

مجله‌ی مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی
دوره‌ی ۵، شماره‌ی ۱، بهار و تابستان ۹۴، صفحات ۱۳ تا ۲۲

بررسی تأثیر برنامه آموزش خود مراقبتی مبتنی بر مدل اورم بر استرس بیماران تحت همودیالیز

فاطمه رستمی^۱، فرهاد رضانی بدر^۲، کورش امینی^۳، ایوب پزشکی^۴

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی Ramezani.badr@gmail.com

دریافت: ۹۲/۱۰/۴ پذیرش: ۹۴/۰۴/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: استرس از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌باشد که می‌تواند بر کیفیت زندگی، پذیرش درمان و سیر بیماری تأثیر منفی داشته باشد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم بر استرس بیماران تحت همودیالیز انجام گردید.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یک گروه کنترل می‌باشد که در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شد. در این پژوهش ۷۱ بیمار تحت همودیالیز به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تخصیص تصادفی بلوکی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. پس از نیازسنجی بیماران در زمینه مراقبت از خود، آموزش خودمراقبتی در شش جلسه نیم‌ساعته و به فاصله یک هفته جهت بیماران گروه مداخله اجرا گردید. میزان استرس بیماران هر دو گروه قبل و یک ماه بعد از مداخله، با استفاده از بخش استرس پرسشنامه DASS 42 بررسی شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 19 شامل آمار توصیفی، آزمون t زوجی، t مستقل و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین امتیاز استرس قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون کاهش معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/001$). همچنین اختلاف میانگین نمره استرس بین دو گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله معنی‌دار بود ($p = 0/03$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به تأثیر برنامه آموزشی طراحی شده در این مطالعه، به نظر می‌رسد می‌توان از این روش مؤثر و کم‌هزینه برای کاهش استرس بیماران تحت همودیالیز استفاده نمود.

واژگان کلیدی: مدل خودمراقبتی اورم، استرس، همودیالیز، ایران

مقدمه

به ESRD مبتلا هستند و بیش از ۳۰۰۰۰۰ نفر از این بیماران به دیالیز دائم نیاز دارند (۴). در کشور ما رشد موارد جدید نارسایی انتهایی کلیه بسیار بالا و معادل ۲۲/۶ درصد در سال می‌باشد، به طوری که سالانه حدود ۴۰۰۰ بیمار جدید به تعداد بیماران قبلی اضافه می‌گردد. در ایران بالغ بر ۳۳۰۰۰ بیمار شناخته شده ESRD داریم که به نظر می‌رسد تا پایان سال ۱۳۹۰ به ۴۰۰۰۰ نفر افزایش یابد که ۹۸ درصد این بیماران تحت همودیالیز و ۲ درصد باقیمانده تحت دیالیز صفاقی می‌باشند. آمار بیماران تحت همودیالیز در ایران در حال حاضر

بیماری مزمن کلیوی یک فرآیند پاتولوژیک با علل متعدد است که نتیجه آن کاهش توقف ناپذیر تعداد و کارکرد نفرون‌ها است و در بسیاری موارد منجر به بیماری کلیوی مرحله انتهایی [End Stage Renal Disease (ESRD)] می‌شود (۱). این اختلال زمانی اتفاق می‌افتد که ۹۰ درصد از عملکرد کلیه‌ها از بین می‌رود (۲). شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ نفر در هر میلیون نفر است و سالانه ۸ درصد افزایش می‌یابد (۳، ۲). طبق آمار موجود در ایالت متحده بیش از ۴۰۰۰۰۰ نفر

۱- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- دکتری تخصصی پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۳- دکتری پرستاری، استادیار، مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۴- فوق تخصص نفرولوژی، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

مراقبت از خود را در افراد بیشتر کند و میزان ناتوانی و از کار افتادگی بیماران و هزینه‌های درمانی را کاهش دهد (۱۳). یکی از برنامه‌های خود مراقبتی متداول و کاربردی، استفاده از مدل مراقبت از خود اورم (Orem) است. این مدل از مدل‌های مراقبت پرستاری است که در بیماران مزمن استفاده می‌شود و بیشترین فعالیت تحقیقی در بالین تاکنون بر این الگو استوار بوده است. این مدل بر توانایی‌های عملی افراد و نیازهای آنها برای مراقبت از خود استوار می‌باشد (۱۴). مطالعات انجام شده در ایران بیانگر تأثیر مثبت به کارگیری این مدل مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز می‌باشد (۱۵، ۹). علیرغم تأثیر مثبت خود مراقبتی بر روی کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز در برخی از مطالعات، اما بررسی متون نشان می‌دهد که اطلاعات کافی در مورد تأثیر برنامه‌های آموزشی مبتنی بر این مدل پرستاری بر روی ابعاد مختلف وضعیت روانشناختی بیماران همودیالیزی بویژه میزان استرس آنها وجود ندارد. از طرف دیگر با عنایت به شیوع قابل توجه عوارض ناشی از همودیالیز و استعداد بالای این بیماران برای ابتلا به اختلالات روانشناختی که یکی از عوامل مهم بروز آنها میزان استرس این بیماران می‌باشد و همچنین عدم وجود برنامه‌ای مشخص جهت افزایش خودمراقبتی این بیماران و کنترل استرس آنها، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم بر استرس بیماران تحت همودیالیز انجام گردید.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با یک گروه کنترل می‌باشد (۱۶) که به منظور تعیین تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی مبتنی بر مدل اورم بر استرس بیماران تحت همودیالیز انجام گردید. کلیه بیماران همودیالیزی غیر اورژانسی مراجعه‌کننده به مراکز دیالیز بیمارستان‌های ولیعصر (عج) و شهید بهشتی دانشگاه علوم

به بیش از ۲۰ هزار نفر رسیده است (۵) و سالانه حدود ۱۵ درصد به این بیماران اضافه می‌شود (۶). همودیالیز شایع‌ترین روش درمانی ESRD در ایران و سراسر جهان می‌باشد (۷، ۸) و نقش اساسی در افزایش طول عمر بیماران دارد (۳). همودیالیز باعث تخفیف علائم و نشانه‌های نارسایی مزمن پیشرفته کلیه می‌شود ولی در نهایت منجر به بهبود سیر بیماری زمینه‌ای کلیه نشده و به طور کامل جانسین عملکرد کلیه‌ها نمی‌شود (۹). بیماران تحت همودیالیز مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند؛ عمده‌ترین این مشکلات اختلال خواب، نوروپاتی محیطی، عفونت، کم‌خونی، خارش، تغییر رنگ، کاهش میل جنسی، عدم قدرت تمرکز و تشنج می‌باشد. این مشکلات بر ابعاد مختلف زندگی بیماران تحت همودیالیز تأثیر می‌گذارد (۲). این بیماران علاوه بر رو به رو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیک با تنش‌های روانی بسیاری نیز رو به رو می‌گردند که هر کدام به نوبه خود می‌توانند در روان و شخصیت آنها اختلال ایجاد کنند، به طوری که اغلب آنها با مشکلات و تنش‌ها سازگار نشده و دچار تغییرات رفتاری مانند استرس، اضطراب، افسردگی، انزوا و انکار بیماری می‌گردند (۱۰). نتایج مطالعه طیبی و همکاران (۱۳۹۰) نشان می‌دهد که ۵۰-۴۰ درصد بیماران تحت همودیالیز استرس خفیف تا شدید دارند (۷). ملاهادی و همکاران (۱۳۸۸) نیز گزارش می‌کنند که ۵۱/۷ درصد این بیماران دچار استرس هستند (۱۱).

مهمترین هدف بالینی یا هدف از مراقبت بالینی پرستاری کاهش شدت علائم بیماری و استرس حاصل از آن به منظور حفظ کیفیت زندگی در این بیماران است. درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و انجام برخی از فعالیت‌های مراقبت از خود نمی‌تواند به اندازه کافی مؤثر باشد و نتایج دلخواه درمان حاصل گردد (۱۲). فراگیری فعالیت‌های خود مراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و رفاه سوق دهد و سازگاری فرد را با بیماری افزایش دهد (۲). توان

می‌باشد که توسط همهٔ بیماران تحت پژوهش تکمیل شد. مقیاس DASS 42 یک پرسشنامهٔ خودگزارشی می‌باشد که توسط لوویند (Lovibond) در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است و جنبهٔ تشخیصی و غربالگری نشانه‌های استرس طی یک هفته گذشته را دارد (۱۷). از ۴۲ سؤال این پرسشنامه سوالات شماره ۲۷، ۳۹، ۸، ۳۳، ۲۹، ۱۸، ۲۲، ۱۴، ۶، ۱۱، ۳۵، ۱۲، ۳۲ و ۱ مربوط به استرس می‌باشد. نحوهٔ پاسخ دهی به پرسش‌ها به صورت ۴ گزینه‌ای می‌باشد. دامنهٔ پاسخ‌ها از "اصلاً" تا "زیاد" تنظیم شده است، بطوری‌که نمونه‌ها می‌توانند یکی از گزینه‌های مقابل هر پرسش را با علامت ضربدر مشخص نمایند. طبقه‌بندی نمرات استرس به صورت نمره ۱۴-۰ نرمال (استرس بسیار خفیف)، ۱۸-۱۵ خفیف، ۲۵-۱۹ متوسط، ۳۳-۲۶ شدید، و ۳۴ و بیشتر استرس خیلی شدید می‌باشد. پایایی این ابزار برای جامعهٔ ایران در مطالعهٔ افضلی و همکارانش (۱۳۸۶) تحت عنوان "ویژگی‌های روانسنجی آزمون DASS 42 بر اساس نمونه‌ای از دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمانشاه" برای خرده مقیاس استرس ۰/۸۷ محاسبه شده است (۱۸). در مطالعهٔ حاضر پایایی این ابزار برای خرده مقیاس استرس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد. قسمت سوم پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال در مورد نیازهای آموزشی بیماران تحت همودیالیز بر اساس مدل خودمراقبتی اورم می‌باشد. این پرسشنامه توسط محققین طراحی گردید. روایی این پرسشنامه از طریق روایی محتوای پایایی آن با محاسبهٔ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تعیین گردید. نمره‌دهی بر اساس مقیاس لیکرت و پاسخ به سوالات به صورت زیاد، متوسط، کم و اصلاً می‌باشد که امتیازات آن به ترتیب از نیاز به آموزش زیاد تا عدم نیاز به آموزش (اصلاً) از ۳ تا صفر تقسیم‌بندی می‌شود. به‌طور قراردادی و بر اساس مدل خود مراقبتی اورم، کسب امتیاز ۱۰-۰ بیمار مستقل، ۱۱-۳۰ نیمه وابسته و ۳۱-۶۰ وابسته از لحاظ آموزشی می‌باشد (۲). همچنین از چک لیست میزان بکارگیری مطالب آموزش داده شده که بر اساس قسمت

پزشکی زنجان جامعهٔ پژوهش این مطالعه را تشکیل می‌دادند. در این مطالعه نمونه‌گیری به روش آسان (در دسترس) انجام شد. بدین معنی که کلیهٔ بیمارانی که معیارهای شرکت در مطالعه را داشتند با مراجعهٔ پژوهشگر به محیط پژوهش انتخاب و پس از جلب موافقت آنها و کسب رضایت کتبی آگاهانه که مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زنجان بود، مورد مطالعه قرار گرفتند. به منظور کنترل متغیرهای مداخله‌گر و حداکثر امکان برابری نمونه‌ها در دو گروه آزمون و کنترل، پس از انتخاب هر نمونه، نمونهٔ منتخب به صورت تصادفی و با استفاده از روش بلوک بندی در گروه آزمون یا کنترل قرار گرفت تا حجم نمونه مناسب بدست آید. معیارهای ورود نمونه‌های پژوهش در این مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، ابتلا به بیماری نارسایی مزمن کلیوی، سابقهٔ گذشت حداقل ۳ ماه از زمان اولین نوبت همودیالیز، قرارگیری در لیست بیماران تحت همودیالیز بیمارستان ولیعصر و شهید بهشتی و توانایی بیمار برای همکاری یا دادن اطلاعات بود. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل سابقهٔ بستری به علت مشکلات روانی، ابتلا به وضعیت استرس خیلی شدید (طبق ابزار DASS 42)، عدم نیاز به آموزش بر اساس نیازسنجی آموزشی بر اساس الگوی اورم (طبق پرسشنامهٔ نیازسنجی آموزشی)، انتقال واحد مورد پژوهش طی مطالعه به مرکز درمانی دیگر، انجام عمل پیوند بر روی بیمار طی انجام پژوهش، استفاده از سایر منابع آموزشی علاوه بر مداخلهٔ پژوهش حاضر بین زمان اندازه‌گیری استرس در قبل و بعد از آموزش، عدم بکارگیری موارد آموزش داده شده در فعالیت‌های خود مراقبتی و انصراف از ادامهٔ حضور در پژوهش به هر دلیلی بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامهٔ سه قسمتی و چک لیست میزان بکارگیری مطالب آموزش داده شده استفاده شد. قسمت اول پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت شناختی افراد می‌باشد. قسمت دوم پرسشنامه بخش استرس DASS 42

آنها طی مصاحبه بررسی می‌شد. در طی این یک ماه ضمن مراجعه بیماران جهت دیالیز بکارگیری مطالب آموزش داده شده در فعالیت‌های روزمره پیگیری می‌شد. در صورت عدم بکارگیری فعالیت‌های خود مراقبتی، علت آن بررسی شده و بر طرف می‌شد و در صورت تداوم عدم بکارگیری، نمونه مورد نظر از مطالعه خارج می‌شد. پس از یک ماه از اتمام مداخله مجدداً پرسشنامه DASS 42 توسط بیماران گروه آزمون و کنترل تکمیل شد. در گروه کنترل بدون هیچ برنامه مشخصی و در صورت طرح سوال توسط نمونه‌ها، پاسخ‌های کلی مطرح می‌شد. البته برنامه روتین مراقبت‌ها برای هر دو گروه انجام می‌گردید. داده‌ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۹ و آزمون‌های آماری t زوجی، t مستقل و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی نمونه‌های پژوهش $55/13 \pm 15/10$ بود. اکثر آنها (۶۳/۳۸ درصد) مرد بودند، ۷۶/۰۵ درصد متأهل و ۴۷/۸۸ درصد دارای تحصیلات در حد زیر دیپلم بودند. ۷۰/۴۲ درصد نمونه‌ها درآمد کمتر از ۸۰۰ هزار تومان در ماه داشتند. این در حالی است که ۱۴/۰۸ درصد از نمونه‌ها بیکار بودند. میانگین مدت زمان ابتلا نمونه‌ها به بیماری نارسایی مزمن کلیه $5/43 \pm 5/97$ سال بود و ۷۱/۸۳ درصد آنها کمتر از ۵ سال تحت همودیالیز بودند. همچنین طبق نتایج، بیشترین ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای مربوط به دیابت (۱۶/۹ درصد) و بیماری قلبی عروقی (۱۵/۴۹ درصد) بود. مقایسه ویژگی‌های فردی نمونه‌های پژوهش بین دو گروه آزمون و کنترل در جدول (۱) آمده است. همانطور که در این جدول مشخص شده است اختلاف معنی‌داری بین ویژگی‌های فردی دو گروه مورد مطالعه وجود نداشت.

سوم پرسشنامه توسط محققین طراحی گردید، به منظور تعیین بکارگیری مطالب آموزش داده شده در مراقبت از خود توسط بیماران استفاده شد. روایی این پرسشنامه از طریق روایی محتوا و پایایی آن با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ تعیین گردید. در این پژوهش کلیه پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه و توسط همکار آموزش دیده تکمیل شد.

تعداد ۷۱ نفری که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به روش تخصیص تصادفی بلوکی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. ۳۶ نفر در گروه آزمون و ۳۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. بیماران گروه آزمون به مدت شش جلسه در زمینه‌های مختلف و بر اساس نیازهای آموزشی آنها تحت آموزش قرار گرفتند. هر جلسه آموزش ۳۰ تا ۴۵ دقیقه طول کشید و جلسات به فاصله یک هفته از هم بود. در کل، جلسات آموزشی به مدت شش هفته ادامه یافت. زمینه‌های مختلف آموزش طبق نیازسنجی انجام شده شامل علت‌های نارسایی کلیه، درمان، همودیالیز، مراقبت از فیستول و کاتتر، رژیم غذایی، مسائل جنسی، مشکلات خواب، کم‌خونی، میزان فعالیت و استراحت، تنگی نفس حین دیالیز و تهوع و استفراغ بود. این آموزش به صورت چهره به چهره و حین دیالیز داده می‌شد. در پایان جلسات آموزشی یک کتابچه که شامل کلیه مطالب آموزش داده شده بود به بیماران داده شد. یک ماه به این بیماران فرصت داده شد تا مطالب آموزش داده شده را در فعالیت‌های روزانه بکار گیرند. پس از مداخله، چک لیست به بیماران گروه آزمون داده شد تا روزانه بکارگیری این آموزش‌ها را در فعالیت خود مراقبتی به صورت خود گزارش‌دهی ثبت نمایند. همچنین جهت کاهش محدودیت حاصل از خود گزارش‌دهی در روزهایی که بیمار جهت دیالیز به بیمارستان مراجعه می‌کرد، میزان بکارگیری موارد آموزش داده شده در فعالیت‌های خود مراقبتی و علت عدم بکارگیری

جدول ۱: مقایسه برخی ویژگی‌های فردی بین دو گروه آزمون و کنترل

P value	کنترل		آزمون		گروه	ویژگی های فردی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
p=۰/۶۸۷	۶۵/۷۲	۲۳	۶۱/۱۲	۲۲	مرد	جنس
	۳۴/۲۸	۱۲	۳۸/۸۸	۱۴	زن	
p=۰/۵۸۴	۳۴/۲۸	۱۲	۳۸/۸۸	۱۴	بی سواد	تحصیلات
	۴۵/۷۲	۱۶	۵۰	۱۸	زیردیپلم	
	۲۰	۷	۱۱/۱۲	۴	دیپلم و بالاتر	
p=۰/۳۶۸	۷۱/۴۲	۲۵	۸۰/۵۵	۲۹	متاهل	وضعیت تأهل
	۲۸/۵۸	۱۰	۱۹/۴۵	۷	مجرد	
p=۰/۹۸۵	۵۴/۲۹	۱۹	۵۲/۷۸	۱۹	شاغل	شغل
	۳۱/۴۲	۱۱	۳۳/۳۳	۱۲	خانه دار	
	۱۴/۲۹	۵	۱۳/۸۹	۵	بیکار	
p=۰/۰۵۸	۶۰	۲۱	۸۰/۵۵	۲۹	عدم استقلال مالی	درآمد
	۴۰	۱۴	۱۹/۴۴	۷	استقلال مالی	
p=۰/۵۹	۷۱/۴۲	۲۲	۴۴/۴۴	۲۰	۶ ماه تا ۴ سال	نارسایی مزمن کلیه
	۱۴/۲۹	۵	۲۷/۷۸	۱۰	۴ تا ۸ سال	
	۱۴/۲۹	۸	۲۷/۷۸	۶	۸ سال و بیشتر	
p=۰/۹۷۴	۷۷/۱۵	۲۷	۶۶/۶۷	۲۴	کمتر از ۵ سال	سابقه دیالیز
	۱۷/۱۴	۶	۳۰/۵۵	۱۱	۵ تا ۱۰ سال	
	۵/۷۱	۲	۲/۷۸	۱	بیشتر از ۱۰ سال	
p=۰/۶۹۲	۵۴/۴		۵۵/۸۳		میانگین	سن
	۱۳/۱۳		۱۶/۹۶		انحراف معیار	

نشان داد که بین دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲).

طبق نتایج ۵۹/۲ درصد از کل نمونه‌های پژوهش قبل از مداخله دچار استرس بودند. در مورد تأثیر برنامه خود مراقبتی بر اساس الگوی اورم بر استرس بیماران تحت همودیالیز نتایج

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی استرس آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های آزمون و کنترل قبل از مداخله

P value	آزمون t مستقل	گروه کنترل		گروه آزمون		سطح استرس
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
		۴۲/۸۵	۱۵	۳۸/۸۹	۱۴	استرس بسیار خفیف
		۱۴/۲۹	۵	۲۲/۲۲	۸	خفیف
		۳۴/۲۹	۱۲	۲۷/۷۸	۱۰	متوسط
		۸/۵۷	۳	۱۱/۱۱	۴	شدید
		۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۶	جمع
P = ۰/۹۱۳	df=۶۹ t = -۰/۱۱	۱۱/۴۵ (۶/۶۲)		۱۱/۲۷ (۷/۱۳)		(انحراف معیار) میانگین

در جدول ۳ کاهش میزان استرس در گروه آزمون (p=۰/۰۳). بعد از مداخله در قیاس با گروه کنترل کاملاً مشخص شده

اما مقایسه میزان استرس نمونه‌ها بعد از مداخله بین دو گروه آزمون و کنترل اختلاف آماری معنی‌داری را نشان داد

قبل و بعد از مداخله معنی دار بود ($p < 0/001$). به طوری که میانگین میزان استرس نمونه‌ها بعد از مداخله کاهش قابل توجهی را نشان داد. (جدول ۴)

است. همچنین مقایسه میزان استرس بیماران در گروه کنترل بین قبل و بعد از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد. در حالی که در گروه آزمون اختلاف میزان استرس بین

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی استرس آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های آزمون و کنترل بعد از مداخله

سطح استرس	گروه آزمون		گروه کنترل		آزمون t مستقل	P value
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
استرس بسیار خفیف	۱۹	۵۲/۷۸	۱۶	۴۲/۸۶		
خفیف	۱۱	۳۰/۵۶	۳	۸/۵۸		
متوسط	۵	۱۳/۸۹	۱۳	۳۴/۲۹		
شدید	۱	۲/۷۷	۳	۸/۵۸		
جمع	۳۶	۱۰۰	۳۵	۱۰۰		
(انحراف معیار) میانگین	۷/۵۲ (۴/۹۸)		۱۱/۵۷ (۶/۱۷)		$t = -۳/۳۲$, $df = ۶۵$	$p = ۰/۰۳$

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره استرس نمونه‌ها قبل و بعد از مداخله در گروه‌های کنترل و آزمون

استرس	قبل از مداخله		بعد از مداخله		df	t زوجی	P value
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین			
گروه آزمون	۱۱/۲۷ ± ۷/۱۳	۷/۲۵ ± ۴/۹۸	۴/۹۴۵	۳۵		$p < ۰/۰۰۱$	
گروه کنترل	۱۱/۴۵ ± ۶/۶۲	۱۱/۵۷ ± ۶/۱۷	-۰/۳۴۹	۳۴		۰/۷۲۹	

استرس شدید و ۷/۵ درصد استرس بسیار شدید داشتند (۱۱). در مطالعه رحیمی ۳۰/۶ درصد بیماران تحت همودیالیز استرس داشتند (۱۲). نتایج مطالعه حاضر و یافته‌های سایر مطالعات در مورد شیوع استرس در بیماران همودیالیزی نشان از شیوع بالای میزان استرس در این بیماران دارد که می‌تواند ابعاد مختلف وضعیت جسمی و روانشناختی آنها را تحت تأثیر قرار دهد.

همانطور که در بخش یافته‌ها مشخص گردید، برنامه خود مراقبتی بر اساس الگوی اورم تأثیر قابل توجهی بر روی کاهش استرس بیماران داشت. این یافته با نتایج مطالعه رحیمی و همکاران همخوانی دارد (۱۲). این محققان نیز در مطالعه خود کاهش میزان استرس را در بیماران همودیالیزی به

بحث و نتیجه گیری

طبق نتایج این مطالعه میزان استرس در نمونه‌های مورد پژوهش از شیوع بالایی برخوردار بود. در واقع ۵۹/۲ درصد از بیماران تحت همودیالیز در پژوهش حاضر به درجاتی از استرس مبتلا بودند. به طور کلی ۴۰/۸ درصد از نمونه‌ها دارای استرس بسیار خفیف، ۱۸/۳ درصد استرس خفیف، ۳۱ درصد استرس متوسط و ۹/۹ درصد دچار استرس شدید بودند. نتایج مطالعات مختلفی که در این زمینه انجام شده است آمار متفاوتی را گزارش کرده‌اند. اگرچه میزان استرس گزارش شده در بیشتر مطالعات قابل توجه می‌باشد. در مطالعه ملاحادی و همکاران در بیماران تحت همودیالیز ۱۷/۷ درصد استرس خفیف، ۱۳/۶ درصد استرس متوسط، ۱۲/۹ درصد

علی‌رغم وجود برخی محدودیت‌ها در انجام این مطالعه، پژوهشگران سعی نمودند تا با اتخاذ برخی تمهیدات تأثیر این محدودیت‌ها را بر روی روایی مطالعه کاهش دهند. یکی از این محدودیت‌ها حجم کم نمونه‌ها بود که پژوهشگران سعی نمودند تا با تعریف دقیق و کامل متغیرها و شرح کامل مداخله و کنترل متغیرهای مداخله‌گر روایی خارجی مطالعه را افزایش دهند. خودگزارش‌دهی در اجرای برنامه‌های خودمراقبتی یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود که پژوهشگران سعی نمودند با حضور بر بالین و مصاحبه با بیمار از محدودیت‌های این قسمت بکاهند.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر که میانگین نمره استرس نمونه‌ها در محدوده نرمال قرار داشت و تأثیر مداخله نیز در محدوده استرس نرمال مشخص گردید، پیشنهاد می‌گردد تأثیر خود مراقبتی اورم در بیماران همودیالیزی که دچار استرس شدیدتر هستند، انجام شود. همچنین با توجه به این‌که بسیاری از سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن به ویژه در مراحل انتهایی بیماری (بیماران مبتلا به ESRD) بر اساس تئوری سیستم‌های پرستاری اورم بیشتر در گروه جبرانی کامل قرار می‌گیرند، پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی با هدف بررسی تأثیر سایر روش‌های مراقبت پرستاری نظیر درمان‌های مکمل و یا تن آرامی بر استرس بیماران تحت همودیالیز انجام شود. از طرف دیگر با توجه به تأثیر مدل خود مراقبتی اورم بر کاهش استرس بیماران همودیالیزی، پیشنهاد می‌گردد در مورد سایر بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت، نارسایی قلبی و تنفسی نیز برنامه‌های خودمراقبتی به عنوان یک روش مکمل و اثر بخش، طراحی و تأثیر آن بر سطح استرس آنها بررسی شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه شامل نتایج قسمتی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه با شماره مجوز A-10-93-1 می‌باشد. پژوهشگران مراتب سپاس خود را به مسئولین

دنبال اجرای یک برنامه آموزشی (به کارگیری مدل مراقبت پیگیر) گزارش نمودند. البته در مطالعه حاضر بکارگیری مدل خود مراقبتی اورم بر اساس نیازهای آموزشی و مشکلات مراقبت از خود بیماران اساس مداخله را تشکیل می‌داد، اما در مطالعه رحیمی و همکاران مدل مراقبت پیگیر پرستار به عنوان ارائه دهنده خدمات بهداشتی-مراقبتی به منظور شناخت نیازها، مشکلات و حساس سازی مددجویان برای قبول رفتارهای بهداشتی و کمک به حفظ بهبودی و ارتقای سلامتی طراحی گردید. در مطالعه حاضر با اجرای مدل خودمراقبتی اورم، پژوهشگران سعی نمودند با بکارگیری نقش حمایتی-آموزشی پرستار، خودمراقبتی را در اجرای فعالیت‌های روزمره بهبود بخشیده و تأثیر آن را بر مشکلات روانشناختی این بیماران بررسی نمایند. هم راستا با پژوهش حاضر مطالعه سمعی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که به کارگیری برنامه آموزش سبک زندگی سالم در بیماران فشار خونی توانست به طور معناداری استرس را در این بیماران کاهش دهد (۱۹). همچنین در مطالعه نریمانی و همکاران (۱۳۸۷) آموزش فعالیت‌های خودمراقبتی توانست کیفیت زندگی را در تمام ابعاد از جمله بعد روانی افزایش دهد (۲۰). شاپیرو (Shapiro) و همکاران (۲۰۰۷) نیز در مطالعه خود نشان دادند که آموزش رفتارهای خودمراقبتی در دانشجویان رشته روانشناسی توانست استرس را در این افراد کاهش دهد (۲۱).

بر اساس یافته‌های تحقیق حاضر، بکارگیری آموزش خود مراقبتی با یک برنامه آموزشی مدون می‌تواند در کاهش استرس بیماران تحت همودیالیز مؤثر باشد. بنابراین به منظور ارتقاء سطح سلامت جسمی و روانی بیماران همودیالیزی، آموزش مستمر خود مراقبتی و قبول مسئولیت مراقبت از خود توسط این بیماران مفید و مؤثر به نظر می‌رسد. پرستاران می‌توانند از این روش مؤثر و کم‌هزینه برای کاهش استرس بیماران تحت همودیالیز که می‌تواند منشاء بسیاری از مشکلات آنها باشد، استفاده نمایند.

بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش همکاری نمودند
تقدیم می‌دارند.

دانشکده پرستاری و مامایی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم
پزشکی زنجان، پرسنل سخت کوش بخش همودیالیز
بیمارستان ولیعصر (عج) و شهید بهشتی زنجان، و بالاخره تمام

منابع

- 1- Longo D, Fauci A, Kasper D, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. New York: McGraw-Hill; 2012.
- 2- Habibzadeh H, Davarpanah M, Kalkhali H. Effect of Self Care Orem Model on self efficacy of hemodialysis patients in hospital of orumieh. J of Nurs and Midw Urmia Univ Medi Sci. 2012; 10(2): 190-99. [In Persian]
- 3- Smeltze S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- 4- Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and Hospitalization. N Engl J Med. 2004; 35(1): 1296-305.
- 5- Mohammadi Z. Comparative of bolus and infusion of heparin on coagulation in set of hemodialysis. [Dissertation]. Kermanshah: Kermanshah University Medical Science. 2012.
- 6- Sajadi A, Farahani BF, Zanjani SE, Durmanesh B, Zare M. Factor's affecting fatigue in chronic renal failure patients treated with hemodialysis. IJCCN. 2010; 3(1): 33-38. [In Persian]
- 7- Tayyebi A, Babahaji M, Sadeghi shirme M, Ebadi A, Eynollahi B. Study of the effect of Hatha Yoga exercises on stress, anxiety and depression among hemodialysis patients. IJCCN. 2011; 4(2): 67-72. [In Persian]
- 8- Asgari MR, Mohammadi E, Fallahi KM, Tamadon MR. The perception of chronic renal failure patients from advocacy resources in adjustment with hemodialysis: A qualitative study. IJCCN. 2011; 3(4): 133-42. [In Persian]
- 9- Baraz S, Mohamadi E, Boromand B. A comparative study on the effect of two methods of self-care education (direct and indirect) on quality of life and physical problems of hemodialysis patients. j Arak Univ Medi Sci. 2006; 9(1): 17-22. [In Persian]
- 10- Baraz S, Mohammadi E, Borumand B. The effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients. Hayat. 2005; 11(24): 51-62. [In Persian]
- 11- Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. IJCCN. 2010; 2(1): 9-10. [In Persian]

- 12- Rahimi A, Ahamadi F, Gholiaf M. Effects of applying Continuous Care Model (CCM) on stress, anxiety and depression in hemodialysis patients. *Pejouhesh*. 2006; 30(4): 361-369. [In Persian]
- 13- In-center Self-Care: New Interest in an Old Idea. Control: A Medical Education Institute/Life Options Publication. [cited 2007: s1 ,s4]. Available at: lifeoptions.org/catalog/pdfs/news/icv4n3.pdf
- 14- Tomy A, Alligod M. *Nursing Theorists*. 5thed. Louis: Mosby; 2002.
- 15- Narimani K. study of the effect of self-care training on the hemodialysis patients' quality of life. *Univ Res Scholarship*. 1999; 16(79): 63-70. [In Persian]
- 16- Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research*. Dehghannaieri N, silani Kh, fakhrmovahedi A, farsi Z, babamohammadi H (Persian translator). Tehran: Andishehrafti. 2009. [In Persian]
- 17- Lovibond PF. Long-term stability of depression, anxiety and stress syndromes. *J Abnorm Psychol*. 1998; 107(3): 520-6.
- 18- Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamzni M. Psychometric properties of DASS- 42 as assessed in a sample of Kermanshah high school students. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2008; 5(2): 81-92.
- 19- SamieiSiboni F, Alimoradi Z, Sadegi T. Impact of corrective life style educational program on controlling stress, anxiety, and depression in hypertensives. *J Birjand Univ Medi Scie*. 2013; 19(6): 1-9. [In Persian]
- 20- Narimani K. The effect of self-care educational program on quality of life of dialysis patients. *Daneshvar*. 2009; 16(79): 63-70. [In Persian]
- 21- Shapiro SH, Warren Brown K, Biegel G. Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *Train Educ Prof Psychol*. 2007, 1(2): 105-115.

Effect of a Self-Care Educational Program Based on Orem's Model on Stress in Patients Undergoing Hemodialysis

Rostami F¹, Ramezani Badr F², Amini K³, Pezeshki A⁴

¹MSc. Dept. of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

²PhD. Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

³PhD, Assistant Professor, Zanjan Social Dept. of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

PhD. School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Email: Ramezani.badr@gmail.com

Received: 25 Dec 2013 **Accepted:** 21 July 2015

Background and Objectives: Stress is a common and important psychological problem among patients undergoing hemodialysis. Stress can negatively affect the quality of life, treatment acceptance, and disease progress in patients. Participation of patient in self-care activities lead to more independence and patients adjustments with their illnesses. The aim of this study was to determine the effect of a self-care educational program based on the Orem's model on stress in hemodialysis patients.

Materials and Methods: This semi-experimental pretest-posttest study was conducted in the educational hospitals affiliated to Zanjan University of Medical Sciences. Participants were selected among from patients undergoing hemodialysis through convenience method; and were allocated into two intervention and control groups using blocked randomization. After baseline measurement, the educational program was implemented in the intervention group for 30-minutes weekly sessions. Stress was measured before and one month after the intervention in both groups using the stress part of the DASS-42 questionnaire. The data were analyzed in the SPSS-19 using descriptive statistics, paired-t test, independent t-test, and chi-squared test.

Results: The mean age of the participants was 55.13±15.1 years. Most of the participants were male (63.3%), 76.0% were married; and 47.88% had not finished the high school. There was a significant decrease in the mean stress score after the intervention ($P<0.001$). There was also a significant difference in the mean of stress score between the two groups after the intervention ($p=0.03$).

Conclusion: According to the positive effect of our educational program designed based on the Orem's self-care model, it seems that the program could be implemented to decrease stress in patients undergoing hemodialysis.

Key words: stress, self-care, Orem's model, hemodialysis, Iran

Please cite this article as follows:

Rostami F, Ramezani Badr F, Amini K, Pezeshki A. Effect of a Self-Care Educational Program Based on Orem's Model on Stress in Patients Undergoing Hemodialysis. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2015; 5(1): 13-22.
