

مقایسه تأثیر آموزش خودمراقبتی به دو روش چهره به چهره و ویدئویی بر عزت نفس بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز

شادی شمس^۱، معصومه همتی مسلک‌پاک^{۲*}، ناصر شیخی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۱۱/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۱/۳۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: عزت‌نفس در مبتلایان به بیماری‌های مزمن پایین است، برای بالا بردن عزت‌نفس در بیماران نقش آموزش را نباید نادیده گرفت. این مطالعه به منظور مقایسه تأثیر دو روش آموزش چهره به چهره و آموزش ویدئویی بر عزت‌نفس بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز در مراکز آموزشی-درمانی امام خمینی ره و آیت‌الله طالقانی شهر ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تجربی از نوع قبل و بعد می‌باشد. ۱۲۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به صورت تصادفی انتخاب شدند و به طور تصادفی به سه گروه کنترل (۴۰ نفر) و آموزش چهره به چهره (۴۰ نفر) و آموزش ویدئویی (۴۰ نفر) تخصیص داده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ بود که قبل و دو ماه بعد از مداخله در دو گروه تکمیل شد. آموزش چهره به چهره به صورت انفرادی برای هر نفر در دو جلسه ۳۵ تا ۴۵ دقیقه‌ای، و به فاصله یک هفته آموزش‌های لازم بر اساس نیازهای بیمار داده شد. همزمان، برای گروه آموزش ویدئویی، سی دی تهیه شده با مفاهیم کاملاً مشابه با آموزش چهره به چهره نمایش داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم‌افزار آماري SPSS ویرایش ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد میانگین نمره عزت‌نفس در ابتدا و انتهای مطالعه در گروه کنترل از ۲۶/۶۲ به ۲۶/۳۷ کاهش یافت، این در حالی است که در گروه آموزش ویدئویی میانگین نمره عزت‌نفس از ۵/۹۵ به ۲۹/۱۲ و در گروه آموزش چهره به چهره از ۴/۵۱ به ۲۹/۱۵ افزایش پیدا کرده است، که این افزایش از نظر آماری معنادار بود ($P < 0.05$). در مقایسه دوه‌دوی گروه‌ها آزمون توکی بین دو گروه آموزش ویدئویی و آموزش چهره به چهره تفاوت آماری نشان نداد ($P = 0.449$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که اجرای هر دو روش آموزش چهره به چهره و آموزش ویدئویی باعث ارتقاء میزان عزت‌نفس بیماران همودیالیزی می‌شود، بنابراین توصیه می‌شود که با به کارگیری این دو روش آموزشی و البته با مطالعات بیشتر در خصوص اولویت‌های آموزشی بیماران همودیالیزی، قدمی سازنده برداشت.

کلیدواژه‌ها: آموزش چهره به چهره، آموزش ویدئویی، عزت‌نفس، همودیالیز

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۷۱، شهریورماه ۱۳۹۴، ص ۵۵۲-۵۴۴

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۳

Email: hemmatma@yahoo.com

مقدمه

ناقص (۱۵ درصد حالت طبیعی) کلیه‌ها است که یک وضعیت تهدیدکننده حیات بوده و بر بسیاری از سیستم‌های بدن بیمار تأثیر می‌گذارد (۲). تعداد مبتلایان به این بیماری با توجه به افزایش بیماری‌هایی مانند دیابت، افزایش فشارخون و بدخیمی‌ها در حال افزایش است (۳).

با پیشرفت درمان‌های پزشکی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نسبت به قبل از طول عمر بیشتری برخوردار گشته‌اند و بیش‌ازپیش با مسائل مربوط به سازگاری روبرو می‌شوند (۱). بیماری مرحله نهایی کلیه^۴ نتیجه از دست دادن عملکرد کامل یا

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

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

^۳ کارشناس آمار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ End Stage Renal Diseases

سالانه میلیون‌ها نفر از این بیماری رنج می‌برند و هزینه‌های مالی بسیار زیادی در سیستم سلامتی و بهداشت صرف آن می‌شود، شیوع بالای ۱۰۰۰ مورد به ازای یک‌میلیون جمعیت در کشورهای توسعه‌یافته پیش‌بینی می‌شود (۲). آمارها در ایالات‌متحده نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۱۰ تعداد بیمارانی که به دیالیز نیازمند بودند به ۶۶۰۰۰۰ نفر رسیده است (۴،۵). در ایران میزان شیوع بیماری مرحله انتهایی کلیه از ۲۳۸ مورد به ازای هر یک‌میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۵۷ مورد در سال ۲۰۰۶ افزایش یافته است (۶)، در استان آذربایجان غربی تعداد دستگاه‌های همودیالیز در سطح استان ۱۳۷ مورد و تعداد بیماران دیالیزی ۷۳۸ نفر اعلام شده است (۷).

نارسایی مزمن کلیه و روش‌های درمانی مربوط به آن ازجمله همودیالیز، شیوه زندگی، وضعیت سلامت و نقش‌های فرد را تحت تأثیر قرار داده (۸) و در طولانی‌مدت کاهش استانداردهای زندگی، مشکلات جسمی و روانی و محدودیت در فعالیت‌های تفریحی، اجتماعی و شغلی را در پی خواهد داشت (۹). اگرچه همودیالیز می‌تواند طول عمر بیمار را افزایش دهد (۱۰، ۱۱) اما جایگزین کاملی برای عملکرد کلیه محسوب نمی‌شود، از این‌رو مشکلات بیماران مبتلا به نارسایی کلیه برطرف نشده، بیمار در معرض مشکلات و عوارض متعددی قرار می‌گیرد (۱۰). این بیماران علاوه بر روبرو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیک با تنش‌های روانی بسیاری نیز مواجه می‌گردند که هر کدام به‌نوبه خود می‌توانند در روان و شخصیت آن‌ها اختلال ایجاد نماید، به‌طوری‌که اغلب آن‌ها با مشکلات و تنش‌های ناشی از بیماری سازگار نشده دچار تغییرات رفتاری متعددی ازجمله کاهش اعتمادبه‌نفس، اضطراب، افسردگی، انزوا، انکار بیماری، هذیان و فقدان عزت‌نفس می‌گردند (۱۵-۱۲).

عزت‌نفس یک واژه‌ای است که در محاوره‌های عمومی و روان‌شناسی کاربرد بسیار گسترده‌ای دارد و به احساس فرد نسبت به ارزشمندی و تأیید او نسبت به خودش مربوط است (۱۶). عزت‌نفس و مفهوم خودارزشمندی از اساسی‌ترین عوامل در رشد مطلوب شخصیت فرد است. برخورداری از اعتمادبه‌نفس، قدرت تصمیم‌گیری، خلاقیت، سلامت فکر و بهداشت روانی رابطه مستقیمی با چگونگی عزت‌نفس و احساس خودارزشمندی دارد و سوی دیگر احساس ارزشمندی بر تمام جوانب زندگی افراد و همچنین نگرش آن‌ها نسبت به توانایی‌هایشان تأثیر دارد (۱۷).

بین عزت‌نفس بالا و ویژگی‌های شخصیت مثبت در افراد رابطه وجود دارد (۱۸). هرمان^۱ در تحقیقی که بر روی دانشجویان

دانشگاه اوهایو انجام داد به این نتیجه رسید که افراد با عزت‌نفس پایین راحت‌تر به افسردگی مبتلا می‌شوند و همچنین مطرح کرد که خود عزت‌نفس پایین منجر به افسردگی می‌گردد (۱۹). عزت‌نفس در مبتلایان به بیماری‌های مزمن پایین است (۲۰). در بررسی رفتارهای نادرست دخیل در وضعیت سلامت افراد، اغلب می‌توان با یک تاریخچه کاهش عزت‌نفس روبرو شد و در اغلب شرایط این احساس وجود داشته است که بر آنچه در زندگی‌شان اتفاق می‌افتد، کنترل وجود ندارد (۲۱).

طراحی و اجرای برنامه‌های آموزش با تأکید بر ارتقای تمامی ابعاد کیفیت زندگی، ازجمله بعد روحی- روانی و عزت‌نفس بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و می‌تواند از یک سوء با تقویت حس استقلال و شایستگی بیمار روحیه و توان وی در برخورد با مشکلات ناشی از بیماری را افزایش داده و از سوی دیگر با آموزش مسائلی در خصوص ورزش و رژیم غذایی بر جنبه‌های فیزیکی زندگی بیمار اثر گذاشته و از این طریق باعث بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی و متعاقب آن بهبود عزت‌نفس بیمار می‌شود. اثربخشی برنامه‌های آموزش سلامت تا حدود زیادی بستگی به استفاده صحیح از روش‌های آموزش بهداشت دارد (۲۲). برای بالا بردن سطح کیفیت زندگی و متعاقب آن افزایش عزت‌نفس در بیماران نقش آموزش را نباید نادیده گرفت. روش‌های مختلف خودکنترلی و آموزش به‌منظور کمک به بیماران در تبعیت از تغییرات شیوه زندگی وجود دارد (۲۳). آموزش به بیمار یکی از جنبه‌های مهم فعالیت پرستاری می‌باشد و می‌تواند موجب بهبود سلامتی و پیشگیری از عوارض گردد (۲۴). آموزش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران تحت درمان با همودیالیز شامل کنترل مصرف مایعات، رژیم غذایی و دارویی، مشارکت در امر مراقبت، ارتباط مؤثر، منجر به خودکارآمدی و حفظ نقش می‌شود که آن نیز باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود (۲۵). آموزش می‌تواند به صورت‌های مختلف صورت گیرد (۲۶).

آموزش چهره به چهره یکی از معمول‌ترین روش‌های آموزشی در سیستم بهداشتی- درمانی می‌باشد. در این روش به دلیل بحث‌های دوفره و رویارویی با تغییر رفتار امکان‌پذیر می‌باشد، اما برای آموزش نیاز به‌صرف زمان بیشتری بوده و در مراکز پر از ازدحام میسر نمی‌باشد (۲۶، ۲۷). لذا تلاش در جهت یافتن روش‌های آموزشی مؤثر که بتواند این مشکل را برطرف نموده و در ما بین جلسات همودیالیز کاربرد داشته باشد، ضروری بوده و مستلزم پژوهش می‌باشد (۲۸). پیشرفت فناوری ارتباطات و گسترش استفاده از روش‌ها و ابزارهای متنوع ارتباطی، امکان استفاده از آموزش ویدئویی را فراهم ساخته است، از مزایای آموزش

¹Hermann

ویدئوئی، توانایی برای ایجاد ذخیره‌سازی و تداوم در اطلاعات، آسانی کاربرد و مقرون‌به‌صرفه بودن می‌باشد. اما در کنار این مزایا یکی از مهم‌ترین عیوب آن مجازی بودن و فقدان آموزش‌دهنده زنده و فعال در فرایند اجرای برنامه است که با برقرار کردن ارتباط فعال و واقعیت نقش مؤثر و غیرقابل‌انکاری در دستیابی به هدف آموزش ایفا می‌کند. امروزه با پیشرفت‌های شگرفی در زمینه تهیه فیلم‌های آموزشی حاصل شده است این عیوب هم در حال کاهش هستند (۲۹). برخورداری از عزت‌نفس یا احساس خودارزشمندی همچون یک سرمایه و ارزش حیاتی بوده و ازجمله عوامل عمده شکوفایی استعداد و خلاقیت در افراد می‌باشد. به‌عبارت‌دیگر فرایندهای شناختی، احساسات، انگیزه، تصمیم‌گیری و انتخاب، متأثر از احساس خودارزشمندی است. از آنجایی که عزت‌نفس پایین بیماران مزمن بر برقراری روابط بین فردی، تفکر، احساس و عملکرد بیماران تأثیر منفی دارد، ارتقاء آن به‌عنوان یک نکته کلیدی حائز اهمیت است (۳۰). لذا این مطالعه به‌منظور تعیین تأثیر دو روش آموزشی چهره به چهره و ویدئوئی بر میزان عزت‌نفس بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز در دو مرکز آموزشی امام خمینی و آیت‌الله طالقانی شهر ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه تجربی پس از تایید در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۲ در دو مرکز آموزشی امام خمینی^۱ و آیت‌الله طالقانی شهر ارومیه بر روی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز انجام شد. معیارهای ورود به این مطالعه شامل سن ۱۸-۶۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلالات شنوایی و بینایی، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه همودیالیز، عدم شرکت در هیچ کلاس آموزشی خارج از برنامه روتین بخش حداقل طی یک سال گذشته بود. معیار خروج از مطالعه ارجاع واحدهای مورد پژوهش جهت انجام پیوند کلیه بود. اندازه نمونه با در نظر گرفتن خطای نوع اول و خطای نوع دوم به مقدار ۰/۰۵ و بر اساس انحراف معیار ۰/۵۵ (۳۱)، ۸۰ بیمار برای گروه‌های مداخله (آموزش ویدئوئی و آموزش چهره به چهره) تعیین شد. با در نظر گرفتن گروه کنترل (معادل تعداد یک گروه مداخله) ۱۲۰ نمونه جهت این مطالعه در نظر گرفته شد. در این مطالعه روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری تصادفی ساده و متناسب با حجم جامعه بود، به این ترتیب که با توجه به تعداد کل بیماران این دو مرکز، ۱۰۸ بیمار از بیمارستان طالقانی و تعداد ۱۲ بیمار از مرکز آموزشی - درمانی امام خمینی به‌صورت تصادفی انتخاب شدند.

پس از ملاقات با این بیماران و توضیح در مورد این پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه از این بیماران به ایشان خاطرنشان شد که کلیه اطلاعاتی که از آن‌ها گرفته می‌شود، محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج مطالعه بدون ذکر نام عرضه خواهد شد. همچنین به آن‌ها آگاهی داده شد که در هر مرحله از پژوهش، در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری می‌توانند، از ادامه همکاری صرف‌نظر نمایند. پس از یک نیازسنجی به‌وسیله مصاحبه با بیماران تحت درمان با همودیالیز، نیازهای آموزشی و مراقبتی این بیماران مشخص شد و محتوای آموزشی بر اساس نیازسنجی شامل: رعایت رژیم غذایی، کنترل وزن روزانه، نحوه صحیح استفاده از داروها و سازگاری با شرایط جدید زندگی تنظیم شد. قبل از شروع مداخله پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ جهت تکمیل در اختیار نمونه‌های پژوهش قرار گرفت. پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ یک پرسشنامه روا و پایا است و دربرگیرنده ۱۰ گویه است که احساس واقعی افراد درباره هر یک از جملات، در یکی از چهار گزینه خیلی موافق، موافق، مخالف و خیلی مخالف با علامت ضربدر در مقابل هر جمله با نمرات ۱ تا ۴ مشخص می‌شود، نمره کل حاصل مجموع نمرات ۱۰ گویه است. نمره ۱۰ نشان‌دهنده حداقل و نمره ۴۰ نشان‌دهنده حداکثر عزت‌نفس می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات گذشته تأیید شده است (۱۸ و ۱۷). بعد از انجام پیش‌آزمون، بیماران به‌صورت تصادفی بر اساس جدول اعداد تصادفی در سه گروه آموزش چهره به چهره، گروه آموزش ویدئوئی و گروه کنترل تخصیص داده شدند. محتوای موارد آموزشی در دو روش آموزش چهره به چهره و ویدئوئی یکسان و بر اساس نیاز بیماران از کتب معتبر تهیه و تنظیم شده بود. پس از انتخاب سه گروه به ۴۰ نفر از بیماران آموزش چهره به چهره همراه با کتابچه آموزشی و به ۴۰ نفر از بیماران CD های تهیه‌شده با همان محتوای آموزشی کتابچه‌ها در روزهای بعد از دیالیز در گروه‌های ۵ تا ۱۰ نفره در یکی از کلاس‌های مراکز آموزشی نمایش داده شد و سؤالات مربوطه در حین نمایش فیلم پاسخ داده شد و از آن‌ها درخواست شد که CD را در منزل نیز تماشا کرده و در صورت داشتن هرگونه سؤالی از پژوهشگر بپرسند. ۴۰ نفر نیز گروه کنترل بودند که آموزش بر اساس روتین بخش را دریافت کردند. در گروه آموزش چهره به چهره مفاهیم مدنظر در دو جلسه ۳۵ تا ۴۵ دقیقه‌ای، یک روز بعد از دیالیز در یکی از کلاس‌های مراکز آموزشی به‌صورت فردبه‌فرد و به فاصله یک هفته داده شد، و شماره تلفن تماس به هر یک از آن‌ها داده شد تا در صورت داشتن هرگونه سؤالی از پژوهشگر در طی دو ماه پیگیری بپرسند. ۲ ماه پس از اتمام دوره آموزش مجدداً پرسشنامه عزت‌نفس توسط بیماران تکمیل شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده توسط آزمون‌های

داد که متغیرهای کیفی جنس، وضعیت تأهل، شغل، تحصیلات، تعداد دیالیز در هفته و وجود سایر بیماری‌ها و نیز متغیرهای کمی سن و طول مدت ابتلا بین سه گروه در بدو مطالعه اختلاف آماری معناداری نداشتند (جدول ۱).

آماري توصيفي و استنباطي و با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS نسخه ۲۰ تجزيه و تحليل شدند.

یافته‌ها

نتیجه آزمون‌های کای دو و آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی بین سه گروه کنترل، آموزش ویدئویی و آموزش چهره به چهره

| P* | گروه آموزش چهره به چهره | | گروه آموزش ویدئویی | | گروه کنترل | | طبقه | متغیر |
|------|-------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|-----------|----------------------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | |
| ۰/۸۸ | ۱۱ | ۳۰/۶ | ۱۲ | ۳۳/۳ | ۱۳ | ۳۶/۱ | زن | جنسیت |
| | ۲۹ | ۳۴/۵ | ۲۸ | ۳۳/۳ | ۲۷ | ۳۲/۱ | مرد | |
| ۰/۲۹ | ۴ | ۱۹/۰ | ۸ | ۳۸/۱ | ۹ | ۴۲/۹ | مجرد | وضعیت تأهل |
| | ۳۶ | ۳۶/۴ | ۳۲ | ۳۲/۳ | ۳۱ | ۳۱/۳ | متأهل | |
| ۰/۰۷ | ۱۲ | ۵۴/۵ | ۶ | ۲۷/۳ | ۴ | ۱۸/۲ | بازنشسته | شغل |
| | ۸ | ۲۷/۶ | ۱۳ | ۴۴/۸ | ۸ | ۲۷/۶ | آزاد | |
| | ۱۰ | ۲۶/۳ | ۱۰ | ۲۶/۳ | ۱۸ | ۴۷/۴ | خانه‌دار | |
| | ۲ | ۱۶/۷ | ۷ | ۵۸/۳ | ۳ | ۲۵/۰ | بی‌کار | |
| ۰/۲۹ | ۴ | ۵۷/۱ | ۰ | ۰/۰ | ۳ | ۴۲/۹ | ابتدایی | تحصیلات |
| | ۱۳ | ۲۹/۵ | ۱۶ | ۳۶/۴ | ۱۵ | ۳۴/۱ | راهنمایی | |
| | ۹ | ۵۰/۰ | ۶ | ۳۳/۳ | ۳ | ۱۶/۷ | متوسطه | |
| | ۱۴ | ۳۵/۹ | ۹ | ۲۳/۱ | ۱۶ | ۴۱/۰ | دانشگاهی | |
| ۰/۷۵ | ۴ | ۵۰/۰ | ۱ | ۱۲/۵ | ۳ | ۳۷/۵ | دو بار | تعداد دیالیز در هفته |
| | ۴ | ۲۵/۰ | ۵ | ۴۱/۷ | ۴ | ۳۳/۳ | سه بار | |
| ۰/۹۴ | ۳۰ | ۴۰/۰ | ۲۳ | ۳۰/۷ | ۲۲ | ۲۹/۳ | دارد | سایر بیماری‌ها |
| | ۷ | ۳۵/۰ | ۶ | ۳۰/۰ | ۷ | ۳۵/۰ | ندارد | |
| P** | میانگین و انحراف معیار | | میانگین و انحراف معیار | | میانگین و انحراف معیار | | متغیر | |
| ۰/۴۸ | ۴۹/۰۳ ± ۱۲/۳۲ | | ۴۶/۳۳ ± ۱۲/۲۹ | | ۴۵/۷۵ ± ۱۴/۰۴ | | سن | |
| ۰/۸۰ | ۴/۱۵ ± ۵/۱۳ | | ۴/۵۰ ± ۵/۶۱ | | ۳/۷۷ ± ۳/۸۷ | | مدت ابتلا | |

* نتیجه آزمون کای دو، ** نتیجه آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه

واریانس یک‌طرفه نشان داد که تفاوت معناداری در میانگین نمره ویدئویی از ۵/۹۵ به ۲۹/۱۲ و در گروه آموزش چهره به چهره از ۴/۵۱ به ۲۹/۱۵ افزایش پیدا کرده است. نتایج آزمون تحلیل

تفاضل بعد-قبل عزت نفس بین سه گروه کنترل، ویدئویی و چهره به چهره وجود داشت ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۲).

جدول (۲): مقایسه میانگین نمره عزت نفس بین سه گروه کنترل، آموزش ویدئویی و آموزش چهره به چهره قبل و بعد از اجرای برنامه

| P | گروه ویدئویی | | گروه کنترل | | متغیر عزت نفس |
|-------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|---------------|
| | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | میانگین و انحراف معیار | |
| ۰/۰۸۳ | ۴/۵۱ ± ۲۶/۸۷ | ۵/۹۵ ± ۲۷/۹۷ | ۲۶/۶۲ ± ۴/۵۸ | قبل از مداخله | |
| ۰/۰۶۳ | ۲۹/۱۵ ± ۲/۷۳ | ۲۹/۱۲ ± ۴/۹۳ | ۴/۶۸ ± ۲۶/۳۷ | بعد از مداخله | |
| ۰/۰۲۷ | ۲/۲۷ ± ۴/۲۰ | ۱/۱۵ ± ۴/۶۹ | ۳/۴۷ ± -۰/۲۵ | تفاضل بعد-قبل | |

آزمون تعقیبی توکی نشان داد که میانگین تغییرات نمره عزت‌نفس آنها و ابتدای مطالعه بین دو گروه کنترل و آموزش از طریق چهره به چهره تفاوت آماری معناداری داشت ($P=0/020$) (جدول ۳).

جدول (۳): مقایسه دوه‌دوی تغییرات نمره عزت‌نفس آنها و ابتدای مطالعه در سه گروه کنترل و آموزش ویدئویی و آموزش چهره به چهره

| گروه | گروه | تفاوت میانگین و انحراف معیار | نتیجه آزمون توکی |
|--------------------|--------------------|------------------------------|------------------|
| آموزش ویدئویی | کنترل | $0/92 \pm 1/40$ | $P=0/291$ |
| آموزش چهره به چهره | کنترل | $0/92 \pm 2/52$ | $P=0/020$ |
| آموزش ویدئویی | آموزش چهره به چهره | $0/92 \pm 1/40$ | $P=0/291$ |
| آموزش چهره به چهره | آموزش چهره به چهره | $0/92 \pm 1/12$ | $P=0/449$ |
| آموزش ویدئویی | آموزش چهره به چهره | $0/92 \pm 2/52$ | $P=0/020$ |
| آموزش ویدئویی | آموزش چهره به چهره | $0/92 \pm 1/12$ | $P=0/449$ |

بحث و نتیجه‌گیری

نارسایی قلبی نشان داد که آموزش ویدئویی از طریق ایجاد تغییرات رفتاری مانند اندازه‌گیری روزانه وزن، کنترل دریافت مایعات و نمک در رژیم غذایی، موجب کاهش درخواست کمک از اعضای تیم سلامت، و در نتیجه افزایش سطح نگرش مثبت از خود و متعاقب آن افزایش عزت‌نفس این بیماران شد (۳۵).

برائویل و کاواناگ^۱ در پژوهشی دیگر، تحت عنوان پیشگویی تطابق با بیماری مولتیپل اسکلوروزیس، اظهار داشتند که خودکفایی بر روی بهبود عزت‌نفس و فعالیت اجتماعی این بیماران مؤثر است و این امر دلالت بر تأثیر برنامه‌های آموزشی خود مراقبتی بر افزایش میزان عزت‌نفس این بیماران دارد (۳۶). در مطالعه‌ای که طادی انجام داد، نشان داد که اجرای یک برنامه آموزشی مثل برنامه خودمراقبتی اورم بر عزت‌نفس کودکان و نوجوانان مبتلا به فلج مغزی بسیار مؤثر می‌باشد (۳۷). همچنین در پژوهشی که به پژوه بر روی دانش آموزان مقطع دبیرستانی انجام داده، مشخص شد که آموزش چهره به چهره مهارت‌های اجتماعی در طول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت یک ماه منجر به افزایش معناداری در میزان عزت‌نفس گروه مداخله گردید (۳۸). موافق با مطالعه حاضر، در مطالعه‌ای که توسط حبیبی تحت عنوان تأثیر آموزش حل مسئله خانواده محور بر میزان عزت‌نفس مددجویان وابسته به مواد مخدر انجام شد، به این نتیجه رسیدند که، به‌کارگیری روش‌های صحیح آموزشی حل مسئله با رویکرد خانواده محور می‌تواند در بهبود و افزایش عزت‌نفس و ترک موفق‌تر این مددجویان مؤثر باشد (۳۹).

اجرای برنامه‌های آموزشی، با توجه به اینکه توانایی‌های فراموش شده بیماران را نمایان می‌کند، تا حدی وابستگی آن‌ها را به داروها، انجام اقدامات پزشکی و وابستگی به کادر پزشکی را کم

بحث: پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش خودمراقبتی به دو روش آموزش چهره به چهره و آموزش ویدئویی بر عزت‌نفس بیماران تحت درمان با همودیالیز صورت پذیرفت. نتایج این بررسی بیانگر تأثیر دو روش آموزشی چهره به چهره و ویدئویی بر عزت‌نفس بیماران همودیالیزی دو مرکز آموزشی - درمانی امام خمینی (ره) و آیت ... طالقانی ارومیه بود. در این پژوهش مشخص شد که تفاوت معنی‌داری در میانگین امتیاز عزت‌نفس بین سه گروه کنترل، آموزش چهره به چهره و آموزش ویدئویی وجود دارد. همسو با مطالعه حاضر، نتیجه مطالعه رحیمی در خصوص بررسی تأثیر مدل مراقبت پی‌گیر بر عزت‌نفس بیماران همودیالیزی نشان داد که اجرای این مدل تفاوت معنی‌داری در میزان عزت‌نفس بیماران همودیالیزی ایجاد می‌کند، به طوری که اجرای این مدل با افزایش عزت‌نفس این بیماران همراه بوده است (۳۲). موافق با مطالعه حاضر، در تحقیقی که مدنی و همکاران انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که اجرای برنامه خود مراقبتی بر میزان عزت‌نفس بیماران مولتیپل اسکلوروزیس تأثیر مثبت داشته و باعث افزایش معنی‌داری در میزان عزت‌نفس بیماران ام اس بعد از اجرای این برنامه شده است (۳۳). در مطالعه‌ای که توسط صمدی و همکاران انجام شد، به این نتیجه رسیدند که بین کیفیت زندگی و عزت‌نفس بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارتباط آماری معنی‌دار مثبتی وجود دارد، بنابراین با ارائه برنامه‌های آموزشی در جهت اصلاح کیفیت زندگی، سطح عزت‌نفس این بیماران نیز افزایش پیدا می‌کند (۳۴).

همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه‌ای که آلبرت^۱ با هدف بررسی تأثیر آموزش ویدئویی بر تغییر رفتار بیماران مبتلا به

نشان داده نشد. لذا علی‌رغم باور اثربخش‌تر بودن آموزش‌های حضوری و مزیت‌هایی چون حضور فرد آموزش‌دهنده و تعامل وی با بیماران، یافته‌های این پژوهش نشان داد که علی‌رغم فقدان عنصر آموزش‌دهنده زنده و فعال، آموزش ویدئویی نیز در بالا بردن عزت‌نفس بیماران بسیار مؤثر بوده است. این بدان معنی است که اگر یک برنامه آموزشی با بررسی اصولی و علمی و شناخت درست از نیازهای بیماران و مشکلات آن‌ها اجرا گردد، می‌تواند به‌اندازه روش چهره به چهره مؤثر باشد. با توجه به افزایش آمار بیماران همودیالیزی و وقت‌گیر بودن و دشواری‌های عملی آموزش چهره به چهره پیشنهاد می‌شود که به آموزش ویدئویی که مقرون‌به‌صرفه و به نفع بیمار و سیستم بهداشتی بوده و نیز با صرف زمان و انرژی کم و در منزل اجرا می‌شود، توجه بیشتری شده و سازمان‌ها با استفاده از متخصصین ذی‌صلاح در این زمینه سرمایه‌گذاری بیشتری نمایند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد به این وسیله نویسندگان مقاله از همکاری معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و تمامی بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش ما را یاری کردند و پرستاران مراکز آموزشی-درمانی امام خمینی^(۶) و ... طالقانی و تشکر و سپاس‌گزاری می‌نمایند.

می‌کند. از طرف دیگر به توانایی‌های خود بیمار و ایجاد انگیزه در آنان کمک می‌کند. تبعات اجرای برنامه‌های آموزشی، منجر به بهبود عزت‌نفس بیماران می‌گردد و آن‌ها را از انزوای اجتماعی و گوشه‌گیری نجات می‌دهد. بیماران نیز با تکیه بر توانایی‌های خود مراقبتی و برنامه‌های صحیح آموزشی احساس استقلال بیشتری می‌کنند و با استفاده از روش غیر دارویی، غیرتهاجمی و کم‌هزینه در کنترل مشکلات جسمی و روان‌شناختی خود، سهیم شده و احساس بهتری نسبت به درمان خود پیدا می‌کنند. پرستاران می‌توانند با استفاده از هر دو روش آموزشی چهره به چهره و ویدئویی عزت‌نفس بیماران تحت همودیالیز را ارتقاء دهند. افزایش آگاهی واحدهای موردپژوهش در طول تحقیق که از منابع دیگری به جزء برنامه آموزشی موردنظر استفاده کرده، که احتمالاً بر نتایج پژوهش تأثیر گذاشته از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بحران‌ها و مشکلات احتمالی که برای بیمار و یا خانواده‌اش در طول پژوهش به وجود آمده، تفاوت‌های فردی و حالات روحی و روانی بیماران از محدودیت‌های مطالعه بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که با اجرای هر دو روش آموزش چهره به چهره و ویدئویی میزان عزت‌نفس بیماران همودیالیزی افزایش می‌یابد، که البته این افزایش به میزان اندکی در روش آموزش چهره به چهره بیشتر بوده است. البته در مقایسه دوه‌دوی گروه‌ها در آزمون توکی بین دو گروه آموزشی ویدئویی و آموزش چهره به چهره تفاوت آماری

References:

- Smith WC, Anderson E, Salinas D, Horvatek R, Baker DP. A meta-analysis of education effects on chronic disease: the causal dynamics of the Population Education Transition Curve. *Soc Sci Med* 2015;127:29-40.
- Zakeri Moghadam M, Ali Asghar Poor A. Critical care nursing in CCU, ICU units. Tehran: Andishe Rafie; 2007. P. 292-300. (Persian)
- Meinero S, Alloatti S, Triolo G, Guarneiri A, Inguggiato P, Bainotti S. With drawing or dis continuing chronic dialysis in adult patients. *G Ital Nefrol* 2007; 24(1): 43-50.
- Heydarzade M, Zamanzade V, Yectaei C. The distances and quality of life in the patients' hemodialysis. *J Tabriz Med Sci Univ* 2006; (4): 52-8. (Persian)
- Narimani K. The study quality of life in the patients' hemodialysis. *J Hamedan Nurs Midwifery School* 2006; 2(6): 26-33. (Persian)
- Dinmohammadi M, Poormeemari M. The study number of nutritional parametric in the patients' hemodialysis. *J Zanjan Nurs School* 2002; 10(30): 41-5. (Persian)
- The statistics of renal patients in West Azarbaijan province. <http://www.urmiakf.ir>
- Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial* 2005; 18(2): 98-102.
- Lindqvist R, Carlsson M, Sjoeden PO. Coping strategies and quality of life among patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Scand J Caring Sci* 1998; 12(4): 223-30.

10. Owshvandi kh. Examination the effect of reducing the problems of hemodialysis patients. Master thesis in nursing education. Tehran: School of Medical Science University of Tarbiat Modares; 1993.P.40-5. (Persian)
11. Phipps W, Sands J, Marker J. Medical-Surgical Nursing Concept & Clinical Practice. 6th ed. ST Louis: Mosby; 1999.P. 1456-77.
12. Stugart P, Weiss J. Exercise, rehabilitation, and the dialysis patient: One unit's. Dialysis positive Experiences Transplant 1999; 28 (3): 134-8.
13. Ahmadi F. Design and evaluation sought care model in chronic coronary disease control. Nursing. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Modares University of Medical Sciences; 2001.P.1-200. (Persian)
14. Ghavami H. The effect of continuous care model on quality of life of diabetic patients. Dissertation). Tehran: Tarbiat Modares University of Medical Sciences; 2004.P. 22-5. (Persian)
15. Anjomanlian V. The effect of applying continuous care model on quality of life of patients discharged from Schizo Frenic training center, Ms Thesis university of welfare sciences and rehabilitation, 2005;80-120. (Persian)
16. Hewitt P. Oxford Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press; 2009. P. 217-224.
17. Greenberg J. Understanding the Vital Human Quest for Self-Esteem. Perspect Psychol Sci 2008;3(1):48-55.
18. Erol RY, Orth U. Self-esteem development from age 14 to 30 years: a longitudinal study. J Pers Soc Psychol 2011;101(3):607-19.
19. Hermann KS, Betz NE. Path models of the relationships' of instrumentality and expressiveness to social self- efficacy, shyness and depressive symptoms symptoms. J Soc Clin Psychol 2004; 25 (10):55-66.
20. Harkreader H, Hogan MA, Thobaben M. Fundamentals of nursing: caring and clinical judgment. 3rd ed, Philadelphia: Lippincott; 2007.
21. Bent K. The people know what they want: An empowerment process of sustainable Ecological community health. Adv Nurs Sci 2003; 26(3): 212-22.
22. Gavam Nasiri MR, Heshmati Nabavi F, Anvari K, Habashi Zadeh A, Moradi M, Negabi Gh, et al. The effect of individual and group self-care education on quality of life in patients receiving chemotherapy: a randomized clinical trial. Iran J Med Educ 2011; 11(8):874-84. (Persian)
23. Nozaki C, Oka M, Chaboyer W. The effects of a cognitive behavioral therapy program for self-care on hemodialysis patients. Intl J Nurs Prac 2005; 11: 228-36.
24. Hekmatpou D, Anoosheh M, Alhani F. Pathology of patient education: a qualitative study. Iran J Nurs Spr 2007; 20(49): 51-60. (Persian)
25. Sajadi M, Kushyar H, Vaghee S, Esmaeili H. The effect of self-care education on depression in patients undergoing hemodialysis. J Birjand MedSci Uni 2006; 15(1): 34-9. (Persian)
26. Ghafari A. Seminar reports a kidney transplant. J Biomed Eng 1998; 6(65): 72.
27. Madavi Mazde M, Zamani M, Rajolani H, Tajbakhsh K, Heydari A. Iran hemodialysis costs. J Med Sci Sabzevar 1998; 12(4): 9-12. (Persian)
28. Safavi M, Borzooei T. The importance of patient education. Tehran: Publication Salemi; 7th ed. 1996.P. 100-14. (Persian)
29. Johnson J, Patterson, Mighten A. A comparison of teaching strategies: lecture notes combined with structured group discussion versus lecture only. J Nurs Educ 2005; 44(7):319-23.
30. Samochowiec J. Self perception among patients with multiple sclerosis. Arch Psychiatr Psychotherap 2010; 3: 63-8.

31. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S. Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology* 2000; 56(2):6-20.
32. Rahimi A, Ahmadi F, Ghalyaf M. The effect of applying continuous care model on self-esteem in hemodialysis patients. *J Zanjan Univ Med Sci* 2005; 13(53):16-21. (Persian)
33. Madani H, Nadi poor H, Roozbayani B. The effect of self-care program on self-esteem of patients with multiple sclerosis. *J Zanjan Univ Med Sci* 1990; 40: 35-8. (Persian)
34. Samadi N, Safavi M, Mahmoodi M. The relationship between quality of Life and self-esteem in patients with type 2 Diabetes in Ardabil 2011: A short report. *J Rafsanjan Univ Med Scie* 2013; 12(3): 251-6. (Persian)
35. Albert NM, Buchsbaum R, Hail MD, Jianbo L, Kelly L. Does heart failure self-care education video change patient behaviors? *J Cardiac Failure* 2003; 9:101.
36. Branwell AM, Kavanagh DJ. Prediction of psychological adjustment to multiple sclerosis. *SOC Sci eMd* 1997; 45:411-8.
37. Tadi K. The survey of correlation between self esteem and understanding self care skills in 11-15 boy adolescences that suffering cerebral plegia in Tehran rehabilitation center. (Dissertation). Tehran: Rehabilitation University of Tehran; 1998;P. 30-9. (Persian)
38. Behpajooch A, Shokoukiyekta M, Heidari M. The effect of social skills training on self-esteem of visually impaired male students. *Tehran Med Sci J* 2007; 29(37). (Persian)
39. Habibi R, Salehmoghadam AR, Talaei A, Ebrahimzadeh S, Karimi Moneghi H. Effect of a family-centered problem solving education method on self-esteem in drug-users. *Hakim Res J* 2012; 14(4): 249-56. (Persian)

COMPARISON OF THE EFFECTS OF FACE-TO-FACE AND VIDEO INSTRUCTIONAL METHODS ON SELF-ESTEEM OF THE PATIENTS WITH HEMODIALYSIS

Shamas S¹, Hemmati Maslampak M^{2*}, Sheikhi N³

Received: 17 Feb , 2015; Accepted: 20 Apr , 2015

Abstract

Background & Aims: In patients with chronic diseases, self-esteem is very high, so education should not be ignored in these patients to raise their self-esteem. This study was designed to compare the effect of two different methods of face to face training and video training on self-esteem in hemodialyzed patients of Imam Khomeini and Ayatollah Taleghani Hospitals in Urmia.

Materials & Methods: This study is a before and after quasi-experimental study. 120 under treatment hemodialysis patients were selected randomly, and they were entered to the study, then they were divided into three groups of control (40), face to face training (40) and video training (40). Rosenberg Self-Esteem Scale questionnaire was completed before and two months after the intervention. Face to face training sessions were performed individually for each person based on the patient needs for 35 to 45 minutes during a week. Meanwhile, a CD was produced with similar concepts of face to face group for the group of video training. Data analyzed was performed by SPSS software version 16 using descriptive and inferential statistical tests.

Results: The results showed that the average scores in self-esteem in video training group has increased from 5.95 to 29.12, and in face to face training from 4.51 to 29.15. The difference between the two was not statistically significant ($P < 0.05$), i.e., by comparing the two groups of face-to- face and video training by using Tukey test, it was shown that the difference is not statistically significant ($P = 0.449$).

Conclusion: The findings of this study demonstrated that the performance of both methods of face to face training and video training in hemodialysis patients can improve self-esteem. Therefore, it is recommended to use these two methods to increase self esteem in hemodialysis patients.

Keywords: Face to face training, video training, self-esteem, hemodialysis

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

Tel: (+98)4432754961-4

Email: hemmatma@yahoo.com

¹ MSc in Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Associate Professor, Maternal and Childhood Obesity Research Center, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. (Corresponding Author)

³ Statistics Expert of Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran