

تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیالیز

سمیه سلطانی نژاد^۱، زهرا عباسی دولت آبادی^۲، محمود محمودی^۳

۱. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران

۲. مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. استاد، گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال دوم، شماره ۲ و ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۲، صفحات ۳۸-۳۳

چکیده

زمینه و هدف: بیماران تحت درمان همودیالیز با مشکلات جسمی و روانی متعددی مواجه هستند. تطابق افراد با شرایط سخت زندگی در خودکارآمدی بالا افزایش پیدا می‌کند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی، تعداد ۹۰ بیمار مراجعه کننده به مراکز دیالیز شهر کرمان، با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از بین ۱۵۳ نفر انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه ۴۵ نفری تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک، خودکارآمدی SUPPH (Strategies used by patients to promote health) و کیفیت زندگی (BREF-WHOQOL) بود که در سه سطح بالا، متوسط و پایین طبقه‌بندی شدند و در دو مرحله قبل و دو ماه بعد از مداخله آموزشی جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ و آزمون‌های آماری کای دو، تی مستقل و تی زوجی انجام شد.

یافته‌ها: کیفیت زندگی و خودکارآمدی در دو گروه قبل از آموزش اختلاف آماری معنی‌داری نداشت، اما پس از آموزش، کیفیت زندگی و خودکارآمدی افراد گروه مداخله، افزایش پیدا کرد ($P = 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد، آموزش کیفیت زندگی بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود آموزش کیفیت زندگی در برنامه‌های مراقبتی بخش‌های همودیالیز قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: آموزش، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، همودیالیز

نویسنده مسؤول:

سمیه سلطانی نژاد

دانشگاه آزاد اسلامی

واحد بندرعباس

پست الکترونیک:

s.soltaninejad@iauba.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۲/۲۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۵/۱

مقدمه

بیماران، به تغییر در توانایی‌های تطابقی خود با تغییر در شیوه زندگی نیاز دارند.^۱ از جمله عوامل مؤثر در تغییر و ارتقای کیفیت زندگی، خودکارآمدی یا کارایی فردی است که بر درک شخص از مهارت‌ها و توانایی‌های خود در انجام عملکرد مناسب تأکید دارد.^۲ همچنین قضاوت و درک افراد در مورد توانمندی‌های خود نیز تحت تأثیر وضعیت جسمانی است.^۳ بنابراین باورهای خودکارآمدی فرد از طریق تأثیر بر رفتارهای مرتبط با تندرستی و کارکرد زیستی، بر احتمال بروز بیماری‌های مختلف و بر فرایند بهبود، تأثیرگذار می‌باشند.^۴

پژوهش Christiaan به نقل از (کریمی و همکاران) نشان داد خودکارآمدی به سلامت جسمانی و روانی در بیماران مبتلا به روماتیسم و التهاب مفاصل وابسته است؛ بدین معنی که بیماران با خودکارآمدی پایین در مقایسه با بیماران با خودکارآمدی بالا، احساس نقص جسمانی، خستگی و درد بیشتر و نیز خلق افسرده و مضطرب‌تری دارند.^۵ اسماعیلی و همکاران به این نتیجه رسیدند که ۷۳/۱ درصد بیماران تحت درمان با همودیالیز در شهر تهران، کیفیت زندگی متوسط و ۷۱/۴ درصد خودکارآمدی متوسط دارند.^۶ این تحقیق نشان داد که ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین دو متغیر کیفیت

امروزه با وجود پیشرفت در روش‌های پیشگیری، تشخیصی و درمانی، میزان امید به زندگی در بیماران افزایش یافته است.^۱ پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۵۰ حدود ۱۶۷ میلیون نفر به بیماری‌های مزمن مبتلا خواهند شد. هزینه برآورد شده برای درمان این تعداد بیمار، ۷۹۷ بیلیون دلار تخمین زده شده است.^۲ از جمله این بیماری‌ها، نارسایی مزمن کلیه است که میزان شیوع آن در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر است و سالانه حدود ۸۰ درصد به این میزان افزوده می‌شود.^۳ شایع‌ترین روش درمانی در این بیماران همودیالیز می‌باشد.^۴ دیالیز یک منبع قابل توجه استرس می‌باشد که می‌تواند در زندگی بیماران تغییرات چشمگیری از جمله کاهش کارایی و توانایی انجام فعالیت، ضعف، خستگی، انزوای اجتماعی، عدم تحرک، کاهش اعتماد به نفس و در نهایت، ناامیدی نسبت به آینده را ایجاد کند.^۵ مطالعه کیمیل به نقل از (Gillanders و همکاران) نشان داد در طی یک سال، حدود ۱۰ درصد بیماران تحت همودیالیز، با تشخیص‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند.^۶ عوارض این بیماری و همچنین بستری شدن مکرر در بیمارستان باعث شده است کیفیت زندگی در بیماران مرحله انتهایی نارسایی کلیه، از کیفیت زندگی افراد عادی و حتی از سایر بیماران مزمن نیز پایین‌تر باشد.^۷ این

سه سطح بالا (۱۰۰-۶۶/۷ درصد)، متوسط (۶۶/۶-۳۳/۴ درصد) و پایین (۳۳/۳- درصد) طبقه‌بندی شد. جهت روایی پرسش‌نامه‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ به این صورت که پس از ترجمه پرسش‌نامه‌ها از متن انگلیسی به ۱۰ نفر از استادان صاحب‌نظر داده شد که مرتب بودن، وضوح و سادگی سؤالات با اختصاص اعداد ۱ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) سنجیده شد. نمرات گویه‌ها از نمره ۰/۲۵ برای انتخاب ۱ و نمره ۱ برای انتخاب ۴ در نظر گرفته شد و در انتها، میانگین نمرات محاسبه شد که برای هر دو پرسش‌نامه، $CV = 0/77$ به دست آمد.

پایایی پرسش‌نامه خودکارآمدی در کشورهای مختلف بررسی شده است. اسماعیلی و همکاران با استفاده از آزمون مجدد و ضریب همبستگی اسپیرمن، $r = 0/98$ به دست آوردند^{۱۲} و رویانی و همکاران (به نقل از اسماعیلی و همکاران) با استفاده از آلفای کرونباخ $\alpha = 0/86$ پایایی آن را تأیید کردند.^{۱۱} پرسش‌نامه کیفیت زندگی به بیش از ۴۰ زبان در دنیا ترجمه و استاندارد شده است. نجات و همکاران طی استانداردسازی این پرسش‌نامه در ایران، مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌های این پرسش‌نامه را بالای ۰/۷۰ گزارش کردند.^{۱۵} در این پژوهش، پایایی هر دو پرسش‌نامه از روش آزمون مجدد با استفاده از فرمول برون پیرسون و آلفای کرونباخ سنجیده شد. ضریب آلفای کرونباخ و برون پیرسون برای پرسش‌نامه خودکارآمدی ($r = 0/98$ ، $\alpha = 0/86$) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی ($r = 0/95$ ، $\alpha = 0/85$) محاسبه شد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول آماری ۴۵ نفر محاسبه شد. سپس از بین ۱۵۳ بیمار تحت درمان با همودیالیز با توجه به معیارهای سن بالاتر از ۱۸ سال، گذشت حداقل ۶ ماه از شروع همودیالیز، داشتن حداقل سطح سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه بیماری و مشکلات روحی و روانی و پیوند کلیه، عدم شرکت در پژوهش مشابه، ۹۰ نفر از بیماران واجد شرایط انتخاب شدند و به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه ۴۵ نفری تقسیم شدند.

با رعایت تمام مفاد بیانه هلسینکی در زمینه اخلاق پژوهش، همچنین شرح هدف از انجام پژوهش برای بیماران، کسب رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی جهت شرکت در پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و آزاد بودن بیماران از نظر شرکت یا عدم شرکت در مطالعه، از هر دو گروه آزمون نوبت اول گرفته شد.

پس از آن، بر طبق کتابچه تهیه شده توسط پژوهشگر در ابعاد (جسمی، روحی و روانی، اجتماعی و خانوادگی) با بخش‌هایی چون آشنایی با کلیه و کار آن، بیماری نارسایی مزمن کلیه و علل ایجاد آن، همودیالیز مراحل و عوارض حین انجام آن، انواع دستیابی به عروق و راه‌های نگهداری از مسیر عروقی، رژیم غذایی، مقدار مصرف و محدودیت گروه‌های مختلف غذایی، نحوه محاسبه مایعات روزانه، نمونه برنامه غذایی روزانه، کنترل وزن اضافه، راه‌های پیشگیری و برطرف کردن عوارض بیماری، کنترل بی‌اشتهایی و اختلال خواب، نرمش روزانه، راه‌های تقویت روحیه و ارتباطات اجتماعی و خانوادگی، اوقات فراغت، راه‌های شاد زیستن، آرامش و مراقبه و ارتباط

زندگی و خودکارآمدی وجود دارد. در نظریه کیفیت زندگی، پایین بودن خودکارآمدی، از جمله ویژگی‌های شخصیتی زمینه‌ساز ناخوشنودی از زندگی است.^{۱۳} Bandura (به نقل از عبداللهی) پیشنهاد می‌کند که برای تغییر باورهای کارآمدی، باید توان جسمانی را افزایش و سطح استرس و گرایش‌های منفی عاطفی را کاهش داد و سوء برداشت‌های حالات بدنی را اصلاح نمود.^{۱۴} وی بیان می‌دارد که احساس خودکارآمدی پایین با افزایش فشار روانی، پاسخ‌های ضعیف‌تر به درد و انگیزش کمتر برای پی‌گیری برنامه‌های مربوط به تندرستی همبسته است؛ برعکس، احساس خودکارآمدی بالا، با فشار روانی کمتر، قدرت انطباق بیشتر و علاقمندی زیادتر به برنامه‌های تندرستی، همبسته است.^{۱۱} باور کارآمدی عاملی مهمی در نظام سازنده شایستگی انسان محسوب می‌شود. حتی افراد خیلی مستعد در شرایطی که باور ضعیفی نسبت به خود داشته باشند، استفاده کمتری از توانایی‌های خود می‌کنند.^۹ بیمارانی که احساس اطمینان بر توانمندی خود در انجام خودمراقبتی دارند، بیشتر مایلند که این وظایف را انجام دهند. بنابراین افرادی که از سطح بالای خودکارآمدی خودمراقبتی برخوردار می‌باشند، بهتر می‌توانند بیماری نارسایی مزمن کلیه را مدیریت کنند.^۵ بررسی پژوهش‌ها نشان داد که مطالعه جامعی جهت تغییر در خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیالیز که تمام ابعاد زندگی چون بعد جسمی، روانی، اجتماعی و خانوادگی را تحت آموزش و مداخله قرار دهد، به خصوص در کشورمان انجام نشده است. بنابراین، هدف از اجرای این پژوهش تعیین تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر خودکارآمدی این بیماران بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی بود که بر روی بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به مراکز دیالیز شهر کرمان در زمستان سال ۱۳۸۹ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش به شرح زیر بودند:

۱- پرسش‌نامه خصوصیات دموگرافیک که شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، درآمد، وضعیت زندگی، مدت زمان شروع همودیالیز، ساعات انجام و دفعات انجام همودیالیز در هفته بود.

۲- پرسش‌نامه خودکارآمدی (Strategies used by patients to promote health یا SUPPH) که ابزار ۲۹ گویه و پنج گزینه‌ای است و خودکارآمدی افراد را در قالب سؤالاتی مانند اعتقاد به بهبودی، کنترل عوارض درمان، مدیریت استرس و غیره می‌سنجد. هر سؤال با گزینه‌های خیلی کم، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد با نمرات ۴-۰ امتیازبندی شد.

۳- پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) که دارای ۲۶ سؤال در حیطه‌های سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال) و سلامت محیط (۸ سؤال) و ۲ سؤال که در هیچ حیطه‌ای قرار نمی‌گیرد؛ گزینه‌های برخی از سؤالات خیلی ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب، خیلی خوب و در برخی دیگر بسیار ناراضی، ناراضی، بی‌تفاوت، راضی و بسیار راضی بود که با نمرات ۴-۰ امتیازبندی شد.

هر دو پرسش‌نامه کیفیت زندگی و خودکارآمدی، با امتیاز کل ۱۰۰-۰ در

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک در دو گروه

متغیر	مداخله درصد	کنترل درصد	P
سن (سال)			
کمتر از ۲۵	۸/۹	۶/۷	
۲۵-۳۴	۲۸/۹	۲۶/۷	
۳۵-۴۴	۱۳/۳	۱۷/۸	۰/۹۲
۵۱-۵۴	۱۱/۱	۱۵/۶	
۵۸+	۳۷/۸	۳۳/۳	
تحصیلات			
ابتدایی	۳۵/۶	۳۳/۳	
راهنمایی	۳۱/۱	۲۶/۷	۰/۸۹
دیپلم	۲۴/۴	۲۶/۷	
دانشگاهی	۸/۹	۱۳/۳	
شغل			
کارمند	۲/۲	۴/۴	
کارگر	۸/۹	۶/۷	
خانه‌دار	۳۳/۳	۳۳/۳	۰/۹۸
آزاد	۸/۹	۸/۹	
بازنشسته	۲۸/۹	۲۶/۷	
بیکار	۱۷/۸	۲۰/۰	
درآمد ماهانه			
> ۲۵۰ هزار تومان	۳۵/۶	۳۷/۸	
۵۰۰-۲۵۰ هزار تومان	۴۲/۲	۴۶/۷	۰/۷۱
< ۵۰۰ هزار تومان	۲۲/۲	۱۵/۶	
وضعیت زندگی			
باهمسر و فرزندان	۵۳/۳	۴۸/۹	
با همسر	۱۳/۳	۲۰/۰	۰/۸۲
با والدین	۲۶/۷	۲۶/۷	
با فرزندان	۶/۷	۴/۴	
مدت زمان شروع دیالیز (سال)			
کمتر از یک سال	۲۴/۴	۲۲/۲	
۱-۴	۳۷/۸	۴۰/۰	۰/۹۲
۵-۹	۱۷/۸	۲۲/۲	
۱۰-۱۴	۱۳/۳	۱۳/۳	
۱۵ بار و بیشتر	۶/۷	۲/۲	
تعداد انجام دفعات دیالیز در هفته			
۲ بار	۱۵/۶	۱۷/۸	۰/۷۷
۳ بار	۸۴/۴	۸۲/۲	
ساعات انجام دیالیز			
۳ ساعت	۲۰	۲۴/۴	۰/۶۱
۴ ساعت	۸۰	۷۵/۶	

معنوی که پس از تهیه به تأیید ۱۰ نفر از استادان صاحب‌نظر از گروه‌های مختلف پرستاری، پزشکی و نفلولوژیست رسیده بود، آموزش طی ۳ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای با فاصله زمانی ۱۰ روز بین هر جلسه، به طور انفرادی و به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ و در اختیار قرار دادن کتابچه به مشارکت کنندگان انجام شد. پس از گذشت یک ماه از آخرین جلسه آموزشی، آزمون نوبت دوم در دو گروه برگزار شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ و آزمون‌های آماری کای دو، تی زوجی و مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده در این پژوهش، اکثر افراد شرکت کننده را مردان (۵۷/۸) درصد در گروه مداخله و ۶۰ درصد در گروه کنترل تشکیل دادند. ۷۰/۷ درصد گروه مداخله متأهل و ۲۹/۳ درصد گروه کنترل مجرد بودند. میانگین سن افراد در گروه مداخله $22/20 \pm 42/30$ و در گروه کنترل $22/26 \pm 43/12$ سال بود و میانگین مدت زمان شروع درمان با همودیالیز در گروه مداخله $7/33 \pm 4/40$ سال و در گروه کنترل $6/48 \pm 4/20$ سال به دست آمد. از نظر مشخصات دموگرافیک بین دو گروه، با استفاده از آزمون کای دو اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۱). یافته‌های مربوط به تعیین درصد ابعاد کیفیت زندگی (سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط) و همچنین کیفیت زندگی کل در دو گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون، در سه سطح بالا، متوسط و پایین در جدول ۲ آمده است. بر اساس نتایج حاصل از آزمون کای دو از نظر کیفیت زندگی کل و ابعاد آن بین دو گروه مداخله و کنترل در پیش آزمون اختلاف معنی‌دار وجود ندارد؛ اما در پس آزمون اختلاف معنی‌دار وجود دارد.

همچنین یافته‌های مربوط به تعیین خودکارآمدی نشان داد که بین دو گروه در پیش آزمون اختلاف معنی‌دار وجود ندارد؛ اما پس از مداخله، اختلاف معنی‌دار وجود دارد (جدول ۳). میانگین خودکارآمدی آزمون اول و دوم در گروه مداخله ($7/87 \pm 2/80$) و مقایسه آن با استفاده از آزمون تی زوجی، اختلاف آماری معنی‌داری نشان داد ($P = 0/01$). میانگین خودکارآمدی در گروه کنترل در دو آزمون ($0/44 \pm 0/06$) و در مقایسه در این گروه، آزمون تی زوجی اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد ($P = 0/32$). همچنین در مقایسه خودکارآمدی بین دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت ($P = 0/01$).

جدول ۲: مقایسه هر یک از ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

P	گروه مداخله						گروه کنترل					
	پیش آزمون			پس آزمون			پیش آزمون			پس آزمون		
	بالا	متوسط	پایین	بالا	متوسط	پایین	بالا	متوسط	پایین	بالا	متوسط	پایین
	۴/۴۰	۲۴/۴	۷۱/۱۰	۱۱/۰۰	۲۸/۹۰	۶۰/۰۰	۲/۲۰	۲۴/۴۰	۷۳/۳۰	۰/۰۰	۷۵/۶۰	۰/۰۵۰
	۴/۴۰	۲۶/۷۰	۶۸/۹۰	۱۵/۶	۴۸/۹۰	۳۵/۶۰	۴/۴۰	۲۴/۴۰	۷۱/۱۰	۴/۴۰	۷۱/۱۰	۰/۰۰۳
	۱۳/۳۰	۶۸/۹۰	۱۷/۸۰	۵۱/۱۰	۴۴/۴۰	۴/۴۰	۶/۷۰	۷۳/۹۰	۲۰/۰۰	۶۴/۴۰	۲۰/۰۰	۰/۰۰۱
	۲/۲۰	۵۳/۳۰	۴۴/۴۰	۶/۷۰	۶۸/۹۰	۲۴/۴۰	۲/۲۰	۴۸/۹۰	۴۸/۹۰	۲/۲۰	۴۸/۹۰	۰/۰۴۰
	۰/۰۰	۴۰/۰۰	۶۰/۰۰	۶/۷۰	۶۸/۹۰	۲۴/۴۰	۰/۰۰	۳۵/۶۰	۶۴/۴	۰/۰۰	۳۷/۸	۰/۰۰۱

جدول ۱۳: توزیع درصد فراوانی خودکارآمدی در سه سطح در دو گروه و مقایسه آن در دو آزمون

خودکارآمدی	پیش آزمون		پس آزمون	
	بالا	متوسط	پایین	متوسط
گروه کنترل	۶/۷۰	۴۸/۹۰	۴۴/۴۰	۴۲/۲۰
گروه مداخله	۸/۹۰	۵۵/۶۰	۳۵/۶۰	۴/۴۰
P		۰/۶۷		۰/۰۰۱

بحث

یافته‌های به دست آمده در این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز در هر دو گروه در بعد جسمی و روانی در سطح پایین، در بعد روابط اجتماعی و سلامت محیط در سطح متوسط و کیفیت کل زندگی در سطح پایین قرار دارد. هر چند، اسماعیلی و همکاران^{۱۲} در تهران و نریمانی^{۱۶} در آذربایجان غربی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز را در سطح متوسط گزارش کردند. در این مطالعه، بعد از انجام مداخله و آموزش در گروه مداخله کیفیت زندگی بیماران به سطح متوسط افزایش یافت. در تأیید این پژوهش Loos-Ayav و همکاران در کشور فرانسه با آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز به مدت یک سال نشان دادند که آموزش، بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز تأثیر دارد و باعث افزایش آن در ابعاد مختلف می‌شود.^{۱۷} Yen و همکاران در تایوان نیز بیان کردند که آموزش، ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بیماران را افزایش داده است.^{۱۸} همچنین تحقیق Baraz و همکاران این نتیجه را تأیید می‌کند.^{۱۹} Lieh و همکاران نیز گزارش کردند که تنها درمان دارویی در کنترل علائم روان‌شناختی بیماری مزمن کلیه کافی نیست، بلکه تقویت بعد روحی و روانی از طریق محیط پیرامون نیز تأثیر زیادی در بهبود عوامل روانی دارد.^{۲۰} همچنین این پژوهش نشان داد که خودکارآمدی بیماران قبل از برگزاری جلسات آموزشی در سطح متوسط قرار دارد. اسماعیلی و همکاران^{۱۲} و Tsay و Hung^{۲۱} نیز میزان خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیالیز را متوسط گزارش کردند. در صورتی که بعد از مداخله، خودکارآمدی بیماران در سطح بالا قرار گرفت؛ با توجه به این که در گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای انجام نشد، خودکارآمدی در این گروه تغییر نکرد. احساس خودکارآمدی باعث ایجاد انگیزه در فرد می‌شود و او را قادر می‌سازد تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهد.

افرادی که به کارآمدی خود باور دارند، برای غلبه بر موانع و مشکلات، تلاش‌های مضاعفی انجام می‌دهند. تحقیق Lee و همکاران نشان داد که امتیاز خودکارآمدی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرده است.^{۲۲} همچنین Mc Gillion و همکاران گزارش کردند که افزایش خودکارآمدی از طریق اجرای برنامه‌های روانی - آموزشی برای مدیریت درد، منجر به عملکرد جسمانی بهتر و افزایش سلامت کلی در بیماران مبتلا به درد مزمن قلبی شده است.^{۲۳} Kanbara و همکاران در پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به دیابت به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی، پاسخ‌های استرس را کاهش و مقابله فعال با بیماری و سلامت را افزایش می‌دهد.^{۲۴} مطالعه زمان‌زاده و همکاران نیز نشان داد که آموزش علاوه بر بهبود خودکارآمدی، سبب افزایش تلاش بیماران برای

کسب حمایت‌های اجتماعی، افزایش انگیزه و قدرت تصمیم‌گیری می‌شود.^{۲۵} نتایج پژوهش اسماعیلی و همکاران^{۱۲}، Tsay و Healstead^{۲۶} و پژوهشگران دیگری به نقل از مرادی و همکاران^{۲۶}، همگی بیانگر آن است که خودکارآمدی افراد دچار مولتیپل اسکروز، مبتلایان به بیماری قلبی، بیماران تحت همودیالیز و افراد دچار آسیب نخاعی، با کیفیت زندگی آن‌ها پیوند دارد؛ به طوری که افزایش یا کاهش هر یک موجب تغییر مستقیم بر دیگری می‌شود. همه این مطالعات با تحقیق حاضر همسو می‌باشند. در مراقبت از بیماران تحت درمان با همودیالیز که در شرایط خاص زندگی می‌کنند، توجه به این موضوع که با خودکارآمدی بالا توانایی سازگاری با شرایط مختلف و کنترل موقعیت‌های تهدیدآمیز افزایش پیدا می‌کند، از اهمیت زیادی برخوردار است. از این رو کادر درمان در بالا بردن خودکارآمدی در این بیماران باید تلاش کنند.

لازم به ذکر است محدودیت‌های موجود در این پژوهش شامل مواردی چون تفاوت‌های فردی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، افزایش اطلاعات بیماران از طریق اطرافیان، رسانه‌های گروهی و پرسنل بخش در حین تحقیق، وضعیت روحی و روانی، مشکلات خانوادگی، وجود انتظارات و برداشت‌های متفاوت از خود و زندگی خود، دقت و صداقت شرکت کنندگان در پاسخگویی به سؤالات بود.

نتیجه‌گیری

این تحقیق نشان داد که آموزش بهبود کیفیت زندگی، موجب افزایش خودکارآمدی در بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌شود. این بیماران با مشکلات و عوارض جسمی و روانی متعدد روبه‌رو هستند. افزایش خودکارآمدی می‌تواند قدرت تحمل و نحوه کنترل مشکلات و عوارض بیماری را در آن‌ها بالا ببرد.

با توجه به این موضوع، پیشنهاد می‌شود در زمینه بررسی تأثیر مشاوره گروهی، گروه درمانی، خانواده درمانی، آموزش روابط اجتماعی بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیالیز، پژوهش‌هایی انجام شود. در نهایت، از آن جا که هدف پژوهش‌های پرستاری، بهره‌گیری از نتایج آن جهت حل مشکلات و پیامدهای مراقبت، کاهش هزینه‌ها، افزایش کیفیت خدمات و ارتقای سلامت آحاد جامعه است، با این دیدگاه یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌تواند در حیطه‌های مختلف پرستاری، خانواده، اجتماع، رسانه‌ها، آموزش و پرورش و غیره قابل استفاده باشد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

سمیه سلطانی نژاد: اجرا طرح، تجزیه و تحلیل داده‌ها و تأیید نهایی مقاله

The effect of quality of life training on self-efficacy in patients under hemodialysis treatment

Somayeh Soltani-Nejad¹, Zahra Abbasi-Dolatabadi², Mahmoud Mahmoudi³

1. Instructor of Nursing, Islamic Azad University, Bandar Abbas Branch, Bandar Abbas, Iran.
2. Instructor of Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Professor of Biostatistics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2013; 2(1,2): 33-38

ABSTRACT

Background and Objective: Patients under hemodialysis treatment face various physical and mental problems. Since individual's compatibility in hard conditions of life increases with high self-efficacy, this study aimed to determine the effect of life quality training on self-efficacy in patients under hemodialysis treatment.

Materials and Methods: In this research clinical trial study, was conducted on 90 patients under hemodialysis treatment (45 ones in each group) who were selected randomly among patients referred to dialysis centers of Kerman city, Iran. The data collection instrument consisted of demographic questionnaire, SUPPH (Strategies Used by Patients to Promote Health) and World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) instrument which were categorized to 3 levels, high, medium and low. The data were collected in two steps, before and two months after training intervention. The data were analyzed by SPSS 15, Chi-square, Paired t and Independent t tests.

Results: There was no significant difference in life quality and self-efficacy between the two groups before training but after training, the quality of life ($P = 0.001$) and self-efficacy ($P = 0.001$) increased in intervention group.

Conclusion: The results of research show that life quality training program affects self-efficacy of patients under hemodialysis treatment. So, it is recommended that life quality training programs become as care programmes in hemodialysis units.

Keywords: Education, quality of life, self-efficacy, hemodialysis

Correspondence:

Somayeh Soltani-Nejad
Islamic Azad
University, Bandar
Abbas Branch

Email:

s.soltaninejad@iauba.ac.ir

Received: 11/5/2013

Accepted: 23/7/2013

Please cite this article as: Soltani-Nejad S, Abbasi-Dolatabadi Z, Mahmoudi M. The effect of quality of life training on self-efficacy in patients under hemodialysis treatment. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2013; 2(1,2): 33-38.