

تأثیر آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز

سید رضا برزو^۱، سحر ذوالنوری^۲، غلامحسین فلاحی‌نیا^۳، علیرضا سلطانیان^۴

۱. استادیار، گروه داخلی جراحی، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماران مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. مربی، گروه داخلی جراحی، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماران مزمن در منزل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال چهارم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۴، صفحات ۲۹-۲۲

چکیده

زمینه و هدف: اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت امروزه بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. حفظ کارکرد، استقلال و افزایش کیفیت زندگی بیماران مزمن از جمله بیماران تحت همودیالیز متأثر از این رفتارهاست. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز انجام شد. مواد و روش‌ها: در مطالعه نیمه تجربی حاضر، ۷۰ بیمار بستری در بخش‌های همودیالیز دو مرکز آموزشی درمانی شهر همدان در سال ۹۴-۱۳۹۳، به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۳۵ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله ۶ جلسه آموزشی حین دیالیز برگزار شد. قبل و ۳ ماه پس از اجرای مداخله، کیفیت زندگی بیماران در دو گروه با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس نسخه دیالیز اندازه‌گیری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای‌دو، تی‌مستقل و تی‌زوج، تحت نرم‌افزار spss ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: در گروه مداخله میانگین نمرات کیفیت زندگی، پس از مداخله از $5/4 \pm 18/85$ به $5/46 \pm 20/11$ ($P < 0/001$) و در گروه کنترل از $4/67 \pm 19/41$ به $4/10 \pm 18/93$ تغییر یافت ($P = 0/08$). پس از مداخله، کیفیت زندگی بیماران در گروه مداخله در بعد سلامتی و عملکرد به $5/7 \pm 18/6$ ($P < 0/001$) و در بعد روانی-معنوی به $7/02 \pm 19/3$ افزایش یافت ($P = 0/041$). نتیجه‌گیری: آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز شد. لذا با توجه به ماهیت مزمن بیماری، آموزش این رفتارها می‌تواند در جهت افزایش کیفیت زندگی موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: (فتارهای ارتقاء) دهنده سلامت، کیفیت زندگی، همودیالیز

نویسنده مسوول:

غلامحسین فلاحی‌نیا
دانشگاه علوم پزشکی همدان

پست الکترونیک:

h.falahinia@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۵/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۹/۱۷

مقدمه

سالیانه ۲۰ درصدی همراه است.^۴ این در حالی است که بیش از ۱۸ هزار بیمار تحت درمان با همودیالیز در کشور وجود دارد.^۵ روش‌های مختلفی برای درمان بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه پیشنهاد می‌شود که یکی از موثرترین و شایع‌ترین آن‌ها، همودیالیز است. با وجود اینکه همودیالیز طول عمر مبتلایان به نارسایی کلیه را افزایش می‌دهد ولی مشکلات متعددی را نیز در پی دارد. همودیالیز به‌عنوان بخشی از روند درمان بیماری مزمن می‌تواند منجر به تغییر شیوه زندگی، وضعیت سلامت و ایفای نقش اجتماعی فرد شود. علاوه بر این هزینه‌های خدمات سلامتی را نیز بالا می‌برد و کیفیت زندگی بیماران را تحت شعاع قرار می‌دهد.^{۶،۷} کیفیت زندگی مفهومی است که احساس خوب بودن از نظر جسمانی و روانی را در برمی‌گیرد و می‌تواند تحت تأثیر ویژگی‌های فردی، اجتماعی و وضعیت بالینی فرد قرار گیرد و در عین حال متأثر از تجربه و درک شخص از

امروزه با افزایش امید به زندگی، بیماری‌های مزمن به‌عنوان مشکل اساسی بهداشتی مطرح شده‌اند. این بیماری‌های طولانی مدت و ناتوان‌کننده با پاتولوژی غیرقابل درمان، مسوول ۶۰ درصد از مرگ و میرهای جهان هستند.^۱ بیماری نارسایی مزمن کلیه از جمله این بیماری‌ها است که باعث می‌شود فرد به‌خاطر وضعیت سلامت و بیماری، پیوسته نقش یک بیمار را در زندگی ایفا کند.^۲

بر اساس آمار موجود، میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۶۰ مورد در هر یک میلیون نفر جمعیت در سال است و تقریباً سالانه ۶ درصد افزایش می‌یابد. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ در ایالات متحده از هر یک میلیون نفر، بیش از سه چهارم افراد دچار نارسایی مزمن کلیه خواهند شد که این امر منجر به افزایش هزینه‌ها و تمهیدات لازم جهت دیالیز یا پیوند کلیه می‌شود.^۳ طبق آمارهای علمی وزارت بهداشت، این بیماری در ایران با رشد

مراقبت از جمله پرستاران است.^{۲۱} با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان کننده نارسایی مزمن کلیه و نیاز بیماران به استفاده طولانی مدت از همودیالیز و تأثیر آن بر کیفیت زندگی بیماران و همچنین نقش مهم پرستاران در این رابطه، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح دو گروهی پیش آزمون - پس آزمون بود. جامعه پژوهش را بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی شهر همدان در سال ۹۴-۱۳۹۳ تشکیل دادند.

حجم نمونه با استفاده از مطالعه آقاخانی و همکاران (۱۳۹۰)^{۲۲} و فرمول حجم نمونه ($d = 6, \sigma = 7/8, Z_{1-\beta} = 1/28, Z_{1-\alpha/2} = 1/96$) در هر گروه ۳۵ نفر و در مجموع ۷۰ نفر محاسبه گردید. شرکت کنندگان به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب و با استفاده از روش تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. از آنجا که شهر همدان تنها دو بخش همودیالیز در دو مرکز آموزشی درمانی داشت، به صورت تصادفی یک مرکز به عنوان گروه کنترل و مرکز دیگر به عنوان گروه مداخله در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، توانایی برقراری ارتباط کلامی، دارا بودن حداقل سواد دوره کامل ابتدایی، تاهل (به دلیل نوع سوالات پرسشنامه)، عدم ابتلا به مشکلات روانی یا ناتوانی عملکردی (با بررسی پرونده پزشکی بیمار)، عدم ابتلا به بدخیمی‌ها (با پرسش از آن‌ها و مراجعه به پرونده)، دارا بودن سابقه همودیالیز حداقل ۶ ماه و انجام همودیالیز ۲ تا ۳ بار در هفته بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل جابجایی بیمار به یک مرکز دیگر، فوت و یا شرکت هم‌زمان در پژوهش مشابه بود.

اطلاعات با استفاده از فرم جمع آوری ویژگی‌های فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس نسخه دیالیز جمع آوری شدند. فرم جمع آوری ویژگی‌های فردی بیماران شامل اطلاعاتی نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، تعداد دفعات دیالیز در هفته، مدت زمان انجام دیالیز (سال)، علت بیماری کلیوی و ساعت دیالیز بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس نسخه دیالیز (Ferrans and powers quality of life index dialysis version) در سال ۱۹۸۵ توسط فرانس و پاورس تدوین شده است.^{۲۳} این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که برای سنجش کیفیت زندگی طراحی شده است و دارای ۲ بخش است. بخش اول شامل گویه‌هایی است که رضایت بیماران از زندگی را اندازه گیری می‌کنند و بخش دوم میزان اهمیتی است که آن‌ها برای هر یک از گویه‌ها قابل هستند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای در قسمت اول ۶ نمره، از خیلی راضی (نمره ۶) تا خیلی ناراضی (نمره ۱) و در قسمت دوم از خیلی بی‌اهمیت (نمره ۱) تا خیلی مهم (نمره ۶) درجه بندی می‌شود و شامل ۶۸ گویه است (هرقسمت دارای ۳۴ گویه). گویه‌های هر دو قسمت مشابه یکدیگر می‌باشند.

زندگی نیز باشد. از طرفی بیماری‌های مزمن با تأثیری که بر سلامت بیمار می‌گذارند، در نهایت منجر به بروز تأثیراتی نامطلوب بر کیفیت زندگی بیمار خواهد شد.^۸ ارزیابی کیفیت زندگی کمک می‌کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی‌تری مورد توجه قرار گیرد. زمانی که فرد در زندگی احساس رضایت و خوشحالی می‌کند و از بیمار بودن خود احساس ناراضی ندارد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و این امر بهبود کیفیت زندگی را نیز در بر دارد.^۹

همان‌طور که ذکر شد، بین سلامتی و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد. اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارند.^{۱۰} مطالعات مختلف به این نکته اشاره دارند که بیماران تحت همودیالیز نسبت به سایر افراد عادی جامعه و حتی بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند و میزان شاخص کیفیت زندگی در این بیماران نسبت به سایر بیماری‌های مزمن مانند کانسر پستان، کانسر کولون و لوسمی پایین‌تر است.^{۱۱،۱۲} همودیالیز می‌تواند در زندگی این بیماران تغییرات چشمگیری از جمله کاهش کارآیی و توانایی انجام فعالیت، ضعف، خستگی، انزوای اجتماعی، عدم تحرک، کاهش اعتماد به نفس و در نهایت، ناامیدی نسبت به آینده را به دنبال داشته باشد. وجود این شرایط، وضعیت سلامت و نقش‌های فرد را تحت تأثیر قرار داده و به مرور زمان موجب کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. مشکلات متعدد ناشی از روند درمانی و همچنین وابستگی طولانی مدت فرد به همودیالیز، ضرورت توجه به کیفیت زندگی این بیماران را آشکار می‌سازد.^۹

راهکارهای مختلفی جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مطرح شده است که از جمله آن‌ها می‌توان رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را نام برد.^{۱۳،۱۴} این رفتارها شامل انجام اعمالی هستند که منجر به توانمند ساختن افراد برای افزایش کنترل بر سلامت و در نهایت بهبود سلامت فرد و جامعه می‌شود.^{۱۵} در واقع ارتقاء سلامت علم و هنر تغییر شیوه زندگی به منظور رسیدن به کمال مطلوب است و شامل رفتارهایی است که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش منظم، دوری از رفتارهای مخرب و بهبود عملکرد با وجود بیماری، کنترل عواطف و احساسات و کنار آمدن با تنش و مشکلات ناشی از بیماری و استقلال و سازگاری می‌پردازد.^{۱۶،۱۷} همان‌طور که طول عمر افراد افزایش می‌یابد، اهمیت رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت نیز، با توجه به حفظ کارکرد و استقلال افراد و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها روز به روز بیشتر آشکار می‌شود.^{۱۸،۱۹}

رفتار ارتقاء دهنده سلامت مفهوم مهمی برای پرستاران است؛ زیرا اکثر نقش‌های پرستاری در برگزیده آموزش و حفظ سلامتی می‌باشد که هدف غایی آن، کمک به افراد، خانواده‌ها و جوامع برای دستیابی به حداکثر توان سلامتی است.^{۲۰} هدف از درمان بیماری‌های مزمن فقط افزایش طول عمر افراد نیست، بلکه کیفیت زندگی بیماران نیز بسیار حایز اهمیت است.^{۱۱} پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامتی، محور تمرکز فعالیت‌های ارائه دهنده‌گان

معنوی توسط کارشناس مذهبی و دو بعد روابط بین فردی و مدیریت استرس توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی مورد بررسی و تایید قرار گرفت.

مداخله در ۶ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، در سه هفته متوالی به روش فردی و چهره به چهره به همراه پرسش و پاسخ در زمانی که بیمار تحت همودیلایز بود، انجام می‌شد. پس از اتمام شش جلسه آموزشی، مباحث در قالب کتابچه آموزشی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، در اختیار بیماران قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا به مدت ۳ ماه به اجرای موارد آموزش داده شده در منزل بپردازند. به منظور ترغیب هر چه بیشتر برای پیروی از برنامه آموزشی در طی این مدت تماس تلفنی با بیمار برقرار شد و به ابهامات و سوالات مشارکت کنندگان در خصوص رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت پاسخ داده شد. سه ماه بعد از مداخله طی هماهنگی قبلی و تماس تلفنی با مشارکت کنندگان از آنان خواسته شد تا در روزها و ساعات تعیین شده به مرکز درمانی مراجعه کرده و مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی را با همان روش قبلی تکمیل کنند. لازم به ذکر است که گروه کنترل تحت هیچ برنامه آموزشی در رابطه با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت قرار نگرفتند؛ اما پس از پایان مطالعه، اطلاعات آموزشی در قالب کتابچه آموزشی در اختیار آنها نیز قرار گرفت و به سوالات آنان پاسخ داده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو (جهت بررسی تفاوت ویژگی‌های فردی در گروه‌های مداخله و کنترل)، تی زوج (جهت مقایسه اختلاف میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله) و تی مستقل (جهت بررسی تفاوت بین دو گروه از نظر میانگین نمرات کیفیت زندگی) تحت نرم افزار SPSS ۱۶ انجام شد.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی

محتوای جلسات	مباحث	جلسات
جلسه اول	تغذیه	اهمیت تغذیه در همودیلایز بایدها و نبایدهای تغذیه اهمیت دانستن وزن خشک توصیه‌های تغذیه اهمیت ورزش در همودیلایز ورزش‌های متناسب با همودیلایز
جلسه دوم	فعالیت جسمانی	انواع ورزش‌ها مراقبت از شالودون مراقبت از فیستول کنترل عفونت اهمیت دعا
جلسه سوم	احساس مسئولیت در قبال سلامتی فردی	اهمیت مسائل معنوی در سلامت جسم و روح اهمیت صبر و شکیبایی و اعتماد به خدا
جلسه چهارم	رشد معنوی	تعریف ارتباط و انواع آن مهارت‌های اساسی در روابط بین فردی
جلسه پنجم	روابط بین فردی	توصیه‌ها و راهکارها جهت بهبود روابط بین فردی
جلسه ششم	مدیریت استرس	تعریف استرس و انواع استرسورها راهکارها و روش‌های مقابله با استرس

این ابزار چهار بعد کیفیت زندگی شامل سلامتی و عملکرد (۱۴ گویه)، اقتصادی - اجتماعی (۷ گویه)، روانی معنوی (۷ گویه)، خانوادگی (۵ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره کیفیت زندگی کل بر اساس راهنمای ابزار استاندارد شده بدین ترتیب محاسبه می‌شود که از پاسخ افراد به هر یک از موارد در قسمت رضایت، عدد ۳/۵ کم می‌شود. طیف نمره‌ها بین ۲/۵- تا ۲/۵+ بدست می‌آید. سپس نمره به دست آمده در مورد هر گویه در قسمت رضایت، در پاسخ‌های مربوط به همان عبارت در قسمت اهمیت ضرب می‌شود و سپس تمام جواب‌های به دست آمده از ۳۴ سوال با یکدیگر جمع می‌شوند و سپس عدد ۱۵ به هر یک از اعداد محاسبه شده اضافه می‌شود. محدوده امتیازات بین ۳۰-۰ تعیین می‌گردد که کل کیفیت زندگی را مشخص می‌کند. کل امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی در سه گروه (مطلوب، نسبتاً مطلوب و نامطلوب) طبقه‌بندی شده است. به این صورت که اعداد بین ۹-۰ به عنوان کیفیت زندگی نامطلوب، ۱۹-۱۰ کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و ۳۰-۲۰ به عنوان کیفیت زندگی مطلوب در نظر گرفته می‌شود.

روایی محتوایی و صوری این ابزار در مطالعه دهش و همکاران (۲۰۱۴) مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۵ نشان‌دهنده پایایی مناسب ابزار بود.^{۲۴} در مطالعه حاضر جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش آزمون - باز آزمون استفاده گردید. ضریب همبستگی به دست آمده برای کل پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۹۷، برای عامل رضایت ۰/۹۶ و برای عامل اهمیت ۰/۹۴ به دست آمد که نمایانگر پایایی مناسب این ابزار بود. همچنین همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد.

پژوهشگر پس از انجام هماهنگی‌های لازم با بخش‌های همودیلایز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهر همدان، و انتخاب مشارکت کنندگان ضمن معرفی خود به بیماران، اهداف پژوهش را شرح داد و با اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان به آنان اطمینان داد که اطلاعاتشان کاملاً محرمانه است و هرگاه تمایل داشته باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند. سپس پرسشنامه‌های مذکور در طی مراجعه بیمار برای انجام همودیلایز جهت تکمیل در اختیار بیماران در هر دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفت و به سوالات و ابهامات آنها نیز پاسخ داده شد. سپس گروه مداخله تحت آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت قرار گرفتند. محتوای برنامه آموزشی به تناسب ابعاد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت حاوی مباحث رژیم غذایی، فعالیت جسمانی، احساس مسئولیت در قبال سلامت فردی، توجه به رشد معنوی، روابط بین فردی و مدیریت استرس بود که بر اساس کتب و مراجع علمی دیالیز و منابع علمی در دسترس^{۲۵، ۲۶} تهیه (جدول ۱) و هر کدام از ابعاد کتابچه با توجه به موضوع در اختیار متخصص مربوطه قرار گرفت. بدین صورت که بعد تغذیه، فعالیت جسمانی و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی توسط دو فوق تخصص نفرولوژی، بعد رشد

یافته‌ها

در گروه مداخله میانگین نمرات کیفیت زندگی، پس از مداخله از $18/85 \pm 5/4$ به $20/11 \pm 5/46$ ($P = 0/001$) و در گروه کنترل از $18/93 \pm 4/10$ به $19/41 \pm 4/67$ ($P = 0/08$) تغییر پیدا کرد. نتیجه آزمون تی زوج نشان داد، پس از اجرای مداخله کیفیت زندگی در بعد سلامتی و عملکرد ($P < 0/001$) و در بعد روانی-معنوی ($P = 0/041$) افزایش پیدا کرد که این اختلاف بین دو گروه معنی دار بود (جدول ۳).

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های فردی شرکت‌کنندگان در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس این جدول قبل از مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری بین ویژگی‌های فردی شرکت‌کنندگان در دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها بود.

جدول ۲: ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان

P	متغیر		سطوح متغیر
	مداخله تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	
0/4	17 (48/6)	30 (57/1)	زن
	18 (51/4)	15 (42/9)	مرد
0/3	27 (77/1)	30 (85/7)	متاهل
	2 (5/7)	3 (8/6)	مطلقه
0/1	6 (17/2)	2 (5/7)	فوت شده
	11 (31/4)	15 (42/9)	سواد خواندن و نوشتن
0/4	14 (40)	7 (20)	زیر دیپلم
	8 (22/9)	7 (20)	دیپلم
0/7	2 (5/7)	6 (17/1)	دانشگاهی
	13 (37/1)	10 (28/6)	2 بار در هفته
0/4	22 (62/9)	25 (71/4)	3 بار در هفته
	16 (45/7)	17 (48/6)	1 الی 2 سال
0/7	13 (37/1)	10 (28/6)	3 الی 5 سال
	6 (17/2)	8 (22/8)	بیشتر از 5 سال
0/80	7 (20)	4 (11/4)	نمی‌دانم
	11 (31/4)	9 (25/7)	فشار خون بالا
0/80	10 (28/6)	10 (28/6)	دیابت
	1 (2/9)	3 (8/6)	پلی کیستیک کلیوی
0/80	1 (2/9)	2 (5/7)	کلومبولونفریت مزمن
	1 (2/9)	2 (5/7)	پیلونفریت مزمن
0/9	4 (11/4)	5 (14/3)	سایر
	48/4 ± 11/4	48/7 ± 11/3	سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)
0/1	3/3 ± 0/5	3/4 ± 0/5	دیالیز (ساعت) (میانگین ± انحراف معیار)

*آزمون کای‌دو؛ **آزمون تی مستقل

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران تحت همودیالیز در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه	میانگین ± انحراف معیار	
		قبل از مداخله	بعد از مداخله
سلامتی و عملکرد	مداخله	16/3 ± 6/2	18/6 ± 5/7
	کنترل	16/6 ± 5/2	15/34 ± 5/3
اقتصادی-اجتماعی	مداخله	18/8 ± 5/4	19/1 ± 5/4
	کنترل	19/6 ± 5/06	19/8 ± 5/4
روانی-معنوی	مداخله	17/42 ± 7/3	19/3 ± 7/02
	کنترل	20/8 ± 6/7	20/7 ± 6/8
خانوادگی	مداخله	22/5 ± 6/7	22/8 ± 5/8
	کنترل	25/02 ± 4/6	24/64 ± 4/5
کیفیت زندگی کل	مداخله	18/85 ± 5/4	20/11 ± 5/46
	کنترل	18/93 ± 4/10	19/41 ± 4/67

*آزمون تی زوجی؛ **آزمون تی مستقل

بیماران تحت همودیالیز باید ارتقاء یابد. آن‌ها بیان کردند که ارائه جلسات آموزشی و کاهش میزان استرسورها می‌تواند شرایط روحی و روانی این بیماران را بهبود بخشد.^{۳۲} در مطالعه نریمانی (۲۰۰۹) نیز مداخله آموزشی، کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز را در بعد سلامت روان بهبود بخشید.^{۲۹} در پژوهش قویدل و همکاران (۱۳۸۸)، آموزش مراقبت از خود بر اساس مدل مراقبت مشارکتی، کیفیت زندگی بیماران را در بعد سلامت روان افزایش داد.^{۳۰} نتیجه مطالعه نارویی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد، آموزش خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم سبب افزایش کیفیت زندگی در بعد سلامت روان بیماران می‌شود.^{۳۳} نتایج این مطالعات نیز علی‌رغم نوع مداخله و روش‌های بررسی متفاوت، همسو با نتایج پژوهش حاضر بود. از آنجایی که اغلب آسیب‌های روانی در ناتوانی افراد در تحلیل صحیح و مناسب از موقعیت خویش، عدم احساس کنترل و کفایت شخصی جهت رویارویی با موقعیت‌های دشوار و عدم آمادگی برای حل مشکلات و مسائل زندگی به شیوه مناسب ریشه دارد،^{۳۴} آموزش صحیح به بیماران می‌تواند در دستیابی به ادراک مناسبتر نسبت به کیفیت زندگی خصوصاً در بعد روانی و معنوی کمک نماید.

در این مطالعه، آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت باعث بهبود بعد اقتصادی و اجتماعی در گروه مداخله شد، اگرچه از نظر آماری معنی‌دار نبود. در مطالعه براز و همکاران (۱۳۸۷) مداخله آموزشی سبب بهبود کیفیت زندگی در بعد اجتماعی گردید.^{۳۱} در مطالعه نریمانی (۲۰۰۹) نیز پس از اجرای مداخله آموزشی، کیفیت زندگی در بعد فعالیت اجتماعی بهبود یافت.^{۲۹} نتایج مطالعه قویدل و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد، آموزش مراقبت از خود بر اساس مدل مراقبت مشارکتی سبب افزایش معنی‌دار نمره کیفیت زندگی در بعد فعالیت اجتماعی بیماران شده است.^{۳۰} نارویی و همکاران (۱۳۹۱) هم گزارش کردند که آموزش خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی در بعد عملکرد اجتماعی بیماران تحت همودیالیز شود.^{۳۳} یافته‌های این مطالعات هم‌سو با یافته‌های مطالعه حاضر است. ارایه آموزش‌های لازم پیرامون بیماری و مراقبت از خود و سایر رفتارهای مثبت نظیر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌تواند بیماران را در امر مراقبت از خود فعال سازد. فعالیت بیمار در زمینه خودمراقبتی می‌تواند با ایجاد احساس مفید بودن، مانع از شکل‌گیری احساسات پوچ و ناامیدانه گردد. همچنین بیمار را به حضور هر چه بیشتر در اجتماع سوق دهد و از بروز مشکلات بعدی که قطعاً بار اقتصادی برای بیمار و جامعه به ارمغان می‌آورد، بکاهد.^{۳۵}

بر اساس نتایج به‌دست آمده، آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت باعث افزایش نمره بعد خانوادگی در گروه مداخله شد؛ هر چند این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. نریمانی (۱۳۸۵) در بررسی کیفیت زندگی بیماران کلیوی تحت درمان با همودیالیز بیان داشت که بعد خانوادگی از اهمیت بالایی برخوردار می‌باشد و بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بسزایی می‌گذارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله قبل از مداخله در سطح نسبتاً مطلوبی قرار داشت و آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز را به سطح مطلوب افزایش داد.

نتایج سایر مطالعات صورت گرفته نیز نتایج این مطالعه را تأیید می‌کنند. در مطالعه Alikari و همکاران (۲۰۱۵) که به‌صورت آینده‌نگر انجام شد، برنامه آموزشی در قالب مشاوره، جزوات و فیلم‌های آموزشی توانسته بود تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز داشته باشد.^{۲۷} De Moura Reboredo و همکاران (۲۰۱۰) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش تمرینات کششی می‌تواند موجب ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ESRD و تحت درمان با همودیالیز شود.^{۲۸} نریمانی (۲۰۰۹) در تحقیق خود گزارش نمود که آموزش رفتارهای مراقبت از خود می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز شود.^{۲۹} اگرچه نتایج مطالعات فوق، موثر بودن آموزش را بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران نشان می‌دهد، با این وجود در مطالعات ذکر شده نمره کیفیت زندگی متفاوت گزارش شده است که می‌تواند ناشی از متفاوت بودن نحوه اجرای برنامه‌های آموزشی، بکارگیری پرسشنامه‌های متفاوت جهت سنجش کیفیت زندگی و همچنین نحوه پیگیری بیماران و نیازهای متفاوت آنان باشد.

بر اساس نتایج حاصله، آموزش به بیماران گروه مداخله باعث ارتقاء زیرشاخص‌های سلامتی و عملکرد آن‌ها شد. یافته‌های سایر مطالعات نیز تأیید کننده نتیجه مطالعه حاضر است. در مطالعه نریمانی (۲۰۰۹) نیز پس از ارائه مداخله آموزشی، بعد سلامت عمومی و عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز بهبود یافت.^{۲۹} در مطالعه قویدل و همکاران (۱۳۸۸)، آموزش مراقبت از خود بر اساس مدل مراقبت مشارکتی، کیفیت زندگی بیماران در بعد سلامت عمومی و عملکرد فیزیکی را بهبود بخشید.^{۳۰} در مطالعه براز و همکاران (۱۳۸۷) نیز میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز در بعد عملکرد فیزیکی، بعد از مداخله آموزشی افزایش معنی‌داری داشت.^{۳۱} برخلاف نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه آقاخانی و همکاران (۱۳۹۰)، هر چند میانگین نمرات بعد عملکرد جسمانی و سلامت عمومی کیفیت زندگی بعد از مداخله افزایش یافت، اما این افزایش به لحاظ آماری معنی‌دار نبود.^{۲۲} علی‌رغم اینکه نتایج حاصل از این مطالعات هم راستا با پژوهش حاضر بود، اما محتوای آموزشی، شرایط محیطی، روش‌های ارائه محتوای آموزشی و ابزارهای سنجش کیفیت زندگی بین این مطالعات بسیار متفاوت بود. شاید دلیل شباهت در این امر باشد که ارائه هر برنامه آموزشی اگر با محتوایی مناسب و به شیوه صحیح صورت گیرد، می‌تواند نتایج مثبتی به همراه داشته باشد.

بر اساس نتایج به‌دست آمده، آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بر زیرشاخص روانی و معنوی گروه مداخله تأثیر مثبت داشته است. Tsay و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه خود بیان کردند، بعد روانی کیفیت زندگی

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

سید رضا برزو: طراحی پژوهش، مشارکت در تدوین مقاله
سحر ذوالنوری: جمع آوری داده‌ها، اجرای طرح، مشارکت در تدوین مقاله

غلامحسین فلاحی‌نیا: ویراستار علمی مقاله، مشارکت در تدوین مقاله
علیرضا سلطانیان: تجزیه و تحلیل داده‌ها، مشارکت در تدوین مقاله

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی همدان و با شماره طرح ۹۳۱۲۱۲۶۵۱۵ و کد اخلاق D/P/16/35/9/5862 در مرکز کارآزمایی بالینی وزارت بهداشت با شماره IRCT201505109014N62 به ثبت رسیده است. از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی همدان، همچنین مسئولین محترم بیمارستان‌های تحت مطالعه و تمامی بیماران، تشکر و قدردانی ویژه به عمل می‌آید.

References

- Clark NM, Gong M, Kaciroti N. A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Education & Behavior* 2014; 41(5): 499-508.
- Baigent C, Landray MJ, Reith C, Emberson J, Wheeler DC, Tomson C, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (study of heart and renal protection): A randomised placebo-controlled trial. *The Lancet* 2011; 377(9784): 2181-92.
- Collins AJ, Foley RN, Chavers B, Gilbertson D, Herzog C, Johansen K, et al. United States renal data system 2011 annual data report: atlas of chronic kidney disease & end-stage renal disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases* 2012; 59(1 suppl 1): 1-420.
- Atabaki SH, Aghayani K, Tamadondar M, Jalalzadeh M, Hakem M, Rajolani H, et al. *Nurse and dialysis*. 2th ed, Tehran, sohadanesh; 2010. [persian]
- Omrani KH, Shafiee M, Safari H, Habibi F, Askari BR. Equity in geographical distribution of dialysis beds and nephrologists based on the lorenz curve and gini coefficient need indices. *Hakim* 2013; 16(1): 20-27. [persian]
- Anees M, Hameed F, Mumtaz A, Ibrahim M, Saeed Khan MN. Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases* 2011; 5(1): 9-14.
- Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PM, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research* 2012; 72(2): 129-35.
- Ouzouni S, Kouidi E, Sioulis A, Grekas D, Deligiannis A. Effects of intradialytic exercise training on health-related quality of life indices in

لذا آموزش و مشاوره می‌تواند در این راستا کمک کننده باشد.^{۳۶} این یافته هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر بود.

از آنجایی که مطالعه حاضر تنها در یک شهر و با حجم نمونه محدود انجام گرفته است، می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه سازد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج ارائه شده، آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز شد. لذا با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده ناراسایی مزمن کلیه و نیاز بیماران به استفاده طولانی مدت از همودیالیز و تاثیر آن بر کیفیت زندگی، آموزش رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به صورت دوره‌ای و مدون به بیماران می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک نماید. پیشنهاد می‌گردد جهت انجام پژوهش‌های بعدی از سایر روش‌های آموزشی مانند آموزش گروهی استفاده گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی با حضور اعضای خانواده بیمار به منظور تاثیر هرچه بیشتر آموزش‌ها، انجام شود.

- haemodialysis patients. *Clinical Rehabilitation* 2009; 23(1): 53-63.
- Rayner HC, Zepel L, Fuller DS, Morgenstern H, Karaboyas A, Culleton BF, et al. Recovery time, quality of life, and mortality in hemodialysis patients: the dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). *American Journal of Kidney Diseases* 2014; 64(1): 86-94.
- Feroze U, Noori N, Kovesdy CP, Molnar MZ, Martin DJ, Reina-Patton A, et al. Quality of life and mortality in hemodialysis patients: roles of race and nutritional status. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 2011; 10(12): 37-45.
- Kring DL, Crane PB. Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal* 2009; 36(1): 15.
- Tsay SL, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies* 2002; 39(3): 245-51.
- Van Achterberg T, Huisman-de Waal GG, Ketelaar NA, Oostendorp RA, Jacobs JE, Wollersheim HC. How to promote healthy behaviours in patients? An overview of evidence for behaviour change techniques. *Health Promotion International* 2011; 26(2): 148-62.
- Ma LC, Chang HJ, Liu YM, Hsieh HL, Lo L, Lin Y, et al. The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. *The Scientific World Journal* 2013; 2013: 1-7.
- Lippke S, Nigg CR, Maddock JE. Health-promoting and health-risk behaviors: theory-driven analyses of multiple health behavior change in three international samples. *International Journal of Behavioral Medicine* 2012; 19(1): 1-13.

16. Yi M, Kim J. Factors influencing health-promoting behaviors in Korean breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing* 2013; 17(2): 138-45.
17. Yang NY, Moon SY. The impact of health status, health promoting behaviors, and social problem ability on college adjustment among nursing students. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education* 2013; 19(1): 33-42.
18. Enjzab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatisharifabad MA. Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors in Yazd, Iran. *International Journal of Preventive Medicine* 2012; 3(Suppl1): 191.
19. Kim JH, Lau CH, Cheuk KK, Kan P, Hui HL, Griffiths SM. Brief report: predictors of heavy internet use and associations with health-promoting and health risk behaviors among Hong Kong university students. *Journal of Adolescence* 2010; 33(1): 215-20.
20. Street RL, Gold WR, Manning TR. Health promotion and interactive technology: theoretical applications and future directions. 1st ed, New York, Routledge; 2009.
21. Edelman CL, Mandel CL, Kudzma EC. Health promotion throughout the life span. 8th ed, Boston, Elsevier Health Sciences; 2013.
22. Aghakhani N, Nazari R, SharifNia H, Nahrir B. A comparative study of quality of life (QOL) among patients with haemodialysis and peritoneal dialysis. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery* 2012; 8(2): 35-42. [persian]
23. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science* 1985; 8(1): 15-24.
24. Dehesh T, Zare N, Jafari P, Sagheb MM. Psychometric assessment of the Persian version of the Ferrans and Powers 3.0 index in hemodialysis patients. *International Urology and Nephrology* 2014; 46(6): 1183-9.
25. Brunner LS, Smeltzer SCC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 13th ed, Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
26. Gokal R, Khanna R, Krediet RT, Nolph K. Textbook of peritoneal dialysis. 4th ed, Springer Science & Business Media; 2013.
27. Alikari V, Matziou V, Tsironi M, Theofilou P, Zyga S. The effect of nursing counseling on improving knowledge, adherence to treatment and quality of life of patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Behavioral Medicine* 2015; 8(2): 514-25.
28. De Moura Reboredo M, Henrique DM, De Souza Faria R, Chaoubah A, Bastos MG, De Paula RB. Exercise training during hemodialysis reduces blood pressure and increases physical functioning and quality of life. *Artificial Organs* 2010; 34(7): 586-93.
29. Narimani K. A study of the effect of self-care training on the hemodialysis patients' quality of life. *Daneshvar Medicine* 2009; 16(79): 63-70.
30. Ghavidel F, Mohammadzadeh SH, Pirasteh H, Alavi Majd H. Effect assessment of applying the partnership care model on quality of life in hemodialysis patients referring to Be'sat Hospital of IRI Air Force. *Ebnesima* 2009; 12(2): 22-7. [persian]
31. Baraz-Pardenjani SH, Mohammadi E, Boroumand B. The effect of self-care teaching by video tape on physical problems and quality of life in dialysis patients. *Iran Journal of Nursing* 2008; 21(54): 121-33. [persian]
32. Tsay SL, Lee YC, Lee YC. Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(1): 39-46.
33. Naroie S, Naji SA, Abdeyazdan GH, Dadkani E. Effect of applying self-care orem model on quality of life in the patient under hemodialysis. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2012; 14(1): 8-12. [persian]
34. Khodabakhsh M, Mansouri P. The effect of life skills education on psychological health. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2011; 13(3): 51. [Persian]
35. Estebarsari F, Taghdisi MH, Mostafaei D, Latifi M, Estebarsari K. A qualitative study on affecting factors on quality of life in end-stage patients. *Journal of Health Education and Health Promotion* 2015; 2(4): 290-302. [Persian]
36. Narimani K. A study of quality of life in end stage renal disease undergoing hemodialysis treatment. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty* 2006; 14(2): 26-36. [persian]

The effect of education of health promotion behaviors on quality of life in hemodialysis patients

Seyed Reza Borzou¹, Sahar Zonoori², Gholam Hosein Falahinia³, Ali Reza Soltanian⁴

1. Assistant professor, Department of Medical Surgical Nursing, Member of Chronic Disease (Home Care) Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. MSc Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Instructor, Department of Medical Surgical Nursing, Member of Chronic Disease (Home Care) Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Associate Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2016; 4(4): 22-29.

ABSTRACT

Background and Objective: Today more than ever, the importance of health promoting behaviors is considered. Maintaining the function, independence and increasing the quality of life of chronic patients such as hemodialysis patients is influenced by health promoting behaviors. The current study was conducted to determine the effect of education of health promoting behaviors on the quality of life in hemodialysis patients.

Materials and Method: In the current quasi-experimental study, 70 hospitalized patients were selected through convenient sampling in hemodialysis wards of two Therapeutic-Educational Centers in Hamadan in 2014. Then, the subjects were randomly allocated into two intervention and control groups of 35 persons. In intervention group, 6 educational sessions were held during the hemodialysis. Quality of life of patients in two groups was measured through Ferrans and Powers Quality of Life Index-dialysis version before and three months after the intervention. Data were analyzed in SPSS 16, and using chi-square test, independent T-test and paired-T test .

Results: In intervention group, the mean score of quality of life after intervention was changed from 18.85 ± 5.4 to 20.11 ± 5.46 ($p < 0.001$) and in control group from 19.41 ± 4.67 to 18.39 ± 4.10 ($p = 0.08$). After intervention, quality of life of patients in intervention group was increased in health and functioning domain (18.6 ± 5.7) ($p < 0.001$) and was increased in psychological/spiritual domain to 19.3 ± 7.02 ($p=0.041$)

Conclusion: Education of health-promoting behaviors improved the quality of life of hemodialysis patients. Therefore, according to chronic nature of disease, the education of these behaviors can be effective in improving the quality of life.

Keywords: Health promoting behaviors, quality of life, hemodialysis

Correspondence:

Gholam Hosein Falahinia
Hamadan University
of Medical Sciences

Email:

h.falahinia@gmail.com

Received: 18/08/2015

Accepted: 08/12/2015

Please cite this article as: Borzou SR, Zonoori S, Falahinia GH, Soltanian AR. The effect of education of health promotion behaviors on quality of life in hemodialysis patients. *Medical- Surgical Nursing Journal* 2016; 4(4): 22-29.