

تأثیر آموزش خودمدیریتی بر استرس درک شده بیماران سالمند بستری در بخش دیالیز

شعبان قاسمی^۱، زهرا کاشانی‌نیا^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۴/۲۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۷/۲۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سالمندی در جهان روند رو به رشد دارد و بیماری‌های مزمن در این سن شیوع بیشتری داشته و با عوارض شدیدتری همراه است. یکی از این بیماری‌های مزمن، نارسایی مزمن کلیه است همودیالیز شایع‌ترین روش درمان جایگزین کلیه در این بیماران می‌باشد. و ممکن است باعث استرس گردد. مطالعه حاضر باهدف بررسی تأثیر آموزش خودمدیریتی بر استرس درک شده سالمندان بستری در بخش دیالیز انجام شد.

مواد و روش کار: مطالعه کارآزمایی بالینی غیر تصادفی (نیمه تجربی) روی ۶۲ سالمند دیالیزی بیمارستان آیت اله طالقانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۷ انجام شد. ابتدا با استفاده از مقیاس آزمون مختصر شناختی (AMTs)، وضعیت شناختی نمونه‌ها و سپس با استفاده از مقیاس استرس ادراک‌شده کوهن و همکاران (PSS)، نمرات استرس درک شده در هر دو گروه مداخله و کنترل اندازه‌گیری شد. در ادامه در گروه مداخله، آموزش خودمدیریتی به مدت ۱۸ جلسه یک‌ساعته (هر هفته دو جلسه) برگزار گردید. میزان استرس درک شده بیماران در هر دو گروه پس از یک ماه مجدداً بررسی شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۴ و آمار توصیفی، t زوجی؛ t مستقل و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سالمندان، از نظر اطلاعات دموگرافیک همگن بودند. قبل از انجام مداخله نمرات استرس درک شده در گروه مداخله (۲۹/۰۶) و کنترل (۲۹/۸۶) تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. لیکن پس از مداخله میانگین نمرات استرس در گروه مداخله (۲۶/۹۶) کاهش معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر اجرای آموزش خودمدیریتی در کاهش میزان استرس درک شده بیماران در این مطالعه، پیشنهاد می‌گردد از این روش کم‌هزینه و مؤثر، در کاهش استرس بیماران سالمند تحت درمان با همودیالیز استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: سالمند، همودیالیز، خودمدیریتی، استرس درک شده

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره هشتم، پی‌درپی ۱۲۱، آبان ۱۳۹۸، ص ۶۲۴-۶۱۶

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه پرستاری، تلفن: ۰۹۱۲۱۵۹۲۹۰۰

Email: kashaninia.za@iums.ac.ir

مقدمه

نیز می‌شوند و بعد از گذشت مدتی، فرد نه تنها از بیماری‌های جسمی بلکه از اختلالات روانی نیز رنج می‌برد. قرار گرفتن فرد در معرض استرس ناشی از درد و بیماری‌های جسمانی مزمن در برخی موارد شرایط بهبود را به تأخیر می‌اندازد. (۱۲) یکی از بیماری‌های مزمن در بین افراد سالمند، نارسایی مزمن کلیه است که تمامی ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ نفر در هر میلیون نفر است و سالانه ۸ درصد افزایش می‌یابد. (۵) در کشور ما رشد موارد جدید نارسایی انتهایی کلیه بسیار بالا و معادل ۲۲/۶ در صد در سال می‌باشد به طوری که سالانه تعداد ۴۰۰۰ نفر به بیماران قبلی اضافه می‌شود (۶) همودیالیز شایع‌ترین روش درمان جایگزین کلیه

سالمندی در جهان روند رو به رشدی دارد (۱). آمارهای سرشماری سال ۱۳۹۵ کشور، حاکی از افزایش سهم جمعیت سالمند با سن بیش از ۶۵ سال از ۵/۷ درصد در سال ۹۰ به ۶/۱ در سال ۹۵ می‌باشد (۲) جمعیت سالمندان در تمام کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته رو به افزایش است و این افزایش به تبع خود همراه با افزایش بار بیماری‌های مزمن می‌باشد (۳).

از بیماری‌های شایع دوران سالمندی می‌توان به استئوپروز، دیابت، فشارخون و نارسایی کلیه ناشی از دیابت و فشارخون اشاره نمود. بیماری‌های مزمن در طولانی‌مدت علاوه بر اینکه کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند موجب مختل شدن روان فرد

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران^۲ استادیار گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

می‌شود (۱۷) مداخلات خودمدیریتی در بیماران روماتوئیدی در کاهش درد و التهاب مفصل و بهبود تحرک مؤثر بوده است (۱۸). معطری و همکاران گزارش کردند برنامه‌های خودمدیریتی بیماران تحت درمان با همودیالیز در بهبود کیفیت کلی و ابعاد فیزیولوژیکی، معنوی و خانوادگی کیفیت زندگی بیماران تحت مطالعه مؤثر بود (۴).

با شناسایی اثربخشی آموزش خودمدیریتی در این گروه از سالمندان به‌عنوان یک راهکار غیر دارویی در کاهش استرس، می‌توان به‌کارگیری آن را به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی بالأخص پرستاران که مدت‌زمان بیشتری را در بیمارستان با بیماران سپری می‌نمایند توصیه نمود. مطالعه‌ای که به تأثیر آموزش خودمدیریتی بر استرس درک شده بیماران سالمند بستری‌شده در بخش دیالیز در ایران پردازد گزارش نشده است و با نظر بر این‌که استرس اثرات نامطلوبی بر سلامت بیماران مزمن دارد بنابراین، مطالعه حاضر به‌منظور تعیین تأثیر آموزش خودمدیریتی بر استرس درک شده بیماران سالمند بستری در بخش دیالیز در سال ۱۳۹۷ در مرکز آموزشی درمانی آیت‌اله طالقانی ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی غیر تصادفی (نیمه تجربی) بود که تعداد ۶۲ سالمند تحت درمان با همودیالیز بیمارستان آیت‌اله طالقانی شهرستان ارومیه با توجه به معیارهای ورود به‌طور مستمر و به‌صورت غیر تصادفی به دو گروه مداخله (۳۲ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) تقسیم شدند.

معیارهای ورود:

- مددجو اختلال شناختی (با استفاده از ابزار AMT) نداشته و حداقل نمره ۷ را کسب نماید.
- مددجو سن بین ۶۰ تا ۷۵ سال داشته باشد.
- مددجو سواد خواندن و نوشتن داشته باشد.
- مددجو توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه را داشته باشد.
- مددجو توان برقراری ارتباط داشته و با توجه به پرونده پزشکی بیماری روانی نداشته باشد.
- مددجو از هیچ‌یک از داروهای روان‌گردان استفاده نکند.

معیارهای خروج:

- مددجو برای ادامه حضور در پژوهش تمایل نداشته باشد.
- مددجو در یک جلسه آموزشی غیبت نماید.

در بیماران کلیوی است که معمولاً ۳ بار در هفته و هر بار ۳ الی ۴ ساعت در بخش دیالیز انجام می‌شود (۴). اگرچه همودیالیز می‌تواند طول مدت عمر بیمار را افزایش دهد اما نمی‌تواند دوره طبیعی بیماری زمینه‌ای کلیه را تغییر داده و به‌طور کامل جایگزین عملکرد کلیه شود علیرغم پیشرفت‌های زیاد در تجهیزات همودیالیز این روش هنوز بدون عوارض حین دیالیز نیست (۸). شواهد حاکی از آن است که این درمان مسئول ایجاد تغییرات قابل‌توجهی در کیفیت زندگی بیماران مزمن کلیوی است (۹).

همودیالیز روش زندگی خانوادگی فرد را نیز تغییر می‌دهد. همودیالیز ممکن است باعث بروز تضاد، ناامیدی، خشم و افسردگی در فرد گردد (۴). این افراد علاوه بر روبه‌رو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیک با تنش‌های روانی بسیاری نیز روبرو می‌گردند که هرکدام به‌نوبه خود می‌توانند در روان و شخصیت آن‌ها اختلال ایجاد کند به‌طوری‌که اغلب آن‌ها با مشکلات و تنش‌ها سازگار نشده و دچار تغییرات رفتاری مانند استرس، اضطراب، افسردگی، انزوا و انکار بیماری می‌گردند (۱۳) بیماران دیالیزی مانند تمام بیماران مزمن و گاهی در حد شدیدتر از سایر بیماران در معرض استرس شدید می‌باشند و برای ادامه زندگی از شیوه‌های مقابله‌ای و سازگاری که عملی محافظتی است بهره می‌جویند (۱۰). نتایج مطالعه طبیعی و همکاران (۱۳۹۰) نشان می‌دهد ۵۰-۴۰ درصد بیماران تحت همودیالیز استرس خفیف تا شدید دارند (۱۱). در این وضعیت اهمیت خودمدیریتی نمایان می‌گردد. خودمدیریتی به رفتارهایی اطلاق می‌شود که فرد مبتلا به بیماری مزمن جهت کاهش اثرات بیماری بر وضعیت جسمی خود عهده‌دار می‌شود (۱۲). احساس عدم توانایی، فقدان کنترل بر بیماری و درمان، مشکلات مالی، ناتوانی حفظ شغل، داشتن درمان‌های دارویی متعدد، برنامه‌های غذایی خاص و کسب توانایی لازم در سازگاری با ناتوانی‌های جسمی و روحی، کیفیت زندگی افراد تحت همودیالیز را تحت تأثیر قرار می‌دهد در نتیجه کنترل مشکلات و عوارض مربوط به بیماری این افراد را نیازمند آموزش‌های ویژه و توانمندسازی در کنترل بیماری خود می‌نماید خودمدیریتی چیزی فراتر از پیروی از دستورالعمل‌های درمان است. و علاوه بر آن ترکیبی از مدیریت رفتاری، روانی و اجتماعی در برخورد با بیماری مزمن است (۱۴). استفاده از آموزش‌های خودمدیریتی از جمله مواردی است که موردتوجه بعضی از محققین جهت بهبود وضعیت کیفیت زندگی، کنترل و درمان افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن قرار گرفته است (۱۵).

اقدامات خودمدیریتی میزان استرس بیماران را کاهش می‌دهد (۱۶). Heisler و همکاران گزارش کردند که تبعیت از رفتارهای خودمدیریتی منجر به کاهش ۵۶ درصدی عوارض ناشی از دیابت

طی شیفت‌های صبح، عصر و شب انتخاب و وارد مطالعه شدند تا نمونه‌های گروه کنترل از انجام مداخله در گروه مداخله آگاهی پیدا نکنند. برای کلیه نمونه‌ها پرسشنامه جمعیت شناختی تکمیل گردید. سپس و قبل از انجام هر مداخله‌ای، از کلیه بیماران سالمند بستری در بخش دیالیز در هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل خواسته شد پرسشنامه‌های ارزیابی استرس درک شده (PSS-14) را تکمیل نمایند. در ادامه، آموزش خود مدیریتی گروه مداخله که شامل برگزاری ۶ جلسه کلاس یک‌ساعته در سه هفته (هر هفته دو جلسه) و در سه گروه مجزا صبح و عصر و شب (مجموعاً ۱۸ جلسه یک‌ساعته) با موضوعاتی همچون برنامه منظم آموزش خود مدیریتی در زمینه بیماری کلیه و عوارض آن (جلسه اول)، نقش تغذیه و ورزش در بهبود این بیماری (جلسه دوم)، مهارت‌های حل مسئله در برخورد با مشکلات ناشی از این بیماری (جلسه سوم)، مقابله با احساسات منفی (جلسه چهارم)، معرفی سیستم‌های حمایتی (جلسه پنجم) و راهکارهای کاهش استرس و خودمدیریتی در سالمندان دیالیزی (جلسه ششم) بود به اجرا درآمد. شیوه برگزاری جلسات آموزشی بدین ترتیب بود که در ابتدای جلسه، موضوع آموزشی ارائه‌شده در جلسه قبل مرور گردید در ادامه، اهداف موضوع آموزشی جلسه جدید مطرح و توضیح داده شد در میان جلسه، به مدت ۱۰ دقیقه از شرکت‌کنندگان پذیرایی متناسب با شرایط تغذیه‌ای آن‌ها به عمل آمد سپس مباحث موضوع آموزشی همان جلسه، توضیح داده شد و در پایان به سؤالات مطرح شده جواب داده شد. به‌منظور غنی بخشی به محتوای آموزش از افراد متخصص (کارشناس تغذیه، کارشناس تربیت‌بدنی و کارشناس مشاوره) در این حوزه‌ها در جلسات آموزشی با عناوین "نقش تغذیه و ورزش در بهبود بیماری" و "راهکارهای کاهش استرس" دعوت و در آموزش کمک گرفته شد. مطالب ارائه‌شده در هر جلسه در قالب پمفلت‌های رنگی به افراد حاضر، جهت مطالعه در منزل ارائه گردید. لازم به ذکر است با عنایت به اینکه امکان حضور افراد گروه مداخله در یک زمان واحد مقدور نبود لذا اجرای مداخله آموزشی با تبدیل گروه مداخله (۳۲ نفر) به سه گروه کوچک در شیفت‌های صبح (۱۳ نفر)؛ عصر (۹ نفر) و شب (۱۰ نفر) و قبل از انجام دیالیز صورت پذیرفت. محل برگزاری جلسات آموزشی در کلاس آموزشی جنب بخش دیالیز بود. گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت نمودند. در پایان دوره مداخله، مجدداً پرسشنامه ارزیابی استرس درک شده PSS-14 برای سنجش استرس درک شده برای مقایسه در دو گروه بیماران سالمند بستری در بخش دیالیز (مداخله و کنترل) تکمیل شد. پس از انجام مداخله و جمع‌آوری اطلاعات نوبت دوم و به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، پمفلت‌های آموزشی به گروه کنترل نیز داده شد. درنهایت داده‌های جمع‌آوری‌شده در دو گروه مداخله و کنترل در مورد میزان تأثیر

- حوادث استرس‌زای عمده در طی پژوهش مثلاً وقوع بیماری جدی همسر و فرزند اتفاق بیافتد.
- خود سالمند فوت نموده یا یکی از عزیزان سالمند فوت کند.
- مددجو دچار سانحه استرس‌زا مانند تصادف شود.
- مددجو دچار اختلاف خانوادگی شدید شود.
- مددجو مهاجرت نماید.

روش نمونه‌گیری:

نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس، مستمر و غیر تصادفی از مراجعین به بخش دیالیز مرکز آموزشی درمانی آیت الله طالقانی شهرستان ارومیه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی، تا زمانی که نمونه‌ها کامل شدند (۶۲ نفر) ادامه یافت. بدین ترتیب که کلیه سالمندانی که شرایط شرکت در پژوهش را بر طبق معیارهای ورود به مطالعه را داشتند با مراجعه پژوهشگر به محیط پژوهش، در ایام متفاوتی از هفته (گروه کنترل در روزهای زوج هفته و گروه مداخله در روزهای فرد هفته) و در شیفت‌های مختلف کاری (صبح، عصر و شب) از ساعت ۸ صبح لغایت ۱۱ شب وارد مطالعه شدند. قبل از انجام هرگونه مداخله، به افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش، در مورد اهداف پژوهش توضیح کامل داده شد و نحوه انجام کار برای آن‌ها بیان گردید و در صورت تمایل و امضاء فرم رضایت‌نامه کتبی، نمونه‌ها در پژوهش شرکت داده شدند.

روش اجرا:

روش انجام پژوهش بدین ترتیب بود که پژوهشگر پس از کسب تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران و اخذ معرفی‌نامه کتبی از دانشکده پرستاری و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، به مرکز آموزشی درمانی آیت الله طالقانی شهرستان ارومیه، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی مراجعه کرده و پس از توضیحات لازم رضایت مسئولین محیط پژوهش اخذ شد. نمونه‌های واجد شرایط از بین مراجعه‌کنندگان به بخش دیالیز مرکز، پس از توضیحات اهداف مطالعه، اهمیت انجام پژوهش و روند انجام مطالعه و اخذ رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه و جلب اعتماد و محرمانه بودن اطلاعات طبق معیارهای ورود به مطالعه به شیوه مستمر انتخاب شدند. در این پژوهش ابتدا با تکمیل ابزار AMT از عدم داشتن اختلال شناختی در بین جامعه آماری اطمینان حاصل شد و سپس کار نمونه‌گیری ادامه یافت. گروه کنترل از بین مراجعین به بخش دیالیز که دارای معیارهای ورود بودند در روزهای شنبه، دوشنبه و چهارشنبه طی شیفت‌های صبح، عصر و شب انتخاب و گروه مداخله از بین بیماران مراجعه‌کننده به بخش دیالیز که دارای معیارهای ورود بودند در روزهای یک‌شنبه، سه‌شنبه و پنج‌شنبه و

سابقه دیالیز، بیشتر سالمندان در دو گروه مداخله (۶۸/۸ درصد) و کنترل (۸۰ درصد) سابقه انجام دیالیز، ۴ سال و کمتر داشتند. طول مدت انجام دیالیز سالمندان در هر جلسه در هر دو گروه، اغلب ۴ ساعت بود و بیشتر سالمندان در دو گروه از طریق شنت، تحت همودیالیز قرار گرفته بودند (جدول شماره ۱).

تقریباً کلیه سالمندان شرکت‌کننده در دو گروه، قبل و بعد از مداخله، نمره استرس درک شده در حد متوسط (۳۶-۱۸) داشتند. (جدول شماره ۲ و ۳)

میانگین و انحراف معیار استرس درک شده در سالمندان تحت همودیالیز قبل از انجام مداخله، در گروه مداخله به ترتیب ۲۹/۰۶ و ۳/۴۲ و در گروه کنترل ۲۹/۸۶ و ۳/۳۴ بود که اختلاف معنی‌دار نبود ($P = .۲۸۰$). ولی میانگین و انحراف معیار استرس درک شده در سالمندان تحت همودیالیز بعد از انجام مداخله، در گروه مداخله به ترتیب ۲۶/۹۶ و ۲/۸۱ و در گروه کنترل ۳۰/۱۰ و ۳/۲۰ بود که نشان داد میانگین نمره استرس درک شده در گروه مداخله کاهش پیدا کرده و از نظر آماری معنی‌دار بود ($P=۰/۰۰۱$). (جدول شماره ۴).

آموزش خود مدیریتی بر استرس درک شده با ورود به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ با به‌کارگیری روش‌های تحلیل آماری، آمار توصیفی، t زوجی؛ t مستقل و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت ($p < ۰/۰۰۱$).

یافته‌ها

کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه متأهل بودند. میانگین و انحراف معیار سن در گروه مداخله $۶۷/۸۸ \pm ۵,۰۶$ و در گروه کنترل $۶۶/۰۱ \pm ۵,۱۹$ سال بود. اغلب شرکت‌کنندگان در این مطالعه در دو گروه مداخله (۸۷/۵ درصد) و کنترل (۷۶/۷) جنسیت مرد داشتند. بیش از نیمی از سالمندان گروه مداخله (۵۶/۲ درصد) از نظر میزان تحصیلات، ابتدایی و در گروه کنترل، ۵۰ درصد تحصیلات ابتدایی داشتند. اکثر شرکت‌کنندگان در دو گروه مداخله و کنترل از نظر سطح درآمدی، درآمد ۵۰۰ هزار تومان تا دو میلیون تومان داشتند. بیشتر سالمندان در گروه مداخله، بیکار (۵۳/۱ درصد) و در گروه کنترل بازنشسته (۶۳/۳) بودند. از نظر تعداد جلسات دیالیز در طول هفته، اغلب سالمندان در گروه‌های مداخله (۸۴/۴ درصد) و کنترل (۷۶/۷ درصد) تعداد ۳ جلسه دیالیز در طول هفته داشتند. از نظر

جدول (۱): ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی آیت اله طالقانی ارومیه _ سال

۱۳۹۷

متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن (سال)	۶۴-۶۰	۱۰	۳۱,۲	۴۰
	۶۹-۶۵	۹	۲۸,۱	۳۰
	۷۵-۷۰	۱۳	۴۰,۷	۳۰
جنسیت	مرد	۲۸	۸۷/۵	۲۳
	زن	۴	۱۲/۵	۷
تحصیلات	ابتدایی	۱۸	۵۶/۳	۱۵
	راهنمایی	۱	۳/۱	۳
	دبیرستان	۹	۲۸/۱	۹
	دانشگاهی	۴	۱۲/۵	۳
سطح درآمد	۲ میلیون و بالاتر	۱	۳/۱	۰
	۵۰۰ هزار تا ۲ میلیون تومان	۱۸	۵۶/۲	۲۲
	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۱۳	۴۰/۷	۸
شغل	بازنشسته	۱۵	۴۶/۹	۱۹
	بیکار	۱۷	۵۳/۱	۱۱
	تعداد جلسات دیالیز (در هفته)	۲ جلسه	۴	۱۲/۵
	۳ جلسه	۲۷	۸۴/۴	۲۶

گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر	
تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۰	۰	۳/۱	۱	۴ جلسه	
۵۰	۱۵	۳۴/۴	۱۱	۱ تا ۲	سابقه دیالیز
۳۰	۹	۳۴/۴	۱۱	۳ تا ۴	(برحسب سال)
۲۰	۶	۳۱/۲	۱۰	۵ سال و بالاتر	
۲۶/۷	۸	۱۵/۶	۵	۳ ساعت	مدت زمان
۷۳/۳	۲۲	۸۴/۴	۲۷	۴ ساعت	دیالیز (در هر جلسه)
۱۶/۷	۵	۲۱/۹	۷	شنت	نحوه انجام
۸۳/۳	۲۵	۷۸/۱	۲۵	فیستول	دیالیز

جدول (۲): تغییرات میانگین و انحراف معیار استرس درک شده در سالمندان گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله - سال ۱۳۹۷

نتایج آزمون تی مستقل	کنترل		مداخله		گروه‌ها مرحله
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
t= ۱/۰۹ df= ۶۰ p= ۰/۲۸	۳/۳۴	۲۹/۸۶	۲/۴۲	۲۹/۰۶	قبل
t=۴/۰۹ df= ۶۰ p=۰/۰۱	۳/۲۰	۳۰/۱۰	۲/۸۱	۲۶/۹۶	بعد
	t= ۱ df=۲۹ p=۰/۳۲۶		t=۴/۴۵ df= ۳۱ p<۰/۰۰۱		نتایج آزمون تی زوجی

بود. در این مطالعه بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خود مدیریتی بر وضعیت توانمندی سالمندان مبتلا به فشارخون بوده است ولی مطالعه فعلی تأثیر آموزش خود مدیریتی بر استرس درک شده بیماران سالمند بستری در بخش دیالیز می‌باشد. (۲۱)

مطالعه Kim و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که برنامه آموزشی خودمدیریتی، استرس درک شده را در مادران مبتلا به دیابت بارداری در گروه مداخله بهبود نداد است که با مطالعه حاضر ناهم‌سو بود. طول مدت مطالعه ۵ هفته و برنامه آموزش خودمدیریتی شامل ۳ جلسه یک‌ساعته بحث گروهی و دو جلسه تماس تلفنی بود (۲۲) احتمال علت ناهم‌سو بودن این مطالعه با پژوهش حاضر کوتاه بودن طول مدت مطالعه نسبت به مطالعه حاضر که شامل ۶ جلسه آموزش گروهی با استفاده از افراد متخصص در جلسات، به همراه ارائه پمفلت‌های آموزشی بود می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف کلی "تأثیر آموزش خودمدیریتی بر استرس درک شده بیماران سالمند بستری در بخش دیالیز" انجام شد نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اجرای آموزش خودمدیریتی در کاهش میزان استرس درک شده بیماران سالمند بستری در بخش دیالیز مؤثر بوده است. لذا به‌کارگیری این رویکرد آموزشی مقرون‌به‌صرفه در مراکز همودیالیز، می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقاء سلامت بیماران تحت همودیالیز باشد.

تحقیق صورت گرفته با عنوان "بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خودمدیریتی بر وضعیت توانمندی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون" که توسط خضری و همکاران (۱۳۹۳) انجام شده است نشان داد به‌کارگیری الگوی توانمندسازی خودمدیریتی، در جهت بهبود وضعیت توانمندی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون مؤثر است. لذا نتیجه پژوهش حاضر همسو با نتیجه مطالعه خضری

پرستاری مبنی بر مشارکت دادن بیماران در مراقبت بیماران مزمن اهمیت این موضوع را مورد تأکید قرار می‌دهد.

محدودیت‌های پژوهش:

- وضعیت روانی افراد در زمان پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه می‌توانست بر نتایج حاصل تأثیر باشد که اداره آن از کنترل پژوهشگر خارج بود.

- مهارت و تجربه کاری فرد آموزش‌دهنده می‌توانست یکی از محدودیت‌های این مطالعه باشد لذا به‌منظور غنی‌سازی آموزشی، استفاده از کارشناسان مختلف در زمینه‌های آموزش تغذیه، ورزش و روانشناسی، تا حدودی باعث کاهش این محدودیت شد.

- مشارکت سالمندان و همکاری آنان می‌توانست یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه باشد که با تشویق بیماران، مداخله مثبت توسط پزشک مقیم بخش، سرپرستار و سایر پرسنل بخش تا حدودی برطرف گردید.

پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده:

با توجه به اهمیت نقش پژوهش در بهبود فعالیت‌های پرستاری و در راستای قوی‌تر شدن تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر و شناخت بیشتر تأثیر آموزش خودمدیریتی، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- با توجه به اینکه در مطالعه حاضر آموزش خودمدیریتی صورت گرفته لذا پیشنهاد می‌شود که در سایر پژوهش‌ها همراه با اجرای آموزش خودمدیریتی، به‌صورت ترکیبی، تأثیر هم‌زمان آن با سایر درمان‌های مکمل استفاده و موردبررسی قرار گیرد.

- با توجه به اینکه پرستاران در بخش دیالیز وظایف و مشکلات سنگینی دارند و انجام مداخله آموزش خودمدیریتی به میزان ۶۰ دقیقه برای بیماران، ممکن است از عهده آن‌ها خارج باشد، لذا توصیه می‌شود در مطالعات آتی آموزش خودمدیریتی در مدت‌زمان کوتاه‌تر و در دفعات بیشتری اجرا و مورد ارزیابی قرار گیرد.

- بنا به تجربه‌ای که پژوهشگر در هنگام انجام مداخلات در این کارآزمایی بالینی کسب نمود و اینکه بیماران سالمند تحت مداخله آموزش خودمدیریتی اظهار رضایتمندی داشتند لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده به بررسی رضایتمندی بیماران از این روش‌ها در کاهش استرس درک شده توجه شود.

- با عنایت به اینکه پژوهش حاضر روی جامعه سالمندان تحت درمان با دیالیز انجام شده است، توصیه می‌گردد آموزش خودمدیریتی بر کاهش استرس درک شده ناشی از سایر بیماری‌ها یا اعمال جراحی سالمندان در پژوهش‌های بعدی بررسی شود.

نتایج تحقیق ما با مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۳ توسط خدیو زاده و همکاران با عنوان "تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی بر استرس ادراک‌شده زنان مبتلا به دیابت بارداری تحت درمان با انسولین" انجام شد مشابهت داشت نتایج مطالعه خدیو زاده نشان داد نمرات استرس درک شده بعد از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌دار داشته است (۲۳) نتایج این مطالعه با پژوهشی که توسط Lee و Choi (۲۳) در سال ۲۰۱۱ بر روی ۶۱ بیمار باهدف "بررسی اثرات برنامه آموزش خودمدیریتی بر آگاهی و عملکرد خود مدیریتی بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه" در یکی از بیمارستان‌های سئول انجام دادند همسو بود (۲۴).

با توجه به اینکه پرستاران زمان بیشتری را با بیماران در مقایسه با سایر اعضای تیم درمان در مراکز بالینی صرف می‌کنند، آن‌ها یکی از بهترین افراد در مدیریت استرس درک شده شناخته شده‌اند (۲۵).

در ارتباط باهدف کلی پژوهش، یافته‌ها نشان داد که آموزش خود مدیریتی باعث افزایش دانش و عملکرد خود مدیریتی بیماران در ابعاد نیازهای تغذیه‌ای، تأثیر ورزش، مهارت‌های حل مسئله، راهکارهای مقابله با احساسات منفی و کاهش استرس، در میزان استرس درک شده سالمندان تحت درمان با دیالیز تأثیر داشته و باعث کاهش نمره استرس آن‌ها پس از یک ماه شده است.

با توجه به اینکه ارتباط هدفمند بیمار و پرستار از مباحث اصلی حرفه‌ی پرستاری است و پرستاران مسئول اجرایی درمان‌های دارویی و غیر دارویی برای بیماران و نیز مسئول آموزش بیماران و خانواده آنان می‌باشند و برای رسیدن به این منظور، آن‌ها نیاز دارند تا دانش خود را در جهت اجرای روش‌های مختلف تخفیف عوارض برای حفظ بهبودی بیماران، همواره افزایش دهند. مریبان پرستاری نیز می‌توانند آموزش خودمدیریتی را به‌عنوان یک روش تعاملی و مؤثر جهت آموزش بیماران به‌ویژه به بیماران مزمن مانند بیماران دیالیزی سالمند به دانشجویان پرستاری آموزش دهند تا دانشجویان بتوانند از آن به‌عنوان ابزاری برای بهبود ارتباط خود با بیماران و افزایش آگاهی آنان در راستای مدیریت خود و کاهش استرس استفاده نمایند.

خود مدیریتی اقدام مؤثری برای افزایش توانمندی بیماران برای داشتن کنترل و مدیریت بر وضعیت خود تلقی شده است و می‌تواند از طریق افزایش آگاهی، دانش، مهارت، انگیزش، اعتمادبه‌نفس، خودکارآمدی و خودکنترلی، شناسایی شیوه‌های مناسب ارتقاء کیفیت زندگی با مشارکت بیمار و مهارت‌های حل مسئله، جایگزین روش‌های سنتی آموزش در بیماران تحت درمان با دیالیز شود. کمبود نیروی پرستاری و تأکید تئوری‌های

آیت اله طالقانی ارومیه و کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌گردد.
شایان ذکر است طرح تحقیقاتی این پایان‌نامه با شماره IRCT20180506039543N1 در سامانه ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران به ثبت رسیده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران تصویب و حمایت مالی شده است (شماره کد اخلاق IR.IUMS.REC.1396.9311580009). بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، پزشکان و پرستاران مرکز آموزشی درمانی

References:

- 1- Rouch I, Achour-Crawford E, Roche F, Castro-Lionard C, Laurent B, Assoumou GN, et al. Seven-year predictors of self-rated health and life satisfaction in the elderly: the proof study. *J Nutr Health Aging* 2014; 18: 840-7.
- 2- Statistic, Census. 2017. Available: <https://www.amar.org.ir/> [Accessed 29 october 2017].
- 3- Keshtkaran Z, Ghodsbin F, Solouki S, Razeghi M, Zare N. The Impact of Self Care Education on Quality of Life of Those Clients Suffering from Osteoarthritis in Rehabilitation Centers of Shiraz University of Medical Science (Iran). *Caspian J Intern Med (JBUMS)* 2010; 12: 65-70.
- 4- Shahgholian N, Tajdari S, Nasiri M. Reviewing and comparing self-concept in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2012; 17: S85-S92.
- 5- Hasanzadeh F, Shamsoddini S, Moonaghi HK, Ebrahimzadeh S. A Comparison of Face to Face and Video-based Education on Attitude Related to Diet and Fluids Adherence in Hemodialysis Patients. *Quarterly Horizon Med Sci* 2011; 17, 34-43.
- 6- Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh JB. 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: 110-5.
- 7- Sajadi A, Farahani BF, Zanjani SE, Durmanesh B, Zare M. Factor's affecting fatigue in chronic renal failure patients treated with hemodialysis Iran. *J Child Neurol* 2010; 3(1): 33-8. (Persian)
- 8- Davenport A. Intradialytic complications during hemodialysis. *Hemodialysis International* 2006; 10: 162-7.
- 9- Moreiras-Plaza M, Blanco-García R, Cossio-Aranibar CR, Rodriguez-Goyanes G. Assessment of health-related quality of life: the cinderella of peritoneal dialysis? *Int J Nephrol* 2011; 1-9.
- 10- Rezaeian S, Ahmadzadeh J. Assessment of food habits and their association with cardiovascular risk factors in employees. *Int J Collaborative Res Internal Med Public Health* 2012;4(4):339-43.
- 11- Tayebi A, Kasra Dehkordi A, Ebadi A, Sahraei H, Einollahi B. The effect of aromatherapy with lavender essential oil on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients: A clinical trial. *Evidence Based Care* 2015; 5: 65-74.
- 12- Jones F, Riazi A. Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Edorium J Disabil Rehabil* 2011; 33: 797-810.
- 13- Bilgic A, Akman B, Sezer S, Ozisik L, Arat Z, Ozdemir FN, Haberal M. Predictors for quality of life in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *J Nephrol Res* 2008; 13: 587-92.
- 14- 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: 4-11.
- 15- Yekaninejad M, Mohammadi Z, Akaberi A, Golshan A, Pakpour A. Validity and reliability of the Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF™ 1.3) in Iranian patients. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2012; 4: 273-80.
- 16- Dolatian M, Alavi Majd H. Comparison of pregnancy self-care, perceived social support and perceived stress of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. *J Diabetes Metab Disord* 2014; 16: 156-64.
- 17- Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 243-52.
- 18- Hammond A, Freeman K. One-year outcomes of a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatol* 2001; 40: 1044-51.
- 19- Quinan P. Control and coping for individuals with end stage renal disease on hemodialysis: a position paper. *CANNT J* 2007; 17: 77-84.
- 20- Rezapour A, Ebadifardazar F, Arablou J. An analysis of dialysis costs in Iran: the cost of hemodialysis in patients attending Buwalisina health care center, Ghazvin university of medical sciences. *Payesh* 2012; 11(4):435-42.
- 21- Khezri R, Ravanipour M, Motamed N. The effect of self-management empowerment model on ability condition of elderly patients with hypertension. *Nurs J Vulnerables (NVJ)* 2014; 1: 1-16.
- 22- Kim H, Kim S. Effects of an Integrated Self-Management Program on Self-Management, Glycemic Control, and Maternal Identity in Women with Gestational Diabetes Mellitus. *Korean Acad Nurs* 2013; 43(1):69-80.
- 23- Khadivzadeh T, Azhari S, Esmaily H, Akhlaghi F, Sardar MA. Effects of self-care education on perceived stress in women with gestational diabetes under insulin treatment. *Evidence Based Care* 2015; 5: 7-18.
- 24- Choi ES, Lee J. Effects of a Face-to-face Self-management Program on Knowledge, Self-care Practice and Kidney Function in Patients with Chronic Kidney Disease before the Renal Replacement Therapy. *J Korean Acad Nurs* 2011; 42: 1070-8.
- 25- Khalkhali H, Tanha ZER, Feizi A, Ardabili SS. Effect of applying cold gel pack on the pain associated with deep breathing and coughing after open heart surgery. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014; 19: 545-9.

THE EFFECT OF SELF-MANAGEMENT TEACHING ON PERCEIVED STRESS IN HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS UNDERGOING DIALYSIS

Shaban ghasemi¹, Zahra kashaninia²

Received: 16 Jul, 2019; Accepted: 18 Oct, 2019

Abstract

Background & Aims: Aging is growing in the world and chronic health problems are more prevalent at this age and are associated with more severe complications. One of these chronic diseases is chronic renal failure. Hemodialysis is the most common treatment for kidney replacement in these patients and it can cause stress. The aim of this study was to investigate the effect of self-management education on perceived stress in elderly patients undergoing dialysis.

Materials & Methods: A non-randomized, quasi-experimental study was performed on 62 hemodialysis elderly patients in Ayatollah Taleghani Hospital in Urmia in 2018. First, using the cognitive test scale, the cognitive status of the samples was examined. Then, using the PSS tool scale, perceived stress scores were measured in both groups. In the intervention group, self-management education was held for six sessions of one hour (two sessions per week). The perceived stress level of patients in both groups was re-evaluated after one month after the last training session. Data were analyzed using SPSS software version 24 and descriptive statistics, paired t-test, and chi-square test.

Results: The elderly were homogeneous for demographic information. Before the intervention, the perceived stress scores in the intervention (29/06) and control (29/86) groups did not show any significant difference. However, after the intervention, the mean scores of stress in the intervention group (26/96) showed a significant decrease ($p < 0.001$).

Conclusion: Considering the impact of self-management training on reducing perceived stress in patients in this study, it is suggested to use this low cost and effective method for reducing stress in elderly patients undergoing hemodialysis.

Keywords: Elderly, Hemodialysis, Self-management, Perceived stress

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

Tel: +989121592900

Email: kashaninia.za@iums.ac.ir

¹ MSc in aging nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)