



بررسی تاثیر آموزش بر رفتار خودمراقبتی و منافع و موانع انجام آن در بیماران تحت درمان همودیالیز در سال ۱۳۹۲

نویسندگان: محمدحسین باقیانی مقدم^۱، زهرا واعظیان^۲، زهره کریمیان کاکلکی^۳، رویا حمایتی^۴، حسین فلاحزاده^۵

۱. استاد گروه خدمات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، تلفن تماس: ۰۹۳۵۹۳۲۶۶۳۹ Email: zahra_vaezian@yahoo.com
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۴. استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در مانی شهید صدوقی یزد
۵. استاد گروه آمار مرکز تحقیقات پیشگیری و اپیدمیولوژی بیماری های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه یکی از شایع ترین بیماری مردم در تمام کشورهای دنیاست. خودمراقبتی یکی از جنبه های مهم درمان در بیماران همودیالیزی محسوب می شود و لازم است که آموزش خودمراقبتی در برنامه های درمانی این بیماران در بیمارستان ها قرار گیرد. این مطالعه با هدف تعیین بررسی تاثیر آموزش بر رفتار خودمراقبتی و منافع و موانع انجام آن در بیماران همودیالیز انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه تجربی، تعداد ۴۰ نفر مورد و ۴۰ نفر شاهد به روش نمونه گیری تصادفی از بین بیماران تحت درمان در بخش همودیالیز بیمارستان امام رضا (ع) آمل و امام خمینی (ره) نور وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران، در سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. بیماران گروه آزمون در طی سه جلسه ۲۵-۳۰ دقیقه ای، تحت آموزش قرار گرفتند. داده ها از طریق پرسشنامه و طی مصاحبه با بیماران، قبل و بعد از مداخله، جمع آوری شد و با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ و آزمون های t-test, Anova, ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون، تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: پس از مداخله آموزشی نمره رفتارهای خودمراقبتی همودیالیز و منافع انجام آن ها بطور معنی داری نسبت به قبل از آموزش در گروه آزمون افزایش و موانع انجام آن کاهش معنی دار داشته، در حالی که گروه شاهد هیچ تغییر قابل توجهی در این متغیرها نداشت.

نتیجه گیری: برنامه آموزشی اجرا شده در این مطالعه در بهبود رفتارهای خودمراقبتی این بیماران و مثبت نمودن درک آنها از منافع و موانع انجام آن موثر بوده است. پزشکان و پرستاران بخش دیالیز بیمارستان ها با بکارگیری این روش آموزشی، می توانند نقش بسیار موثرتری در بهبود رفتارهای خودمراقبتی این بیماران و ارتقاء سلامت بیماران همودیالیزی و بالطبع افزایش کیفیت زندگی و طول عمر آنها داشته باشند.

واژه های کلیدی: نارسایی مزمن کلیه، همودیالیز، خودمراقبتی، منافع درک شده، موانع درک شده

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه تحصیلی مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می باشد.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره: پنجم

آذر و دی ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۱۰/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۷

مرحله انتهایی بیماری کلیه (ESRD: End Stage Renal Disease) از جمله بیماری‌های ناعلاج بوده و فرد بیمار به ناچار برای ادامه حیات باید یکی از روش درمان جایگزین شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه را برگزیند (۱). ESRD در سراسر دنیا یکی از مشکلات اساسی سلامت عمومی بوده و موجب بار اقتصادی سنگینی برای جامعه و وزارت بهداشت می‌شود (۲). براساس آمارهای موجود، همودیالیز شایع‌ترین روش درمان جایگزین این بیماران است (۱،۳). میزان شیوع نارسایی کلیه در ایران و جهان بالا بوده (۴) و متأسفانه در ایران متوسط رشد بیماری کلیوی، نسبت به جهان نیز، بالاتر می‌باشد. طبق آخرین آمارهای موجود، در ایران سالانه حدود ۱۲ درصد به تعداد بیمارانی که نیاز به همودیالیز دارند، اضافه می‌گردد (۵).

تحقیقات نشان داده که آموزش بیمار تاثیر بسزایی در کاهش رفتارهای مرتبط با خطر و افزایش رفتارهای سالم خواهد داشت و از نظر اقتصادی نیز مرقون به صرفه است. بیماران برای آموزش‌هایی که کارکنان بهداشت و درمان دریافت می‌کنند ارزش خاصی قائل هستند و با آموزش‌های خودمراقبتی به آنان می‌توان باعث افزایش کیفیت زندگی و ارتقاء سلامت آنان شد (۶). خودمراقبتی به عنوان یک استراتژی برای تطابق با وقایع و تنش‌های زندگی تعریف می‌شود که باعث ارتقاء سالم پیرشدن و عدم وابستگی می‌گردد. خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدف داری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تامين، حفظ و ارتقاء سلامت خود و خانواده انجام



می‌گردد (۸، ۷). تحقیقات نشان داده که هرچه بیماران همودیالیز عملکرد خودمراقبتی بیشتری داشته باشند، احتمال پیروی از روشهای درمانی تجویز شده بیشتر است و مشکلات جسمی و روحی این بیماران کمتر می‌شود (۹). خودمراقبتی یکی از جنبه‌های مهم درمانی در بیماران همودیالیزی است. وزن کردن روزانه، رعایت رژیم غذایی و مایعات و دارویی، مراقبت از فیستول دست، اجتناب از انجام کارهای سنگین و غیره، مثال‌های از انجام خودمراقبتی توسط بیماران همودیالیز است.

بطور کلی، افراد تمایل دارند رفتارهایی را انجام دهند که بیشترین سود را برایشان در برداشته باشد ولی همیشه جهت انجام این رفتارها موانع بالقوه ای وجود دارد که مانع بروز رفتار مورد نظر می‌شود (۱۰، ۶). مراقبین سلامت بیماران همودیالیزی باید بتوانند علل تاثیرگذار در منافع و موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیالیزی را شناسایی کنند تا بتوانند با برنامه ریزی درست آموزشی از افزایش هزینه‌ها و ناتوانی‌ها و مرگ‌ومیر این بیماران، بکاهند. تحقیقات زیادی در ارتباط با تاثیر آموزش و خودمراقبتی افراد همودیالیز انجام شده ولی ارتباط تاثیر آموزش بر منافع و موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی افراد همودیالیز کمتر مورد توجه قرار گرفته است. لذا این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش بر رفتار خودمراقبتی و منافع و موانع انجام آن در بیماران تحت درمان همودیالیز، انجام گرفت.

روش بررسی

در مطالعه حاضر که بصورت تجربی انجام شد، با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ در دو گروه آزمون و



افزایش فشار خون و یا هیپاتیت و یا افزایش چربی خون و همچنین مصرف داروها مانعی برای شرکت در این مطالعه نبوده است. معیارهای خروج از برنامه شامل: مرگ بیمار، مهاجرت یا مسافرت طولانی بیمار در نظر گرفته شده بود.

در این مطالعه جمع آوری داده‌ها به صورت پرسشنامه (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) بوده است و در زمانی که بیمار در بخش دیالیز حضور داشته، پس از بیان اهداف پژوهش و اخذ رضایت نامه، توسط بیماران پر می‌شده است و نمونه‌هایی که سواد کافی نداشته اند از طریق مصاحبه توسط محقق در پرسشنامه ثبت می‌گردید. سوالات پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، تحصیلات و سابقه نارسایی کلیه در بستگان) و متغیرهای مورد مداخله (رفتار خودمراقبتی و منافع و موانع انجام آن رفتارها) بوده است. روایی محتوایی و صوری پرسشنامه با استفاده از پانل خبرگان (سه نفر متخصص آموزش بهداشت و یک نفر پزشک نفرولوژیست و یک نفر پرستار دیالیز و یک نفر متخصص آمار) مورد تایید قرار گرفت و برای تعیین پایایی درونی آن، مطالعه مقدماتی با تعداد نمونه ۱۵ نفر انجام شد که میزان آلفای کرونباخ برای سوالات خودمراقبتی، موانع و منافع به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۴ بدست آمد. پس از انجام پیش‌آزمون، برنامه آموزشی که بر اساس مشکلات تعیین شده و نیازهای آموزشی براساس نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل پیش‌آزمون تدوین شد، در طی ۳ جلسه ۲۵-۳۰ دقیقه‌ای برای گروه مورد در روزهایی که بیماران دیالیز نمی‌شدند، بصورت سخنرانی و پرسش و پاسخ بین بیماران و آموزش‌دهنده و استفاده از وسایل کمک‌آموزشی

شاهد تعداد ۴۰ نفر با احتساب ریزش ۱۰٪ در هر گروه نیاز بوده است که جمعاً تعداد ۸۰ نفر حجم نمونه در دو گروه آزمون (۴۰ نفر) و گروه شاهد (۴۰ نفر) شرکت کردند، که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین بیماران تحت درمان با همودیالیز در بخش همودیالیز بیمارستان امام رضا(ع) شهرستان آمل و امام خمینی(ره) شهرستان نور وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران انتخاب شدند. بیماران بصورت آگاهانه و با رضایت در این مطالعه شرکت کردند و هدف پژوهش قبل از تکمیل پرسشنامه‌های پیش‌آزمون برای آزمودنی‌ها توضیح داده شده بود. بطور تصادفی و جهت جلوگیری از تداخل در یافته‌های تحقیق، گروه آزمون از بین بیماران تحت همودیالیز بیمارستان امام خمینی و گروه شاهد از بین بیماران تحت همودیالیز بیمارستان امام رضا انتخاب شدند. بیمارانی وارد مطالعه شدند که واجد معیارهای ورود بودند. معیارهای ورود به مطالعه برای افراد مورد مطالعه شامل مواردی از جمله: بیماری ناعلاج ناتوان‌کننده دیگری (مثل بیماری‌های روانی، اختلال حافظه و یا معلولیت‌ها) بجز نارسایی مزمن پیشرفته کلیه نداشتند، حداقل هفته‌ای ۲-۳ بار و هر بار ۳-۴ ساعت تحت درمان همودیالیز بوده اند، در طول مداخله و اجرای برنامه آموزشی قصد مهاجرت یا پیوند کلیه نداشتند، شرایط جسمانی مناسب داشتند و مایل به شرکت در کلاسهای آموزشی بودند، قبلاً آموزش رسمی درباره‌ی مراقبت از خود ندیده بودند و در طول پژوهش در برنامه آموزشی دیگری در این زمینه شرکت نداشتند. بیمارانی که حداقل ۶ ماه و حداکثر ۸ سال تحت درمان با همودیالیز بودند، از حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۷۰ سال برخوردار بودند، مبتلایان به دیابت و یا



مطرح شد و جواب‌ها در مقیاس لیکرت و با ۵ طیف از عدد ۰ «هرگز» تا ۴ «همیشه» در نظر گرفته شد و نمره قابل اکتساب در این مقیاس در محدوده «۰-۷۲» قرار داشت.

برای منافع درک شده و موانع درک شده، هر کدام جداگانه ۷ سوال مطرح شد و جواب‌ها در مقیاس لیکرت و با ۵ طیف از عدد ۰ «هرگز» تا ۴ «همیشه» در نظر گرفته شده بود و نمره قابل اکتساب در این مقیاس‌ها هر کدام در محدوده «۰-۲۸» قرار داشت. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش (کد ۹ اخلاق)، پس از جمع‌آوری پرسشنامه پس‌آزمون در هر دو گروه، برنامه آموزشی اجرا شده برای گروه آزمون، برای گروه شاهد نیز انجام شد.

(پاورپینت) انجام شد و همزمان کتابچه راهنمای آموزشی، که شامل تمامی موارد آموزشی مورد نیاز بیماران همودیالیزی بوده است، به بیماران داده شد (جدول ۱).

پس آزمون، به فاصله یک ماه پس از مداخله آموزشی برای هر دو گروه انجام شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها داده‌ها وارد نرم افزار spss نسخه ۱۸ شد و با استفاده از آزمون‌های t- Anova, test ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون نتایج تجزیه و تحلیل گردید. سوالات خودمراقبتی شامل عباراتی مانند: خودم را هر روز وزن می‌کنم، رژیم غذایی و دارویی رعایت می‌کنم، به موقع جهت دیالیز به مرکز دیالیز مراجعه می‌کنم و غیره» بود، که تعداد ۱۸ سوال

جدول ۱: مشخصات و نکات کلیدی برنامه آموزشی اجرا شده برای بیماران همودیالیز گروه تحت آزمون

جمعیت هدف	بیماران تحت درمان همودیالیز مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان امام خمینی نور
روش/ دوره آموزش	جلسات ۲۵-۳۰ دقیقه‌ای / ۳ جلسه‌ی ۱۳-۱۴ نفره
تیم آموزشی	تیم دونفره‌ی پرستار با تجربه بخش دیالیز+ کارشناس ارشد آموزش بهداشت
منابع و هزینه‌های مورد نیاز برنامه آموزشی	یک اتاق جهت برگزاری جلسات آموزشی، پاورپینت و کتابچه آموزشی تهیه شده توسط محقق، هزینه‌های آموزش و وقت صرف شده توسط تیم آموزش دهند
نکات اصلی برنامه آموزشی	محتوی آموزش شامل مجموعه مطالبی بود که در رابطه با آموزش ماهیت بیماری، رژیم غذایی، مصرف مایعات، رژیم دارویی، مراقبت از فیستول دست، مراقبت از پوست، فعالیت و استراحت و پی‌گیری درمان، تهیه شد.

**یافته‌ها**

(۶۲/۵ درصد) بودند. اختلاف معنی‌داری بین دو گروه آزمون و

شاهد در هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای دیده نشد (جدول ۲).

شایع‌ترین مشکلات اعلام شده توسط بیماران مورد مطالعه پس از ESRD و انجام همودیالیز، به ترتیب فشارخون، دیابت و بیماری قلبی بوده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای بیماران تحت درمان با همودیالیز در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر	آزمون تعداد(درصد)	شاهد تعداد(درصد)	p
سن	۱۷-۲۶ سال	۳ (۷/۵)	P=۰/۶۱
	۲۷-۳۶ سال	۳ (۷/۵)	
	۳۷-۴۶ سال	۵ (۱۲/۵)	
	۴۷-۵۶ سال	۸ (۲۰)	
	۵۷-۶۶ سال	۱۴ (۳۵)	
	۶۷-۷۶ سال	۷ (۱۷/۵)	
جنس	مرد	۱۵ (۳۷/۵)	P=۰/۲۳
	زن	۲۵ (۶۲/۵)	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۴ (۳۵)	P=۰/۱۲
	متاهل	۲۶ (۶۵)	
شغل	شاغل	۷ (۱۷/۵)	P=۰/۳۳
	بیکار	۳۳ (۸۲/۵)	
تحصیلات	بی‌سواد	۱۲ (۳۰)	P=۰/۱
	ابتدائی	۶ (۱۵)	
	راهنمائی	۱۰ (۱۵)	
	دیپلم	۷ (۱۷/۵)	
	لیسانس	۳ (۷/۵)	
	بالا‌تر از لیسانس	۲ (۵)	



جدول ۳: مقایسه میانگین و درصد انجام هر یک از رفتارهای خود مراقبتی در آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله آموزشی

تعداد(درصد) همیشه	اغلب تعداد(درصد)	گاهی اوقات تعداد(درصد)	بندرت تعداد(درصد)	هرگز تعداد(درصد)	رفتارهای خودمراقبتی
(۲۳/۸)۱۹	(۱۰)۸	(۲۱/۳)۱۷	(۲۳/۸) ۱۹	(۲۱/۳)۱۷	خودم را هر روز وزن می‌کنم.
(۲۵/۳)۲۰	(۲۱/۵)۱۷	(۱۳/۹)۱۱	(۲۹/۱)۲۳	(۱۰/۱)۸	قبل
(۲۲/۵)۱۸	(۲۳/۸)۱۹	(۲۰)۱۶	(۲۲/۵)۱۸	(۱۱/۳)۹	بعد
(۳۱/۶)۲۵	(۲۴/۱)۱۹	(۱۹)۱۵	(۱۷/۷)۱۴	(۷/۶)۶	قبل
(۷/۵)۶	(۲۱/۳)۱۷	(۲۲/۵)۱۸	(۲۷/۵)۲۲	(۲۱/۳)۱۷	هر روز محل فیستولم را از نظر عفونت چک می‌کنم.
(۸/۹) ۷	(۲۴/۱)۱۹	(۱۵/۲)۱۲	(۳۰/۴)۲۴	(۲۱/۵)۱۷	قبل
(۳۶/۳)۲۹	(۱۷/۵)۱۴	(۳۲/۵)۲۶	(۱۰)۸	(۳/۸)۳	بعد
(۴۳)۳۴	(۲۹/۱)۲۳	(۲۰/۳)۱۶	(۵/۱)۴	(۲/۵)۲	قبل
(۲۱/۳)۱۷	(۲۶/۳)۲۱	(۱۶/۳)۱۳	(۲۲/۵)۱۸	(۱۳/۸)۱۱	بعد
(۲۵/۳)۲۰	(۲۵/۳)۲۰	(۱۶/۵)۱۳	(۲۴/۱)۱۹	(۸/۹)۷	قبل
(۸۱/۳)۶۵	(۱۳/۸)۱۱	(۱/۳)۱	(۳/۸)۳	(۰)۰	بعد
(۸۲/۳)۶۵	(۱۳/۹)۱۱	(۳/۸)۳	(۰)۰	(۰)۰	قبل
(۶۸/۸)۵۵	(۲۰)۱۶	(۵)۴	(۶/۳)۵	(۰)۰	بعد
(۷۹/۷)۶۳	(۱۲/۷)۱۰	(۳/۸)۳	(۳/۸)۳	(۰)۰	قبل
(۱۳/۸)۱۱	(۳۸/۸)۳۱	(۲۸/۸)۲۳	(۱۰)۸	(۸/۸)۷	در زمان‌های مقرر به مرکز دیالیز مراجعه می‌کنم.
(۲۶/۶)۲۱	(۳۵/۴)۲۸	(۱۷/۷)۱۴	(۱۳/۹)۱۱	(۶/۳)۵	بعد
(۴۵)۳۶	(۲۸/۸)۲۳	(۱۵)۱۲	(۰)۰	(۱۱/۳)۹	مراقب هستم که داروهایم را به موقع مصرف کنم.
(۴۴/۳)۳۵	(۲۹/۱)۲۳	(۲۱/۵)۱۷	(۲/۵)۲	(۲/۵)۲	بعد
(۵۵)۴۴	(۳۱/۳)۲۵	(۱۲/۵)۱۰	(۱/۳)۱	(۰)۰	قبل
(۶۲)۴۹	(۲۴/۱)۱۹	(۱۲/۷)۱۰	(۱/۳)۱	(۰)۰	بعد
(۲۵)۲۰	(۱۸/۸)۱۵	(۲۰)۱۶	(۱۷/۵)۱۴	(۱۸/۸)۱۵	شیر و فرآورده‌های آن را با نظر پزشکم مصرف می‌کنم.
(۳۱/۶)۲۵	(۱۱/۴)۹	(۲۹/۱)۲۳	(۱۷/۷)۱۴	(۱۰/۱)۸	بعد
(۶۱/۳)۴۹	(۲/۵)۲	(۱۵)۱۲	(۶/۳)۵	(۱۵)۱۲	سیگار و دخانیات مصرف نمی‌کنم.
(۶۲) ۴۹	(۳/۸)۳	(۱۱/۴)۹	(۱۰/۱)۸	(۱۲/۷)۱۰	بعد
(۷/۵)۶	(۱۸/۸) ۱۵	(۲۸/۸)۲۳	(۱۰)۸	(۳۵)۲۸	غذاها و میوه‌های حاوی پتاسیم زیاد را در حین دیالیز مصرف می‌کنم.
(۱۲/۷)۱۰	(۱۵/۲)۱۲	(۲۱/۵)۱۷	(۲۱/۵)۱۷	(۲۹/۱)۲۳	بعد
(۶۵)۵۲	(۲۲/۵)۱۸	(۷/۵)۶	(۰)۰	(۵)۴	دارویی را بدون نظر پزشکم مصرف نمی‌کنم.
(۸۱)۶۴	(۱۵/۲)۱۲	(۲/۵)۲	(۰)۰	(۱/۳)۱	قبل
(۵۷/۵)۴۶	(۲۶/۳)۲۱	(۱۱/۳)۹	(۰)۰	(۵)۴	بعد
(۵۷)۴۵	(۲۲/۸)۱۸	(۱۶/۵)۱۳	(۲/۵)۲	(۱/۳)۱	با دستی که فیستول دارد کار سنگین نمی‌کنم و لباس آستین تنگ نمی‌پوشم.
(۵۱/۳)۴۱	(۳۵)۲۸	(۱۲/۵)۱۰	(۱/۳)۱	(۰)۰	قبل
(۵۷)۴۵	(۲۴/۱)۱۹	(۱۶/۵)۱۳	(۱/۳)۱	(۱/۳)۱	بعد
(۱۵)۱۲	(۵)۴	(۱۲/۵)۱۰	(۱۲/۵)۱۰	(۵۵)۴۴	در زمان‌هایی که احساس خستگی و ضعف کردم، استراحت می‌کنم.
(۱۲/۷)۱۰	(۳/۸)۳	(۱۱/۴)۹	(۱۵/۲)۱۲	(۵۷)۴۵	وقت‌هایی که احساس افسردگی کردم با پزشکم تماس می‌گیرم.
(۵۶/۳)۴۵	(۵)۴	(۳/۸)۳	(۱۰)۸	(۲۵)۲۰	قبل
(۷۰/۹)۵۶	(۶/۳)۵	(۳/۸)۳	(۵/۱)۴	(۱۳/۹)۱۱	بعد



هیچ موردی تفاوت معنی‌دار، قبل و بعد از مداخله، دیده نشد (جدول ۴).

در بین آیتم‌های منافع درک‌شده، عبارت «رعایت دستورات پزشک و پرستارم احتمال از دست دادن توانایی جنسی‌ام را کاهش می‌دهد» کمترین فراوانی را داشت که بعد از مداخله آموزشی نیز همچنان کمترین نمره را در سوالات منافع درک‌شده، داشته است. و در بین آیتم‌های موانع درک‌شده، عبارت «نمی‌توانم از لذت خوردن هر غذایی که دوست دارم صرف‌نظر کنم چون آن وقت زندگی برایم بی‌مزه است» و «چون تنظیم برنامه غذایی خاص و پختن غذاهای جداگانه برای من در خانواده امکان‌پذیر نیست، رعایت رژیم غذایی دقیق برای من دشوار است» بیشترین مانع گزارش شده در حالی که «به علت گرفتاری‌های زندگی وقت این را ندارم که بطور منظم و سرزمان مقرر به مرکز دیالیز مراجعه کنم» کمترین مانع گزارش شده در کل آزمودنی‌ها بوده است.

قبل از مداخله آموزشی، منافع درک‌شده رفتارهای خودمراقبتی همودیالیز در زنان بطور معنی‌داری ($P=0/003$) بالاتر از مردان بوده همچنین موانع درک‌شده رفتارهای خودمراقبتی همودیالیز در گروه مجرد بطور معنی‌داری بیشتر از گروه متأهل بوده است، که بعد از مداخله آموزشی این تفاوت‌ها وجود نداشته است.

در جدول ۳ میانگین و درصد انجام هر یک از رفتارهای خودمراقبتی در آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله آموزشی آورده شده است. همینطور که در این جدول مشخص است، بعد از مداخله آموزشی، وضعیت انجام همه رفتارهای خودمراقبتی در آزمودنی‌ها افزایش داشته است. بر اساس نتایج آزمون t زوجی، بعد از اجرای برنامه آموزشی در گروه آزمون، وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی همودیالیز و درک آن‌ها از منافع انجام این رفتارها در گروه آزمون بطور معنی‌داری بیشتر از قبل بوده است ولی درک آن‌ها از موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی کاهش یافته است. در حالی که در گروه شاهد، در

جدول ۴: مقایسه میانگین رفتارهای خودمراقبتی همودیالیز و منافع و موانع انجام آن، قبل و بعد از آموزش

P.value	میانگین \pm انحراف معیار		گروه	زمان متغیر
	بعد	قبل		
$p=0/001$	۵۳/۷۷ \pm ۸/۲۷	۴۶/۶۵ \pm ۱۰/۰۹	آزمون	رفتار خودمراقبتی
$p=0/251$	۴۶/۱۷ \pm ۱۰/۲۲	۴۷/۵ \pm ۱۱/۱۴	شاهد	
$p=0/000$	۲۰/۷۱ \pm ۴/۹۵	۱۸/۸ \pm ۶/۰۲	آزمون	منافع درک‌شده
$p=0/073$	۱۸/۵۱ \pm ۴/۶۳	۱۹/۳۵ \pm ۵/۳	شاهد	
$p=0/021$	۱۸/۹۵ \pm ۴/۷۱	۱۵ \pm ۴/۶۵	آزمون	موانع درک‌شده
$p=0/099$	۱۵/۶۷ \pm ۴/۹	۱۵/۴۲ \pm ۴/۵	شاهد	



بحث و نتیجه گیری

بیمارستان‌ها، برای توانمندسازی این بیماران در رعایت رژیم غذایی مناسب، نیاز است. عبارت «به علت گرفتاری‌های زندگی وقت این را ندارم که بطور منظم و سرزمان مقرر به مرکز دیالیز مراجعه کنم» کمترین مانع را برای بیماران مطالعه حاضر، ایجاد می‌کرد، چون این بیماران در شرایطی قرار داشتند که احساس نیاز و اعتماد به دستگاه‌های همودیالیز را، جهت ادامه حیات، در خود حس می‌کردند.

قبل از انجام مداخله آموزشی، کلیه آزمودنی‌ها رفتارهای خودمراقبتی را بالاتر از متوسط انجام می‌دادند و همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است، گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله آموزشی اختلاف معنی‌داری در رفتارهای خودمراقبتی نداشته‌اند ولی بعد از مداخله آموزشی که برای گروه آزمون انجام شد، نمره رفتارهای خودمراقبتی گروه آزمون بطور معنی‌داری از گروه شاهد بیشتر شد. در مطالعه Rezaii loye و همکاران (۱۵) نیز نمره رفتارهای خودمراقبتی بعد از مداخله آموزشی افزایش داشته است. با توجه به اینکه گروه آزمون و شاهد به لحاظ متغیرهای دموگرافیک باهم یکسان بوده‌اند پس می‌توان گفت افزایش رفتارهای خودمراقبتی نتیجه آموزش در گروه آزمون بوده است، که از این حیث با مطالعه Braden J Manns شباهت دارد که در آن آموزش خود مراقبتی در ۸۲/۱٪ گروه مورد آموزش در مقایسه با گروه شاهد موثر بوده است (۱۶). خودمراقبتی در رفتار «مراجعه به مرکز دیالیز در زمان‌های مقرر» بیشتر از بقیه رفتارها بوده است و در رفتارهای «مصرف به موقع داروها» و «مصرف نکردن هیچ دارویی بدون نظر پزشک» و «عدم مصرف سیگار و دخانیات»

در مطالعه انجام شده مشاهده شده که اکثر افراد شرکت‌کننده، سن ۵۷ تا ۶۶ سال داشتند (۳۱/۳)، و اکثر آنها زن (۶۱/۳ درصد) و متاهل (۶۲/۵ درصد) بودند که از این حیث با مطالعه Alilo و همکاران (۱۱)، مطابقت دارد. ۲۵ درصد آزمودنی‌ها بی سواد و ۲۷/۵ درصد دیپلم به بالا و ۴۷/۵ درصد آزمودنی‌ها تحصیلات در حد خواندن و نوشتن داشتند و ۷۳/۷۵ درصد بیکار بودند، درحالی که در مطالعه شفیع پور و همکاران (۱۲)، تنها ۲ درصد شرکت‌کننده‌ها سواد دانشگاهی داشتند و ۸۳ درصد بیکار بودند. و در مطالعه شهرام براز و همکاران ۵۴/۸۴ درصد بیماران همودیالیزی شرکت‌کننده تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند (۱۳)، که دلیل آن سن کم افراد شرکت‌کننده در آن مطالعه بود (متوسط ۳۳/۸۳ سال). شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای در بیماران این مطالعه به ترتیب فشارخون، دیابت و بیماری قلبی بوده است درحالی که در مطالعه افشار، به ترتیب دیابت قندی و پر فشاری خون بوده است (۱۴). عبارت «رعایت دستورات پزشک و پرستارم احتمال از دست دادن توانایی جنسی‌ام را کاهش می‌دهد» کمترین منفعت را برای بیماران مورد مطالعه در بر داشت که با توجه به نتایج مطالعه افشار (۱۴)، بعلت اختلالات خلقی ناشی از عوارض همودیالیز، و شیوع بالای افسردگی در این بیماران، این مسئله قابل توجیح است. اکثر بیماران مورد مطالعه بیان کردند که رعایت رژیم غذایی بدلائیل مختلف، برایشان امکان‌پذیر نیست، که این امر بیشترین مانع برای انجام رفتارهای خودمراقبتی آنها، بود. به این دلیل به آموزش‌های مداوم متخصصین تغذیه در بخش‌های دیالیز



مصرف داروها و پیگیری درمان را، بطور معنی داری بیشتر از قبل از مداخله انجام می دادند (۱۱).

در افراد مورد مطالعه اعتقاد بالایی به رفتارهای خودمراقبتی و منافع درک شده دیده شد ولی موانع درک شده در حد متوسط بوده است. در مطالعه Shojae fard و همکاران (۶) نیز بیماران نارسایی قلبی رفتارهای خودمراقبتی و منافع درک شده را بالا و موانع درک شده در حد متوسط انجام می دادند. در بین آیتم های منافع درک شده رفتارهای خودمراقبتی، اعتقاد به «رعایت رژیم غذایی و دارویی جهت افزایش طول عمر» بیشترین فراوانی را داشت که این نشان از اعتقاد آزمودنی ها به منافع انجام رفتارهای خودمراقبتی است زیرا می دانستند اگر رژیم غذایی و دارویی را رعایت کنند، طول عمر بالاتری خواهند داشت. با توجه به جدول شماره ۳ آزمودنی ها موانع درک شده رفتارهای خودمراقبتی در حد متوسط داشته اند. پس مشخص است که آزمودنی ها جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی همودیالیز موانعی داشتند ولی این موانع به آن اندازه نبود که مانع از انجام رفتارهای خودمراقبتی گردد. مانعی که بیشترین فراوانی را داشت «دشواری رعایت رژیم غذایی دقیق بعلاوه امکان پذیر نبودن تنظیم برنامه غذایی خاص و پختن غذاهای جداگانه در خانواده» و «بی مزه جلوه دادن زندگی در صورت نخوردن غذاهای مورد علاقه» بیان شد. در مطالعه انجام شده، بعد از اجرای برنامه آموزشی در گروه آزمون، رفتارهای خودمراقبتی در بیماران تحت همودیالیز و درک آنها از منافع انجام این رفتارها افزایش معنی داری داشته و همچنین درک آنها از موانع انجام رفتارهای خود مراقبتی کاهش

و «مراقبت از فیستول هنگام استحمام» خودمراقبتی بالاتر از متوسط داشته اند و در بقیه موارد عملکرد متوسط وضعیف داشته اند. اکثریت افراد شرکت کننده در مطالعه در هنگام افسردگی با پزشک خود تماس نمی گیرند و بعد از آموزش نیز اختلاف معنی داری بین گروه آزمون و شاهد در این خصوص دیده نشده است که با نتایج مطالعه Afshar و همکاران (۱۴)، که افزایش افسردگی در بیمارانی که تحت همودیالیز هستند را نشان می دهد، همخوانی دارد. مشابه مطالعه Shojae fard و همکاران (۶)، بیماران مطالعه حاضر، علت وزن نکردن روزانه خود را عدم دسترسی به ترازو اعلام کردند که با علم به این موضوع و کمک های مالی بنیادهای خیریه بیماران دیالیزی، می توان شرایط جهت وزن کردن روزانه بیماران همودیالیزی با داشتن ترازو در منزل را، ایجاد کرد.

همانطور که در جدول ۳ مشخص است، آزمودنی ها، قبل از مداخله آموزشی، بعضی از رفتارهای خودمراقبتی را بیشتر از رفتارهای دیگر انجام می دادند. اکثریت بیماران مورد مطالعه در زمانهای مقرر به مرکز دیالیز مراجعه می کردند و مراقب فیستول دستشان بودند، داروهایشان را به موقع مصرف می کردند و در هنگام خستگی، استراحت می کردند. که این به علت آگاهی از منافع انجام آن رفتارها و آموزش های کاربردی پرستاران و پزشکان بخش دیالیز، بوده است. در حالی که در مطالعه ی لایلا آلیلو و همکاران بیماران همودیالیزی، بعد از مداخله آموزشی، رفتارهای خودمراقبتی تغذیه و مراقبت از پوست و فیستول دست و همچنین



مراقبین سلامت این بیماران قرار گیرد تا در راستای آن، احتمال بروز عوارض ناشی از همودیالیز و مرگ و میر زودرس این بیماران کاهش یابد. با کمک مطالعه انجام شده حاضر و مطالعات مشابهی که تاثیر آموزش را مورد ارزیابی قرار داده است، می توان به این مهم در همه بیماری های مزمن که امروزه روبه افزایش است، دست یافت.

تشکر و قدردانی

از ریاست محترم دانشکده بهداشت شهید صدوقی یزد و همچنین پرسنل محترم بخش همودیالیز بیمارستان امام خمینی نور و امام رضای آمل که در انجام این پژوهش ما را یاری داده اند، تشکر و قدردانی بعمل می آید. این مقاله حاصل از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، مصوب دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می باشد.

References

- 1- writers Gorup. Nurses and renal failure. 1nd ed. Tandis; 2008: 12-49. [persian]
- 2- Tayyebi A, Baba Haji M, Sadeghi M. Effect of Hatha yoga exercises on stress, anxiety and depression in hemodialysis patients. J Nurs Care 2011;4(4): 67-72. [persian]
- 3- Adib Haj Bagheri M, Molodi Zade N, Maseodi Alavi N. Quality of care for patients undergoing hemodialysis vascular access. IJCCN 2011;4(2):87-92. [persian]
- 4- Abbasi M, Mirzaii I, Mosavi M. Effect of education through lectures and pamphlets on changes in body weight and serum markers in some patients treated with hemodialysis Qom Kamkar Hospital in 1386. Qom University of Medical Sciences. 2012;1(3): 46-51. [persian]
- 5- Status in patients with renal failure/dialysis a cost of 18 million. 2013. Available from: <http://khabaronline.ir/detail/2810031December2013>.

معنی داری داشته است (جدول ۴). در حالی که در گروه شاهد نه تنها افزایش معنی داری نداشته اند بلکه کاهش جزئی نیز داشته است. علت این افزایش رفتارهای خودمراقبتی در گروه آزمون متأثر از آموزشی است که به شیوهی سخنرانی و پرسش و پاسخ بین بیماران و آموزش دهنده و استفاده از وسایل کمک آموزشی (پاورپوینت) و کتابچه راهنمای آموزشی بیماران تحت همودیالیز که حاوی راهنمایی های جهت شناخت ماهیت بیماری و رعایت رژیم غذایی و دارویی، بوده است.

از آنجا که رفتارهای خودمراقبتی در بیماران تحت همودیالیز از اهمیت زیادی برخوردار است و بیماران مطالعه حاضر و بالطبع همودیالیزی های کل کشور از خودمراقبتی بالایی برخوردار نیستند، لازم است که مراقبت بیماران ESRD در همه زمینه ها اعم از تشخیص و درمان و خودمراقبتی این بیماران، ارتقا یابد. لذا برنامه آموزشی بکار رفته در این مطالعه می تواند بعنوان الگویی جهت



- 6- Shojae fard J, Nadrian H, Baghiani Moghadam M, et al. The effect of education on self-care behavior, and the benefits and barriers in patients with heart failure in Tehran. *Health Pyavrd* 2009;2(4):43-55. [persian]
- 7- Dehghan Niri N, Jalali Nia F. in translation *Nursing theories and theories*. 1, editor. Tehran: Publishing and promoting Boshra; 2006: 46-58. [persian]
- 8- Rafiifar S, Attarzade M, Ahmadzade Asl M. *Comprehensive system of empowering people to take care of your health*. 1nd ed. Tehran: Mehrravesh; 2005: 37-60. [persian]
- 9- Sajjadi M, Akbari A, KianMehr M. Investigate the relationship between self-care and depression in patients undergoing maintenance hemodialysis. *Knowledge Horizon* 2008; 14(1): 13-8. [persian]
- 10- Saffari M, ShojaiiZade D, GhofraniPor F. *Theories, models and methods of health education and health promotion*. 2nd ed. Tehran: Asare sobhan; 2012: 20-38 . [persian]
- 11- Alilo L, Shakibi A, Shargh A. Effects of home care education on knowledge and practice of Hemodialysis Patients. *Med J Urmia* 2011; 22(5): 410-5. [persian]
- 12- Shafeepor V, Jafari H, Shafeepor L. Examine the relationship between stress intensity and quality of life in patients Hmvdyalzbymarstan city of Surrey in 2008. *J Sabzevar Uni Med Sci* 2009; 16(3): 155-60. [persian]
- 13- Beraz S, Mohammadi I, Boromand B. Impact on the quality of education through live video and physically challenged patients treated with hemodialysis. *Iran J Nurs* 2008; 21(54): 122-32. [persian]
- 14- Afshar R, GHaedi G, Sanavi S. Prevalence of Depression in patients undergoing dialysis and related factors. *Med J* 2010; 17(88): 59-66. [persian]
- 15- RezaiiLoye H, Dalvandi A, Hoseini M, et al. The impact of self-care education on quality of life in patients with heart failure. *Rehabilitation* 2009; 10(2): 22-6. [persian]
- 16- Manns Bj, Taub K, Straeten CY, et al. The impact of education on chronic kidney disease patients, plans to initiate dialysis with self care dialysis. *Kidney Int* 2005; 68(4): 1777-83.



Evaluating Effect of Self-care Behavior Training as well as its Benefits and Barriers on the Patients Undergoing Hemodialysis

Baghiani Moghadam MH (Ph.D)¹, Vaezian Z (M.Sc)², Karimiankakolaki Z (M.Sc)³, Hemayati R(Ph.D)⁴, Fallahzade H (Ph.D)⁵

1. Professor, Department of Health Services, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Corresponding Author: MS.c Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
3. MS.c Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
4. Assistant Prof, Department of Internal Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
5. Department of Biostatistics, Research Center of Prevention and Epidemiology of non-Communicable disease, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: End Stage Renal Disease (ESRD) is regarded as one of the most prevalent diseases in all countries of the world. Self-care is one of the important aspects in treatment of hemodialysis patients. Therefore, self-care training demands to be taken into consideration in the patients' health programs in the hospitals. This study aimed to evaluate the effect of self-care behavior training as well as its benefits and barriers on patients undergoing hemodialysis.

Methods: In this experimental study, 40 cases and 40 controls were selected out of hemodialysis patients via random sampling method in 2013, who were hospitalized in two hospitals of Imam Reza in Amol and Imam khomeini in Noor that are dependent on Mazandaran University of Medical sciences. The intervention group patients were trained in three sessions of 25-30 minutes. The study data were collected before and after the intervention using the questionnaires and interview. Moreover, SPSS software (ver.18) was applied to analyze the study data via using correlation coefficient, regression, Anova analysis and T-test.

Results: After the training intervention, hemodialysis self-care scores as well as self-care benefits significantly increased, whereas the self-care constraints decreased significantly in the intervention group. However, the control group revealed no significant changes in regard with these variables.

Conclusion: The study findings demonstrated that the training program implemented in this study improved the patients' self-care behaviors and created a positive perception of self-care benefits and barriers. As a result, doctors and nurses in dialysis wards, utilizing this training procedure, can play an effective role in improving the patients' self-care behaviors, promoting their health, as well as increasing their quality and length of life.

Keywords: Dialysis; End stage renal disease; Perceived barriers; Perceived benefits; Self-care