

## تأثیر برنامه‌های خودمدیریتی بر پیروی از رژیم غذایی و اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز در بیماران تحت درمان با همودیالیز

اسفندیار بالجانی<sup>۱\*</sup>، حسین حبیب زاده<sup>۲</sup>، ژاله رحیمی<sup>۳</sup>، افسانه عظیم پور<sup>۴</sup>، صالح سلیمی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت 1391/12/10 تاریخ پذیرش 1392/02/01

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** عدم تبعیت از رژیم غذایی در میان بیماران دیالیزی شایع و از مشکلات جدی در این بیماران است. علیرغم وجود شواهدی مبنی بر اثربخشی مداخلات خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن، مطالعات کمی در زمینه ارزش برنامه‌های خودمدیریتی در بیماران تحت درمان با همودیالیز صورت گرفته است. این تحقیق با هدف تأثیر برنامه‌های خودمدیریتی بر تبعیت از رژیم غذایی و اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه از نوع نیمه تجربی است. تعداد نمونه شامل ۸۲ نفر از بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان طالقانی ارومیه بود. بیماران بعد از همسان‌سازی به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. داده‌ها قبل و بعد از ۱۲ هفته مداخله، توسط فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه تبعیت رفتاری بیماران کلیوی تکمیل شد و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون تی زوج و آزمون تی گروه‌های مستقل تجزیه تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اختلاف میانگین تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات و اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز قبل از مداخله بین گروه مداخله و شاهد معنی‌دار نبود. همچنین نتایج نشان داد بعد از مداخله اختلاف میانگین اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز و خرده مقیاس رعایت محدودیت مایعات، تبعیت پتاسیم - فسفات و محدودیت سدیم بین گروه مداخله و شاهد معنی‌دار بود ( $P < 0.05$ ) اما خرده مقیاس خودمراقبتی و تبعیت در مواقع خاص بین دو گروه معنی‌دار نبود.

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

**کلید واژه‌ها:** خودمدیریتی، تبعیت از رژیم غذایی، همودیالیز

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره چهارم، پی در پی 45، تیر 1392، ص 259-268

آدرس مکاتبه: ارومیه، جاده فرودگاه، واحد شماره ۳ دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده دامپزشکی و پیراپزشکی، گروه پرستاری، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۱۹۹۰۰۰، ۰۹۱۴۱۴۰۴۰۸۲

Email: baljani1@yahoo.com

<sup>۱</sup> مربی گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه (نویسنده مسئول)\*

<sup>۲</sup> استادیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۵</sup> استادیار گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

## مقدمه

بیماران به دلیل داشتن درمان‌های دارویی متعدد، برنامه‌های غذایی خاص و کسب توانایی لازم در سازگاری با ناتوانی‌های جسمی و روحی و کنترل مشکلات و عوارض مربوط به بیماری نیازمند آموزش‌های ویژه و توانمندسازی در کنترل بیماری خود هستند (۱۳). از سوی دیگر نتایج تحقیقات متعدد عدم کارایی آموزش سنتی را در کمک معنی‌دار به تغییرات سبک زندگی یا رفتارهای خودمراقبتی نشان داده است (۱۱). این بدان معنی است که در صورتی که پرستاران کار آموزش رژیم درمانی و تغییرات رفتاری مادام‌العمر را به عهده بگیرند، دانش ارائه شده به بیماران زیاد موثر نبوده است و چنانکه بیمار به طور فعال در کنترل بیماری، شناخت نشانه‌ها و عوارض بیماری شرکت داده شود، باعث نتایج بهتر در سلامتی خواهد بود. بنابراین در بیماری‌های مزمن لازم است که روش یادگیری غیرفعال به مشارکت در خودمراقبتی و تصمیم‌گیری (۱۲) و آموزش به روش ارائه دانش به روش تعاملی تبدیل شود (۱۳). به نظر می‌رسد خودمدیریتی بهترین روش برای متقاعد کردن به انجام تغییرات رفتاری و درمان دارویی در دوره زمانی طولانی باشد (۱۴).

خودمدیریتی به توانایی‌های فردی در کنترل نشانه‌ها، درمان، پیامدهای جسمانی، اثرات روانی اجتماعی و در بیماری‌های مزمن مثل بیماران دیابتی به کنترل تغییرات سبک زندگی اشاره دارد. همچنین خودمدیریتی یک استراتژی است که فرد بتواند توالی رفتار خود را حفظ کند یا یک رفتار مثبت و یا مهارت را افزایش دهد و یا یک رفتار غیربهداشتی را کاهش دهد (۱۵). در صورت موفقیت در یادگیری خودمدیریتی، افراد ضرورت تغییر در رفتار یا سبک زندگی را احساس خواهند کرد. خودمدیریتی کارآمد توانایی پایش وضعیت یک فرد را شامل می‌شود و پاسخ‌های ضروری شناختی، رفتاری و عاطفی جهت حفظ کیفیت زندگی رضایت بخش را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۶).

مداخلات خودمدیریتی در بیماران روماتوئیدی در کاهش درد و التهاب مفصل و بهبود تحرک موثر بوده است (۱۷). در بیماران آسمی، مداخلات خودمدیریتی استفاده موثر از دارو را بهبود بخشید (۱۸). در بیماران دیابت ملیتوس مداخلاتی که مشارکت فعال بیمار را ارتقاء دهد، نتایج کوتاه مدت را افزایش داده، سبب کنترل قند شده و به بهبود کیفیت زندگی منجر شده است (۱۶). همچنین نتایج مطالعات نشان داده که آموزش مدیریت بیماری به عنوان یک روش در صرفه‌جویی هزینه‌ها و کاهش دفعات بستری (۱۹) بهبود نشانه‌های بیماری و کیفیت زندگی بیماران به خصوص در حوزه عملکردی، پایبندی به دستورات پزشکی و رضایت بیماران نارسی قلبی (۲۰) موثر بوده است.

شیوع نارسی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون جمعیت است و هر سال ۸ درصد به این جمعیت اضافه می‌شود (۱) بر اساس آمار موجود، در ایران سالیانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند (۲). رایج‌ترین درمان بیماران نارسی کلیه، همودیالیز است. هر بیمار ۳ بار در هفته به مدت ۴ ساعت دیالیز می‌شود (۱). همچنین این بیماران دامنه وسیعی از تغییرات سبک زندگی را تجربه می‌کنند که بر روی سلامت اجتماعی و روانی تأثیرگذار است. درمان آن‌ها دارای یک فرایند طولانی مدت است و بیماران برای حفظ بقاء باید بیماری مزمن خود را مدیریت کنند که محدودیت در رژیم غذایی - مایعات، فعالیت‌های فیزیکی، کنترل نشانه‌ها و سازگاری با استرس از جمله موارد مذکور است (۳). طی فرایند همودیالیز مایعات اضافی و مواد زاید از خون بیماران گرفته می‌شود و این عمل باعث بهبود حال بیماران و طولانی شدن عمر آن‌ها می‌شود. اما بدون رعایت رژیم غذایی - محدودیت مایعات و درمان دارویی مناسب، همودیالیز از کارایی بالایی برخوردار نیست (۴).

عدم تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات در میان بیماران دیالیزی شایع و از مشکلات جدی در بین این بیماران است (۵). اضافه بار مایعات در طولانی مدت با فشار خون بالا، ادم ریه، نارسی احتقانی قلب، تنگی نفس، اختلال در توانایی فیزیکی و مرگ زودرس ارتباط دارد، در حالی که پیروی از محدودیت غذایی و مایعات از اهمیت بالایی در کیفیت زندگی و بقاء بیماران دیالیزی برخوردار است (۶).

نتایج مطالعات، عدم تبعیت برای رژیم غذایی را ۲ تا ۵۷ درصد، دریافت مایعات را ۱۰ تا ۶۰ درصد و مصرف داروهای تجویز شده را ۱۹ تا ۹۹ درصد بیان کرده‌اند (۷). این موضوع ممکن است به متغیرهای روانی اجتماعی مثل عقاید بیماران در مورد درمان دارویی، حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی بیشتر از متغیرهای بالینی یا جمعیت‌شناسی ارتباط داشته باشد (۹،۸). با توجه به اینکه رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات تکمیل‌کننده درمان با همودیالیز بوده و عدم رعایت آن با عوارض متعدد در ارتباط هست، آموزش این موارد از اهداف مراقبتی در بیماران دیالیزی بوده و حفظ آن نیازمند حمایت مداوم پزشکان و پرستاران است. پزشکان به بیماران رژیم درمانی تجویز می‌کنند و پرستاران جهت تکمیل اطلاعات بیماران، به آن‌ها آگاهی می‌دهند که در سبک آموزش سنتی این کار به صورت تمرکز بر انتقال دانش می‌باشد (۱۰).

نارسی مزمن کلیه تأثیر بزرگی بر بیماران دارد که ایجاب می‌کند بیماران تغییرات عمده در سبک زندگی داشته باشند. این

طرف یکی از اعضای اصلی خانواده، تمایل داوطلبانه برای شرکت در مطالعه، نداشتن مشکل روانی و محدوده سن ۱۸ تا ۶۵ سال، تعداد ۸۲ نفر نمونه به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌گیری در طول ۳ ماه از اردیبهشت تا تیر ماه ۱۳۹۱ به طول انجامید. برای به حداقل رساندن تأثیر متغیرهای مداخله‌گر شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت مالی و مدت زمان درمان با همودیالیز، بیماران ابتدا در دو گروه الف و ب از نظر این متغیرها همسان سازی شدند و سپس به شیوه پرتاب سکه یک گروه مداخله (۴۲ نفر) و گروه دیگر به عنوان شاهد (۴۰ نفر) انتخاب شد. گروه شاهد فقط مداخلات روتین قبلی بخش را دریافت کردند ولی گروه کنترل علاوه بر مداخلات روتین از مداخلات خودمدیریتی مربوط به پیروی از محدودیت رژیم غذایی - مایعات و کنترل فشارخون که به طور خلاصه شامل دانش و آگاهی بیماران دیالیزی، خود مانیتورینگ، انگیزش سازی، طراحی هدف و حل مسئله، بازخورد و پی‌گیری و ارزشیابی (۱۳-۱۵) مطابق نمایه شماره ۱ دریافت کردند.

علیرغم وجود شواهد مذکور مبنی بر اینکه مداخلات خودمدیریتی دارای فواید بالینی و روانی در بیماری‌های مزمن بوده است، مطالعات کمی در زمینه ارزش برنامه‌های خودمدیریتی در بیماران تحت درمان با همودیالیز در جامعه ما صورت گرفته است. بنابراین با توجه به اینکه رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات در کنار همودیالیز یک تغییر رفتار دائمی در سبک زندگی بیماران نارسایی کلیه محسوب می‌شود، آموزش مداخلات خودمدیریتی می‌تواند به تبعیت رژیم غذایی و محدودیت مایعات در نتیجه به کاهش اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز و ارتقاء کیفیت زندگی کمک کند. این تحقیق با هدف تأثیر مداخلات خودمدیریتی بر تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات و همچنین بر اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی است. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان طالقانی ارومیه بودند که از میان آن‌ها بر اساس معیارهای سواد خواندن و نوشتن، دارا بودن حمایت خانوادگی از

### نمایه شماره (۱): اصول خودمدیریتی و توضیحات کاربردی و راهکارهای اجرایی برای پیروی از محدودیت رژیم غذایی - مایعات

اصول خودمدیریتی	توضیحات کاربردی و راهکارهای اجرایی
دانش و آگاهی، ارزیابی درک بیماران	بررسی عقاید بیماران در مورد ماهیت بیماری در ارتباط با لزوم جلوگیری از اضافه وزن و کنترل مایعات و محدودیت رژیم غذایی، علل افزایش وزن و درمان‌های آن، اهمیت و پیامدهای کنترل و تبعیت و عواقب احتمالی عدم کنترل و پیروی، ارائه الگوی رژیم غذایی و مایعات، داروهای مصرفی (نام دارو، دفعات مصرف، عوارض جانبی، منافع مصرف و عواقب عدم مصرف، معرفی جایگزین در صورت وجود عوارض) ارزیابی درک بیماران از توضیحات ارائه شده، ارائه کتابچه با محتوای مدیریت بیماری در بیماران دیالیزی مطابق با اهداف تحقیق
خود مانیتورینگ	کنترل وزن روزانه، کنترل دقیق فشار خون، ارزیابی علائم و نشانه‌های افزایش مایعات و فشار خون بالا؛ کمک به بیماران در یادگیری روش اندازه‌گیری فشار خون و کسب آگاهی از نشانه‌های میزان دریافت مایعات و غذا در وعده‌های اصلی و میان وعده‌های غذایی بر اساس چک لیست ارائه شده
انگیزش سازی (حمایت اعضای خانواده و تشویق کلامی)	حمایت اعضای خانواده، تشویق کلامی و بازخورد مثبت، طراحی هدف توسط بیمار با کمک پرستار و اعضای خانواده، طراحی شاخص قابل اندازه‌گیری بیانگر پیشرفت (اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز کمتر از ۲،۵ کیلوگرم و فشار خون سیستولیک کمتر از ۱۴۰ و دیاستولیک کمتر از ۹۰) پی‌گیری فعالانه توسط پرستار طراحی هدف به صورت قابل دست‌یافتنی از ساده به مشکل و قدم به قدم در راه رسیدن به هدف
پی‌گیری فعال و حفظ ارتباط مددجو و پرستار	بررسی موانع تبعیت از رژیم غذایی و مایعات و انجام خود مانیتورینگ، کمک به بیمار در حل مسئله و تشریح موارد مشابه انجام از طرف بیماران مشابه، توجه به علائم و هنجارهای عادات غذایی: (مطرح کردن مورد مشابه ترک رژیم غذایی و درخواست کردن از بیمار تا چگونگی رویداد و راه حل‌های ممکنه جلوگیری از آن را بحث نمایند).
ارزشیابی و بازخورد مثبت	تشویق بیماران توسط پرستار و خانواده

پیروی از رژیم غذایی و محدودیت مایعات در بیماران همودیالیزی طراحی شده است. این پرسشنامه ۲۵ آیتم و ۵ خرده مقیاس دارد و به صورت خودگزارش دهی اندازه‌گیری می‌شود. خرده مقیاس محدودیت مایعات از ۱۱ آیتم، تبعیت پتاسیم و فسفات از ۵ آیتم، خودمراقبتی از ۲ آیتم، تبعیت در مواقع ویژه از ۵ آیتم و محدودیت سدیم از ۲ آیتم تشکیل شده است. امتیازدهی پرسشنامه بر مبنای درجه‌بندی در مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) متغیر است. امتیاز بالاتر بیانگر تبعیت بهتر می‌باشد (۲۱).  
روایی پرسشنامه بعد از ترجمه از طریق اعتبار صوری و محتوا بدست آمد و نظرات اصلاحی ۵ نفر از اعضای هیئت علمی گروه پرستاری اعمال گردید. پایایی مجموع آیتم‌ها از طریق آلفای کراباخ ۰/۸۶ محاسبه شد. همچنین ضرایب پایایی خرده مقیاس محدودیت مایعات (۰/۹۱)، تبعیت پتاسیم و فسفات (۰/۷۰)، خودمراقبتی (۰/۷۸)، تبعیت در مواقع ویژه (۰/۵۶) و محدودیت سدیم (۰/۶۸) محاسبه شد.

برای توصیف مشخصه‌های دموگرافیک از آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و درصدی استفاده شد. برای مقایسه میانگین امتیازات تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات، میانگین اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز، قبل و بعد از آموزش از آزمون تی زوج استفاده شد و برای مقایسه میانگین امتیازات تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات، میانگین اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز، بین گروه مداخله و کنترل از آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی از طریق ارائه معرفی نامه پژوهش به بیمارستان مورد نظر و اخذ رضایت شرکت در تحقیق از سوی بیماران انجام گرفت.

### یافته‌ها

از مجموع بیمارانی که معیارهای لازم برای شرکت در مطالعه را داشتند، ۴۲ نفر در گروه مداخله و ۴۰ نفر در گروه شاهد قرار گرفتند که مشخصات آن‌ها در جدول شماره ۱ آورده شده است. آزمون آماری تی گروه‌های مستقل و کای اسکوئر اختلاف معنی‌داری بین این متغیرها از نظر میانگین و نسبت‌های دو گروه نشان نداد.

نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد که اختلاف میانگین تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات قبل از مداخله در خرده مقیاس محدودیت مایعات ( $p=0/43$ )، تبعیت پتاسیم و فسفات ( $p=0/52$ )، خودمراقبتی ( $p=0/21$ )، تبعیت در مواقع ویژه ( $p=0/22$ ) و محدودیت سدیم ( $p=0/29$ ) در دو گروه مداخله و شاهد معنی‌دار نبود. همچنین آزمون تی گروه‌های

بعد از انتخاب نمونه‌ها، داده‌های بیماران در مورد تبعیت از رژیم غذایی، اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز با استفاده از پرسشنامه توسط محققین تکمیل شد. در مرحله بعد، در طول دیالیز، داده‌های بیماران در حضور یکی از همراهان خود مورد ارزیابی قرار گرفته، مشکلات و نیازمندی‌های آموزشی آن‌ها مشخص گردید. بعد از این مرحله به بیماران و همراهان آن‌ها فرصت داده شد در مورد پژوهش، تجربیات اولیه خود در مورد رژیم غذایی، اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز و تغییرات رفتاری و میزان اطلاعات مربوط به خطرات عدم رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات و غیره را بحث نمایند. محققین همگام با ارائه توضیحات لازم، با تأکید بر قابلیت‌های فردی، برتری‌ها، برقراری تعامل دوستانه با بیمار، صرف وقت کافی، تشویق به رعایت دستورات پزشکی و توصیه‌های مراقبتی و عوامل ارتقاء دهنده کیفیت زندگی، ارائه مثال‌هایی از تجربیات موفق با در نظرگیری علایق، ارزش‌ها و فرهنگ بیماران به جمع بندی اطلاعات کمک کردند. سپس بیماران تشویق شدند برای خود اهداف فردی قابل وصول طراحی نمایند. برنامه اجرایی تبعیت از رژیم غذایی، کنترل اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز با استفاده از اصول خودمدیریتی با حمایت محققین سازماندهی و راه اندازی شده و روش حل مسئله برای مشکلات احتمالی و بالفعل با کمک اعضای خانواده آموزش داده شد.

آموزش مددجویان به همراه یکی از اعضای اصلی خانواده آن‌ها هر هفته یک جلسه تا ۱۲ هفته ادامه داشت. محققین مطابق با برنامه دیالیز، در کنار تخت بیماران حاضر شده تا بازخورد آموزش‌ها و میزان تغییرات رفتاری را ارزیابی مجدد نموده و مشکلات بیمار در اجرای برنامه طراحی شده را پی‌گیری نموده و راهنمایی‌ها و آموزش‌های لازم ارائه نمایند. تغییرات تبعیت از رژیم غذایی، اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز با استفاده از همان پرسشنامه توسط محققین بعد از ۱۲ هفته تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای دو قسمتی بود. در قسمت الف اطلاعات مربوط به سن، جنس، میزان تحصیلات، مدت زمان درمان با همودیالیز، وضعیت شغلی، وضعیت مالی، سایر بیماری‌های که همزمان با نارسایی کلیه وجود دارد، وضعیت زندگی، میانگین یک ماهه اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز (با استفاده از وزن قبل از دیالیز، وزن بعد از دیالیز در جلسه قبلی و وزن خشک) با استفاده از پرونده بیماران و مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل شد. در قسمت ب، پرسشنامه تبعیت رفتاری بیماران کلیوی<sup>۱</sup> بوده که توسط McGee (۱۹۹۸) برای سنجش

<sup>۱</sup> Renal Adherence Behavior Questionnaire

مستقل نشان داد که اختلاف میانگین اضافه وزن بین دو جلسه در دو گروه شاهد و مداخله قبل از مداخله ( $p=0/78$ ) معنی‌دار نبود. در حالی که همین آزمون نشان داد که اختلاف میانگین تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات بعد از مداخله بین گروه مداخله و شاهد در خرده مقیاس محدودیت مایعات، تبعیت پتاسیم و فسفات و محدودیت سدیم و میانگین اضافه وزن بین دو جلسه معنی‌دار بود اما در خرده مقیاس خودمراقبتی و تبعیت در مواقع ویژه معنی‌دار نبود (جدول شماره ۲).

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

	متغیر	گروه مداخله		گروه شاهد	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	مرد	۲۳	۵۴/۸	۲۳	۵۷/۵
	زن	۱۹	۴۵/۲	۱۷	۴۲/۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۸	۶۶/۷	۳۰	۷۵
	دیپلم و بالاتر	۱۴	۳۳/۳	۱۰	۲۵
شغل	بیکار	۲۹	۷۰/۷	۲۸	۷۰
	شاغل	۱۲	۲۹/۳	۱۲	۳۰
وضعیت مالی	ضعیف	۱	۲/۴	۳	۷/۵
	متوسط	۳۲	۷۶/۲	۳۲	۸۰
	خوب	۷	۱۶/۷	۵	۱۲/۵
	ندارد	۹	۲۲	۱۳	۳۲/۵
بیماری دیگر	یکی	۲۹	۷۰/۷	۲۰	۵۰
	دو تا	۳	۷/۳	۷	۱۷/۵
وضعیت زندگی	با خانواده	۴۱	۹۷/۶	۳۸	۹۵
	تنها	۲	۴/۸	۲	۵
سن (سال)	میانگین	۴۷	۴۷/۱۸		
	انحراف معیار	۱۲/۴۷	۱۲/۰۲		
مدت زمان درمان با همودیالیز (ماه)	میانگین	۳۷/۳۲	۳۷/۳۲	۴۰/۳۲	
	انحراف معیار	۲۹/۸۴	۲۹/۸۴	۴۴/۶۵	

**جدول شماره (۲):** مقایسه اختلاف میانگین تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات بعد از مداخله در گروه مداخله و شاهد

p	فاصله اطمینان ۹۵٪	اختلاف میانگین	df	مقدار t	گروه مداخله		گروه شاهد		
					انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۰	۲/۶۱-۶/۷۰	۴/۶۶	۶۲	۴/۵۵	۵/۰۲	۳۷/۱۳	۳/۰۸	۴۱/۸۰	محدودیت مایعات
۰/۰۰۰	۱/۷۸-۴/۲۴	۳/۰۱	۶۳	۴/۹۰	۳/۰۹	۱۸/۸۶	۱/۷۷	۲۱/۸۸	تبعیت پتاسیم و فسفات
۰/۰۷	-۰/۰۶-۱/۳۷	-۰/۶۵	۶۳	۱/۸۲	۱/۷۱	۷/۶۰	۱/۱۷	۸/۲۵	خودمراقبتی
۰/۰۶	-۰/۰۴-۱/۸۶	-۰/۹۰	۶۳	۱/۸۹	۲/۲۹	۱۵/۶۳	۱/۵۴	۱۶/۵۴	تبعیت در مواقع ویژه
۰/۰۰۰	۰/۹۷-۲/۴۰	۱/۶۸	۶۲	۴/۷۱	۱/۷۷	۷/۳۱	۱/۰۵	۹	محدودیت سدیم
۰/۰۳	-۱/۶۲-۰/۰۷	-۰/۸۴	۶۷	-۲/۱۵	۱/۸۳	۳/۸۴	۱/۴۲	۳/۰۱	میانگین اضافه وزن بین دو جلسه

نمود. همچنین آزمون تی گروه‌های زوج نشان داد که میانگین اضافه وزن قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد از اختلاف معنی‌دار برخوردار نبود (جدول شماره ۳).

آزمون تی گروه‌های زوج نشان داد که اختلاف میانگین تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات قبل و بعد از مداخله در خرده مقیاس محدودیت مایعات، تبعیت پتاسیم و فسفات، خودمراقبتی، تبعیت در مواقع ویژه و محدودیت سدیم در گروه شاهد معنی‌دار

**جدول شماره (۳):** مقایسه اختلاف میانگین تبعیت از رژیم غذایی محدودیت مایعات قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد

p	df	مقدار t	بعد از مداخله		قبل از مداخله		
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۱۶	۲۷	-۱/۴۱	۵/۰۸	۳۷/۰۳	۵/۵۲	۳۶/۰۷	محدودیت مایعات
۰/۰۶	۲۹	۲/۰۱	۳/۰۹	۱۸/۸۶	۲/۶۳	۱۹/۵۶	تبعیت پتاسیم و فسفات
۰/۰۶	۲۹	۱/۹۹	۱/۷۱	۷/۶۰	۱/۲۲	۸/۰۶	خودمراقبتی
۰/۲۰	۲۸	۱/۲۹	۲/۳۳	۱۵/۶۲	۲/۴۴	۱۶/۰۶	تبعیت در مواقع ویژه
۰/۶۴	۲۷	-۰/۴۶	۱/۷۴	۷/۳۹	۱/۷۰	۷/۳۲	محدودیت سدیم
۰/۰۹	۳۰	-۱/۷۷	۱/۸۳	۳/۸۴	۱/۶۷	۳/۶۱	میانگین اضافه وزن

معنی‌دار بود. همچنین آزمون تی گروه‌های زوج نشان داد که میانگین اضافه وزن قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله از اختلاف معنی‌دار برخوردار بود (جدول شماره ۴).

آزمون تی گروه‌های زوج نشان داد که اختلاف میانگین تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات در خرده مقیاس محدودیت مایعات، تبعیت پتاسیم و فسفات، خودمراقبتی، تبعیت در مواقع ویژه و محدودیت سدیم قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله

**جدول شماره (۴):** مقایسه اختلاف میانگین تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله

p	df	مقدار t	بعد از مداخله		قبل از مداخله		
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۰	۳۴	-۸/۷۶	۳/۰۸	۴۱/۸۰	۵/۰۱	۳۶	محدودیت مایعات
۰/۰۰۰	۳۴	-۶/۲۴	۱/۷۷	۲۱/۸۸	۲/۶۸	۱۹/۰۸	تبعیت پتاسیم و فسفات
۰/۰۲	۳۴	-۲/۳۶	۱/۱۷	۸/۲۵	۱/۳۷	۷/۶۵	خودمراقبتی
۰/۰۰۰	۳۴	-۳/۸۱	۱/۵۴	۱۶/۵۴	۲/۴۸	۱۵/۴۲	تبعیت در مواقع ویژه
۰/۰۰۰	۳۴	-۶/۱۹	۱/۰۵	۹/۰۰	۱/۵۶	۷/۶۸	محدودیت سدیم
۰/۰۰۱	۳۴	۶/۷۹	۱/۴۲	۳/۰۱	۱/۶۶	۳/۹۴	میانگین اضافه وزن

مطالعه Durose و همکاران و Barnet و همکاران نیز بهبودی محدودیت دریافت مایعات در اثر آموزش ساختار بندی شده درباره رژیم غذایی و محدودیت دریافت مایعات حاصل شد (۲۴،۲۳). kammerer و همکاران مشارکت فعال بیماران در طراحی هدف برای دستیابی به درمان با مذاکره و همکاری مستمر بیمار و ارائه دهندگان مراقبت سلامتی را دلیل تبعیت بیماران دیالیزی از رژیم غذایی و دارویی معرفی کرده است (۲۵) که به نظر می‌رسد این موارد در مطالعه ما از طریق فراهم سازی حمایت از بیماران در حل مشکل و بهره‌گیری از حمایت اعضای خانواده و پرستاران بخش و

## بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که مداخلات خودمدیریتی بر امتیازات خود گزارش شده پیروی از رژیم غذایی و محدودیت مایعات در درون گروه مداخله بیماران دیالیزی موثر بود. این نتایج با نتایج تحقیق wong و همکاران قابل مقایسه است در آن مطالعه اجرای برنامه‌های کنترل بیماری بر کاهش عدم تبعیت از رژیم غذایی (از نظر تعداد روز و میزان رژیم غذایی)، دریافت مایعات و رژیم دارویی (از نظر میزان) تأثیر معنی‌دار داشت اما بر تعداد روزهای دریافت مایعات و رژیم دارویی تأثیر معنی‌دار نداشت (۲۲). در

پی گیری فعال و حفظ ارتباط مددجو و پرستار صورت گرفته است.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که مداخلات خودمدیریتی بر کاهش میانگین اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز در درون گروه مداخله بیماران دیالیزی موثر بود. این نتایج با نتایج تحقیق معطری و همکاران قابل مقایسه است در آن مطالعه برنامه‌های توانمندسازی بیماران تحت درمان با همودیالیز مشتمل بر ارزیابی مشکلات بیماران در مورد خودمدیریتی، کمک به بیماران در آموزش مهارت‌های ضروری و خودآگاهی، طراحی اهداف جهت تغییر رفتار، روش حل مسئله، مدیریت استرس، تکنیک‌های سازگاری، انگیزش سازی و حمایت اجتماعی در بهبود میانگین اضافه وزن بین جلسات دیالیز بیماران تحت مطالعه موثر بود (۲۶). در مطالعه صالحی‌تالی و همکاران نیز کاهش معنی‌داری در اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز بعد از آموزش‌های مشتمل بر سخنرانی همراه با ارائه جزوه آموزشی و حضور در بخش جهت پاسخ به سؤالات بیماران شرکت کننده حاصل شد (۱۰). همچنین کاهش معنی‌داری در اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز در مطالعه براز و همکاران به دنبال آموزش مراقبت از خود و در مطالعه Durose و همکاران بعد از آموزش ساختار بندی شده در مورد رژیم غذایی و محدودیت دریافت مایعات مشاهده شده است. عقیده sciarin و همکاران در مورد تفسیر این نتیجه این بوده است که بیماران همودیالیزی تجربه تلخ عدم رعایت محدودیت مایعات را طی دیالیز حس می‌کنند لذا به راحتی فواید رعایت مایعات را درک کرده و از آن پیروی می‌کنند (۲۷). از سوی دیگر Chow و همکاران می‌گویند قرار دادن همه بیماران دیالیزی تحت یک رژیم ثابت با نمک، پتاسیم و آب به دلیل ماهیت بیماری چندان منطقی به نظر نمی‌رسد همچنین تغییر وزن بین دو جلسه دیالیز و دریافت مایعات بر اساس برون ده ادراری نیازمند خودمراقبتی و مشارکت اعضای خانواده است (۲۸) و لذا به نظر می‌رسد در مطالعه ما این مهم از طریق انگیزش سازی، طراحی اهداف قابل دستیابی و بازخورد مثبت حاصل شده است.

در این مطالعه میانگین امتیازات خود گزارش شده پیروی از رژیم غذایی و محدودیت مایعات در خرده مقیاس محدودیت مایعات، تبعیت پتاسیم و فسفات و محدودیت سدیم بین گروه مداخله و شاهد ۳ ماه بعد از مداخله از اختلاف معنی‌دار برخوردار بود ولی در خرده مقیاس خودمراقبتی و پیروی در مواقع خاص بین گروه شاهد و مداخله معنی‌دار نبود. همودیالیز یک شرایط

ویژه است که ناشی از طیف وسیعی از دیگر بیماری‌هاست و بنابراین میزان کنترل بر بیماری تحت الشعاع یا تحت تأثیر بیماری‌های قبلی آن‌ها قرار دارد (۲۹). در این مطالعه حدود ۷۸ درصد بیماران علاوه بر دیالیز از بیماری‌های دیگر رنج می‌بردند و در نتیجه همین مسئله ممکن است بر ادراک بیماری، میزان کنترل شخصی بر روی بیماری و در نتیجه بر خودمراقبتی و پیروی در مواقع خاص تأثیر داشته باشد. در مطالعات دیگر علل ناکارآمدی مداخلات خودمدیریتی به مواردی مثل عوارض جانبی داروها، فقدان انگیزه کافی، اعتقادات بیمار، اشکال در مشاوره و فقدان سیستم حمایتی اشاره شده است (۳۰).

خلاصه اینکه پیروی از توصیه‌های درمانی موضوعی است که از دیرباز در ارتباط میان بیمار و متخصصان بالینی مطرح بوده و عدم پیروی یک مشکل مهم و چند وجهی سلامت محسوب شده است (۳۱). علیرغم اینکه مطالعات زیادی در مورد تأثیر مداخلات خودمدیریتی در بیماران مزمن از جمله بیماران روماتوئیدی (۱۷)، بیماران آسمی (۱۸)، بیماران دیابت ملیتوس (۱۶) و نارسای قلبی (۲۰) صورت گرفته است اما در مورد بیماران دیالیزی این خلأ وجود داشت. نتایج این مطالعه نشان داد که مداخلات خودمدیریتی در رعایت خرده مقیاس محدودیت مایعات، تبعیت پتاسیم و فسفات، محدودیت سدیم و اضافه وزن بین جلسات دیالیز در بیماران دیالیزی موثر بود و می‌تواند از طریق افزایش آگاهی، دانش، مهارت‌ها، انگیزش، اعتماد به نفس، خودکارآمدی و خودمانیتورینگ جایگزین روش‌های سنتی آموزش در بیماران تحت درمان با دیالیز شود. کمبود نیروی پرستاری و تاکید تئوری‌های پرستاری مبنی مشارکت دادن بیماران در مراقبت بیماران مزمن اهمیت این موضوع را مورد تاکید قرار می‌دهد. در این مطالعه مداخلات خودمدیریتی در رعایت خرده مقیاس خودمراقبتی و پیروی در مواقع خاص بین گروه شاهد و مداخله معنی‌دار نبود لذا توصیه می‌شود مطالعه مشابهی با تعداد نمونه بیشتر و دوره زمانی بیش از ۱۲ هفته انجام گردد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه انجام شده است بدین وسیله از مساعدت و پشتیبانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه و همچنین از کلیه بیماران و همکاران بخش دیالیز بیمارستان طالقانی ارومیه تشکر می‌شود.

## References:

1. Xue JL, Ma JZ, Louis TA, Collins AJ. Forecast of the number of patients with End-Stage Renal Disease in the United States to the year 2010. *J Am Soc Nephrol* 2001;12(12):2753-8.
2. Nemadi VM, Movahhedpour A. Comparing Quality of life patients treated with hemodialysis and kidney transplant in the centers of Ardebil. *J Ardabil Univ Med Sci* 2009; 9(2):171-9.(Persian).
3. Tsay SL, Healstead M. Self- care self- efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 245-51.
4. Vipound GM. Intervention on strategies for improving fluid restriction compliance in chronic hemodialysis patients. *Dialysis and Transplantation* 1991; 20(9):161-3.
5. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end- stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(3):712-4.
6. Leggat JE, Orzol SM, Hulbert- Shearon TE, Golper TA, Jones CA, Held PG, et al. Non-compliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. *Am J Kinney Dis* 1998; 32: 139-45.
7. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, Geest SD. Prevalance and consequence of non-adherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care* 2007; 16: 222-35.
8. Karamaidou C, Clathworthy J, Weinman J, Horne R. A systematic review of the prevalence and determinants of non- adherence to phosphate binding medication in patients with end- stage renal disease. *BMC Nephrol* 2008; 9:2.
9. Russel CL, Knowles N, Peace L. Adherence in dialysis patients: A review of the literature. *J Nephrol Soc Work* 2007; 27: 11-44.
10. Salehi TS, Sharifi AT, Gholam AM, Haggi H. The effect of diet education on laboratory parameters and weight gain between dialysis sessions in hemodialysis patients . *JIN* 2002; 32: 69-74. (persian)
11. Anderson RM, Funnel MM. Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educ* 2000; 26(4): 597- 604.
12. Wittmore R. Strategies to facilitate lifestyle change associated with diabetes mellitus. *J Nurs Scholarsh* 2000; 32(3):225-32.
13. Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patients with end- stage renal disease a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2004;41(1):59-65.
14. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown Jr BW, Bandura A, Ritter P. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care J* 1999; 37:5-14.
15. Griva K, Mooppil N, Seet P, Krishnan DSP, James H, Newman SP. The NKF-NUS hemodialysis trial protocol - a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients. *BMC Nephrol* 2011;12:4.
16. Norris SL, Engelgau MM, Narayan KM. Effectiveness of self management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care* 2001; 24:561-87.
17. Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2001; 40:1044-51.
18. Gallefoss F, Bakke PS. How does patient education and self management among asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease affect medication? *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160:2000-5.
19. Cappuccio FP, Kerry SM, Forbes L, Donald A. Blood pressure control by home monitoring:



- meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2004; 329:145.
20. Steed L, Cooke D, Newman S. A systematic review of psychosocial outcomes following education, self-management and psychological interventions in diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2003; 51:5-15.
21. Rushe H, Megee HM. Assessing adherence to dietary recommendation for hemodialysis patients: the renal adherence attitude questionnaire (RAAQ) and the renal adherence behavior questionnaire (RABQ). *J Psychosom Res* 1998;45(2):149-57.
22. Wong FKY, Chow SKY, Chan TMF. Evaluation of a nurse-led disease management program for chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2009;1534(11):1-11.
23. Durose C L, Holdworth M, Watson V. Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *J Am Diet Assoc* 2002;104(1):35-41.
24. Barnett T, Yoong TL, Pinikahana J, Yen TS. Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational program make a difference? *JAN* 2007;61(3):300-6.
25. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrol Nurs J* 2007;34(5):479-486.
26. Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 115-25.
27. Sciarian P, Dungs J. A holistic protocol management of fluid volume excess in hemodialysis patient. *ANNA J* 1996;23(1):299-305.
28. Chow SKY. The effect of a nurse-led case management programme on patients undergoing peritoneal dialysis: a randomized control trial. (Dissertation), Hong Kong: School of Nursing, the Hong Kong Polytechnic University; 2005.
29. Cumbie SA, Conley VM, Burman ME. Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *ANS Adv Nurs Sci* 2004;27(1):70-80.
30. Browne T, Merighi JR. Barriers to adult hemodialysis patients' self-management of oral medications. *Am J Kidney Dis* 2010; 56(3):547-57
31. Russel CL, Knowles N, Peace L. Adherence in dialysis patients: A review of the literature. *J Nephrol Soc Work* 2007; 27:11-44.

## EFFECT OF SELF MANAGEMENT PROGRAMS ON DIETARY ADHERENCE AND INTERDIALYTIC WEIGHT GAIN IN PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS.

Baljani ES<sup>1\*</sup>, Habibzadeh H<sup>2</sup>, Rahimi J<sup>3</sup>, Azimpour A<sup>4</sup>, Salimi S<sup>5</sup>

Received: 1 Mar, 2013; Accepted: 21 Apr, 2013

### Abstract

**Background & Aims:** Poor adherence to dietary among dialysis patients is a common and serious problem among patients. Despite of the effectiveness of self-management programs in chronic diseases, few studies have been conducted in the importance of self-management programs in patients treated with hemodialysis. This study tries to determine the effect of self-management programs on dietary adherence and interdialytic weight gain in patients undergoing hemodialysis.

**Materials & Methods:** This is a quasi-experimental study. The sample included 82 hemodialysis patients referred to Taleghani dialysis center, Urmia. Eligible patients were randomly divided into two groups, control and experimental. Data were obtained by using a demographic data form, and Renal Adherence Behavior Questionnaire before and after 12 weeks of intervention and they were analyzed by using descriptive statistics, paired t-test and independent samples t-test.

**Results:** There were no statistically significant differences Pre-test mean scores for adherence to dietary and fluid restriction and IDWG in both intervention and control groups. There was a significant difference between the experimental and control groups in terms of pre-to post-intervention changes in sub scale fluid restriction adherence potassium phosphate and sodium restrictions ( $p < 0/05$ ) but there were no statistically significant differences in sub scale of self-care and adherence in particular times.

**Conclusion:** The results of this study showed the impact of self-management programs on controlling the disease in hemodialysis patients. Due to the shortage nursing staff, and the importance of participating patients in the management of chronic diseases, developing self-management programs can be an alternative to the traditional training methods as well as the mentioned challenges.

**Key words:** Self management, dietary adherence, hemodialysis

**Address:** urmia, Airport Road, Unit No. 3 Islamic Azad University, School of Veterinary Medicine and Allied Health, Nursing Department.

**Tel:** (+98) 441 2719900,9141404082

**Email:** baljani1@yahoo.com

<sup>1</sup> MSc, Faculty of Nursing, Islamic Azad university, urmia Branch (Corresponding Author)

<sup>2</sup> PHD, Faculty of Nursing, urmia university medical science

<sup>3</sup> MSC of Nursing, Islamic Azad university, urmia Branch

<sup>4</sup> MSC of Nursing, Urmia University of Medical Science

<sup>5</sup> PHD, Faculty of Nursing, Islamic Azad university, urmia Branch