

تأثیر میزان فعال‌سازی بیماران تحت درمان با همودیالیز در مدیریت سلامت خود و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) تبریز

ریحانه میرمظهری^۱، منصور غفوری فرد^{۲*}، زهرا شیخ‌علیپور^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۸/۲۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۲/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: یکی از مفاهیمی که اخیراً در مراقبت از بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری مزمن کلیه تأکید می‌شود بحث فعال بودن بیمار در مدیریت سلامت خود هست که به آن فعال‌سازی بیمار گفته می‌شود. آگاهی از سطح فعال‌سازی بیمار می‌تواند به پزشکان و پرستاران در امر پیاده‌کردن مراقبت با کیفیت و آموزش صحیح به بیمار کمک کند. این مطالعه باهدف ارزیابی میزان فعال‌سازی بیماران و عوامل مؤثر بر آن در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، در مجموع ۱۸۰ بیمار تحت درمان با همودیالیز با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بزرگ‌ترین مرکز همودیالیز کشور انتخاب شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از اطلاعات دموگرافیکی و پرسشنامه فعال‌سازی بیماران انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و آزمون‌های آنالیز واریانس، t تست و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره فعال‌سازی بیماران تحت درمان با همودیالیز $16/77 \pm 56/25$ بود و بیشتر افراد در سطح ۱ فعال‌سازی قرار داشتند. میانگین نمره فعال‌سازی برحسب متغیرهای وضعیت تأهل، محل سکونت، تحصیلات، سابقه پیوند کلیه، میزان درآمد و سن افراد تفاوت آماری معنی‌داری داشت (مقادیر P برای همه کمتر از ۰/۰۵ بود).

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی میزان فعال‌سازی بیماران تحت درمان با همودیالیز متوسط بوده و تعداد محدودی از نمونه‌ها در سطح ۴ فعال‌سازی بیماران قرار داشتند. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا در مراحل اولیه تشخیص بیماری، سطح فعال‌سازی بیماران تعیین گردد و سپس مراقبت‌های متناسب با سطح فعال‌سازی افراد و مبتنی بر رویکردهای فرد محور ارائه شود.

کلیدواژه‌ها: نارسایی مزمن کلیه، فعال‌سازی بیمار، همودیالیز

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۴۷، دی ۱۴۰۰، ص ۸۴۵-۸۳۴

آدرس مکاتبه: تبریز، خ شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، تلفن ۰۴۱-۳۴۷۹۶۷۷۰، ۰۹۱۴۹۲۶۴۱۳۲

Email: m.ghafori@yahoo.com

مقدمه

درصد از مردم جهان به آن مبتلا هستند (۶). شیوع این بیماری در ایران بالاتر از میانگین آمارهای جهانی بوده و حدود ۱۵/۴ درصد گزارش شده است (۷).

بیماری مزمن کلیه یک اختلال تهدیدکننده زندگی شناخته می‌شود (۸) و به‌صورت تغییر غیرعادی و غیرقابل برگشت در ساختار و عملکرد کلیه‌ها به مدت بیش از سه ماه تعریف می‌شود (۱، ۹) که در این حالت، توانایی بدن در حفظ تعادل آب و الکترولیت از بین

یکی از چالش‌های سلامت جهانی، شیوع گسترده‌ی بیماری‌های مزمن است. یکی از این بیماری‌های مزمن، بیماری مزمن کلیه^۱ هست (۱، ۲). بیماری مزمن کلیه از شایع‌ترین بیماری‌های غیرواگیر در سراسر جهان به حساب می‌آید (۳، ۴) و با افزایش میزان ابتلا و مرگ‌ومیر همراه است (۵). شیوع بیماری مزمن کلیه در دو دهه اخیر در سراسر جهان رو به افزایش بوده و طبق آمار موجود حدود ۱۳/۴

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

^۲ دکتری پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دکتری پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۱ Chronic kidney disease

می‌رود (۱۰). ریسک فاکتورهایی که باعث بیماری مزمن کلیه می‌شود شامل فشارخون بالا، دیابت، چاقی، عفونت‌ها، سایر بیماری‌های کلیه، بیماری‌های اتوایمیون و عوامل ناشناخته می‌باشد (۸، ۱۱، ۱۲). از میان این ریسک فاکتورها، دیابت و فشارخون بالا از دلایل اصلی این بیماری در ایران می‌باشد (۱۳). از آنجا که حدود ۲۵ درصد از ایرانیان فشارخون بالا دارند (۱۴) و شیوع دیابت در جمعیت ما حدود ۶/۲۱ درصد بیشتر از میانگین شیوع دیابت در جهان است این می‌تواند یکی از دلایل اصلی افزایش شیوع بیماری مزمن کلیه در ایران باشد (۱۳).

افراد مبتلا به بیماری مزمن کلیه، برای ادامه‌ی حیات خود نیازمند درمان‌های جایگزین کلیه هستند (۱۵) که این درمان‌ها شامل پیوند کلیه، همودیالیز و دیالیز صفاقی می‌باشد که این درمان‌ها از پیشرفت بیماری، عوارض و بیماری‌های قلبی - عروقی جلوگیری می‌کند و باعث افزایش بقا و کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۸، ۱۶). از میان این درمان‌ها، همودیالیز رایج‌ترین درمان جایگزین کلیه در ایران و جهان است (۱۲، ۱۷).

در مراقبت از بیماری‌های مزمن، حفظ عملکرد بدن و جلوگیری از عوارض از اهداف اصلی می‌باشد (۱۸، ۱۹). این بیماران نباید به‌عنوان گیرنده‌های منفعل مراقبت باشند بلکه باید به‌عنوان شرکت‌کنندگان فعال در زمینه ارتقاء سلامت خود رفتار کنند (۲۰) که به فعال بودن بیمار در امر مدیریت سلامت خود اصطلاحاً فعال‌سازی بیمار^۲ گفته می‌شود (۲۱) که به‌صورت توانایی و تمایل بیماران برای ایفای نقش مدیریت سلامت خود اطلاق می‌شود (۲۲). اگرچه تعاریف مختلفی در رابطه با فعال‌سازی بیمار مطرح شده است اما جامع‌ترین تعریف مربوط به تعریف هیبارد^۳ و همکاران می‌باشد. طبق تعریف آن‌ها، فعال‌سازی بیمار به درگیری بیماران در امر مراقبت‌های بهداشتی اطلاق می‌شود که به میزان دانش، انگیزه، اعتقاد، اعتمادبه‌نفس و مهارت‌های بیمار برای مدیریت بیماری مزمن، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و مشارکت با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی بستگی دارد (۲۳).

در فعال‌سازی، فرد به درک نقش فعال خود در مراقبت‌های بهداشتی پی می‌برد (۲۴). شایان‌ذکر است که فعال‌سازی یک فرآیند اصلاح‌پذیر و قابل‌تغییر می‌باشد که انجام مداخلات می‌تواند باعث افزایش یا کاهش سطح فعال‌سازی بیمار شوند (۲۵، ۲۶) و پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی نقش مهمی در فعال‌سازی بیماران در امر مراقبت از خود دارند (۲۷). درواقع، فعال کردن بیمار مسئولیت مشترک بین بیماران، خانواده‌ی آنان و تیم مراقبت‌های

بهداشتی برای ایجاد مسیرهای بهینه برای حفظ سلامت فردی می‌باشد (۲۰).

بر اساس شواهد موجود، فعال‌سازی بیمار دارای مزایایی مانند افزایش رضایت از مراقبت، بهبود روند مراقبت‌های بهداشتی، دریافت درمان‌های مناسب، کاهش بستری در بیمارستان، پایبندی به درمان، مدیریت موفق علائم و عوارض بیماری، بهبود بازده‌های بهداشتی، کنترل بهتر وزن و فشارخون، بهبود ارتباط بیمار و پرستار، کاهش هزینه‌های درمانی و افزایش کیفیت زندگی می‌باشد (۲۸، ۲۹).

سطح فعال‌سازی فرد، نشان‌دهنده‌ی میزان توانایی‌های خودمدیریتی بیمار در مراقبت از خود می‌باشد و برای اندازه‌گیری آن ابزار اندازه‌گیری فعال‌سازی بیمار^۴ طراحی شده است که هدف این ابزار ارزیابی دانش، مهارت و اعتمادبه‌نفس یک فرد در رابطه با مدیریت سلامت وی می‌باشد (۳۰). آگاهی از سطح فعال‌سازی یک بیمار می‌تواند به پزشکان و پرستاران در امر پیاده‌کردن مراقبت صحیح و آموزش درست به بیمار کمک کند (۳۱).

فعال‌سازی بیماران در چهار سطح طبقه‌بندی می‌شود. در سطح اول، بیماران تحت تأثیر شدید بیماری قرار گرفته و هنوز آمادگی لازم برای ایفای نقش فعال خود در امر مدیریت سلامت و مراقبت خود ندارند. در سطح دوم، بیماران تمایل دارند تا در امر مراقبت از خود مشارکت کنند اما هنوز فاقد دانش و اعتمادبه‌نفس برای خودمدیریتی بیماری هستند و درک کافی از وضعیت سلامتی خود و رژیم‌های درمانی پیشنهاد شده از سوی تیم درمان ندارند. در سطح سوم فعال‌سازی، بیماران شروع به انجام اقداماتی درزمینه‌ی مراقبت از خود می‌کنند اما هنوز اعتماد و مهارت کافی برای رفتارهای خود مراقبتی ندارند. در سطح چهارم، بیماران مهارت و دانش کافی درزمینه‌ی رفتارهای مراقبتی کسب کرده‌اند و نقش فعالی در مدیریت بیماری خود دارند، اما ممکن است در مواجهه با استرس‌های شدید زندگی قادر به انجام وظایف خود نباشند (۲۹، ۳۲، ۳۳). شناسایی این مراحل کمک می‌کند تا استراتژی‌های لازم برای بهبود فعال‌سازی بیماران بر اساس سطح فعال‌سازی آنان صورت گیرد (۳۲).

اگرچه فعال‌سازی بیماران یک موضوع بسیار مهمی در مراقبت از بیماران تحت درمان با همودیالیز است اما بر اساس مرور متونی که انجام شد این موضوع در کشور ما بررسی نشده است و اکثر مطالعات مربوط به سایر کشورهاست. بالک و همکاران (۳۴) در سال ۲۰۱۸ مطالعه‌ی مقطعی را در بلژیک بر روی بیماران همودیالیزی انجام دادند بر اساس نتایج مطالعه، اکثریت افراد در سطح ۱ فعال-سازی (۴۴ درصد) قرار داشتند. افرادی که نمرات فعال‌سازی بالاتری

⁴ Patient activation measure (PAM)

² Patient activation

³ Hibbard

۱۸۰ بیمار تحت درمان با همودیالیز در سال ۲۰۲۰ انجام شده است. این مرکز بزرگ‌ترین مرکز همودیالیز در کشور ایران است. با توجه به مشخص بودن جامعه آماری، برای تعیین حجم نمونه از جدول تعیین نمونه مورگان و کرجسی استفاده شد و حجم نمونه مورد نیاز برای این مطالعه ۱۸۰ نفر تعیین شد. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده برای انتخاب نمونه‌ها استفاده شد. بدین صورت که ابتدا بر اساس معیارهای ورود و خروج، بیماران واجد شرایط تعیین شدند و برای هر یک از بیماران یک کد اختصاص داده شد. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، تعداد ۱۸۰ بیمار انتخاب گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بالاتر از ۱۸ سال، بیماران تحت درمان با همودیالیز که حداقل ۶ ماه از همودیالیز آن‌ها گذشته باشد و بیمارانی که از نظر وضعیت روانی و شناختی مشکل نداشته باشند. بیماران واجد شرایط مطالعه پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه و توضیح اهداف مطالعه وارد مطالعه شدند.

این مطالعه توسط کمیته منطقه‌ای اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد: ۱۳۹۹، ۵۶۹) تصویب شده است. جمع‌آوری داده‌ها در فاصله زمانی شهریور تا مهر ۱۳۹۹ انجام شد. داده‌های مطالعه با استفاده از اطلاعات دموگرافیکی و پرسشنامه فعال‌سازی بیماران (PAM) جمع‌آوری شد. این پرسشنامه توسط هیبارد و همکاران در سال ۲۰۰۴ طراحی شده (۳۰) و سپس در سال ۲۰۰۵ فرم کوتاه شده‌ی آن ارائه شده است (۳۶) که دارای ۱۳ سؤال بوده و پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت در ۵ گزینه کاملاً مخالفم (نمره ۱)، مخالفم (نمره ۲)، موافقم (نمره ۳)، کاملاً موافقم (نمره ۴)، نظری ندارم (نمره ۵) تقسیم‌بندی شده است. نمرات خام از ۱۳ تا ۵۲ متغیر است. طبق نظر سازنده ابزار، در صورتی که مشارکت‌کننده‌ی در بیش از دو سؤال، گزینه "نظری ندارم" را انتخاب کند آن پرسشنامه از مطالعه خارج می‌شود. بر اساس راهنمای ابزار، نمرات خام شرکت‌کنندگان به صورت نمره استاندارد ۱۰۰-۰ تغییر می‌کند. بر این اساس، نمرات فعال‌سازی بیماران در چهار سطح طبقه‌بندی می‌شود: سطح اول فعال‌سازی: امتیاز کمتر از ۴۷ را شامل می‌شود که نشان‌دهنده‌ی بیمارانی است که به نقش مهم خود در سلامتی‌شان اعتقاد ندارند. سطح دوم فعال‌سازی: این سطح، امتیاز بین ۴۷/۱-۵۵/۱ را شامل می‌شود و نشان‌دهنده‌ی بیمارانی است که دانش و اعتمادبه‌نفس کافی برای مدیریت سلامت خود ندارند. سطح سوم فعال‌سازی: این سطح امتیاز بین ۶۷-۵۵/۲ را شامل شده و نشان‌دهنده‌ی بیمارانی است که شروع به اقدام در زمینه مدیریت سلامت خود می‌کنند. سطح چهارم فعال‌سازی: این سطح بالاترین سطح فعال‌سازی بوده و امتیاز بالای ۶۷/۱ را شامل می‌شود و نشان‌دهنده‌ی یک فرد فعالی است که در مراقبت‌های بهداشتی مشارکت دارد (۳۰، ۳۶، ۳۷). روایی و پایایی این ابزار در مطالعات قبلی بررسی شده است به طوری

دارند از خصوصیات مثل مدرک تحصیلاتی بالاتر، سن کمتر، شغل تمام‌وقت، فعالیت‌های سرگرم‌کننده، داشتن فرزند و حمایت اجتماعی برخوردار بودند. مطالعه دیگری توسط برمودز و همکاران (۲۵) در سال ۲۰۱۸ تحت عنوان «بررسی رابطه‌ی بین فعال‌سازی بیمار، رضایت از درمان و تصمیم‌گیری مشارکتی بیماران نزدیک به مرحله‌ی نهایی بیماری کلیه» در ایالات متحده آمریکا انجام شد. نتایج مطالعه نشان که بین سه متغیر مطالعه ارتباط معنی‌داری وجود دارد و هرچه بیمار فعال‌تر باشد، بهتر در تصمیم‌گیری‌های درمانی شرکت کرده و رضایت از درمان آن‌ها افزایش می‌یابد. در مطالعه‌ی که توسط زیمودزی و همکاران (۲۲) در سال ۲۰۱۷ در کشور استرالیا انجام شد، میانگین نمره فعال‌سازی بیماران تحت درمان با همودیالیز $57/6 \pm 15/5$ بود و حدود ۲۲ درصد افراد در سطح ۱ فعال‌سازی، ۲۳/۶ درصد در سطح ۲، ۳۶/۶ درصد مشارکت‌کنندگان در سطح ۳ فعال‌سازی و ۱۸ درصد در سطح ۴ فعال‌سازی بودند.

در مطالعه دیگری که توسط میتچل و همکاران (۲۶) باهدف بررسی ارتباط بین فعال‌سازی بیمار با مراجعه مجدد به بیمارستان در فاصله‌ی ۳۰ روز پس از ترخیص انجام گرفت نتایج مطالعه نشان داد بیمارانی که سطوح فعال‌سازی پایینی داشتند بیشتر از خدمات بیمارستانی بعد از ترخیص استفاده کرده‌اند. بنابراین پژوهشگران استراتژی جدیدی را پیشنهاد دادند که می‌توان با ایجاد برنامه‌های آموزشی و افزایش فعال‌سازی بیماران، از بستری شدن مجدد آنان پیشگیری کرد و هزینه‌های درمانی را کاهش داد. همچنین می‌توان افراد را از نظر سطح فعال‌سازی غربالگری کرد و به بیماران در سطوح پایین فعال‌سازی مداخلات و آمادگی‌هایی را ارائه داد و با گذراندن وقت بیشتری با این بیماران در طول بستری، آن‌ها را آماده‌ی انجام مراقبت بعد از ترخیص کرد.

در یک مطالعه مروری که اخیراً چاپ شده است پژوهشگران پیشنهاد دادند که یکی از راهکارهای فعال‌سازی بیماران نارسیایی کلیه نیازسنجی و تعیین سطح فعال‌سازی آن‌ها با ابزار سنجش میزان فعال‌سازی بیماران است (۳۵). لذا از آنجاکه موضوع فعال‌سازی بیماران همودیالیزی در کشور ما بررسی نشده است و اکثر مطالعات در کشورهای دیگر که دارای ساختار مراقبتی متفاوتی بوده و از طرف دیگر فرهنگ بیماران کشور ما متفاوت از سایر کشورها می‌باشد لذا بر آن شدیم تا میزان فعال‌سازی بیماران تحت درمان با همودیالیز و عوامل مؤثر بر آن را در یکی از مراکز همودیالیز مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روش کار

این مطالعه، یک مطالعه توصیفی همبستگی است که در بخش همودیالیز مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) شهر تبریز، بر روی

روایی آن با استفاده از روایی محتوا بررسی شده و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۷ درصد گزارش شده است که نشان‌دهنده اعتبار بالای مقیاس می‌باشد (۳۶). در این مطالعه، روایی و پایایی نسخه فارسی مقیاس فعال‌سازی بر اساس روایی محتوایی بررسی شد. برای این منظور، پس از ترجمه و بازترجمه پرسشنامه توسط یک فرد خبره در زمینه زبان انگلیسی، پرسشنامه در اختیار ده نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی تبریز قرار گرفت و از نظرات آن‌ها برای اصلاح پرسشنامه استفاده شد. آلفای کرونباخ برای نسخه فارسی ۹۱ درصد به دست آمد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفت و برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آنالیز واریانس، t تست و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج مطالعه، تعداد کل افراد مشارکت‌کننده در این مطالعه ۱۸۰ نفر بوده که مشخصات دموگرافیک آن‌ها در جدول ۱ به تفصیل آورده شده است. از لحاظ اتیولوژی نارسایی مزمن کلیه، بیشترین عامل مربوط به هیپرتانسیون (۵۳/۹ درصد) و دیابت (۱۷/۲ درصد) بود.

بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره فعال‌سازی بیماران ۵۶/۱۶±۲۵/۷۷ درصد بوده و حداقل نمره کسب‌شده ۲۵ و حداکثر نمره ۹۶/۱۵ بود (نمره از ۰ تا ۱۰۰ می‌باشد). اکثریت شرکت‌کنندگان (۳۵ درصد) در سطح ۱ فعال‌سازی قرار داشتند و فقط ۲۸/۹ درصد از افراد در سطح ۴ فعال‌سازی بودند (جدول ۲). نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره فعال‌سازی برحسب

متغیرهای وضعیت تأهل، محل سکونت، سطح تحصیلات، سابقه پیوند کلیه، سن بیماران و میزان درآمد آن‌ها تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($P < 0.05$). آزمون آماری آنووا نشان داد که میانگین نمره فعال‌سازی افراد مجرد ($37/6 \pm 33/80$) بیشتر از افراد متأهل ($29/8 \pm 17/69$) و افراد بیوه ($22/5 \pm 96/23$) بود. همچنین بر اساس نتایج آزمون آماری تی‌تست، میانگین نمره فعال‌سازی افرادی که در شهر زندگی می‌کنند ($30/8 \pm 39/59$) نسبت به افرادی که در روستا زندگی می‌کنند ($23/7 \pm 53/06$) بیشتر بود. علاوه بر این، نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره فعال‌سازی در افرادی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند بیشتر از افراد دارای سطح تحصیلات پایین بود ($P < 0.05$). همچنین میانگین نمره فعال‌سازی افراد با سابقه پیوند کلیه ($34/5 \pm 95/97$) بیشتر از افرادی بود که سابقه پیوند کلیه نداشتند ($28/8 \pm 50/76$) که این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.05$). باین وجود، نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره فعال‌سازی برحسب متغیرهای جنسیت و طول مدت درمان با همودیالیز تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۳).

بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین متغیر سن و میانگین نمره فعال‌سازی بیماران ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت به طوری که با افزایش سن بیماران، میزان فعال‌سازی آن‌ها کاهش می‌یابد ($r = -0.48, p < 0.05$). از نظر سطح درآمد نیز نتایج حاکی از آن است که میانگین نمره فعال‌سازی برحسب میزان درآمد ماهیانه افراد تفاوت آماری معنی‌داری داشت به طوری که میانگین نمره فعال‌سازی افرادی که درآمد پایینی داشتند کمتر از میانگین نمره افرادی بود که درآمد بالایی داشتند ($P < 0.05$).

جدول (۱): ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران تحت درمان با همودیالیز

متغیرها	تعداد	درصد
جنس	مذکر	۱۰۹
	مؤنث	۷۱
محل سکونت	شهر	۱۵۰
	روستا	۳۰
وضعیت تأهل	متأهل	۱۴۵
	بیوه	۲۶
	مجرد	۹
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۷۹
	ابتدائی	۳۶
	راهنمایی	۱۹

۱۵	۲۷	دیپلم	
۸/۳	۱۵	لیسانس	
۲/۲	۴	فوق لیسانس و بالاتر	
۷/۸	۱۴	کارمند	
۲۶/۷	۴۸	شغل آزاد	
۳/۹	۷	کارگر	
۳۳/۳	۶۰	خانه‌دار	شغل
۱۸/۳	۳۳	بازنشسته	
۵/۶	۱۰	بیکار	
۴/۴	۸	کشاورز	
۲/۳	۴	کمتر از یک میلیون تومان	میزان درآمد
۱۸/۳	۳۳	یک تا دو میلیون تومان	
۵۹/۴	۱۰۷	دو تا سه میلیون تومان	
۲۰	۳۶	بیش از سه میلیون تومان	
۱۱/۷	۲۱	دارد	سابقه پیوند کلیه
۸۸/۳	۱۵۹	ندارد	

جدول (۲): وضعیت بیماران تحت درمان با همودیالیز بر اساس سطح بندی فعال سازی

درصد	تعداد	شاخص‌های آماری سطح فعال سازی
۳۵	۶۳	سطح ۱ (کمتر از ۴۷)
۱۴/۴	۲۶	سطح ۲ (بین ۴۷/۱-۵۵/۱)
۲۱/۷	۳۹	سطح ۳ (بین ۵۵/۲-۶۷)
۲۸/۹	۵۲	سطح ۴ (بالای ۶۷/۱)
۱۰۰	۱۸۰	جمع کل

جدول (۳): مقایسه میانگین نمره‌ی فعال سازی بیماران تحت درمان با همودیالیز بر حسب ویژگی‌های مشارکت کنندگان

P value	میانگین ± انحراف معیار	متغیرها
	۲۹/۷۶ ± ۸/۵۲	مذکر
۰/۳۳۱	۲۸/۴۶ ± ۹/۰۲	مؤنث
	۳۰/۳۹ ± ۸/۵۹	شهر
۰/۰۰۰۱	۲۳/۵۳ ± ۷/۰۶	روستا
	۳۷/۳۳ ± ۶/۸۰	مجرد
	۲۹/۸۷ ± ۸/۶۹	متاهل
۰/۰۰۰۱	۲۲/۹۶ ± ۵/۲۳	بیوه
	۲۳/۴۹ ± ۵/۶۶	بی‌سواد
	۲۳/۰۵ ± ۷/۱۱	ابتدائی

	۳۲/۵۸ ± ۵/۸۱	راهنمایی	
۰/۰۰۰۱	۳۶/۵۹ ± ۶/۰۰	دیپلم	سطح تحصیلات
	۴۰/۴۷ ± ۵/۲۲	لیسانس	
	۴۶/۲۵ ± ۳/۳۰	فوق لیسانس و بالاتر	
	۴۱/۰۷ ± ۶/۷۸	کارمند	
	۳۰/۴۴ ± ۷/۹۹	شغل آزاد	
	۲۷/۸۶ ± ۳/۷۶	کارگر	
۰/۰۰۰۱	۲۶/۲۵ ± ۷/۶۶	خانه‌دار	شغل
	۳۰/۳۶ ± ۸/۶۸	بازنشسته	
	۲۸/۵۰ ± ۸/۷۶	بیکار	
	۲۱/۵۰ ± ۶/۰۷	کشاورز	
	۲۸/۵۰ ± ۲/۵۲	کمتر از یک میلیون تومان	
	۲۴/۳۳ ± ۷/۰۰	یک تا دو میلیون تومان	
۰/۰۰۰۱	۲۸/۴۸ ± ۸/۰۶	دو تا سه میلیون تومان	میزان درآمد
	۳۶/۱۴ ± ۸/۵۴	بیش از سه میلیون تومان	
	۳۴/۹۵ ± ۵/۹۷	دارد	
۰/۰۰۰۱	۲۸/۵۰ ± ۸/۷۶	ندارد	سابقه پیوند کلیه

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه برمودوز و همکاران (۲۵) که در سال ۲۰۱۸ در کشور آمریکا بر روی ۶۸ بیمار تحت درمان با همودیالیز انجام گرفته، میانگین نمره فعال‌سازی (از نمره استاندارد شده ۱۰۰) $۶۵/۱۶ \pm ۰/۲۶$ به دست آمده است که این میانگین نمره فعال‌سازی بیشتر از میانگین نمره به دست آمده در مطالعه ما می‌باشد. در مطالعه دیگری که توسط بالک و همکاران (۳۴) در کشور بلژیک در سال ۲۰۱۸ انجام شده است میانگین نمره فعال‌سازی بیماران تحت درمان با همودیالیز ۵۱ ± ۱۰ به دست آمده و اکثریت افراد در سطح ۱ فعال‌سازی (۴۴ درصد) قرار داشتند. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۷ در کشور استرالیا توسط زیمودزی و همکاران (۲۲) انجام شد، میانگین نمره فعال‌سازی $۵۷/۶ \pm ۱۵/۵$ بود و حدود ۲۲ درصد افراد در سطح ۱ فعال‌سازی، ۲۳/۶ درصد در سطح ۲، ۳۶/۶ درصد مشارکت‌کنندگان در سطح ۳ فعال‌سازی و ۱۸ درصد در سطح ۴ فعال‌سازی بودند. در مطالعه دیگری که توسط گرین و همکاران (۲۷) در ایالت مینه سوتای آمریکا در سال ۲۰۱۲ انجام شده، میانگین نمره فعال‌سازی $۶۶/۴ \pm ۱۵/۴$ گزارش شده است. همچنین نتایج مطالعه اسمیت و همکاران (۴۰) که در سال ۲۰۱۵ در ایالت شیکاگو آمریکا انجام شده بود نیز نشان داد که میانگین نمره فعال‌سازی بیماران $۶۶/۶ \pm ۱۶/۸$ بود و حدود ۱۱/۳ درصد از مشارکت‌کنندگان در سطح ۱، حدود ۱۳ درصد در سطح ۲ فعال-سازی، ۲۹/۸ درصد از بیماران در سطح ۳ فعال‌سازی و بیشترین

فعال‌سازی یک مفهوم مهم در مدیریت بیماری‌های مزمن می‌باشد که بر مراقبت مبتنی بر فرد تأکید دارد و بیماران و خانواده‌هایشان را به‌عنوان اعضای مهم تیم بهداشتی تلقی می‌کند (۳۷، ۳۸). از سوی دیگر، نیازهای مراقبتی بیماران بر اساس سطح فعال‌سازی آنان متفاوت بوده و مداخلات باید بر اساس دانش و مهارت بیماران طراحی و اجرا شود (۲۴). بنابراین شناسایی سطح فعال‌سازی هر فرد می‌تواند باعث بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و کاهش هزینه‌های درمانی شود (۲۷، ۳۱). در این مطالعه، میزان فعال‌سازی بیماران تحت درمان با همودیالیز مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج مطالعه، در مجموع دو بیماری مزمن هایپر تانسیون و دیابت عامل اصلی ایجاد بیماری مزمن کلیه در بیش از نیمی (۷۱/۱ درصد) از بیماران می‌باشد. مرور متون هم نشان می‌دهد که در اکثر مطالعات این دو بیماری مهم‌ترین عامل ایجاد بیماری مزمن کلیه می‌باشد که از نتایج مطالعه ما هم حمایت می‌کند (۱۲، ۳۹).

به‌طور کلی در مطالعه حاضر میانگین نمره فعال‌سازی $۵۶/۱۶ \pm ۲۵/۷۷$ (از نمره استاندارد شده ۱۰۰) به دست آمد. از نظر سطح‌بندی فعال‌سازی، ۳۵ درصد از شرکت‌کنندگان در سطح ۱ فعال‌سازی، ۱۴/۴ درصد در سطح ۲، حدود ۲۱/۷ درصد در سطح ۳ و فقط ۲۸/۹ درصد از بیماران در سطح ۴ فعال‌سازی قرار داشتند.

نسبت نمونه‌ها (۴۵/۹ درصد از بیماران) در سطح ۴ فعال‌سازی بودند. به نظر می‌رسد که علت این تفاوت‌ها آن است که ارائه مراقبت‌های مربوط به همودیالیز وابسته به زمینه بوده و شرایط و امکانات و رویکردهای مراقبتی حاکم بر مراکز همودیالیز کشور ما متفاوت از شرایط سایر کشورهایی است که در آن‌ها مطالعات مرتبط انجام شده است و در برخی کشور، سطح فعال‌سازی بیماران در حین پذیرش بیمار و نیز در ادامه درمان‌های جایگزین‌های کلیه به‌طور مداوم پیش می‌شود.

بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره فعال‌سازی برحسب وضعیت تأهل، محل سکونت، تحصیلات، سابقه پیوند کلیه، میزان درآمد و سن افراد تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد. میانگین نمره فعال‌سازی افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل و بیوه بود. در حالیکه در مطالعه‌ی گرافیکنا و همکاران (۲۳) که در سال ۲۰۱۵ در کشور ایتالیا انجام دادند، مشخص شد که بین میانگین نمره فعال‌سازی با وضعیت تأهل تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. در مقابل، مطالعه دیگری که توسط فاولس و همکاران (۴۱) در سال ۲۰۰۹ در ایالت متحده انجام شد، نشان داد که میانگین نمره فعال‌سازی در افراد متأهل بیشتر است. که نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه ما همخوانی ندارد.

بر اساس نتایج مطالعه ما، افرادی که در شهر زندگی می‌کنند فعال‌سازی بالاتری نسبت به افرادی که در روستا زندگی می‌کنند، دارند. که در مرور متون، مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر محل سکونت بر فعال‌سازی در افراد مبتلا به بیماری مزمن کلیه پرداخته باشد یافت نشد. باین‌وجود به نظر می‌رسد که افرادی که در شهرها زندگی می‌کنند به علت دسترسی آسان به مراکز درمانی و نیز امکانات بهداشتی موجود در سطح شهر وضعیت بهتری دارند. در مطالعه حاضر، افراد با سطح تحصیلات بالا میزان فعال‌سازی بیشتری داشتند. لازم به ذکر است که افراد باسواد برای مدیریت بیماری خود سعی می‌کنند تا اطلاعات بیشتری را از منابع مختلف درباره بیماری خود داشته و در نتیجه سعی می‌کنند تا به‌طور فعال در امر مراقبت از خود مشارکت کنند. در مطالعه‌ای که توسط هلستروم و همکاران (۹) در سال ۲۰۱۹ در کشور سوئد انجام شده است نتایج نشان داد که بیمارانی که دارای تحصیلات بالاتری هستند، میزان فعال‌سازی بیشتری دارند. همچنین میتچل و همکاران (۲۶) نیز معتقدند که داشتن تحصیلات بیشتر نقش بسزایی در افزایش فعال‌سازی فرد دارد. این مطالعات از نتایج مطالعه ما حمایت می‌کند.

نتایج مطالعه ما حاکی از آن است که میانگین نمره فعال‌سازی افرادی که دارای سابقه‌ی پیوند کلیه هستند نسبت به افرادی که سابقه‌ی پیوند کلیه ندارند بیشتر است. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۸ بر روی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد نیز نشان داد که

افرادی که دارای سابقه‌ی پیوند کلیه بودند در مقایسه با سایر افراد نمرات فعال‌سازی بالاتری داشتند (۳۴). علاوه بر این در مطالعه مروری که توسط نایر و همکاران (۴۲) در سال ۲۰۲۰ انجام شد، نشان داد که میزان فعال‌سازی افرادی که دارای سابقه‌ی پیوند کلیه هستند بیشتر از افرادی است که سابقه‌ی پیوند کلیه ندارد. به علت اینکه در پیوند کلیه، به علت ماهیت درمان بیماران مسئولیت بیشتری را در زمینه مراقبت از خود بر عهده می‌گیرند و نقش مهمی در خود مراقبتی و مدیریت بیماری ایفا می‌کنند بنابراین میزان فعال بودن آن‌ها در مدیریت سلامتی خود نیز بیشتر است و در صورت فعال نبودن، پس زدن پیوند کلیه ممکن است که اتفاق بیافتد و افراد برای جلوگیری از پس زدن کلیه، مراقبت بیشتری انجام می‌دهند (۴۲). این یافته در راستای نتایج مطالعه ما می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط بلکمور و همکاران (۲۹) در سال ۲۰۱۶ در کشور انگلیس انجام شد نشان داد که افرادی که استخدام بودند سطح فعال‌سازی بالاتری نسبت به افراد غیر استخدام داشتند. این یافته با یافته‌های مطالعه ما هم‌خوانی دارد.

نتایج مطالعه حاکی از آن است که درآمد افراد نیز بر میزان فعال‌سازی افراد مؤثر است به‌طوری‌که افراد با درآمد بالاتر میزان فعال‌سازی بیشتری داشتند. سولومون و همکاران (۴۳) نیز به این نتیجه رسیدند که میزان فعال‌سازی افراد با درآمد بالا بیشتر از فعال-سازی افراد با درآمد پایین است. که این یافته، از یافته‌های مطالعه ما حمایت می‌کند.

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره فعال‌سازی برحسب متغیرهای جنسیت و طول مدت درمان تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. در این راستا مطالعه‌ای که توسط بالک و همکاران (۳۴) در کشور بلژیک بر روی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد، نشان داد که بین نمره فعال‌سازی با متغیرهای جنسیت و طول مدت درمان تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد که این یافته از یافته‌های مطالعه‌ی ما حمایت می‌کند. در حالیکه زیمبودزی و همکاران (۲۲) در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره فعال‌سازی زنان بیشتر از مردان است که نتایج این مطالعه مغایر با نتایج مطالعه حاضر است.

نتایج مطالعه ما نیز نشان داد که بین متغیر سن و فعال‌سازی رابطه معکوسی وجود دارد به‌طوری‌که با افزایش سن بیماران میزان فعال‌سازی آن‌ها کم می‌شود. در این راستا، بوستاون و همکاران (۴۴) معتقدند که اگرچه بالا بودن سطح فعال‌سازی باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌ها می‌شود اما این امر همیشه امکان‌پذیر نیست و بیشتر بیماران بالای ۶۵ سال، توانایی و تمایل کافی برای داشتن نقش فعال و درگیر شدن در مراقبت‌ها را ندارند. نتایج مطالعه‌ی پری و همکاران (۳۱) در سال ۲۰۱۶ در ایالات متحده

شوند. علاوه براین، پایش مداوم سطح فعال‌سازی بیماران و ارائه آموزش‌های لازم به پرستاران شاغل در مراکز دیالیز در جهت مشارکت دادن فعال بیماران در امر خود مراقبتی و خودمدیریتی بیماری می‌تواند باعث تقویت سطح فعال‌سازی این بیماران گردد. از محدودیت‌های این مطالعه آن است که فقط بر روی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا مطالعه مشابهی بر روی سایر درمان‌های جایگزین کلیه از قبیل دیالیز صفاقی و پیوند کلیه نیز انجام گیرد و میزان فعال‌سازی بیماران بین این سه گروه مورد مقایسه قرار گیرد. علاوه بر این این مطالعه در یک مرکز دیالیز انجام شده است و بررسی سطح فعال‌سازی بیماران در سایر مراکز نیز پیشنهاد می‌گردد. یکی از عواملی که ممکن است بر پاسخگویی بیماران همودیالیزی تأثیر بگذارد خستگی این بیماران و کاهش فشار آن‌ها در ساعات پایانی دیالیز است که در این راستا تلاش شد تا تکمیل پرسشنامه‌ها در ساعات اولیه شروع دیالیز صورت گیرد و هر موقع که بیماران احساس خستگی می‌کردند تکمیل پرسشنامه در جلسات بعدی انجام می‌گرفت.

تشکر و قدردانی

نتایج این مطالعه مربوط به پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری در دانشگاه علوم پزشکی تبریز است. بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه که هزینه مالی طرح را تأمین کرده و نیز از بیماران تحت درمان با همودیالیز که در این مطالعه مشارکت کردند کمال تشکر را داریم.

References:

1. Baumgarten M, Gehr T. Chronic kidney disease: detection and evaluation. *Am Fam Physician* 2011;84(10):1138-48.
2. Aghajanloo A, Ghafourifard M, Haririan H, Shiri Gheydari P. Comparison of the effects of cryotherapy and placebo on reducing the pain of arteriovenous fistula cannulation among hemodialysis patients: A randomized control trial. *JNMS* 2016;3(1):59-65.
3. El Nahas AM, Bello AK. Chronic kidney disease: the global challenge. *Lancet* 2005;365(9456):331-40.
4. Ahmadpour B, Ghafourifard M, Ghahramanian A. Trust towards nurses who care for haemodialysis patients: a cross-sectional study. *Scand J Caring Sci* 2020;34(4):1010-6.

آمریکا نشان داد که با افزایش سن میزان فعال‌سازی بیماران کاهش می‌یابد. در مطالعه‌ای که توسط چوپاک و همکاران (۴۵) در سال ۲۰۱۲ بر روی بیماران قلبی در واشنگتن انجام شد نیز نشان داد که میانگین نمره فعال‌سازی با افزایش سن، کاهش می‌یابد. همگی این نتایج از نتایج مطالعه ما حمایت می‌کند. به نظر می‌رسد که با افزایش سن به علت بروز اختلالات شناختی و کاهش حافظه و نیز محدودیت‌های حرکتی، افراد توانایی کمتری در مدیریت سلامتی خود دارند و یا اینکه تمایل کمتری برای ارائه نقش فعال در سلامتی خود نشان می‌دهند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر نتیجه می‌گیریم که به‌طور کلی میزان فعال‌سازی بیماران تحت درمان با همودیالیز در سطح متوسط بوده و در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده وضعیت مطلوبی وجود نداشت به‌طوری‌که فقط تعداد محدودی از نمونه‌ها در سطح ۴ فعال-سازی قرار داشتند. بنابراین پیشنهاد می‌شود تا در همان مراحل اولیه تشخیص بیماری مزمن کلیه، نخست سطح فعال‌سازی بیماران با استفاده از ابزار استاندارد سنجش فعال‌سازی بیماران (PAM) تعیین شود و سپس بر اساس سطح فعال‌سازی هر فرد برنامه‌های مراقبتی با رویکرد مراقبت مبتنی بر فرد طراحی شود و اطلاعات کافی در زمینه بیماری و روش‌های درمان آن در اختیار بیماران و خانواده آن‌ها قرار داده شود و اعضای تیم درمانی تلاش کنند تا بطور گام به گام با بیماران و خانواده آن‌ها در امر ارائه خدمات درمانی مشارکت کنند و با آموزش و توانمندسازی بیماران در حوزه خودمراقبتی باعث تقویت مشارکت بیماران در مدیریت بیماری خود

5. Hosseinpanah F, Kasraei F, Nassiri AA, Azizi F. High prevalence of chronic kidney disease in Iran: a large population-based study. *BMC public Health* 2009;9(1):44.
6. S A-S, RD, GR. Chronic kidney disease in patients at high risk of cardiovascular disease in the United Arab Emirates: a population-based study. *PloS one* 2018;13(6):45-55.
7. Bouya S, Balouchi A, Rafiemanesh H, Hesarak M. Prevalence of chronic kidney disease in iranian general population: A meta-analysis and systematic review. *Ther Apher Dial* 2018;22(6):594-9.
8. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *The lancet*. 2012;379(9811):165-80.
9. Hellstrom A, Tessma MK, Flink M, Dahlgren A, Schildmeijer K, Ekstedt M. Validation of the patient

- activation measure in patients at discharge from hospitals and at distance from hospital care in Sweden. *BMC Public Health* 2019;19(1):1701.
10. Atashpeikar S, Jalilazar T, Heidarzadeh M. Self-care ability in hemodialysis patients. *J Caring Sci* 2012;1(1):31.
 11. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet* 2013;382(9888):260-72.
 12. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet* 2020;395(10225):709-33.
 13. Najafi I, Attari F, Islami F, Shakeri R, Malekzadeh F, Salahi R, et al. Renal function and risk factors of moderate to severe chronic kidney disease in Golestan Province, northeast of Iran. *PloS one* 2010;5(12):41-5.
 14. Tohidi M, Hashemini M, Mohebi R, Khalili D, Hosseinpanah F, Yazdani B, et al. Incidence of chronic kidney disease and its risk factors, results of over 10 year follow up in an Iranian cohort. *Plos one*. 2012;7(9):55-65.
 15. Hamidi M, Roshangar F, Khosroshahi HT, Hadi H, Ghafourifard M, Sarbakhsh P. Comparison of the effect of linear and step-wise sodium and ultrafiltration profiling on dialysis adequacy in patients undergoing hemodialysis. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2020;31(1):44-52.
 16. Lopez-Novoa JM, Martinez-Salgado C, Rodriguez-Pena AB, Hernandez FJL. Common pathophysiological mechanisms of chronic kidney disease: therapeutic perspectives. *Pharmacol Ther*. 2010;128(1):61-81.
 17. Ghafourifard M, Mehrizade B, Hassankhani H, Heidari M. Hemodialysis patients perceived exercise benefits and barriers: the association with health-related quality of life. *BMC nephrol* 2021;22(1):1-9.
 18. Wu SFV, Hsieh NC, Lin LJ, Tsai JM. Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator. *J Clin Nurs*. 2016;25(17-18):2609-18.
 19. Ghodsian S, Ghafourifard M, Ghahramanian A. Comparison of shared decision making in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis for choosing a dialysis modality. *BMC nephrol* 2021;22(1):1-9.
 20. Danis M, Solomon M. Providers, payers, the community, and patients are all obliged to get patient activation and engagement ethically right. *Health Aff* 2013;32(2):401-7.
 21. AuYoung M, Ponce NA, Duru OK, Bustamante AV, Mangione CM, Rodriguez HP. Patient activation is inconsistently associated with positive health behaviors among obese safety net patients. *J Immigr Minor Health* 2016;18(6):1489-97.
 22. Zimbudzi E, Lo C, Ranasinha S, Fulcher GR, Jan S, Kerr PG, et al. Factors associated with patient activation in an Australian population with comorbid diabetes and chronic kidney disease: A cross-sectional study. *BMJ open* 2017;7(10):e017695.
 23. Graffigna G, Barello S, Bonanomi A, Lozza E, Hibbard J. Measuring patient activation in Italy: translation, adaptation and validation of the Italian version of the patient activation measure 13 (PAM13-I). *BMC Medical Inform Decis Mak* 2015;15(1):109-10.
 24. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *health aff* 2013;32(2):207-14.
 25. Velez-Bermudez M, Christensen AJ, Kinner EM, Roche AI, Fraer M. Exploring the relationship between patient activation, treatment satisfaction, and decisional conflict in patients approaching end-stage renal disease. *Ann Behav Med* 2019;53(9):816-26.

26. Mitchell SE, Gardiner PM, Sadikova E, Martin JM, Jack BW, Hibbard JH, et al. Patient activation and 30-day post-discharge hospital utilization. *J Gen Intern Med* 2014;29(2):349-55.
27. Greene J, Hibbard JH. Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *J Gen Intern Med* 2012;27(5):520-6.
28. Alegria M, Polo A, Gao S, Santana L, Rothstein D, Jimenez A, et al. Evaluation of a patient activation and empowerment intervention in mental health care. *Med* 2008;46(3):247.
29. Blakemore A, Hann M, Howells K, Panagioti M, Sidaway M, Reeves D, et al. Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. *BMC Health Serv Res* 2016;16(1):582.
30. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res* 2004;39(4p1):1005-26.
31. Prey JE, Qian M, Restaino S, Hibbard J, Bakken S, Schnall R, et al. Reliability and validity of the patient activation measure in hospitalized patients. *Patient Educ Couns* 2016;99(12):2026-33.
32. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Self-management and health care utilization. *Health Serv Res* 2007;42(4):70-5.
33. Hibbard JH, Greene J, Tusler M. Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. *AJMC* 2009;15(6):353-60.
34. Van Bulck L, Claes K, Dierickx K, Hellemans A, Jamar S, Smets S, et al. Patient and treatment characteristics associated with patient activation in patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC nephrol* 2018;19(1):126.
35. Nair D, Cavanaugh KL. Measuring patient activation as part of kidney disease policy: are we there yet? *J Am Soc Nephrol* 2020;31(7):1435-43.
36. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res* 2005;40(6p1):1918-30.
37. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Serv Res* 2007;42(4):1443-63.
38. Zimbudzi E, Lo C, Ranasinha S, Kerr PG, Polkinghorne KR, Teede H, et al. The association between patient activation and self-care practices: A cross-sectional study of an Australian population with comorbid diabetes and chronic kidney disease. *Health Expect* 2017;20(6):1375-84.
39. Nelson RG, Pankratz VS, Ghahate DM, Bobelu J, Faber T, Shah VO. Home-based kidney care, patient activation, and risk factors for CKD progression in Zuni Indians: A randomized, controlled clinical trial. *Clin J Am Soc Nephrol* 2018;13(12):1801-9.
40. Smith SG, Pandit A, Rush SR, Wolf MS, Simon C. The association between patient activation and accessing online health information: results from a national survey of US adults. *Health Expect* 2015;18(6):3262-73.
41. Fowles JB, Terry P, Xi M, Hibbard J, Bloom CT, Harvey L. Measuring self-management of patients' and employees' health: further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics. *Patient Educ Couns* 2009;77(1):116-22.
42. Nair D, Cavanaugh KL. Measuring Patient Activation as Part of Kidney Disease Policy: Are We There Yet? *J Am Soc Nephrol* 2020;5(1):58-96.
43. Solomon M, Wagner SL, Goes J. Effects of a Web-based intervention for adults with chronic conditions on patient activation: online randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2012;14(1):e32.

44. Bos-Touwen I, Schuurmans M, Monnikhof EM, Korpershoek Y, Spruit-Bentvelzen L, Ertugrul-van der Graaf I, et al. Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study. *PloS one* 2015;10(5):e0126400.
45. Chubak J, Anderson ML, Saunders KW, Hubbard RA, Tuzzio L, Liss DT, et al. Predictors of 1-year change in patient activation in older adults with diabetes mellitus and heart disease. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(7):1316-21.

EFFECTS OF PATIENTS' ACTIVATION ON THEIR HEALTH MANAGEMENT AND ITS AFFECTING FACTORS IN THE PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS IN THE HEMODIALYSIS UNIT OF IMAM REZA (AS) HOSPITAL IN TABRIZ, IRAN

Reyhane Mirmazhari¹, Mansour Ghafourifard^{2*}, Zahra Sheikhalipour³

Received: 16 November, 2021; Accepted: 24 February, 2022

Abstract

Background & Aims: One of the concepts that has been recently emphasized in the care of chronic diseases such as chronic kidney disease (CKD) is the activity of patient in his/her health management, which is called patient activation. Knowing the level of patient activation can help physicians and nurses implementing high quality care and proper patient education. The aim of this study was to evaluate the patients' activation and the factors affecting it in patients undergoing hemodialysis.

Methods & Materials: In this cross-sectional study, a total of 180 patients undergoing hemodialysis were selected from the largest hemodialysis center in Iran by simple random sampling. Data collection was performed using demographic information and patient activation measure (PAM). Data were analyzed by SPSS software ver. 26 using ANOVA, t-test, and Pearson correlation coefficient tests.

Results: The results showed that the mean activation score for hemodialysis patients was 56.25 ± 16.77 and most of them were in level 1 of activation. The analysis showed that the mean activation score was statistically significant in terms of marital status, place of living, educational level, history of kidney transplantation, income, and age of the patients (P values were under 0.05 for all).

Conclusion: In general, the activation rate of hemodialysis patients was moderate and a limited number of samples were in level 4 of patient activation. Therefore, it is suggested that the activation level of patients should be assessed in early stages of diagnosis of CKD, and then the patients' care should be provided in accordance with the activation level of individuals and based on person-centered approaches.

Keywords: Chronic Kidney Disease, Patient Activation, Hemodialysis

Address: Department of medical surgical nursing, faculty of nursing and midwifery, Shariati-Jonubi st., Tabriz, Iran.

Tel: +9833772513

Email: m.ghafori@yahoo.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ M.Sc in nursing, RN, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Ph.D, Associate professor of nursing, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

³ Ph.D, Associate professor of nursing, Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran