آموزش	سطح تحصیلات (زیردیپلم، دیپلم، دانشگاهی)
$f = 0/16$ $p = 0/84$	آنالیز واریانس	بعد از آموزش	
$f = 1/79$ $p = 0/18$	آنالیز واریانس	قبل از آموزش	وضعیت اشتغال (تمام وقت، نیمه وقت، بیکار)
$f = 0/64$ $p = 0/53$	آنالیز واریانس	بعد از آموزش	

جدول ۲. امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش در بیماران همودیالیزی

دوره زمانی	کیفیت زندگی					
	ضعیف (۰-۳۳)		متوسط (۳۴-۶۶)		خوب (>۶۶)	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
قبل از آموزش	۲۱/۹	۷	۷۱/۹	۲۳	۶۳	۲
بعد از آموزش	۰	۰	۷۸/۱	۲۵	۲۱/۹	۷

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات کسب شده از حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی قبل با بعد از آموزش در بیماران همودیالیزی

df=۳۱	p	t	بعد از آموزش		قبل از آموزش		مقایسه ابعاد کیفیت زندگی
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
			درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۴۴	-۲/۱۰۴	۸/۸۳	۴۰/۹۴	۹/۱۵۳	۳۹/۶۹	سلامت عمومی	
۰/۰۰۰	-۴/۰۲۳	۱۲/۷۱	۵۶/۷	۱۱/۷۰	۵۰/۲۴	عملکرد فیزیکی	
۰/۱۶۲	-۱/۴۳	۲۲/۸۴	۵۱/۵۶	۲۹/۲۶	۴۲/۹۷	مشکلات مربوط به وضعیت جسمی	
۰/۰۵۶	-۱/۹۸	۲۵/۷۴	۴۵/۳۱	۲۸/۹۲	۴۰/۶۳	مشکلات در ارتباط با وضعیت عاطفی	
۰/۰۶	-۱/۹۵۰	۲۵/۷۰	۵۸/۶۹	۲۲/۶۴	۵۲/۷۰	عملکرد اجتماعی	
۰/۳۳۷	۰/۹۷۶	۱۹/۴۳	۴۹/۲۰	۱۶/۰۱	۵۱/۵۵	درد	
۰/۰۱۵	-۲/۵۸۹	۲۵/۳۵	۵۰/۹۴	۱۸/۳۲	۴۴/۲۲	انرژی	
۰/۰۰۲	-۳/۳۴۹	۲۱/۸۲	۴۹/۲۵	۱۸/۳۵	۴۱/۷۵	سلامت روانی	
۰/۰۰۱	-۳/۷۵۴	۲۹/۱	۵۰/۰۰	۳۰/۷۴	۴۲/۱۹	درک کلی از سلامتی	
۰/۰۰۰	-۶/۹۲۱	۷/۱۱	۵۰/۲۳	۸/۰۳	۴۵/۱۰	میانگین نمره کل کیفیت زندگی	

جدول ۴. سطوح متغیرها و مقایسه بین میانگین نمرات کسب شده از سطح آگاهی قبل با بعد از آموزش

P	T آزمون	انحراف معیار	میانگین سطح امتیازات آگاهی	سطوح آگاهی						
				ضعیف (۰-۶)		متوسط (۷-۱۳)		خوب (۱۴-۲۰)		
				درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۰۰	-۱۰/۰۴۷	۴/۰۷	۶/۵۳	۵۶/۳	۱۸	۴۰/۶	۱۳	۳/۱	۱	قبل از آموزش
				۰	۰	۶۲/۵	۲۰	۳۷/۵	۱۲	بعد از آموزش

خود داشتند و ۶۲/۵ درصد اطلاعات متوسط و هیچ‌کدام از نمونه‌ها در مورد بیماری خود فاقد اطلاعات نبودند با توجه به این‌که تأثیر آموزش بر سطح اطلاعات و آگاهی در مورد مراقبت از خود در بیماران مورد پژوهش سنجیده می‌شد از آزمون T وابسته استفاده گردید و ملاحظه شد میانگین امتیاز سطح آگاهی قبل از آموزش ۶/۵۳ بوده و در بعد از آموزش به ۱۱/۵۹ رسیده‌است که طبق معیار $t=۱۰/۰۴$ ، $p<۰/۰۰۰$ می‌توان چنین استنباط کرد که بین

مقایسه سطح اطلاعات قبل و بعد از مداخله نیز که با یک امتیازبندی ضعیف (۰-۶)، متوسط (۷-۱۳)، خوب (۱۴-۲۰) مشخص گردید، بیانگر این نکته بود که قبل از مداخله ۳/۱ درصد نمونه‌های مورد پژوهش اطلاعات کافی در مورد مراقبت از خود داشته ۴۰/۶ درصد اطلاعات در سطح متوسط و ۵۶/۳ درصد اطلاعات کافی در مورد مراقبت از خود نداشتند. اما بعد از مداخله ۳۷/۵ درصد از نمونه‌های مورد پژوهش اطلاعات کافی در مورد مراقبت از

میانگین امتیازات سطح آگاهی قبل با بعد از آموزش رابطه معناداری وجود دارد زیرا سطح معناداری از ۰/۰۵ کم‌تر است (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر قبل از آموزش ۲۱/۹ درصد واحدهای مورد پژوهش امتیاز ضعیف ۷۱/۹ درصد امتیاز متوسط و فقط ۶/۳ درصد امتیاز خوب از کیفیت زندگی کسب کرده بودند نتایج پژوهش میتال و دیگران یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید کرده و نشان می‌دهد که ۲۵ درصد واحدهای مورد پژوهش (بیماران همودیالیزی) کیفیت زندگی ضعیف، ۵۵ درصد آنان کیفیت زندگی متوسط و ۲۰ درصد که تنها شامل کم‌تر از یک سوم بیماران می‌باشد کیفیت زندگی خوبی داشتند [۱۷] یافته‌های پژوهش رحیمی و دیگران نیز مؤید یافته‌های پژوهش حاضر بود به طوری که در این پژوهش ۸/۳ درصد واحدهای مورد پژوهش امتیاز ضعیف، ۸۶/۱ درصد امتیاز متوسط و فقط ۵/۵ درصد امتیاز خوب از کیفیت زندگی کسب کرده بودند [۱۸].

بعد از آموزش ۷۸/۱ درصد واحدهای مورد پژوهش امتیاز متوسط و ۲۱/۹ درصد امتیاز خوب از کیفیت زندگی کسب کردند. میانگین امتیاز کیفیت زندگی نیز از ۴۵/۱۰ قبل از آموزش به ۵۰/۲۳ پس از آموزش افزایش یافته بود که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود ($p < ۰/۰۰۰$).

میانگین امتیاز کسب شده قبل از آموزش در ابعاد مختلف سلامت عمومی ۳۹/۶۹، عملکرد فیزیکی ۵۰/۲۴، ایفای نقش فیزیکی ۴۲/۹۷، ایفای نقش عاطفی ۴۰/۶۳، عملکرد اجتماعی ۵۲/۷۰، درد ۵۱/۵۵، انرژی ۴۴/۲۲، سلامت روانی ۴۱/۷۵، درک کلی از سلامت ۴۲/۱۹ بوده است این یافته‌ها با مطالعه کلانترزاده و دیگران که در آمریکا انجام گرفته قابل مقایسه است که در آن میانگین کیفیت زندگی ۵۶/۳، سلامت عمومی ۴۵/۲، عملکرد فیزیکی ۵۳/۹، ایفای نقش فیزیکی ۳۹/۷، ایفای نقش عاطفی ۶۳/۸، عملکرد اجتماعی ۶۴/۴، درد ۵۷/۷، انرژی ۴۹/۸، سلامت روانی ۶۶/۱ و درک کلی از سلامت ۴۹/۲ بوده است [۱۹].

در مطالعه مشابه دیگری که توسط فوجی ساوا و دیگران انجام گرفته است میانگین کیفیت زندگی بیماران

همودیالیزی تحت مطالعه ۶۸/۳۸ گزارش گردیده و در ابعاد هشت‌گانه عبارت بوده است از عملکرد فیزیکی ۸۱/۶، سلامت عمومی ۵۱، ایفای نقش فیزیکی ۶۸، ایفای نقش عاطفی ۷۴/۶، عملکرد اجتماعی ۷۴/۵، درد بدنی ۷۲، درک کلی از سلامتی ۵۹/۲ و سلامت روانی ۶۸ بوده است [۲۰].

هر چند انتظار می‌رفت میانگین امتیازات کیفیت کلی زندگی و ابعاد آن در مقایسه با افراد سالم پایین‌تر باشد [۲۱ و ۲۲] اما یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که این امتیازات در مقایسه با مطالعات مشابه خارجی مانند مطالعات کلانترزاده و فوجی ساوا که بر روی بیماران همودیالیزی انجام گرفته تقریباً در تمام ابعاد پایین‌تر بوده است.

یکی از دلایل پایین‌تر بودن نمرات کسب شده در این مطالعه در مقایسه با سایر مطالعات می‌تواند ناکافی بودن میزان دیالیز باشد به طوری که برانوالد می‌نویسد: با گسترش و کامل شدن همودیالیز جان هزاران بیمار مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه نجات یافته و از میزان مرگ و میر در بیماران به طور چشمگیر کاسته شده است و با افزایش تعداد جلسات دیالیز و اصلاح تغذیه بیماران کیفیت زندگی آنان به طور چشمگیری بهبود یافته است [۱۳]. در مطالعه حاضر بیماران در هفته حداکثر ۱۲ ساعت تحت دیالیز قرار می‌گیرند در حالی که در سایر کشورها این درمان به هفته‌ای ۲۴-۲۰ ساعت می‌رسد لذا می‌توان گفت یکی از دلایل پایین بودن کیفیت زندگی بیماران پایین بودن میزان دیالیز در بیماران است.

فقدان سیستمی که در مقابل نیازهای متغیر بیماران دیالیزی قابلیت انعطاف‌پذیری داشته باشد مانند استفاده از دستگاه‌های دیالیز خانگی که به بیماران این امکان را می‌دهد که مدت زمان بیش‌تری در منزل خود بمانند و دیالیز را بر اساس نیاز انجام دهند و بدین شکل از طریق افزایش رفاه حال بیماران دیالیزی باعث افزایش کیفیت زندگی در این بیماران می‌گردد [۲۳] یکی دیگر از دلایل پایین بودن کیفیت زندگی بیماران در مطالعه حاضر بود.

از سایر دلایل پایین بودن میانگین امتیازات در پژوهش حاضر در مقایسه با پژوهش‌های صورت گرفته در کشورهای اروپایی نبود یک سیستم مراقبتی پیگیر است به طوری که رحیمی به نقل از مطالعه قوامی بیان می‌کند که انجام مراقبت پیگیر در بیماران همودیالیزی تأثیر معناداری

تقدیر و تشکر

نویسنده مقاله بر خود فرض و واجب می‌داند تقدیر و تشکر خود را از راهنمایی‌های ارزنده جناب آقای دکتر کامران صداقت در بخش آماری پژوهش، کلیه بیمارانی که صادقانه در انجام پژوهش همکاری کردند، پرسنل محترم بخش همودیالیز بیمارستان سینای شهرستان مراغه و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه ابراز دارد.

منابع

1. Goodwin S. Hardiness and psychosocial adjustment in hemodialysis patients. ANNA Journal. 1988, 15(4): 210-215.
2. طیبی، علی. مراقبت‌های پرستاری ویژه در دیالیز. تهران: موسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، ۱۳۷۸، ۷۳-۶۱.
3. داگرداس، جان‌تی. بلک، بیترجی. اینگ، تاداس: دیالیز. ترجمه: منوچهر امینی و دیگران، تهران: انتشارات دلیر، ۱۳۸۰، ۲۴۹-۲۲۴.
4. ذوالفقاری، میترا. درسنامه جامع پرستاری. تهران: انتشارات بشری، ۱۳۸۲، ۷۲-۷۱.
5. Ferrans, C. E. Psychometric assessment of the quality of life index. Research in nursing and health, 1992, 15: 213-224.
6. Hagren B. Haemodialysis of suffering from end - stage renal disease. Journal of advanced nursing. 2001, 34 (2):345-385.
7. صیادی، لیلیا. مطالعه مقایسه‌ای دیدگاه پرستاران و بیماران در مورد نیازهای اساسی بیماران بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه قلبی مراکز آموزشی - درمانی استان گیلان سال ۷۸-۷۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۸.
8. Park K. Park s Text book of preventive & social medicine. 17th ed. Jabalpur: Banarsidas Bhanot publishers, 2002:54-89.
9. Ioannidis. C. Quality of life in osteoprosis. The Nursing Clinics Of North America. 2001, 36(3):65-69.
10. رفیعی فرد، شهرام. عطارزاده، ماندانا. احمدزاد اصل، مسعود. نظام جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی قم. موسسه پژوهشگران بدون مرز، ۱۳۸۶، ۸۴-۶۵.
11. Meleis, A. Nursing Theories. 4th ed. USA Philadelphia: lippincot co. 2005:301-354
12. عشوندی، خدایار. بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کاهش مشکلات بیماران همودیالیزی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۷۳.
13. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL Harrison principle of internal medicin. New york: Mc Graw Hill Co, 2005:1561-1570.

بر وضعیت انجام فعالیت‌های روزانه زندگی ($p=0/000$)، میانگین طول مدت زمان انجام فعالیت‌ها ($p=0/002$) و میانگین کیفیت زندگی عمومی ($p=0/000$) بیماران خواهد داشت [۱۸] یکی دیگر از دلایل قابل استناد پایین بودن میزان اطلاعات بیماران در خصوص بیماری، روش درمان، عوارض و نحوه مراقبت از خود (تغذیه، فعالیت جسمانی و...) است به طوری که در مطالعه حاضر بعد از آموزش امتیازات در تمام حیطه‌های کیفیت زندگی افزایش و به امتیازات کسب شده در سایر مطالعات نزدیک‌تر گردیده بود.

یافته‌های پژوهش ابطیحی و همکاران نیز که به مقایسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگه دارنده پرداخته‌است موید یافته‌های پژوهش حاضر است به طوری که بیان می‌گردد بهبود کیفیت زندگی پس از آموزش در گروه آموزش حضوری با $p=0/001$ و در گروه غیرحضوری با $p=0/002$ قابل مشاهده بوده‌است [۲۴].

مطالعات متعدد کیفیت زندگی در جوامع مختلف نشان داده که بیماران تحت درمان با همودیالیز به طور چشمگیری در مقایسه با جمعیت عمومی از نمرات کم‌تری از کیفیت زندگی برخوردارند [۲۱ و ۲۲]. کنترل مشکلات و عوارض و بهبود کیفیت زندگی نیازمند مشارکت بیمار در روند درمان و مراقبت است و لازمه این کار نیز افزایش آگاهی افراد است [۲۵ و ۲۶]. آموزش ابزار مناسب جهت افزایش سطح آگاهی مددجویان است [۲۷]. در عین حال بررسی‌ها نشان داده که کمبود آگاهی و دانش ناکافی درباره مراقبت از خود در زمینه‌های رژیم غذایی مناسب، میزان مصرف مایعات و مراقبت از مسیر عروقی در این بیماران باعث بروز مشکلات گوناگونی شده و سرانجام منجر به عوارض مختلف و مرگ و میر خواهد شد [۲۶]. بنابراین با توجه به شکل مزمن بیماری و نوع مشکلات این دسته از بیماران و عدم کارایی دیالیز در رفع کامل این مشکلات و لزوم مراقبت مستمر، آموزش می‌تواند تأمین‌کننده مشارکت فعال و آگاهانه بیمار برای مراقبت از خود باشد [۲۸].

- of life in renal transplant & hemodialysis patients using the SF – 36 health survey. *Urology*, 2000, 56(2): 201-6.
21. Pernger TV, Leski M, Chopardstoerman C, Geffers C. Assessment of health status in chronic hemodialysis patients. *J Nephrol*. 2003, 16 (2): 252-9.
 22. Majkowics M. Comparison of Q.O.L. in hemodialyzed and peritoneally dialysis (CAPD). *Journal of Advanced Nursing*. 2000, 27(8):263-272.
 23. مرکانی، صادق. بابادی، سعید. خلیلزاده، محمدعلی. دستگاه دیالیز در فهرست لوازم خانگی. *مجله مهندسی پزشکی، سال هفتم ۸۰، ۱۸-۱۵*.
 24. ابطیحی، حمید. هاتف سلمانیان، علی. رافتی، علی. مقایسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده. *فصلنامه ره‌آورد دانش، ۱۳۸۵، سال نهم شماره ۱: ۴۳*.
 25. Iliescu EA, CooH, McMurray MH, Meers C. Quality of sleep & health – related quality of life in hemodialysis patient. *Nephrol Dial Transplant*. 2003, 18 (1): 401-471.
 26. Klang B, Bjorvell H, Clyne N. Predialysis education helps patients choose dialysis modality & hncreases disease-specific knowledge. *J Adv Nurs*. 1999, 29 (4):869-76.
 27. Prowant BF, Satalowich RJ, Murray – Bell A. Effectiveness of a phosphorous educational program for dialysis patients. *ANNA J*. 1989, 16 (5):353 –7.
 28. Orem DE. *Nursing concepts of practice*. 6th ed. St.Louise: Mosby Co, 2001:253-273.
 14. Gliem J.A. Gliem R.R. editors. *Calculating, Interpreting, and Reporting Cronbach’s Alpha Reliability coefficient for Likert-Type Scales Presented at the Midwest Research-to -Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education*, The Ohio State University, Columbus, OH, 2003, Ohio, USA.
 ۱۵. داودی، عارفه. بررسی تأثیر برنامه خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۱*.
 ۱۶. بصیری مقدم، کوکب. هوشمند، پوری. اسماعیلی، حبیب‌الله. بررسی ارتباط بین نوع شخصیت و نستوهی با سلامتی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی گناباد. *افتق دانش، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی گناباد، دوره ۱۲، شماره ۱، ۱۳۸۵، ۴۷-۵۷*.
 ۱۷. اسکافی، سوسن. بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و روش‌های مقابله به‌کار گرفته شده توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران: *پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۷*.
 ۱۸. رحیمی، ابوالفضل. احمدی، فضل‌اله. غلیاف، محمود. بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی همودیالیزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۵، دوره سیزدهم، شماره ۵۲: ۱۸-۲۴*.
 19. Kalantarzadeh K, Kopple JD, Block G, Humphreus MH. Association among SF 36 quality of life measures and nutrition, Hospitalization and Mortality in Hemodialysis, 2001:322 -360.
 20. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S et al. Assessment of health – related quality