

## بررسی میزان تأثیر به کارگیری مدل مراقبتی اورم بر سطح خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۸۹

دکتر حسین حبیب زاده\*<sup>۱</sup>، مهدیه داورپناه<sup>۲</sup>، دکتر حمیدرضا خلخالی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۸/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۱۰/۲۹

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** خودکارآمدی، به معنای اعتقاد یک فرد به توانایی خود جهت موفق شدن در یک وضعیت خاص است. برانگیختن توان خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز و برنامه‌ریزی بر اساس آن از اهمیت خاصی برخوردار است. بهره‌گیری از تئوری‌های پرستاری به ویژه تئوری اورم، در ارتقاء خودکارآمدی این بیماران می‌تواند موثر باشد. از این رو مطالعه فعلی با هدف تعیین تأثیر به کارگیری مدل خود مراقبتی اورم بر سطح خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه تجربی از نوع مداخله - کنترل (Case-Control) می‌باشد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه: (مشخصات جمعیت شناختی، نیازسنجی آموزشی بر اساس مدل اورم و تعیین سطح خودکارآمدی) می‌باشد. ۶۰ بیمار به روش مبتنی بر هدف انتخاب و بر اساس همانندسازی در قالب دو گروه مداخله و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند (هر گروه شامل ۳۰ بیمار). بعد از انجام پیش‌آزمون، برنامه خودمراقبتی طراحی شده در طی سه مرحله برای گروه مداخله اجرا شد. سپس پس‌آزمون انجام شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS16 و با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل، کای اسکور و من‌ویتنی انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اختلاف میانگین نمرات نیازسنجی آموزشی در زمینه خودمراقبتی ( $P=0/77$ ) و خودکارآمدی ( $P=0/95$ ) در مرحله پیش‌آزمون، معنی‌دار نمی‌باشد. اما در مرحله پس‌آزمون در بعد نیازسنجی آموزشی در زمینه خودمراقبتی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد ( $P=0/04$ ). از نظر سطح خودکارآمدی در مرحله پس‌آزمون تفاوت بین دو گروه مشاهده شد. اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نشد ( $P=0/418$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به وابسته بودن بیماران تحت همودیالیز در دریافت خدمات مراقبتی، شناخت نیازهای خود مراقبتی بیماران بر اساس تئوری‌های پرستاری و برنامه‌ریزی مراقبتی به سازگاری بیمار و افزایش فعالیت‌های خود مراقبتی کمک خواهد کرد.

**کلیدواژه‌ها:** خودکارآمدی، همودیالیز، مدل خود مراقبتی اورم

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره دوم، پی در پی ۳۷، خرداد و تیر ۱۳۹۱، ص ۱۹۹-۱۹۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۳۶۱۳۰۱۱  
Email: Habibz\_H@Yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

### مقدمه

دیالیز طولانی مدت یا پیوند کلیه است (۲). درجهان میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه ۲۴۲ مورد در یک میلیون جمعیت است و سالانه حدود ۸ درصد به این میزان اضافه می‌شود. این میزان در جوامع مختلف متفاوت بوده به طوری که در سیاه‌پوستان ۷۵۸ نفر در یک میلیون و در سفیدپوستان ۱۸۰ مورد در یک میلیون جمعیت است (۳).

امروزه بیماری‌های مزمن به عنوان بزرگ‌ترین چالش فراروی سلامت جامعه مطرح می‌باشد. نارسایی پیشرفته کلیه یک بیماری مزمن است (۱) و زمانی اتفاق می‌افتد که ۹۵ درصد از عملکرد کلیه‌ها از بین می‌رود. روش‌های درمان این بیماری شامل

<sup>۱</sup> استادیار، دکتری تخصصی پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۳</sup> استادیار، دکتری تخصصی آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

(۱۵) و به درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز عملکردی شایسته تأکید دارد (۱۶). افرادی که از نظر خود کارآمدی قوی هستند معتقدند که قادرند به طور موثری از عهده کنترل رویدادهای زندگی خود برآیند. این درک و عقیده به آن‌ها دیدگاهی متفاوت از کسانی می‌دهد که از نظر خود کارآمدی ضعیف هستند زیرا این احساس اثر مستقیمی بر رفتار آنان دارد. خودکارآمدی می‌تواند عاملی حیاتی در موفقیت و شکست در سراسر زندگی باشد (۱۷). افراد با سطح خودکارآمدی بالاتر در کنترل بیماری خود موفق‌تر هستند (۲).

مراقبت از خود پیوند نزدیکی با مفهوم خودکارآمدی دارد فرآیندی است که مستلزم پیشرفت فرد به سمت استقلال و توانایی او برای انجام فعالیت‌های روزانه زندگی تا حد امکان است (۱۸).

افراد مبتلا به بیماری مزمن از جمله همودیالیز ممکن است قادر نباشند رژیم‌های درمانی خود را طبق دستور انجام دهند، هم‌چنین امکان دارد وقت ملاقات با پزشک را فراموش کنند و قادر به انجام فعالیت‌های روزانه زندگی‌شان نباشند (۲). بیماران تحت همودیالیز باید نیازهای خودمراقبتی خود را درک کرده و عمل خودمراقبتی را بر اساس نیازهای خودمراقبتی درمانی انجام دهند (۱۹).

پرستاران با توجه به نقش حساس در زمینه توان بخشی بیماران با ناتوانی جسمی و روانی قادرند بیماران را در بالا بردن توانایی انجام فعالیت‌های روز مره یاری نموده و از مشکلات اجتماعی، روانی و اقتصادی آن‌ها بکاهند (۲۰).

عواملی که سبب افزایش نیازهای خود مراقبتی در افراد می‌شود عمدتاً ناخوشی‌ها و بیماری‌ها هستند که در این‌گونه موارد پرستار نقش جبرانی در تأمین این نیازها دارد (۲۱). تئوری مراقبت از خود اورم یکی از کامل‌ترین تئوری‌های خود مراقبتی است (۲۲) و می‌تواند برای ارائه دهندگان مراقبت در کمک به بیماران جهت ارزیابی توانایی مراقبت از خود مفید باشد (۲۳).

طبق آمار وزارت بهداشت در حال حاضر حدود ۳۹ هزار بیمار مبتلا به نارسایی کلیه در ایران وجود دارد و این میزان برای بیماران کلیوی استان آذربایجان غربی ۲ هزار و ۲۹۹ نفر می‌باشد (۴). در حال حاضر رایج‌ترین روش درمان این بیماری در سراسر دنیا، درمان با همودیالیز می‌باشد (۵). تقریباً یک میلیون نفر در جهان تحت درمان با همودیالیز هستند (۶). در ایالت آمریکا بیش از ۳۰۰۰۰۰ بیمار تحت همودیالیز وجود دارد (۷).

بر اساس آمار آذر ماه ۱۳۸۷ در ایران، در حال حاضر ۱۶۶۰۰ بیمار در ۳۵۵ واحد همودیالیز کشور تحت درمان هستند. در آذربایجان غربی از ۲ هزار و ۲۹۹ بیمار کلیوی، ۷۶۷ نفر بیمار دیالیزی، ۷۱۰ نفر بیمار پیوندی و مابقی نیز به نارسایی کلیوی مبتلا هستند (۴).

بیماران تحت همودیالیز مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند. عمده‌ترین این مشکلات اختلال خواب، نوروپاتی محیطی، عفونت، تنش روانی، اضطراب و افسردگی، اوستئودیسτροφی کلیوی<sup>۱</sup>، تغییرات شناختی، کم‌خونی، ادم حاد ریه، رنگ پریدگی، خراش، تغییر رنگ، کاهش قوام و شکنندگی پوست (۱۳-۸)، می‌باشد. این مشکلات گوناگون بر ابعاد مختلف زندگی بیماران تحت همودیالیز تأثیر می‌گذارد. به دلیل روند طولانی مدت درمان با همودیالیز، این بیماران نیازمند تغییر در سبک زندگی جهت بهتر کنار آمدن و اداره نمودن بیماری خود هستند. درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و انجام برخی از فعالیت‌های مراقبت از خود نمی‌تواند به اندازه کافی مؤثر باشد و نتایج دلخواه درمان حاصل گردد (۱۴). لذا خود مراقبتی و خودکارآمدی از مفاهیم اساسی در این گروه از بیماران می‌باشد. یکی از مفاهیمی که بعد وسیع‌تری از خودمراقبتی داشته و در بیماران تحت همودیالیز مطرح است مفهوم خودکارآمدی است. خودکارآمدی به معنای اطمینان فرد از توانمندی در انجام رفتارهای مراقبت از خود در شرایط خاص است

<sup>۱</sup>Renal Osteodystrophy

هدف این مدل تشویق مددجویان به مراقبت از خود است و نقش پرستاران بررسی نیاز مراقبت از خود درمانی، تعیین نیروی مراقبت از خود و وجود و عدم وجود نقص مراقبت از خود در بیماران مزمن است (۲۴). برنامه‌های خودمراقبتی سازگاری با شرایط بیماری مزمن مانند بیماری پیشرفته کلیوی را آسان می‌کند (۱). بسیاری از سازمان‌های بهداشتی و مراقبین سلامتی نیز ارتقای مراقبت از خود را به عنوان یک راهکار برای کاهش هزینه‌های گزاف خدمات پزشکی در نظر گرفته‌اند (۱۵). پرستار از طریق کار کردن برای فردی دیگر، هدایت کردن، فراهم نمودن حمایت جسمی و روانی و آموزش در اجرای یک برنامه مراقبتی نقش دارد (۲۱).

آموزش و حمایت بیمار برای افزایش خودکارآمدی، بهبود پی‌آمدها و کاهش بستری شدن‌های بی‌مورد ضروری است (۲۵). برانگیختن توان خودکارآمدی در بیماران تحت همودیالیز و برنامه‌ریزی بر اساس این توان بالقوه از اهمیت خاصی برخوردار است. با توجه به این که بیماران تحت همودیالیز باید تا آخر عمر وابسته به دستگاه یا فن خاصی برای حفظ حیات خویش باشند و نگرانی‌های فراوانی راجع به نحوه مراقبت از خود و تردیدهایی راجع به توانایی انجام کارهای روزمره و زندگی عادی دارند پژوهشگران تصمیم به انجام مطالعه‌ای در این راستا گرفتند که انجام یک برنامه خودمراقبتی چه تأثیری بر میزان خودکارآمدی این بیماران دارد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی<sup>۱</sup> است. روش انجام مطالعه به این صورت بود که پس از انتخاب ۶۰ بیمار بر اساس معیارهای ورود و به روش غیر تصادفی مبتنی بر هدف در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) قرار گرفتند. حجم نمونه با توجه به تحقیقات قبلی وبا توان آزمون ۸۰ درصد و اطمینان ۹۵

درصد برای هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد که در این مطالعه با در نظر گرفتن مداخله و امکان عملیاتی بودن زمان برای هر گروه ۳۰ نمونه یعنی جمعاً ۶۰ نمونه کافی است.

برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه ۳ قسمتی استفاده شد. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، دین، مدت زمان ابتلا به بیماری مزمن کلیه، طول مدت دریافت همودیالیز، سابقه ابتلا به بیماری کلیه در خانواده، متوسط هزینه درمان در ماه، نوع بیمه، سایر بیماری‌های زمینه‌ای، میزان تحصیلات، شغل قبل از ابتلا به بیماری، وضعیت شغلی فعلی، متوسط درآمد ماهیانه) بود، بخش دوم مشتمل بر ۲۰ سؤال در مورد نیازهای آموزشی بود که این بخش از پرسش‌نامه توسط محقق بر اساس مشکلات بیماران تحت همودیالیز تهیه شد. در این قسمت از واحدهای مورد پژوهش خواسته شد در صورت داشتن هر یک از مشکلات مطرح شده در پرسش‌نامه پاسخ "دارم" و در صورت عدم داشتن مشکل پاسخ "ندارم" را انتخاب کنند سپس در صورت داشتن مشکل به سؤال بعد نیز پاسخ دهند که این سؤال در مورد میزان نیاز بیماران به آموزش و حمایت برای کنترل کردن آن مشکل بود. نمره‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت و پاسخ به سؤالات به صورت زیاد، متوسط، کم و اصلاً بود که امتیازات آن بین ۴ الی ۱ تقسیم‌بندی شد، بالاترین امتیاز ۸۰ و پایین‌ترین امتیاز صفر بود و به طور قراردادی کسب نمره ۲۶-۰ به معنای مستقل، ۵۳-۲۷: نیمه وابسته، ۸۰-۵۴ نیز وابسته از نظر آموزشی بود. بخش سوم شامل ۱۵ سؤال جهت ارزیابی سطح خودکارآمدی نمونه‌های مورد پژوهش بود و مواردی مانند مراقبت از فیستول، تحرک و جابه‌جایی، لباس پوشیدن، استحمام، بهداشت فردی، تغذیه، کنترل رژیم غذایی، کنترل دریافت مایعات، رعایت رژیم دارویی، خواب و استراحت، سازگاری با مشکلات پس از دیالیز، کنترل اضطراب و نگرانی‌ها و امید به آینده، ارتباطات با کادر پزشکی و پرستاری بخش همودیالیز، ارتباطات خانوادگی و فعالیت‌های اجتماعی را

<sup>۱</sup> Quasi Experimental

نهایت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها

از ۶۰ بیمار مورد مطالعه ۳۰ نفر در گروه مداخله و ۳۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. محدوده سنی بیماران ۶۰-۲۰ و میانگین سنی در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۴۶/۵۶ و ۴۷/۸۵ سال بود. ۱۵ نفر از (۵۰/۰ درصد) نمونه‌ها در هر دو گروه مداخله و کنترل زن بودند. در هر دو گروه مداخله و کنترل ۲۳ نفر (۷۶/۷ درصد) متأهل و هفت نفر (۲۳/۳ درصد) مجرد بودند. میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری مزمن کلیه در گروه مداخله ۷/۵۹ و در گروه کنترل ۷/۹۶ سال بود. میانگین مدت زمان دریافت همودیالیز در هر دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۵/۱۴ و ۵/۵۹ سال بود. در هر دو گروه اکثریت افراد فاقد سابقه فامیلی نارسایی کلیه بودند که این میزان در گروه مداخله ۲۲ نفر (۷۳/۳ درصد) و در گروه کنترل ۲۴ نفر (۸۰/۰ درصد) بود. از نظر توزیع سایر بیماری‌های زمینه‌ای بیشترین فراوانی مربوط به عدم وجود بیماری زمینه‌ای بود که این مقدار برای گروه مداخله ۵۰/۰ درصد و برای گروه کنترل ۶۳/۳ درصد بود. در هر دو گروه مداخله و کنترل بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات ابتدایی و دیپلم بود که این مقدار برای گروه مداخله ۱۵ نفر (۵۰/۰ درصد) و برای گروه کنترل ۱۴ نفر (۴۶/۷ درصد) بود. میانگین متوسط درآمد ماهانه در گروه مداخله ۳۷۱/۵ و در گروه کنترل ۴۳۰/۲ هزار تومان بود. آزمون‌های آماری اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه از نظر متغیرهای فوق نشان نداد. یافته‌های مربوط به نیازهای آموزشی بیماران تحت درمان با همودیالیز قبل از مداخله در دو گروه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود افراد دو گروه از نظر نیازهای آموزشی قبل از مداخله یکسان می‌باشند ( $P=0/77$ ).

ارزیابی می‌کرد. سؤالات این بخش از پرسش‌نامه توسط محقق با استفاده از مقالات و منابع علمی تهیه شد و مورد تایید استاد راهنما و اساتید گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه قرار گرفت. پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت بود که امتیازات بین ۴ تا ۱ تقسیم‌بندی شد به گونه‌ای که هر فرد می‌توانست بین حداقل ۱۵ و حداکثر ۶۰ امتیاز از سطح خودکارآمدی را کسب نماید. بر این اساس سطح خودکارآمدی به ۳ طبقه تقسیم شد و به طور قراردادی کسب نمره ۳۰-۱۵ به معنای وابسته از نظر سطح خودکارآمدی، ۴۵-۳۱: نیمه وابسته، ۶۰-۴۶ مستقل بود.

برای به‌دست آوردن اعتبار علمی و پایایی این پرسش‌نامه، به ترتیب از روش اعتبار محتوی<sup>۱</sup> و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد، پایایی پرسش‌نامه‌های نیازسنجی آموزشی و سطح خودکارآمدی به ترتیب ۰/۷۵ درصد و ۰/۸۲ درصد بود. پس از کسب رضایت از نمونه‌های مورد مطالعه برای شرکت در پژوهش، پرسش‌نامه‌ها توسط بیمار و تحت نظارت دقیق پژوهشگر به صورت مصاحبه حضوری تکمیل شد. پس از تکمیل پرسش‌نامه نیازهای آموزشی بیماران و مشکلات آن‌ها در مراقبت از خود و سطح خودکارآمدی‌شان تعیین شد. بعد از انجام پیش‌آزمون، برنامه خودمراقبتی طراحی شده بر اساس مدل مراقبتی اورم در طی سه مرحله برای گروه مداخله اجرا شد. ۱- ارزیابی نیازهای خودمراقبتی در واحدهای مورد مطالعه ۲- مداخله در حیطه‌های جسمی، روحی روانی و اجتماعی نیازهای خود مراقبتی ۳- پیگیری بیماران به مدت ۴۵ روز.

بعد از مداخله، پس‌آزمون انجام شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار SPSS16 و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد. در گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت و تنها اقدامات حمایتی آموزشی بیمارستان را دریافت نمودند. در

<sup>۱</sup>Content Validity

بیماران تحت درمان با همودیالیز قبل و بعد از مداخله و تفاضل آن در دو گروه در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. بر اساس این جدول نتایج نشان می‌دهد که از نظر آماری نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در ( $P=0/748$ ) دو گروه یکسان است. پس از مداخله در نمره خودکارآمدی دو گروه اختلاف مشاهده می‌شود اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $P=0/418$ ).

یافته‌های مربوط به نیازهای آموزشی بیماران تحت همودیالیز بعد از مداخله در دو گروه در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. همان طوری که در این جدول مشاهده می‌شود در گروه مداخله ۹۶/۷ درصد وضعیت مستقل و در گروه کنترل ۸۰/۰ درصد چنین وضعیتی را پیدا کرده‌اند که از نظر آماری اختلاف معنی‌دار وجود دارد ( $P=0/04$ ). یافته‌های مربوط به سطح خودکارآمدی

**جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی اجتماعی افراد در دو گروه مداخله و کنترل**

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P=0/615$	۱۰	۴۷/۸۵	۸/۶۷	۴۶/۵۶	سن
$P=0/8$	۵/۲۸	۷/۹۶	۵/۵۹	۷/۵۹	مدت زمان ابتلا به بیماری مزمن کلیه
$P=0/727$	۴/۶۵	۵/۵۹	۴/۶۴	۵/۱۴	مدت زمان دریافت همودیالیز
$P=0/561$	۳۸/۴۹	۷/۴۰	۵۳/۳۷	۱۴/۸۱	متوسط هزینه درمان ماهانه
$P=0/503$	۸۳/۶	۴۳۰/۲	۱۱۰/۶۷	۳۷۱/۵	متوسط درآمد ماهانه
نتیجه آزمون کای دو	درصد	تعداد	درصد	تعداد	متغیر
$P=1$	۵۰	۱۵	۵۰	۱۵	مرد
	۵۰	۱۵	۵۰	۱۵	زن
$P=1$	۷۶/۷	۲۳	۷۶/۷	۲۳	متأهل
	۲۳/۳	۷	۲۳/۳	۷	مجرد
$P=0/512$	۲۰	۶	۲۶/۷	۸	بله
	۸۰	۲۴	۷۳/۳	۲۲	خیر
$P=0/194$	۵۳/۳	۱۶	۳۶/۷	۱۱	بیمه خویش فرما
	۴۶/۷	۱۴	۶۳/۳	۱۹	بیمه کارمندان دولت
$P=0/6$	۱۶/۷	۵	۲۶/۶	۸	بیماری قلبی عروقی
	۱۶/۷	۵	۱۶/۷	۵	کم خونی
	۳/۳	۱	۶/۷	۲	بیماری‌های مفصلی
$P=0/78$	۶۳/۳	۱۹	۵۰	۱۵	ندارد
	۳۳/۳	۱۰	۲۳/۳	۷	بی سواد
	۴۶/۷	۱۴	۵۰	۱۵	ابتدایی و دیپلم
	۲۰	۶	۲۶/۷	۸	بالاتر از دیپلم

**جدول شماره (۲):** توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش از نظر وضعیت

نیازهای آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله

نیازسنجی آموزشی قبل از مداخله	مداخله		کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مستقل	۲۱	۷۰/۰	۲۲	۷۳/۳
نیمه وابسته	۹	۳۰/۰	۸	۲۶/۷
جمع	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰

$$X^2 = ۰/۰۸۲ \quad d.f = ۱ \quad P.Value = ۰/۷۷$$

**جدول شماره (۳):** توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش از نظر وضعیت نیازهای

آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله

نیازهای آموزشی بعد از مداخله	مداخله		کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مستقل	۲۹	۹۶/۷	۲۴	۸۰/۸
نیمه وابسته	۱	۳/۳	۶	۲۰/۰
جمع	۲۷	۱۰۰	۲۷	۱۰۰

$$X^2 = ۴/۰۴ \quad d.f = ۱ \quad P.Value = ۰/۰۴$$

**جدول شماره (۴):** میانگین و انحراف معیار نمرات خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

خودکارآمدی	مداخله		کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی قبل	۵۰/۷۳	۷/۸	۵۲/۸	۴/۱
خودکارآمدی بعد	۵۳/۷۰	۴/۷	۵۲/۳	۳/۳
تفاضل خودکارآمدی	۳	۸/۱	۰/۴۶	۳/۶

خود نمی‌تواند به اندازه کافی مؤثر باشد و نتایج دلخواه درمان حاصل گردد (۲۶). پرستاران با توجه به نقش حساس در زمینه ارتقاء خودکارآمدی بیماران با ناتوانی جسمی و روانی، قادرند بیماران را در بالا بردن توانایی انجام فعالیت‌های روزمره یاری نموده و از مشکلات اجتماعی، روانی و اقتصادی آن‌ها بکاهند (۲۷).

هدف این پژوهش تعیین میزان تأثیر به‌کارگیری مدل مراقبتی اورم بر سطح خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز بود. در مطالعه فعلی ۷۰/۰ درصد افراد در گروه مداخله و ۷۳/۳ درصد در گروه کنترل، قبل از مداخله از نظر خودمراقبتی، مستقل بودند. پس از مداخله به ترتیب ۹۶/۷ درصد و ۸۰/۰ درصد در گروه مداخله و کنترل مستقل بودند.

**بحث و نتیجه‌گیری**

امروزه بیماری‌های مزمن به عنوان بزرگ‌ترین چالش فرا روی سلامت جامعه مطرح می‌باشد و مسئول بیش از ۸۰ درصد مرگ و میرها شناخته شده است (۱). یکی از بیماری‌های مزمن، نارسایی مزمن کلیه است. بیماران تحت همودیالیز به علت درمان‌های دارویی متعدد و پیچیده، مشکلات گوناگون و تغییرات ریشه‌ای در الگوی زندگی دارند که بر عملکرد اجتماعی و روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد از آنجایی که درمان با همودیالیز یک روند طولانی مدت است، این بیماران نیاز به استفاده از یکسری راهکارها برای بهتر کنار آمدن و اداره نمودن بیماری خود دارند. درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و انجام برخی از فعالیت‌های مراقبت از

میانگین نمره خودمراقبتی نمونه‌ها در مطالعه بگ<sup>۱</sup> و همکاران که با هدف تعیین توانایی خودمراقبتی و خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز انجام شد  $99/86 \pm 15/30$  و میانگین نمره خودکارآمدی  $25/76 \pm 6/85$  بود. در این مطالعه بین نمره خودمراقبتی و خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز اختلاف معنی‌دار وجود داشت ( $P < 0/05$ ) (۲۰).

در مطالعه فعلی، نمره خودمراقبتی بیماران دو گروه قبل از مداخله ( $P = 0/77$ ) یکسان بود. در مطالعه جارسما<sup>۲</sup> و همکاران نیز که با هدف تعیین تأثیر آموزش و حمایت بر توانایی خودمراقبتی بیماران با بیماری‌های مزمن انجام شد نتایج نشان داد که در ابتدای مطالعه اختلاف معنی‌داری در توانایی خودمراقبتی بیماران وجود نداشت ( $P = 0/2$ ) (۲۸). در مطالعه آنسار و همکاران که با هدف ارزیابی خودمراقبتی و تعیین فاکتورهای موثر بر خودمراقبتی بیماران تحت همودیالیز و دیالیز صفاقی انجام شد میانگین امتیاز خودمراقبتی بیماران  $112/43 \pm 18/35$  بود و اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها وجود نداشت ( $P > 0/05$ ) (۲۹).

در مطالعه حاضر، نتایج آزمون آماری من ویتنی نشان داد که بعد از آموزش، اختلاف معنی‌دار بین نمره خودمراقبتی بیماران دو گروه وجود داشت ( $P = 0/04$ ). علت این تفاوت آماری معنی‌دار، بین امتیازات بعد از مداخله، می‌تواند اجرای مدل خودمراقبتی اورم بر روی بیماران تحت همودیالیز باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت در اثر آموزش مدل خودمراقبتی وضعیت خودمراقبتی بیماران بهبود می‌یابد و آموزش به بیماران موثر است. در مطالعه جارسما نیز پس از مداخله، بیماران در هر دو گروه مداخله و کنترل امتیاز بالاتری از رفتارهای خودمراقبتی در مقایسه با ابتدای مطالعه داشتند ( $P < 0/001$ ) (۲۸). آموزش ابزار مناسب جهت افزایش سطح آگاهی بیماران می‌باشد. بررسی‌ها نشان داده که کمبود آگاهی و دانش ناکافی درباره مراقبت از خود در زمینه‌های رژیم غذایی

مناسب، مصرف مایعات و مراقبت از مسیر عروقی در این بیماران باعث بروز مشکلات گوناگون شده و سرانجام منجر به عوارض مختلف و مرگ و میر خواهد شد (۳۰). برای آموزش بیماران مدل‌های مختلفی وجود دارد، با توجه به مشکلات این بیماران، آموزش باید تأمین‌کننده مشارکت فعال و آگاهانه بیمار برای مراقبت از خود باشد، از این‌رو آموزش به شیوه چهره به چهره و آموزش به خانواده می‌تواند بیماران را به استقلال نزدیک نماید تا صلاحیت مراقبت مستمر از خود را پیدا نمایند.

نتایج مطالعه ناجی و همکاران که با هدف ارزیابی تأثیر به‌کارگیری مدل مراقبتی اورم بر بهبود بیماران با نارسایی قلبی انجام شد نشان داد که بین توانایی خودمراقبتی بیماران در گروه مداخله بعد از مداخله در مقایسه با گروه کنترل اختلاف معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/001$ ). هم‌چنین بهبودی بیماران در گروه مداخله بهتر از کنترل بود ( $P < 0/001$ ) (۳۱).

در مطالعه حاضر پس از آموزش برنامه خودمراقبتی، میانگین سطح خودکارآمدی افزایش یافته بود ولی این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $P = 0/418$ ). به همین دلیل به نظر می‌رسد برای تأثیر بهتر نیاز به یک برنامه آموزشی چندجانبه می‌باشد زیرا افزایش خودکارآمدی وقتی در کنار تغییرات کلی در روش زندگی، فعالیت بدنی و ایجاد حمایت اجتماعی قرار می‌گیرد تأثیر بیشتری دارد (۲۷). لذا پیشنهاد می‌شود از ابتدای ورود بیمار به بخش همودیالیز، بیمار تحت نظارت تیمی متشکل از پرستار، روانشناس، مددکار اجتماعی و متخصص تغذیه قرار گیرد.

هم‌چنین در این مطالعه متغیرهای دیگری که مستقیم و غیرمستقیم بر سطح خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز موثر می‌باشند مورد ارزیابی قرار نگرفتند. از جمله این متغیرها معیارهای آزمایشگاهی نظیر اوره، کراتینین، پتاسیم، فسفر و کلسیم سرم می‌باشند که از شاخص‌های مهم در رعایت اصول

<sup>1</sup> Bag

<sup>2</sup> Jaarsma

خودمراقبتی بیماران و در نتیجه از عوامل موثر بر سطح خودکارآمدی هستند.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین نمرات سطح خودکارآمدی افراد مورد پژوهش پس از آموزش اختلاف وجود دارد اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نمی‌باشد. این مسئله را می‌توان چنین توجیه کرد که در جمعیت مورد مطالعه، بیماران تحت همودیالیز حداکثر هفته‌ای ۱۲ ساعت تحت دیالیز قرار می‌گرفتند. این در حالی است که در کشورهای دیگر بیماران هفته‌ای ۲۴-۲۰ ساعت دیالیز می‌شوند. دیالیز ناکافی از عوامل موثر بر بروز اضطراب، تنش و خستگی و در نتیجه عدم تغییر چشمگیر سطح خودکارآمدی این بیماران می‌باشد.

نتایج مطالعه سانگ<sup>۱</sup> و همکاران با هدف تعیین رابطه بین خودکارآمدی و مراقبت از خود بیماران تحت همودیالیز نشان داد که میانگین امتیاز خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز ۳/۱۱۳ و میانگین امتیاز خودمراقبتی این بیماران ۳/۸۲۲ می‌باشد. و بین خودکارآمدی و مراقبت از خود همبستگی مثبت وجود دارد ( $P = ۰/۰۰۰$ ) (۲۷). در مطالعه حاضر نتایج آزمون‌های آماری تی مستقل و کای دو نشان داد که در دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای سن، جنسیت، میزان تحصیلات و نمره نیاز به آموزش خودمراقبتی از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود ندارد و به عبارتی دو گروه همگن شده بودند. سن، جنسیت و میزان تحصیلات بر روی نمرات نیاز به آموزش خودمراقبتی تأثیرگذار است. از نظر جنسیت، داشتن موقعیت اجتماعی متفاوت، داشتن نقش تصمیم‌گیرنده در خانواده و مدیریت و رهبری می‌تواند روی نمرات نیاز به آموزش خودمراقبتی اثر بگذارد. با افزایش سن توان خودمراقبتی افراد کاهش می‌یابد. با افزایش سطح تحصیلات نیز، کسب اطلاعات راحت‌تر انجام می‌گیرد و علاقه فرد برای حفظ و ارتقاء سلامت بیشتر است.

نتایج مطالعه سرایی که با هدف تعیین میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران همودیالیزی در رابطه با مراقبت از خود انجام شد نشان داد، بین متغیرهای آگاهی و نگرش واحدهای مورد پژوهش درباره مراقبت از خود همبستگی معنی‌دار آماری وجود دارد ( $P < ۰/۰۱$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین متغیرهای سن، تعداد فرزندان، تعداد دفعات دیالیز در هفته، میزان تحصیلات و میزان درآمد ماهیانه بیماران با میزان آگاهی آن‌ها درباره مراقبت از خود ارتباط معنی‌دار وجود دارد. بین متغیر میزان تحصیلات بیماران و عملکرد آن‌ها درباره مراقبت از خود ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد (۳۲).

متأسفانه نتایج تحقیق مشابهی که به بررسی تأثیر برنامه خودمراقبتی بر سطح خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز بپردازد جهت مقایسه، موجود نبود اما تحقیقاتی وجود دارد که به تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی این بیماران می‌پردازد. یافته‌های مطالعه براز و همکاران با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت همودیالیز، نشان دهنده کاهش معناداری ( $P < ۰/۰۵$ ) در مشکلاتی همانند بالا بودن اوره، اسید اوریک، کراتینین، فسفر، پتاسیم، اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز، فشارخون سیستولی و دیاستولی، ادم، خارش پوست، مشکلات موضعی مسیر عروقی و افزایش کیفیت زندگی بود (۳۰).

مطالعه نریمانی و همکاران با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مرکز همودیالیز شهر مراغه نشان داد که آموزش خودمراقبتی سبب بهبود معنی‌دار در سطوح عمومی ( $P = ۰/۰۴$ )، عملکرد جسمانی ( $P < ۰/۰۰۱$ )، سطح انرژی ( $P = ۰/۰۱$ )، سلامت روانی ( $P = ۰/۰۰۲$ ) و درک کلی از سلامت ( $P < ۰/۰۰۱$ ) گردید (۳۳). نتایج مطالعه تاسی<sup>۲</sup> و همکاران با هدف ارزیابی تأثیر آموزش

<sup>۱</sup> Tasy

<sup>۱</sup> Song



نتیجه‌گیری: شناخت نیازهای خودمراقبتی بیماران تحت همودیالیز و اجرای برنامه‌های آموزشی، با توجه به وابستگی این بیماران به دستگاه جهت حفظ حیات تا آخر عمر به سازگاری وضعیت بیمار و افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی کمک می‌نماید.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب سپاس خود را به معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و پرسنل سخت کوش بخش همودیالیز بیمارستان طالقانی و امام خمینی (ره) ارومیه و بالاخره تمام بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش همکاری کردند، تقدیم می‌دارند.

خودکارآمدی بر تبعیت از رژیم مایعات در بیماران تحت همودیالیز نشان داد که ۵۰-۳۳ درصد از بیماران از رژیم محدودیت مایعات تبعیت ندارند. پس از مداخله و آموزش افزایش خودکارآمدی با افزایش تبعیت از درمان، بهبود رفتارهای سلامتی و کاهش علائم روانی و جسمی همراه است (۳۴).

از جمله محدودیت‌های غیرقابل کنترل این پژوهش، می‌توان به پاسخ‌های فردی و فیزیولوژیک متفاوت افراد هنگام پاسخ به پرسش‌نامه و کاهش دقت پاسخگویی به سؤالات به دلیل زیاد بودن سؤالات مندرج در پرسش‌نامه اشاره نمود. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌گردد در مورد سایر بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت، نارسایی قلبی و تنفسی نیز برنامه‌های خودمراقبتی طراحی و تأثیر آن بر سطح خودکارآمدی بررسی شود.

### References:

1. Bard R. A team approach to better care. *Can Nurse* 2010; 106(1): 3.
2. Tsay SL, Healsted M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2002;39(3):245-51.
3. Brawnwald E. Harrison's principle of internal medicine. 15<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: McGraw-Hill; 2002. P. 2780.
4. Bahreini M, Moattari M, Ahmadi F, Kaveh MH, Hayatdavoudy P, Mirzaei M. Comparison of head nurses and practicing nurses in nurse competence assessment. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011;16(3):227-34.
5. Kimmel PL, Peterson RA. Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: has the time to treat arrived? *Comment on Clin J Am Soc Nephrol* 2006;1(3):349-52.
6. Bamgboye EL. Hemodialysis: management problems in developing countries, with Nigeria as a surrogate. *Kidney Int Suppl* 2003; 63:93-5.
7. United States Renal Data System. Atlas of end stage renal disease in the United States. Philadelphia: W.B. Saunders; 2006. P.286.
8. Lee KA. An overview of sleep and common sleep problems. *Am Nephrol Nurs Assoc J* 1997;24(6):614-77.
9. Domrongkitchaiporn S, Sritara P, Kitiyakara C, Stitchantrakul W, Krittaphol V, Lolekha P et al. Risk factors for development of decreased kidney function in a Southeast Asian population: a 12-year cohort study. *J Am Soc Nephrol* 2005;16(3):791-9.
10. Akyuz F, Besisik F, Pinarbasi B, Demir K, Kaymakoglu S, Cakaloglu Y et al. The quality of life in hemodialysis patients with chronic hepatitis C virus infection. *Turk J Gastroenterol* 2009; 20 (4): 243-6.
11. Akman B, Ozdemir FN, Sezer S, Iu M, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. *Transplant Proc* 2004; 36(1):111-3.
12. Brenner BM, Rector FC. Brenner & Rector's the kidney. 8<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. P. 2241.

13. Urden L, Stacy K, Lough M. *Thean's critical care nursing: diagnosis and management*. 5<sup>th</sup> Ed. St. Louis, MO: Mosby; 2006. P. 1247.
14. Cowen PS, Moorhead S. *Current issues in nursing*. 7<sup>th</sup> Ed. Edinburgh: Elsevier Mosby; 2006. P.865.
15. Strauser DR, Kets K, Keim J. The relationship between self efficacy/locus of control and work personality. *J Clin Nurs* 2002; 68 (5): 20-7.
16. Scultz SE, Schultz DP. *Theories of personality*. 9<sup>th</sup> Ed. Belmont, CA: Wadsworth Publishing; 2010.
17. Bandura A. *Self efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman; 1999. P. 604.
18. Weber JR, Kelley J. *Health Assessment in nursing*. 4<sup>th</sup> Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. P. 896.
19. Kallenbach JZ. Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel. 7<sup>th</sup> Ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2008. P. 387.
20. Bag E, Mollaoglu M. The evaluation of self-care and self-efficacy in patients undergoing hemodialysis. *J Eval Clin Pract* 2009;16(3):605-10.
21. Deh Han Nayyeri N, Jalalinia F. *Theory development and nursing theories*. Tehran. Boshra Pub; 2004. P.260-8. (Persian)
22. Meleis AI . *Nursing Theories*. 4<sup>th</sup> Ed. Philadelphia : Lippincot Co; 2007. P. 301-54.
23. Mollaoglu M. Perceived social support, anxiety, and self -care among patients receiving hemodialysis. *Dial Transplant* 2006;35(3):144-55.
24. Craven RF, Hirnle CJ. *Fundamental of nursing: human health and function*. 6<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2008. P.1513.
25. Black JM, Hawks JH. *Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcomes*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. P. 2512.
26. Qiao J, Shiu A. Diabetes self-efficacy and self-care behavior of Chinese patients living in Shanghai. *J Clin Nurs* 2004; 13: 771-2.
27. Song MR, Kim MJ, Lee ME, Lee IB, Shu MR. A study on the correlation between self-efficacy and self-care in hemodialysis patients. *J Korean Acad Nurs* 1999; 29(3):563-75.
28. Jaarsma T, Halfens R, Senten M, Huijjer H, Dracup K. Developing a supportive-educative program for patients with advanced heart failure with in Orem's general theory of nursing. *Eur Heart J* 1998;11(2):79-85.
29. Unsar S, Erol O, Mollaoglu M. The self-care agency in dialyzed patients. *Dial Transplant* 2007;36(2):57-70.
30. Baraz Sh, Mohammadi E, Boroumand B. The effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients. *Hayat J* 2005; 11(24):51-62. (Persian)
31. Naji H, Nikhbakht Nasrabadi A, Shaban M, Saebnia R. The effect of using Orem's model of self-care on recovery of patients with heart failure. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2009; 14(4): 174-9.
32. Sarai M. Knowledge, attitude and practice of hemodialysis patient's Razi hospital in relation to the ircare by providing educational pamphlets [dissertation]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2001.
33. Narimani K. A study of the effect of self-care training on the hemodialysis patients' quality of life. *Univ Res Scholar* 1999;16(79):63-70. (Persian)
34. Tsay SL. Self efficacy training for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs* 2003; 43(4):370-5.