

تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر خودکارامدی بیماران تحت درمان با همودیالیز

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

مقاله پژوهشی

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

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

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

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 خودکارامدی بالا افزایش پیدا می‌کند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش کیفیت زندگی بر خودکارامدی 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، خودکارامدی (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 خودکارامدی در دو گروه قبل از آموزش اختلاف آماری معنی‌داری نداشت، اما پس از آموزش،

کیفیت زندگی و خودکارامدی افراد گروه مداخله، افزایش پیدا کرد ($P = 0.001$).

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

کلیدواژه‌ها: آموزش، کیفیت زندگی، خودکارامدی، 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 تطبیقی خود با تغییر در شیوه زندگی نیاز دارند.^۱ از جمله عوامل مؤثر در تغییر و ارتقای کیفیت زندگی، خودکارامدی 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 خودکارامدی فرد از طریق تأثیر بر رفتارهای مرتبط با تندرنستی و کارکرد زیستی، بر احتمال بروز بیماری‌های مختلف و بر فرایند بهبود، تأثیرگذار می‌باشد.^۴

پژوهش Christiaan به نقل از (کریمی و همکاران) نشان داد خودکارامدی به سلامت جسمانی و روانی در بیماران مبتلا به روماتیسم و التهاب مفاصل وابسته است؛ بدین معنی که بیماران با خودکارامدی پایین در مقایسه با بیماران با خودکارامدی 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 خودکارامدی 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.^۷ پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۵۰ حدود ۱۶۷ میلیون نفر به بیماری‌های مزمن مبتلا خواهد شد. هزینه برآورد شده برای درمان این تعداد بیمار، ۷۹۷ میلیون دلار تخمین زده شده است.^۸ 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.^۹ شایع‌ترین روش درمانی در این بیماران همودیالیز می‌باشد.^{۱۰} 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، نامیدی نسبت به آینده را ایجاد کند.^{۱۱} مطالعه کیمل 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.^{۱۲} 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.^{۱۳} این

سه سطح بالا (۱۰۰-۶۶/۷ درصد)، متوسط (۳۳/۴-۶۶/۶ درصد) و پایین (۳۳/۳-۰ درصد) طبقه‌بندی شد. جهت روابی پرسش‌نامه‌ها از روش اعتبار محظوظ 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 سوالات با اختصاص اعداد ۱ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) سنجیده شد. نمرات گوییه‌ها از نمره ۰/۲۵ برای انتخاب ۱ و نمره ۱ برای انتخاب ۴ در نظر گرفته شد و در انتهای میانگین نمرات محاسبه شد که برای هر دو پرسشنامه $\text{CV} = 0/77$ به دست آمد.

پایابی پرسشنامه خودکارامدی در کشورهای مختلف بررسی شده است. اسماعیلی و همکاران با استفاده از آزمون مجدد و ضریب همبستگی اسپرمن، $\alpha = 0/98$ به دست آوردند^{۱۱} و رویانی و همکاران (به نقل از اسماعیلی و همکاران) با استفاده از آلفای کرونباخ $\alpha = 0/86$ پایابی آن را تأیید کردند.^{۱۲} 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 $0/70$ گزارش کردند.^{۱۳} در این پژوهش، پایابی هر دو پرسشنامه از روش آزمون مجدد با استفاده از فرمول بروان پیرسون و آلفای کرونباخ سنجیده شد. ضریب آلفای کرونباخ و بروان پیرسون برای پرسشنامه خودکارامدی ($\alpha = 0/98$) و پرسشنامه کیفیت زندگی $\alpha = 0/85$ ($\alpha = 0/95$) محاسبه شد.

حجم نمونه با استفاده از فرمول آماری 45 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، تداشتن سابقه بیماری و مشکلات روحی و روانی و پیوند کلیه، عدم شرکت در پژوهش مشابه، 90 نفر از بیماران واحد شرایط انتخاب شدند و به صورت تصادفی (قرعه کشی) در دو گروه 45 نفری تقسیم شدند.

با رعایت تمام مفاد یافته هلینیکی در زمینه اخلاق پژوهش، همچنین شرح هدف از انجام پژوهش برای بیماران، کسب رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی جهت شرکت در پژوهش، محترمانه 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 آشنازی 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، نموده برنامه غذایی روزانه، کنترل وزن اضافه، راههای پیشگیری و برطرف کردن عوارض بیماری، کنترل بی‌اشتهاای 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 خودکارامدی وجود دارد. در نظریه کیفیت زندگی، پایین بودن خودکارامدی، از جمله ویژگی‌های شخصیتی زمینه‌ساز ناخوشنودی از زندگی است.^{۱۴} (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.^{۱۵} وی بیان می‌دارد که احساس خودکارامدی پایین با افزایش فشار روانی، پاسخ‌های ضعیف‌تر به درد و انگیزش کمتر برای پی‌گیری برنامه‌های مربوط به تدرستی همبسته است؛ بر عکس، احساس خودکارامدی بالا، با فشار روانی کمتر، قدرت انتبطاق بیشتر و علاقمندی زیادتر به برنامه‌های تدرستی، همبسته است.^{۱۶} 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.^{۱۷} 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 خودکارامدی خودمراقبتی برخوردار می‌باشند، بهتر می‌توانند بیماری نارسایی مزمن کلیه را مدیریت کنند.^{۱۸}

بررسی پژوهش‌ها نشان داد که مطالعه جامعی جهت تغییر در خودکارامدی 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 خودکارامدی 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، ساعت‌انجام و دفعات انجام همودیالیز در هفته بود.

۲- پرسشنامه خودکارامدی (SUPPH health) که ابزار 29 گویه و پنج گزینه‌ای است و خودکارامدی افراد را در قالب سؤالاتی مانند اعتقاد به بهوبدی، کنترل عوارض درمان، مديريت استرس و غيره می‌سنجد. هر سؤال با گزینه‌های خیلی کم، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد با نمرات $0-4$ امتیازبندی شد.

۳- پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) که دارای 26 سؤال در حیطه‌های سلامت جسمانی (7 سؤال)، سلامت روانی (6 سؤال)، روابط اجتماعی (3 سؤال) و سلامت محیط (8 سؤال) و 2 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 $4-0$ امتیازبندی شد.

هر دو پرسشنامه کیفیت زندگی و خودکارامدی، با امتیاز کل $0-100$ در

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک در دو گروه

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

معنوی که پس از تهیه به تأیید ۱۰ نفر از استادان صاحب نظر از گروههای مختلف پرستاری، پزشکی و نفروЛОژیست رسیده بود، آموزش طی ۳ جلسه 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 نرم افزار 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 ۴۲/۳ 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 42.30 ± 22.20 و در گروه کنترل 42.30 ± 22.20 سال بود و میانگین مدت زمان شروع درمان با همودیالیز در گروه مداخله 4.40 ± 4.40 سال و در گروه کنترل 4.40 ± 4.40 سال به دست آمد. از نظر مشخصات دموگرافیک بین دو گروه، با استفاده از آزمون کای دو اختلاف آماری معنی داری 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، متوجه 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 معنی دار وجود ندارد؛ اما در پس آزمون اختلاف معنی دار وجود دارد.

همچنین یافته‌های مربوط به تعیین خودکارامدی نشان داد که بین دو گروه در پیش آزمون اختلاف معنی دار وجود ندارد؛ اما پس از مداخله، اختلاف معنی دار وجود دارد (جدول ۳). میانگین خودکارامدی آزمون اول و دوم در گروه مداخله 7.87 ± 2.87 و مقایسه آن با استفاده از آزمون تی زوجی، اختلاف آماری معنی داری نشان داد ($P = 0.001$). میانگین خودکارامدی در گروه کنترل در دو آزمون 0.44 ± 0.06 و در مقایسه در این گروه، آزمون تی زوجی اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد ($P = 0.32$). همچنین در مقایسه خودکارامدی بین دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی دار وجود داشت ($P = 0.001$).

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

P	گروه کنترل						گروه مداخله						ابعاد مورد بررسی					
	پس آزمون			پیش آزمون			پس آزمون			پیش آزمون			پس آزمون			پیش آزمون		
	پایین	متوسط	بالا	پایین	متوسط	بالا	پایین	متوسط	بالا	پایین	متوسط	بالا	پایین	متوسط	بالا	پایین	متوسط	بالا
۰/۰۵۰	۷۵/۶۰	۲۴/۴۰	۰/۰۰	۷۳/۳۰	۲۴/۴۰	۲/۲۰	۶۰/۰۰	۲۸/۹۰	۱۱/۰۰	۷۱/۱۰	۲۴/۴	۴/۴۰	بعد جسمی					
۰/۰۰۳	۷۱/۱۰	۲۴/۴۰	۴/۴۰	۷۱/۱۰	۲۴/۴۰	۴/۴۰	۳۵/۶۰	۴۸/۹۰	۱۵/۶	۶۸/۹۰	۲۶/۷۰	۴/۴۰	بعد سلامت روانی					
۰/۰۰۱	۲۰/۰۰	۶۴/۴۰	۷/۰۰	۲۰/۰۰	۷۳/۹۰	۶/۷۰	۴/۴۰	۴۴/۴۰	۵۱/۱۰	۱۷/۸۰	۶۸/۹۰	۱۳/۳۰	بعد روابط اجتماعی					
۰/۰۴۰	۴۸/۹۰	۴۸/۹۰	۲/۲۰	۴۸/۹۰	۴۸/۹۰	۲/۲۰	۲۴/۴۰	۶۸/۹۰	۶/۷۰	۴۴/۴۰	۵۳/۳۰	۲/۲۰	بعد سلامت محیط					
۰/۰۰۱	۶۲/۲	۳۷/۸	۰/۰۰	۶۴/۴	۳۵/۶۰	۰/۰۰	۲۴/۴۰	۶۸/۹۰	۶/۷۰	۶۰/۰۰	۴۰/۰۰	۰/۰۰	کیفیت کل زندگی					

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

خودکارامدی	پیش آزمون			پس آزمون		
	بالا	متوسط	پایین	بالا	متوسط	پایین
گروه کنترل	۴۲/۲۰	۵۱/۱۰	۶۷/۰	۴۴/۴۰	۴۸/۹۰	۶۷/۰
گروه مداخله	۴/۴۰	۳۵/۶۰	۶۰/۰۰	۳۵/۶۰	۵۵/۶۰	۸/۹۰
P	۰/۰۱			۰/۶۷		

کسب حمایت‌های اجتماعی، افزایش انگیزه و قدرت تصمیم‌گیری می‌شود.^{۲۵}

نتایج پژوهش اسماعیلی و همکاران^{۱۱} و Tsay و Healstead^۵ و پژوهشگران دیگری به نقل از مرادی و همکاران^{۲۶}، همگی بیانگر آن است که خودکارامدی افراد دچار مولتیپل اسکلرroz، 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 خودکارامدی بالا تووانایی سازگاری با شرایط مختلف و کنترل موقعیت‌های تهدیدآمیز افزایش پیدا می‌کند، از اهمیت زیادی برخوردار است. از این رو قادر درمان در بالا بردن خودکارامدی 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 انظارات 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 خودکارامدی در بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌شود. این بیماران با مشکلات و عوارض جسمی و روانی متعدد رویه‌رو هستند. افزایش خودکارامدی 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 خودکارامدی 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 یافه‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌تواند در حیطه‌های مختلف پرستاری، خانواده، اجتماع، رسانه‌ها، آموزش و پرورش وغیره قابل استفاده باشد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسنده‌گان بیان نشده است.

سهم نویسنده‌گان

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

بحث

یافته‌های به دست آمده در این تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز در هر دو گروه در بعد گروه 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^{۱۳} 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} و همکاران نیز گزارش کردند که تنها درمان دارویی در کنترل علایم 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 خودکارامدی بیماران قبل از برگزاری جلسات آموزشی در سطح متوسط قرار دارد. اسماعیلی و همکاران^{۱۲} و Tsay و Hung^{۱۱} نیز میزان خودکارامدی بیماران تحت درمان با همودیالیز را متوسط گزارش کردند. در صورتی که بعد از مداخله، خودکارامدی بیماران در سطح بالا قرار گرفت؛ با توجه به این که در گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای انجام نشد، خودکارامدی در این گروه تغییر نکرد. احساس خودکارامدی باعث ایجاد انگیزه در فرد می‌شود و او را قادر می‌سازد تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق العاده‌ای انجام دهد.

افرادی که به کارامدی خود باور دارند، برای غلبه بر موانع و مشکلات، تلاش‌های مضاعفی انجام می‌دهند. تحقیق Lee و همکاران نشان داد که امتیاز خودکارامدی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرده است.^{۲۲} همچنین Mc Gillion و همکاران گزارش کردند که افزایش خودکارامدی 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 خودکارامدی، پاسخ‌های استرس را کاهش و مقابله فعلی با بیماری و سلامت را افزایش می‌دهد.^{۲۴} مطالعه زمان‌زاده و همکاران نیز نشان داد که آموزش علاوه بر بهبود خودکارامدی، سبب افزایش تلاش بیماران برای

پژوهشگران از تمامی عزیزانی که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند، به ویژه بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستان شفا و مرکز بیماری های خاص شهر کرمان که به خاطر آنها و با وجود همکاری آنها این تحقیق به انجام رسید، مراتب سپاس و قدردانی خود را اعلام می دارند (کد ثبت کارآزمایی بالینی ۱۵۱۳۰۶۱۵۱۳۶۷۷ n1). (۲۰۱۳)

References

- Kao TW, Lai MS, Tsai TJ, Jan CF, Chie WC, Chen WY. Economic, social, and psychological factors associated with health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in northern Taiwan: a multicenter study. *Artif Organs* 2009; 33(1): 61-8.
- O'Connell Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 109.
- Afkand S, Nourozi Tabrizi K, Fallahi Khoshknab M, Reza Soltani P. The impact of Multi-dimensional Model of Psychiatric Rehabilitation Care on hemodialysis patient's depression. *J Health Promot Manag* 2012; 1(3): 7-16.
- Cohen A, Korzets A, Neyman H, Ori Y, Baytner S, Belenky A, et al. Endovascular interventions of juxtaanastomotic stenoses and thromboses of hemodialysis arteriovenous fistulas. *J Vasc Interv Radiol* 2009; 20(1): 66-70.
- Tsay SL, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(3): 245-51.
- Gillanders S, Wild M, Deighan C, Gillanders D. Emotion regulation, affect, psychosocial functioning, and well-being in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2008; 51(4): 651-62.
- Kring DL, Crane PB. Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2009; 36(1): 15-24, 55.
- Iskender M. The Relationship between Self-Compassion, Self-Efficacy, and Control Belief about Learning in Turkish University Students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 2009; 37(5): 711-20.
- Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York, NY: Worth Publishers; 1997.
- Najafi M, Foladjang M. The relationship between self-efficacy and mental health among high school students. *Daneshvar Raftar* 2007; 14(22): 69-81. [In Persian].
- Karimi M, Bahrami F, Nouhi E. The effect of education on self-efficacy follow-up workshop with nurses Imam Reza, Sirjan city in patient education [MSc Thesis]. Kerman, Iran: School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences; 2011. [In Persian].
- Esmaeli M, Alikhani M, Gholamaragi M, Hosseini F. The quality of life and self efficacy of the patients under hemodialysis. *Iran J Nurs* 2005; 18(41-42): 77-84. [In Persian].
- Frisch MB. Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2005.
- Abdullahi B. Role of the self-empowerment of staff. *Tadbir* 2006; 17(168): 35-40. [In Persian].
- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006; 4(4): 1-12. [In Persian].
- Narimani K. A Study of Quality of Life in End Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis Treatment. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2006; 14(2): 26-33. [In Persian].
- Loos-Ayav C, Frimat L, Kessler M, Chanliau J, Durand PY, Briancon S. Changes in health-related quality of life in patients of self-care vs. in-center dialysis during the first year. *Qual Life Res* 2008; 17(1): 1-9.
- Yen M, Huang JJ, Teng HL. Education for patients with chronic kidney disease in Taiwan: a prospective repeated measures study. *J Clin Nurs* 2008; 17(21): 2927-34.
- Baraz Sh, Mohammadi E, Broumand B. The effect of self - care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients. *The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery* 2005; 11(24-25): 51-62.
- Lieh YT, Liang HC, Kuang YY, Dar LY, Cheng CC, See CP. The adjustment to illness in patients with generalized anxiety disorder is poorer than that in patients with end-stage renal disease. *J Psychosom Res* 2004; 57(2): 165-70.
- Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patients with end-stage renal disease—a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2004; 41(1): 59-65.
- Lee V, Robin CS, Edgar L, Laizner AM, Gagnon AJ. Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Soc Sci Med* 2006; 62(12): 3133-45.
- McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B, Lefort SM, Coyte P, Graham A. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36(2): 126-40.
- Kanbara S, Taniguchi H, Sakaue M, Wang DH, Takaki J, Yajima Y, et al. Social support, self-efficacy and psychological stress responses among outpatients with diabetes in Yogyakarta, Indonesia. *Diabetes Res Clin Pract* 2008; 80(1): 56-62.
- Zamanzdeh V, Seyied Rasuli A, Jabbarzadeh F. The Effect of Empowerment Program Education on Self Efficacy in Diabetic Patients in Tabriz University of Medical Science Diabetes Education Center. *Research Journal of Biological Sciences* 2008; 3(8): 850-5.
- Moradi A, Amiri Sh, Malekpour M, Molavi H, Nouri A. Effect of Self-Efficacy Group Training on Quality of Life and Entrepreneurial Behaviour in Physically Disabled Females. *Sociological & Psychological (women s studies)* 2009; 7(3): 71-98. [In Persian].

زهرا عباسی دولت‌آبادی: همکاری در طراحی ، تجزیه و تحلیل و تدوین مقاله

محمود محمودی: مشاور آمار و مشارکت در نگارش مقاله

سپاسگزاری

این مقاله حاصل کار تحقیقاتی به شماره ۵۱۱۴۱۸۹۱۰۱۹۰۰۱ می باشد.

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.