

کاربرد نظریه مراقبت از خود اورم در آموزش برنامه تغذیه ای بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در بیمارستان های آموزشی ارومیه

نادر آقاخانی^۱، فرخنده شریف^{۲*}، حمید شریف نیا^۳، نرگس رهبر^۱، منیژه پرخاشجوی^۱، امیر امامی زیدی^۴،
ابوالقاسم سیادت پناه^۵

تاریخ وصول: ۹۱/۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۹۱/۳/۱۵

چکیده:

زمینه و هدف: با توجه به اختلالات متابولیک ناشی از نارسایی کلیه و اهمیت تغذیه در ارتقای سلامت و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و آموزش موارد مربوط به تغذیه صحیح و با توجه به اینکه اکثر بیماران از آموزش منسجم و مدون در رابطه با رژیم غذایی مناسب خود محروم هستند. لذا این پژوهش، جهت تعیین کاربرد نظریه مراقبت از خود اورم در آموزش برنامه تغذیه ای بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در بیمارستان های آموزشی ارومیه صورت گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی ۷۰ بیمار دیالیزی در مراکز دیالیز بیمارستان های آموزشی ارومیه در سال ۱۳۸۸ به روش مبتنی بر هدف انتخاب و بصورت تصادفی ساده در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. بعد از انجام پیش آزمون برنامه طراحی شده در ارتباط با تغذیه صحیح برای گروه مداخله اجرا شد. داده های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه بررسی اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش نامه کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ گردآوری گردید. داده ها در دو مرحله پیش از انجام مداخله و یک ماه پس از انجام مداخله جمع آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته ها: تأثیر آموزش مراقبت از خود با مشخصات دموگرافیکی چون، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات در ارتباط بود، در صورتی که با سن، جنسیت و طول مدت دیالیز ارتباط معنادار آماری نداشت ($p=0/05$) بین میانگین نمره سلامت جسمانی در مرحله قبل و بعد از آموزش خود مراقبتی جهت تغذیه، اختلاف معنی دار آماری وجود داشت ($p=0/049$). در بررسی تأثیر آموزش تغذیه صحیح بر کیفیت زندگی، میانگین نمرات از نظر عملکرد جسمانی، ایفای نقش جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، میزان سرزندگی، ایفای نقش عاطفی، درک کلی از سلامتی معنی دار نبود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش و با بررسی پژوهش های موجود، آموزش خود مراقبتی تغذیه بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران تأثیر داشت. هرچند معنی دار نبودن اختلافات قبل و بعد از آموزش در این پژوهش را می توان به کم سوادی اکثریت واحدهای پژوهش و احتمال فراموشی یا انجام ندادن توصیه ها به علت دشواری اجرا یا فقر دانست.

واژگان کلیدی: آموزش برنامه تغذیه ای، مراقبت از خود، اورم، کیفیت زندگی، همودیالیز.

مقدمه

بیماران اثر می گذارد و بیماران مبتلا به حمایت، مراقبت جهت حفظ عملکرد و همچنین پیشگیری از ناتوانی های بیشتر نیاز دارند (۲). از جمله بیماری های مزمن، نارسایی کلیه را می توان نام برد که تخریب پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است که در آن توانایی بدن در حفظ سوخت و ساز و تعادل آب و الکترولیت ها از بین می رود که سالیانه بیش از ۶۰ هزار نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به آن، جان خود را از دست می دهند. درمان اصلی مرحله آخر نارسایی کلیوی، پیوند کلیه است که به علت عوارض ناشی از مصرف داروهای خاص، اجرای آزمایشات و دیگر روش های درمانی مربوطه، مشکلات خاص خود را دارد و بیماران تا زمان ایجاد امکان پیوند کلیه، مجبور به

بیماری مزمن از نظر تعاریف سازمان بهداشت جهانی، طولانی مدت، ناتوان کننده با پاتولوژی غیرقابل درمان و مسؤول ۶۰٪ از مرگ و میر های جهان است (۱)، که بر فعالیت های عادی

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
*نویسنده مسؤول Email: fsharif@sums.ac.ir
۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۴. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۵. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

این بیماران و تسهیل کارها، باید مراقبت ها توسط خود بیماران انجام گیرد (۱۴).

با توجه به ضرورت و آموزش به بیمار و اهمیت نقش پرستار در این کار به عنوان مهمترین منبع ارائه دهنده اطلاعات، افزایش آگاهی بیمار از طریق آموزش از جمله در مورد تغذیه موجب کیفیت مراقبت از خود، تسریع روند بهبودی و پذیرش بهتر مسایل مربوط به بیماری، کاهش مدت بستری شدن می شود (۱۵). در این مورد، امور مراقبت فقط بر عهده پرستاران نیست. تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به بیماریهای مزمن، از اهمیت بالایی برخوردار است و بیماران می توانند، با کسب مهارت های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند. فعالیت های خود مراقبتی می تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری وی را بیشتر کند و میزان ناتوانی و از کار افتادگی و هزینه های و علایم شدید بیماری را کاهش دهند و با بهبود پیامدها بالینی آن سبب کاهش مدت و دفعات بستری مجدد بیماران گردند (۱۶). نکته مهم در مراقبت از خود، مشارکت و قبول مسؤلیت از طرف خود بیمار است. با توجه به اینکه بیماریهای مزمن تأثیر شدیدی بر زندگی بیماران دارند، کنترل بسیاری از عوارض بیماری به وسیله رفتارهای مراقبت از خود، امکان پذیر است (۱۷).

با در نظر گرفتن موارد فوق نیاز به بررسی و تحقیق در مورد طراحی و انتخاب جدیدترین و در عین حال مؤثرترین برنامه خودمراقبتی براساس نیاز این بیماران جهت کنترل مشکلات و بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی احساس می شود. یکی از الگوهایی که می تواند بیمار را در مراقبت از خود سهیم کند، الگوی خود مراقبتی اورم است که بیشتر بر روی جنبه های مراقبت از خود بحث می کند. توان مراقبت از خود، به وسیله اورم به عنوان یکی از اجزا تئوری پرستاری مراقبت از خود ارائه شده که شامل توانایی افراد برای انجام فعالیتهای مراقبت از خود می باشد. به عبارت دیگر، توانایی است که شخص برای ایجاد تعادلی بین تواناییهای خود و نیازهای موجود برای مراقبت که فرآیندهای زندگی ایجاد می کند، کسب می نماید (۱۸). بر اساس نظریه اورم، مراقبت از خود، فعالیتی است که انسان ها به طور فردی برای خود، آن را تشخیص و انجام می دهند تا بدین وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کنند (۱۴).

در ایران در زمینه بررسی تأثیر برنامه خود مراقبتی اورم در زمینه تغذیه بر ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی تحقیقات زیادی صورت نگرفته است و همچنین با توجه به اهمیت آموزش موارد مربوط به تغذیه صحیح که به گواهی پرسنل درمانی بخش دیالیز، اکثر بیماران از آموزش منسجم و مدون در رابطه با رژیم غذایی مناسب خود محروم هستند و همچنین با توجه به اهمیت تغذیه در ارتقای سلامت و بالطبع

استفاده از روش درمانی دیالیز به صورت خونی یا صفاقی هستند (۳). گزارش مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه ایران در سال ۱۳۸۶ حاکی از ابتلای حدود ۲۹۰۰۰ نفر در کشور به نارسایی مزمن کلیوی بود که از این تعداد ۱۴۰۰۰ نفر تحت درمان با همودیالیز قرار داشتند. که از این عده ۳۷۰۰ نفر از آن ها در تهران تحت درمان بودند. طبق گزارش های موجود، شیوع این بیماری در ایران نیز در حال افزایش است (۴). سوء تغذیه نیز از جمله مشکلات جدی بیمارانی است که تحت درمان دیالیز قرار دارند. دلیل این نگرانی ارتباط بین این مورد و وضعیت نامطلوب بیمار به علت کاهش آلبومین و کلسترول سرم و در نتیجه افزایش خطر مرگ در بیماران است (۵). در مطالعه ای نیز مشخص شد که با ابتلا به نارسایی مزمن کلیوی و شروع دیالیز کیفیت زندگی بیماران کاهش می یابد و این کاهش کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی منجر به طولانی شدن مدت بستری، سوءتغذیه و مرگ و میر این افراد نسبت به سایر افراد جامعه می شود (۶).

کیفیت زندگی مفهومی است که احساس خوب بودن را از نظر جسمانی و روانی در برمی گیرد و آن دسته از خصوصیتی است که برای بیمار ارزشمند و حاصل احساس راحتی و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی است. به طوری که فرد بتواند توانایی هایش را در فعالیت های با ارزش زندگی حفظ کند. بیماری های مزمن روی سلامتی و کیفیت زندگی اثرات منفی دارند و بین کیفیت زندگی و سلامتی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (۷).

بیماران همودیالیزی به دلیل بیماری ایجاد شده، درمان های دارویی متعدد، برنامه غذایی موجود و ضرورت کسب توانایی برای سازگاری و ناتوانی جسمی و روحی نیازمند آموزش مداوم هستند و با آموزش رژیم غذایی که خود قادر به انجام آن باشد از مرگ و میر و عوارض ناشی ماهیت بیماری در امان خواهند ماند (۸). این بیماران با محدودیت های زیادی در زمینه رژیم دارویی، غذایی و مایعات روبرو می شوند (۹). همودیالیز موجب می شود که بیماران تغییرات زیادی را در سبک زندگی خود ایجاد کنند (۱۰). کمبود آگاهی و دانش ناکافی در زمینه های رژیم غذایی مناسب، میزان مصرف مایعات در این بیماران باعث بروز مشکلات گوناگونی شده و سرانجام منجر به عوارض مختلف و مرگ و میر خواهد شد (۱۱). تقریباً ۶۰ درصد بیماران تحت همودیالیز وضعیت تغذیه ای ضعیفی دارند. سطح بالای اوره ممکن است منجر به ایجاد علائمی مانند کاهش اشتها، تهوع، استفراغ یا از دست دادن حس چشایی گردد (۱۲). سایر فاکتورها که ممکن است در وضعیت تغذیه ای ضعیف بیماران نقش داشته باشد دریافت نادرست غذا یا وضعیت روانی - اقتصادی می باشد (۱۳). با افزایش دفعات بیماری های مزمن، مشخص است که بیماری مزمن نیازمند مراقبت مزمن نیز است و برای ساماندهی

پس از کسب موافقت جهت شرکت در پژوهش از افراد انتخاب شده و در صورت موافقت آنها کیفیت زندگیشان توسط پرسشنامه استاندارد SF-۳۶ اندازه گیری شد. پرسش نامه کیفیت زندگی سلامت محور فرم کوتاه ۳۶ دارای ۳۶ سؤال و ۸ بعد است که ابعاد آن شامل بعد سلامت عمومی، عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی، درد، محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات روانی، عملکرد اجتماعی، احساس سرزندگی و سلامت روانی است. نمره بندی سؤالات براساس سیستم نمره دهی صفر تا ۱۰۰ می باشد و با جمع نمرات سؤال های مخصوص هر بعد و تقسیم عدد به دست آمده بر تعداد سؤالات همان بعد، نمره آن بعد بدست می آید. حداکثر امتیاز کسب شده برای هر بعد ۱۰۰ و حداقل امتیاز صفر می باشد که نمرات بالا دلالت بر کیفیت زندگی بهتر دارند.

پرسش نامه کیفیت زندگی سلامت محور فرم کوتاه ۳۶ یک پرسش نامه استاندارد بوده و در مطالعات زیادی در ایران مورد استفاده قرار گرفته، اعتبار و پایایی آن نشان داده شده است. منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۴ این پرسش نامه را جهت استفاده در جمعیت ایرانی هنجاریابی کردند. آزمون پایایی پرسش نامه با استفاده از روش همخوانی داخلی و آزمون روایی آن با استفاده از روش مقایسه گروه های شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که بجز در بعد سرزندگی ($\alpha = 0.65$) سایر ابعاد گونه فارسی پرسشنامه از ضرایب آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۷۱ تا ۰/۹۰ برخوردارند (۱۹).

در مرحله بعد، آموزش های لازم در زمینه مراقبت از خود بر اساس نظریه اورم در زمینه تغذیه صحیح به آزمودنی های گروه مداخله ارائه گردید (به روش آموزش چهره به چهره و کتابچه راهنما که در اختیار آزمودنی ها قرار گرفت). جزوه آموزشی که از منابع علمی معتبر در رابطه با رژیم غذایی مخصوص این بیماران توسط متخصص تغذیه تهیه شده بود و محتوی آن شامل مشخص کردن نوع و مقدار مصرف مواد غذایی رایج مجاز با توجه به رژیم غذایی معمول مورد استفاده در ارومیه و همچنین مشخص کردن مواد غذایی غیر مجاز برای این بیماران به زبان ساده و قابل درک و تأکید بر نحوه اجرا به وسیله بیماران به عنوان روش مراقبت از خود بود. یک ماه پس از اجرای آموزش، مجدداً به آزمودنی ها مراجعه کرده و پرسشنامه SF-۳۶ توسط آنان تکمیل شد. رضایت نامه کتبی از واحدهای مورد پژوهش اخذ گردید، پرسشنامه ها بصورت بی نام و با کدگذاری توزیع شد، درمان رایج بیماران زیر نظر پزشک ادامه داشت و برای گروه کنترل نیز بعد از اتمام مطالعه یک جلسه کلاس آموزشی همراه با ارائه وسایل آموزشی طراحی شده، برگزار گردید.

کیفیت زندگی بیماران، لذا این تحقیق با هدف تعیین کاربرد نظریه مراقبت از خود اورم در آموزش برنامه تغذیه ای بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در بیمارستان های آموزشی ارومیه صورت گرفت.

روش بررسی

پس از کسب مجوزها و هماهنگی های لازم از دانشگاه علوم پزشکی و مسوولین بیمارستان ها، با مراجعه به بخش دیالیز بیمارستان های آموزشی ارومیه در سال ۱۳۸۸، نسبت به تهیه فهرست کلیه بیمارانی که جهت انجام دیالیز به آن مراکز مراجعه می نمودند اقدام شد. سپس با در نظر گرفتن ملاک های ورود به آزمون (از قبیل سن ۶۵-۱۵ سال، نداشتن مشکل بینایی یا شنوایی شدید، همودیالیز به صورت سه بار در هفته، نداشتن بیماری زمینه ای دیگر، داشتن شرایط مناسب جسمانی و روانی و تمایل برای شرکت در پژوهش، ...)، ۷۰ نفر از بیماران به روش مبتنی بر هدف به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. همچنین از ورود بیماران جدید که در طول زمان پژوهش پذیرش شدند جلوگیری گردید و بیمارانی که در زمان تحقیق فوت کرده و یا تحت عمل پیوند کلیه قرار گرفته و یا مهاجرت کرده بودند از تحقیق خارج شدند. به بیماران در مورد محرمانه بودن داده های کسب شده و اسامی آنان اطمینان داده شد و آنان مجاز بودند در صورت تمایل در پژوهش شرکت نکنند.

اطلاعات دموگرافیک افراد از طریق پرسشنامه جمع آوری گردید. پژوهشگران در نوبت های کاری و در روزهای مختلف هفته به بخش های دیالیز بیمارستان مراجعه و افرادی را که واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش بودند انتخاب نمودند و ضمن ارایه توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و چگونگی پاسخدهی به پرسشنامه و کسب رضایت شفاهی آنان، نسبت به مصاحبه با آنان و تکمیل پرسشنامه اقدام کردند.

سپس اسامی این افراد در یک فهرست شماره گذاری شده (چهارچوب نمونه گیری) وارد شد. سپس با کمک جدول اعداد تصادفی تعداد نمونه لازم برای هر یک از گروه ها (۳۵ نفر) از فهرست مذکور تهیه گردید. در این مطالعه برای جمع آوری داده ها از دو پرسشنامه استفاده شد. یک پرسشنامه برای گردآوری داده های مربوط به مشخصات فردی و اجتماعی بیماران و دیگری پرسشنامه استاندارد SF-۳۶ که از آن برای اندازه گیری کیفیت زندگی استفاده شد. در هر دو گروه (گروه تجربه و گروه کنترل) داده ها در دو مرحله جمع آوری شد. داده های مرحله اول پیش از انجام مداخله و داده های مرحله دوم یک ماه پس از انجام مداخله (آموزش تغذیه) جمع آوری شد.

وجود دارد ($t = 2/28$ $p = 0/043$). در گروه کنترل اختلاف معنی داری در دو بار نمونه گیری مشاهده نشد ($p = 0/05$). سرانجام اینکه تأثیر آموزش مراقب از خود با مشخصات دموگرافیکی چون، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات در ارتباط بود، در صورتی که با سن، جنسیت، و طول مدت دیالیز ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد ($p = 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

در زمینه تأثیر آموزش رژیم غذایی، با افزایش آگاهی بیماران می توان از بروز مرگ و میر و عوارض ناشی از افزایش سموم در بدن آنها کاست و یکی از این روش ها، آگاهی دادن ها در مورد وضعیت تغذیه مناسب و استفاده از رژیم صحیح تغذیه ای است (۲۰). در پژوهشی که در مورد وضعیت درمانی، روانی و اجتماعی ۳۳ بیمار دیالیزی در سوئد انجام شد، کیفیت زندگی نامطلوب، بد حالی، استرس و کاهش خلق در بیماران دیالیزی تشخیص داده و نتیجه گرفته شد که عوامل دخالت کننده در رفاه جسمی و روانی بر افزایش کیفیت زندگی از جنبه روانی و اجتماعی این بیماران مؤثر است. تغذیه صحیح و استراحت کافی از جمله این عوامل ذکر شده اند (۲۱).

هر چند غیر از یک مورد در سایر موارد تفاوت معنی داری در این پژوهش مشاهده نشد، ولی نتایج به طور کلی نشانگر بهبود وضعیت کیفیت زندگی بیماران پس از آموزش بودند. در یک بررسی نیز، برنامه آموزشی مدونی در مورد ماهیت بیماری، محدودیت های رژیم غذایی و فعالیت جسمانی برای افراد مورد تحقیق در نظر گرفته شد و مشخص گردید که تفاوت معنی داری در مورد جنس، سن، وضعیت تحصیلی یا اجتماعی، مدت زمان بیماری، نوع دیالیز، علت بروز بیماری و نتایج آزمایشات وجود ندارد. بیماران آموزش یافته خلق بهتر، مشکلات حرکتی کمتر و سطح اضطراب کمتری در مقایسه با بیماران آموزش نیافته داشتند و بیماران جوانتر بهره بیشتری از آموزش برده بودند. در پایان بر تداوم این نوع آموزش تأکید شده بود (۲۲).

در تحقیق حاضر آموزش خود مراقبتی در زمینه تغذیه بر کیفیت زندگی بیماران مؤثر بود. در تحقیقی کلیه بیماران در بخش دیالیز بیمارستان شهید بهشتی زنجان انتخاب شدند و کارآمدی دیالیز آنها محاسبه گردید. سپس با توجه به بیماری زمینه ای رژیم غذایی مخصوص به هر یک از آنها توصیه گردید و طی مشاوره یک ساعته برای بیماران تفهیم شد و در نهایت رژیم و توصیه های غذایی به صورت مکتوب به آنها داده شد، پس از ۳ ماه ضمن برقراری تماس با آنها، تأکید بر رعایت رژیم گردید. فرضیه این تحقیق که با رعایت رژیم غذایی مناسب و بهتر، کارآمدی دیالیز در این بیماران افزایش پیدا میکند تأیید شد و مشخص شد آموزش می تواند نقص کفایت همودیالیز در اکثر

در نهایت میانگین میزان تغییر در امتیازها در دو گروه، پیش و پس از انجام آموزش با یکدیگر مورد مقایسه و فرضیه های پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند. برای یافتن ارتباط خودمراقبتی با متغیرهای دموگرافیک با استفاده از نرم افزار آماری SPSS از آزمون آنالیز واریانس و به منظور تعیین ارتباط آن بامتغیر جنسیت از آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته ها

پس از تعیین مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش و تجزیه و تحلیل داده ها و نتیجه گیری نهایی، اطلاعات به دست آمده به شرح زیر بیان شدند: ۴۹/۶٪ از واحدهای پژوهش را زنان و ۵۱/۴٪ را مردان تشکیل می دادند. میانگین سنی افراد مورد بررسی ۴۷/۲۸ سال بود و ۳۱/۴٪ آنها بی سواد و ۹۴/۳٪ متاهل بودند. به منظور تعیین تأثیر آموزش مراقبت از خود در زمینه تغذیه صحیح بر کیفیت زندگی بیماران از آزمون t زوج استفاده شد. کیفیت زندگی اندازه گیری شده خود به جنبه سلامت عمومی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی بیماران، وضعیت انرژی (خستگی)، محدودیت نقش به علت مشکلات هیجانی، سلامت جسمانی و عملکرد جسمانی تقسیم می شود نتیجه آزمون های آماری نشان داد که فقط بین میانگین نمره سلامت جسمانی در مرحله قبل و بعد از آموزش خود مراقبتی جهت تغذیه، اختلاف معنی دار آماری وجود دارد ($p = 0/049$). و در سایر موارد یعنی بررسی تأثیر آموزش تغذیه صحیح بر کیفیت زندگی بیماران از نظر عملکرد جسمانی، ایفای نقش جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، میزان سرزندگی، ایفای نقش عاطفی، درک کلی از سلامتی علی رغم وجود اختلاف در ارقام، این اختلاف ها معنی دار نبودند (جدول شماره ۱).

جدول (۱) رابطه اثر آموزش مراقبت از خود در زمینه تغذیه صحیح بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیز با متغیرهای مورد بررسی

متغیر مورد بررسی	Pvalue
عملکرد جسمانی	۰/۰۷۳
ایفای نقش جسمانی	۰/۰۴۹
درد جسمانی	۰/۲۲۱
سلامت عمومی	۰/۲۰۵
میزان سرزندگی	۰/۶۱۱
عملکرد اجتماعی	۰/۴۳۶
ایفای نقش عاطفی	۰/۸۹۳
درک کلی از سلامتی	۰/۴۲

در بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود در زمینه تغذیه صحیح بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی از آزمون t زوج استفاده شد. نتیجه آزمون آماری نشان داد که بین میانگین نمرات بیماران در مرحله قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی دار آماری

بیماری، روش‌های مقابله و تطابق و سازگاری با بیماری است. دامنه واکنش‌های تطابقی نسبت به بیماری و دیالیز از احساس کامل کسب مجدد توانایی‌ها تا خودکشی تغییر می‌کند (۲۹). حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر و ناخوشی‌های جسمی و روانی بیماران می‌کاهد که از جمله این حمایت‌ها دادن آگاهی و اطلاعات به آنان در زمان بروز مشکلات جسمی یا روانی است (۳۰).

بیماران همودیالیزی در هر جنبه از زندگی به عوامل تنش‌زایی چون مشکلات خانوادگی، تغییر در عملکرد جنسی، وابستگی به دیگران جهت ادامه زندگی، انزوای عاطفی و اجتماعی، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خود، فشارهای روانی و تهدید به مرگ هستند (۲۶). تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن، از اهمیت بسزایی برخوردار است و آنان می‌توانند، با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند. مراقبت از خود در بیماری‌های مزمن، روی بررسی و کنترل علائم بیماری، پذیرش رژیم درمانی، حفظ شیوه زندگی سالم، کنترل تأثیربیماری روی عملکرد روزانه، عواطف و روابط اجتماعی دلالت می‌کند. اصل مهم در مراقبت از خود، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است. با توجه به اینکه بیماری‌های مزمن تأثیر بسزایی بر زندگی بیماران دارند، کنترل بسیاری از عوارض بیماری به وسیله رفتارهای مراقبت از خود، امکان‌پذیر است (۳۱).

طبق نظر اورم مراقبت از خود، مواردی هستند که انسان‌ها به طور فردی برای خود، آن را تشخیص و انجام می‌دهند تا حیات و تندرستی خود را حفظ کنند. با افزایش تمایل به طرف مراقبت از خود که این روند برای اطمینان از ارتقاء سلامتی و مراقبت مرتبط با بیماری ادامه می‌یابد که از طریق فعالیت‌های سنجیده بیمار برای تنظیم عملکردش و توسعه سلامتی و رفاه مشخص می‌شود (۳۲).

سایر پژوهش‌ها مبین آن بود که هر چند کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی کاهش می‌یابد، اما با آموزش موارد مربوط به تغذیه صحیح می‌توان در ارتقای این کیفیت کوشید که این امر باعث بهبود تأثیر روش‌های درمانی جهت بیمار می‌شود. در این تحقیق به کارگیری روش‌های آموزش به بیمار برای دیگر بیماری‌های مزمن نیز توصیه شده است (۳۳).

سرانجام اینکه در پژوهشی تحت عنوان بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مشخص شد که ارتباط معنی‌داری بین کیفیت کلی زندگی با وضعیت جسمی، وضعیت عاطفی و وضعیت اجتماعی وجود دارد که مسلماً با آموزش بیمار از جمله در زمینه تغذیه بهبود می‌یابد (۳۴).

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که با اجرای مراقبت از خود در زمینه آموزش تغذیه تفاوت معنی‌داری

نقاط کشور را به صورت نسبی بهبود بخشد و در مشکلات و مرگ و میر این بیماران نقش به‌سزایی داشته باشد. پیشنهاد شد، جهت آموزش بهتر به این بیماران، در سطح ملی و در تمام مراکز دیالیز کشور کلاس‌های آموزش غذایی بصورت مستمر جهت این بیماران برگزار گردد (۲۳).

یک بررسی نیز نشان می‌دهد که ایفای نقش زندگی در بیماران دیالیزی از اولین مواردی است که در بیماران دیالیزی کاهش می‌یابد و توجه به کند کردن این روند به ویژه در جوانان ضروری است (۲۴).

تحقیقی نشان داد که درد جسمانی در این بیماران بیشتر به علت بیماری‌های زمینه‌ای یا بیماری‌هایی است که به علت روند بیماری در بیماران تسریع می‌شود و توصیه شده است که در کاهش درد به عوارض درمان‌ها با توجه به وضعیت بیماران توجه شود. این بیماران به دلیل داشتن درمان‌های دارویی گوناگون، رژیم غذایی خاص و همچنین کسب توانای‌های جسمی و روحی در جهت سازگاری با بیماری، نیازمند آموزش و اطلاع‌رسانی می‌باشد (۲۵).

تحقیقی بر روی ۶۰ بیمار دیالیزی نیز نشان می‌دهد بین کاهش اشتها در بیماران دیالیزی و سوء تغذیه ناشی از آن و کیفیت زندگی پایین و افزایش مرگ و میر یا بستری بودن در بیمارستان ارتباط وجود دارد. در ادامه مشخص گردید که ۵۷٪ بیماران دچار کاهش حرکت، ۸۰٪ دچار مشکلات مراقبت از خود، ۴۰٪ دچار درد جسمانی شدید بودند (۲۶).

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که نشانه‌های یک بیماری مزمن مانند نارسایی کلیوی مستقیماً بر روی بیمار و بالطبع بر روی کیفیت زندگی او از جمله سلامت عمومی وی تأثیر خواهد گذاشت. در نتیجه بررسی و ارزیابی کیفیت زندگی هنگامی که درمان جنبه ننگه‌دارنده دارد، از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (۲۷). اخیراً پزشکان، بیماران و مدیران به این نتیجه رسیده‌اند که دیگر نایستی نتایج اقدامات درمانی را فقط با طول عمر بیمار ارزیابی کرد. بلکه معیار معتبری به جز بیماری و مرگ و میر مورد نیاز است. کیفیت زندگی یکی از این معیارها می‌باشد. کیفیت زندگی در جستجوی متغیرهایی فراتر از بیماری زیست‌پزشکی بوده و شامل عوامل جسمی، اجتماعی و روان‌شناختی است. اگرچه درمان‌های جایگزین به حفظ جان بیماران کمک می‌کند، اما به حداکثر رساندن کیفیت زندگی بیماران مبتلایان به بیماری‌های مزمن، بیماران کلیوی محتاج توجه بیشتری هستند زیرا از دست رفتن عملکرد کلیه‌ها و متعاقب آن همودیالیز منجر به تغییراتی غم‌انگیز در زندگی آن‌ها و کاهش سرزندگی و نشاط می‌شود که برای مددجویان تنیدگی آور بوده و محتاج به کارگیری مکانیزم‌های مقابله‌ای می‌باشد (۲۸).

مشکل عمده بیماران دیالیزی که موجب پیچیده‌تر شدن شرایط کیفی زندگی آنان می‌گردد، مسایل روانی-اجتماعی ناشی از

خدمات اثربخش، کارآمد، عادلانه و با کیفیت بالا به بیماران می‌باشد، خواهد رسید.

اگرچه نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه در واحد های درمانی خالی از خطا و تورش نخواهد بود، اما پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابه در سایر بیمارستان انجام شود تا بتوان در جهت تأمین هرچه بیشتر رضایت استفاده‌کنندگان از این خدمات، گام‌های مؤثرتری برداشت. علاوه بر این، انجام پژوهش‌هایی در زمینه بررسی علل عدم آموزش کافی بیماران در مراکز درمانی، عدم آگاهی بیماران از مسایل درمانی خود و عدم حساسیت آنها نسبت به عدم آموزش موارد مهم در این مراکز می‌تواند مفید واقع گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند از حمایت های بی دریغ معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در رابطه با پژوهش تشکر نمایند.

دربارخی از سطوح مختلف ابعاد عمومی و اختصاصی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی ایجاد می‌شود، به طوری که این روش آموزش تغذیه با افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی همراه است؛ لذا به کارگیری آموزش تغذیه در سایر محیط های بالینی و از جمله برای بیماران همودیالیزی می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان نتایج مثبتی داشته باشد. همچنین لازم به ذکر است که با توجه به محدودیت های محیطی، ماهیت بیماری و وضعیت روانی بیماران، متغیرهای غیرقابل کنترل در این پژوهش شامل دانش، تجربیات قبلی، علاقه مددجویان در دریافت آموزش، خصوصیات عاطفی، روانی و ریشه های فرهنگی بیماران و خانواده های آنان بوده که بر نتایج پژوهش تاثیر داشته است، از آنجایی که با رعایت رژیم غذایی مناسب، کیفیت دیالیز و به تبع آن کیفیت زندگی بیماران افزایش یابد، پیشنهاد می‌گردد در زمینه آموزش بیماران در مراکز درمانی دو اصل اساسی مورد توجه قرار گیرد. اصل اول حق بیمار برای دریافت آموزش است: بیماران باید نسبت به حقوق خود برای کسب اطلاع آگاهی کسب نمایند. تا هنگامی که بیماران از حقوق و تعهدات متقابل خود مطلع نباشند، خواستار آن نیز نخواهند بود. از طرف دیگر، ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی (پزشکان، پرستاران و ...) نیز باید نسبت به آموزش بیماران و عواقب احتمالی عدم اجرای آن آگاهی کسب نمایند.

پرستاران با توجه به آموزش خود می‌توانند بیشترین تأثیرگذاری را بر سطح توان خود مراقبتی افراد مبتلا به بیماری نارسایی مزمن کلیوی داشته باشند و با سنجش میزان توان خود مراقبتی آنان، کمبودها را تشخیص دهند تا از اطلاعات به دست آمده برای انتخاب روش های کمکی درمان برای ارتقای کیفیت زندگی استفاده نمایند. باید در پرستاران انگیزه برای اجرای فعالیتهای پرستاری براساس تئوری اورم، با شرکت دادن بیماران در امر مراقبت از خود، بر طرف کردن نیازهای آموزشی آنان، ارایه برنامه های آموزش مداوم و شناخت و رفع موانع اجرای مناسب رفتارهای خود مراقبتی ایجاد شود.

تقویت این توان مراقبت از خود در زمینه هایی چون تغذیه صحیح، در کنترل بیماری، پیشگیری از عوارض احتمالی و کاهش هزینه های بستری و درمان و بهبود کیفیت زندگی افراد نقش مؤثری داشته باشد. تشکیل دوره های آموزش ضمن خدمت و ارایه اطلاعات جامع و دقیق در زمینه انجام رفتارهای مراقبت از خود براساس الگوی اورم، ارتقا کیفیت مراقبت های پرستاری را موجب خواهد گردید.

برای مدیران بیمارستان‌ها باید مشخص شود که آموزش مراقبت از خود در بیماران در تمام زمینه ها به ویژه در بیماری های مزمن باید جزو اولویتهای سازمان باشد. این امر برای بیماران از طریق پمفلت، بروشور، پوستر و... امکان پذیر خواهد بود. در این صورت، بیمارستان به اهداف اصلی خود که ارایه

References:

1. Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO publication; 2009.
2. Parker KP, Bliwise DL, Bailey JL, Rye DB. Daytime sleepiness in stable hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2003; (41)3: 394- 402.
3. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Eshvandi K, Lak Dizji S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*: 2007; 29 (1): 49.[Persian]
4. Aghighi M, Rouchi HA, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Norouzi SH, Rajolani H, et ac. Dialysis in Iran. *Iranian Journal of Kidney Diseases*. 2008; 2 (1): 11-15. [Persian]
5. Lowrie EG, Lowe NL. Death Risk in Hemodialysis Patients; The Predictive Value of Commonly Measured Variables and an Evaluation of Death Ratio Difference between Facilities. *Am J Kidney Diseases*. 1990; (2)15: 458-482.
6. Walters BA, Hays RD, Spritzer KL, Fridman M, Carter WB. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J Kidney Dis*. 2002; Dec; 40(6): 1185-94.
7. Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*. 2001; 16(4). 239-242.
8. Hayslip DM, Suttle CD. Pre-ESRD patient education: a review of the literature. *Advances in Renal Replacement Therapy*. 1995; 2(3): 217-226.
9. Akyuz F, Besisik F, Pinarbasi B, Demir K, Kaymakoglu S, Cakaloglu Y, Sever MS, Okten A. The quality of life in hemodialysis patients with chronic hepatitis C virus infection. *Turk J Gastroenterol* 2009; 20 (4): 243-246.
10. Mollaoglu M . Perceived social support, anxiety, and self -care among patients receiving hemodialysis. *D&T*. 2006; 35 (3): 144-155.
11. Klang B, Bjorvell H, Clyne N. Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge. *J Adv Nurs*. 1999; 29(4): 869-76. Beto Ja. Which diet for Which renal failure: making sense of the options. *J Am Diet Assoc*. 1995; 95(8):898-903.
12. Liu HE. Fatigue and associated factors in hemodialysis patients in Taiwan. *Res Nurs Health* 2006; 29(1): 40-50.
13. Curtin E. Deteriorating dietary habits among adults with hypertension. *Arch Intern Med*. 2008; 168(3): 308-14. Brunner S, Suddarth S. *Text Book of Medical Surgical Nursing*, 10th ed , Lippincott co, New York. 2004.
14. Connell M. Self care is hairpin indigent patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008; 23(3): 223-30.
15. Sakhaei Sh. A Survey of Stressors and Coping Methods in Hemodialysis Patients in Madani Hospital of Khoy in West Azarbaijan province. *UMJ*. 2006; 7(2): 223-30. [Persian]
16. Baraz Pordanjani 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. *J of Kordestan University of Medical Sciences* 2006; (10): 69-79. [Persian]
17. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development & Progress*. 3th ed. Philadelphia: JB Lippincott Co. 2005; 227-232.
18. Montazeri A, Goshtasbi A. Translation of reliability and validity of SF 36 in Farsi. *Payesh Journal*. 2005; 5(1):49-56. [Persian]
19. Arefeh D. The effect of self care programs on quality of life of patients with esophageal cancer. Thesis. Tarbiat Modares University; 2003. [Persian]
20. Prowant BF, Satalowich RJ, Murray-Bell A, Ryan LP, Schmidt LM, Kennedy JM, et al. Effectiveness of a phosphorus education program for dialysis patients. *ANNA Journal*. 1999; 16(5). 353-7.
21. Wolcott DL, Nissebson AR. Quality of life in chronic dialysis patients: a critical comparison of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and

- hemodialysis. *Am J Kidney Dis.* 1988; 11: 402-412.
22. Hayslip DM, Suttle CD. Pre-ESRD Patient Education: A review of the literature. *Advances in Renal Replacement Therapy.* 1995; 2(3): 217-226.
 23. Klang B, Björvell H, Berglund J, Sundstedt C. Predialysis Patient Education: Effects on functioning and well-being in uraemic patients. *Journal of Advanced Nursing-* July. 1998; (28) 36.
 24. Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez- Gomez JM, Moreno F, et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *J Nephrol.* 2003; 16(6): 886-94.
 25. Raymond K, Devins GM. Quality of life in Patients on chronic Dialysis: Self-assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidny Dis.* 1997; 29(4): 584-592.
 26. Szabo E, Moody H, Hamilton T, Ang C, Kovithavongs C, Kjellstrand C: Choice of treatment improves quality of life. *ArchIntern Med.* 2007; (157): 1352-1356.
 27. 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. *HAYAT.* 2005; 11(1-2): 63-70 [Persian]
 28. Carmichael P, Popoola J, John I, Stevens PE, Carmichael AR. Assessment of quality of life in juveniles a single centre dialysis population using the KDQOL-SFJ questionnaire. *Qual Life Res.* 2000; 9:195-205.
 29. Klang B, Bgorve H, Clyne N. Predialysis education hepl patient chooses dialysis modality an increase specific knowledge. *Journal of Advance Nursing.* 1999; 29(4): 869-76.
 30. Raimundo P, Ravasco P, Proenca V, Camilo M. Dose nutrition Does play a role in the quality of life of patients under chronic haemodialysis? *Nutr Hosp.* 2006; (21): 2.
 31. King RC, Hinds, PS. *Quality of life from Nursing and Patients Perspectives: Theory, Research, and Practice.* Toronto: Jones & Bartlett Publishers. 1998; 170 - 172.
 32. Tolijamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs.* 2001; 10:618-27.
 33. Orem, DE. *Nursing Concepts of Practice.* 6th ed. St. Louis: Mosby Co; 2001.
 34. Aghakhani N, Samadzadeh S, Mohit Mafi T, Rahbar N. The Impact of Education on Nutrition on the Quality of Life in Patients on Hemodialysis: A Comparative Study from Teaching Hospitals. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2012; 23(1):26-30.