

June-July 2020, Volume 15, Issue 2

## The effect of Self- Management Program Based of Self-Empowerment on the Self-Efficacy in Elderly Patients Undergoing Hemodialysis

Marziyeh Mahdi Farani <sup>1</sup>, \*Nahid Rejeh <sup>2</sup>, Majideh Heravi-Karimooi<sup>3</sup>, Seyed Davood Tadrisi <sup>4</sup>, Baharh Marghob<sup>5</sup>

1- MSc Student in Geriatric Nursing, Faculty of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran.

2- Professor, Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

**E-mail:** nrejah@yahoo.com

3- Associate Professor, Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Trauma Research Center, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- Assisnant Professor, Faculty of Medical, Iran University of Medical Sciences, Hasheminejad Kidney Center, Nephrology department, Iran.

Received: 30 Oct 2019

Accepted: 18 Dec 2019

### Abstract

**Introduction:** Elderly patients with end stage renal disease who undergoing hemodialysis confront the burdens of long term illness and numerous physical problems. The empowerment of these patient is based on individual's partnership in treatment process. Since patients' participation in self-care activities requires self- efficacy and belief in their ability, so this study was conducted to determine the effect of self-management program based of self-empowerment on self-efficacy elderly patients undergoing hemodialysis.

**Methods:** This was a quasi-experimental study. The elderly patients undergoing hemodialysis from Hasheminejad hospital who were selected by convenience sampling in two groups. Patients were assigned into an experimental group (n=48) and a control group (n=48). Pre-intervention, questionnaires were completed with interviews then in the experimental group, self-management programs were conducted based self-empowerment. The control group received routine hospital and did not receive the intervention. Instrument comprised Sherers' questionnaire. Data were collected y at baseline and at 4 weeks following the intervention in two groups. Data using SPSS 21 software and were analyzed with Chi-square, U MannWhitney, and T tests.

**Results:** The findings showed that the most of patients were male, married and retired. The mean age of patients was 69.42±8.39 years. The mean scores in all aspects of self-efficacy was higher in the group experimental after completion of intervention than the control group ( $P \leq 0.001$ ).

**Conclusions:** This study demonstrated that self-management program self- management program on the self-efficacy of elderly patients undergoing hemodialysis in the study period has effectiveness. There was a significant relation between self-efficacy and self- management program. Therefore, it is concluded that the diabetic individuals can be significantly improved following instruction by nurses.

**Key words:** Elderly, Hemodialysis, Self- management, Self-efficacy.

## بررسی تأثیر برنامه خودمدیریتی مبتنی بر توانمندسازی بر خودکارآمدی سالمندان تحت همودیالیز

مرضیه مهدی فرانی<sup>۱</sup>، \*ناهید رژه<sup>۲</sup>، مجیده هروی کریموی<sup>۳</sup>، سید داوود تدریسی<sup>۴</sup>، بهاره مرغوب<sup>۵</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.  
۲- استاد، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول)  
ایمیل: nrejah@yahoo.com

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.  
۴- دانشیار، مرکز تحقیقات تروما، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)، تهران، ایران.  
۵- استادیار، نفروولوژیست، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۸/۹

### چکیده

**مقدمه:** سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز، با بار بیماری طولانی مدت و مشکلات جسمانی متعدد مواجه هستند. توانمندسازی این بیماران مبتنی بر مشارکت فرد در روند درمان است. از آنجا که مشارکت بیمار در انجام فعالیت های خود مدیریتی نیازمند داشتن خودکارآمدی و باور به توانایی های خود می باشد، لذا این مطالعه با هدف تأثیر برنامه خود مدیریتی مبتنی بر توانمندسازی بر خودکارآمدی بیماران سالمند تحت همودیالیز است.

**روش کار:** این مطالعه نیمه تجربی می باشد. سالمندان تحت همودیالیز در بیمارستان شهید هاشمی نژاد بصورت در دسترس و سپس بطور تصادفی به دو گروه آزمون (۴۸ نفر (و کنترل) ۴۸ نفر (تخصیص داده شدند. قبل از مداخله، پرسشنامه ها از طریق مصاحبه ها تکمیل شدند. سپس در گروه آزمون مداخله برنامه آموزشی خود مدیریتی مبتنی بر توانمندسازی صورت گرفت. گروه کنترل برنامه روتین مرکز درمانی را دریافت کرده و مداخله را دریافت نکردند. ابزار پژوهش در این مطالعه، پرسشنامه خودکارآمدی شرر بود که مجدداً ۴ هفته بعد از مطالعه در دو گروه تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 16 و آماره های کای اسکوئر، یومن ویتنی و تی مستقل تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** نتایج بیانگر آن است که اکثر واحدهای پژوهش مرد، متأهل و بازنشسته بودند. میانگین سنی واحدهای پژوهش ۶۹/۴۲±۸/۳۹ سال بود. میانگین نمرات، در تمامی ابعاد خودکارآمدی در گروه آزمون بعد از اتمام مطالعه ارتقا یافت و از نظر آماری تفاوت معناداری مشاهده شد ( $P < 0.001$ ).

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان دهنده اثربخشی برنامه خودمدیریتی مبتنی بر برنامه خود مدیریتی مبتنی بر توانمندسازی بر خودکارآمدی بیماران سالمند تحت همودیالیز در مدت مطالعه بود بنابراین بین خودکارآمدی و برنامه خود مدیریتی ارتباط دارد. لذا سالمندان تحت همودیالیز می توانند با پیروی از دستورالعمل هایی که توسط پرستاران ارائه می شود، به طور چشمگیری بهبود یابند.

**کلیدواژه ها:** خودمدیریتی، همودیالیز، خودکارآمدی، سالمندی.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

**مقدمه**

در سال‌های آغازین قرن ۲۱ قرار داریم؛ قرنی که در آن، امید به زندگی برای بشر از مرز ۶۶ سالگی عبور کرده است (۱). بر طبق گزارشی که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳ ارائه نموده است، پیش بینی می‌شود که بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ جمعیت افراد ۶۰ سال به بالای جهان دو برابر شود (۲). براساس آخرین آمار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ تعداد سالمندان کشورمان، ۷ میلیون و ۴۵۰ هزار نفر است. این میزان برابر با حدود ۹/۳ درصد از جمعیت کل کشور نفر است. حدود ۱۵ سال آینده جمعیت سالمند کشورمان دو برابر خواهد شد (۳). سالمند شدن جهان به یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشت عمومی در سال‌های کنونی تبدیل گشته است (۴). با در نظر داشتن نیازهای حاضر این دوران، توجه به رفتارهای ارتقا دهنده سلامت سالمندان اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند، که عمدتاً مورد غفلت قرار می‌گیرد. با عنایت به اینکه با افزایش سن، وضعیت سلامتی دستخوش تغییراتی خاص می‌شود، لذا احتمال ابتلا به بیماری‌ها و بروز ناتوانی‌ها در سال‌های پایانی زندگی بیشتر می‌گردد (۵). سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن در مقایسه با افراد سالم استقلال خود را از دست می‌دهند از نظر عملکردی وابسته به اطرافیان شده و از خودکارآمدی پایین تری برخوردار هستند (۶). یکی از شایع‌ترین مشکلات جسمی در سالمندی، نارسایی مزمن کلیوی است (۷). شمار بیماران سالمند مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، در بیشتر کشورها افزایش یافته است. لذا الگوی سنی این بیماری به سمت سالمندی گرایش پیدا کرده است (۸). همودیالیز شایع‌ترین روش درمانی مورد استفاده در بیماران مزمن کلیوی می‌باشد. تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی تعداد بیماران همودیالیزی به ۳۵۰۰۰۰ نفر برسد (۹). روند رو به رشد فزاینده سالمندان، از سوی دیگر پیشرفت روزافزون درمان بیماری‌های کلیوی، بویژه درمان با دیالیز منجر به افزایش تعداد موارد سالمندان تحت همودیالیز شده است (۱۰). تحت همودیالیز قرار گرفتن سبب بقای بیشتر و افزایش امید به زندگی در بیماران می‌شود اما عمدتاً این روش درمانی بیمار را با چالش‌های متعددی مواجه می‌سازد (۱۱-۱۲). جهت غلبه بر مشکلات، مشارکت بیمار، حفظ استقلال عملکردی و بهبود خودکارآمدی در سالمندان با نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز روش‌های مختلفی وجود دارد، یکی از این موارد

برنامه خود مدیریتی (self-management program) به این بیماران می‌باشد (۱۳). به نظر می‌رسد خودمدیریتی مبتنی بر خودتوانمندی بهترین روش برای متقاعد کردن به انجام تغییرات رفتاری و درمان دارویی در دوره زمانی طولانی باشد (۱۴). ارتقا رفتار مراقبت از خود به بیماران کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر روی زندگی روزانه خود داشته باشند و بتوانند از عهده عملکرد اجتماعی خود برآیند و بدین وسیله خودکارآمدی خود را ارتقا دهند (۱۵). خود مدیریتی یک استراتژی اصلاح رفتار است که تاثیر بسیار زیادی در مدیریت بیماری‌های مزمن فراهم می‌نماید و به بیمار کمک می‌کند تا بیماری را کنترل کرده، سلامتی اش را در حد مطلوب حفظ نماید (۱۶). رابطه مثبتی بین خودمراقبتی و خودکارآمدی وجود دارد (۱۷). آموزش بیماران وظیفه اصلی پرستاران است و نقش بسزایی در ارتقای خودکارآمدی و تبدیل بیمار از یک عامل وابسته به یک فرد مستقل و خودکفا ایفا می‌کند. مهم‌ترین نکته در خودمدیریتی بیمار، مشارکت بیمار است. اگر به بیماران مزمن آموزش داده شود که به طور مستقل از خودشان مراقبت کنند، به جای آنکه دیگران از آنها مراقبت کنند، بهبودی آنها بیشتر خواهد شد (۱۸). خودمدیریتی وابسته به فرهنگ می‌باشد و فرهنگ بر ماهیت نیازهای مراقبت از خود و طریقه برآوردن آن تاثیر گذار می‌باشد (۱۹). برنامه‌های خودمدیریتی به عنوان یک هدف درمانی بزرگ به بیماران برای استقلال کمک می‌کند و از پذیرش‌های مکرر به بیمارستان خودداری می‌کند و هزینه‌های سرسام آور را کاهش می‌دهد و پرستاران بر روی توانایی باقی مانده که احتمالاً حس استقلال و حمایت از آنها را برای خودمراقبتی و خودکارآمدی تقویت می‌کند، تاکید دارند. خودمدیریتی به عنوان یک تغییر روتین انسانی برای حفظ حیات و حفظ عملکرد جسمی و ذهنی تعریف شده است (۲۰). تاکنون برنامه خودمدیریتی برای افراد با بیماری‌های مزمن؛ دیابت ملیتوس، فشارخون، آسم، آرتریت روماتوئید طراحی شده است. برنامه خود مدیریتی در این بیماری‌ها بر درمان و پذیرش بیماری متمرکز است (۲۱). مطالعات محدودی در رابطه با خودمدیریتی بیماران نارسایی کلیه تحت دیالیزی در ایران انجام شده است (۲۲)، با توجه به ماهیت مزمن بیماری نارسایی کلیه و وابستگی به دستگاه همودیالیز برای حفظ زندگی، باعث تحمیل بار سنگین اقتصادی و کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌گردد لذا بیماران نگرانی‌های زیادی درباره توانایی شان برای

آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. جامعه پژوهش سالمندان مبتلا به نارسایی مرحله آخر کلیه تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده بود. حجم نمونه مورد نیاز بر اساس مطالعات گذشته (۲۳)، در هر گروه ۴۸ نفر تعیین شد.

برای نمونه گیری، در مرحله از نمونه گیری در دسترس و سپس تخصیص تصادفی براساس جدول اعداد تصادفی استفاده شد. معیارهای ورود نمونه ها به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به مشارکت در مطالعه، سن بالای ۶۰ سال، هفته ای سه جلسه و هر جلسه به مدت ۴ ساعت تحت درمان با همودیالیز، عدم حضور در سایر روشهای آموزشی در طی زمان مطالعه، عدم اختلال کلامی، شنوایی و بینایی، حداقل سابقه ۶ ماه از اولین نوبت دیالیز، عدم بیماری فعال روانی، عدم سابقه بحران‌هایی شدید روحی در سه ماه گذشته، توانایی انجام فعالیت‌های روزانه بطور مستقل، فاقد اختلالات شناختی (بر اساس آزمون کوتاه شده وضعیت شناختی AMTS) (Abbreviated Mental Test) باشند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل به ادامه مشارکت، عدم مراجعه بیش از دو جلسه، مواجهه با بحران‌های شدید روانی و جسمی در حین مطالعه بود. ابزار گردآوری داده‌ها از سه ابزار شامل پرسشنامه‌های ویژگی‌های جمعیت شناختی، بررسی وضعیت شناختی و اندازه‌گیری خودکارآمدی استفاده شد.

آزمون کوتاه شده وضعیت شناختی توسط Hodkinson (۱۹۷۲) طراحی شده است (۲۷). آزمون (AMTS) شامل ۱۰ سوال می‌باشد. برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز داده می‌شود و اخذ امتیاز ۷ و بالاتر در این آزمون به معنی فقدان اختلال شناختی است. نسخه فارسی پرسشنامه کوتاه شده شناختی (AMTS) توسط بختیاری و همکاران (۱۳۸۷) در سالمندان اعتبار سنجی شد که روایی و پایایی آن قابل قبول می‌باشد (۰/۷۶ = ضریب آلفای کرونباخ) (۲۴).

۴ پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (SUPPH): این آزمون توسط Sherer & Adames در سال ۱۹۸۳ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال است که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالف تا کاملاً موافق تنظیم می‌شود. دارای مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. که امتیاز هر یک به ترتیب ذیل است: کاملاً مخالف ۱، مخالف ۲، حد وسط: ۳، موافق: ۴، کاملاً موافق: ۵ است بنابراین بیشترین امتیاز این پرسشنامه ۸۵ و

انجام برنامه‌های روزانه و زندگی عادی خود تردید دارند ضرورت بررسی وضعیت این امر را در آنان را دو چندان می‌کند. به دلیل مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بیماران تحت درمان با همودیالیز، مداخلات پرستاری جامع در این بیماران با تکیه بر برنامه‌های توانمندسازی، ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین در فرایند تغییر رفتار خودمراقبتی، برای بیماران باید به گونه‌ای برنامه ریزی گردد که خودشان مسئولیت مراقبت از خود را بر عهده گرفته تا منجر به ارتقا خودکارآمدی و نهایتاً بهبود رفتارهای خودمدریتی گردد. لذا باید توجه داشت که نیازمند توانمندی بیماران در تصمیم‌گیری جهت مدیریت بیماری و ضعف آموزش‌های سنتی در لحاظ نمودن نقش فعال و مشارکت بیماران در روند درمان و لزوم کمک به آنان در روند تغییر رفتار و با تاکید بر این که پرستاران از طریق آموزش خودمدریتی می‌توانند در خودکارآمدی بیماران موثر باشند تاکنون مطالعاتی بر روی رفتارهای خودمدریتی و خودکارآمدی در بیماران مزمن صورت گرفته است. اما بررسی مطالعات مختلف آشکار کرد که برنامه‌ی خودمدریتی بر روی سالمندان کمتر مورد توجه بوده است و در پژوهش‌ها درصدی کمی از جامعه پژوهش را سالمندان تشکیل می‌دادند از آنجا که مشکلات سنین بالای زندگی نظیر اختلالات طبی مزمن و ناتوان کننده، فقدان افراد و دوستان مورد علاقه و ناتوانی شرکت در فعالیت‌های رضایت بخش، موجب تغییرات و عوارض نامناسبی در بهزیستی سالمندان می‌شود و مجموعه این عوامل بروز عواطف منفی نظیر کاهش نگرش مثبت و بی‌علاقگی نسبت به امور را در آنها ایجاد می‌نماید. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر برنامه خودمدریتی مبتنی بر توانمندسازی بر خودکارآمدی سالمندان تحت همودیالیز در بیمارستان هاشمی نژاد تهران انجام یافت.

## روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد. این مطالعه از شهریور ماه ۱۳۹۷ تا اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۸ و در بخش دیالیز بیمارستان شهید هاشمی نژاد شهر تهران انجام شد. برای اجرای این مطالعه ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه اخذ شد و مطالعه با کد IRCT20110912007529N20 در مرکز کارآزمایی بالینی ثبت گردید. اهداف و ماهیت پژوهش برای بیماران شرکت کننده توضیح داده شد و پس از کسب رضایت

SPSS 16 و آماره های کای اسکوتر، یومن ویتنی و تی مستقل تجزیه و تحلیل شد.

### یافته ها

نتایج نشان داد که در هر گروه ۴۸ نفر تا پایان مطالعه بود. میانگین سنی بیماران مورد مطالعه  $۶۹/۴۲ \pm ۸/۳۹$  سال،  $۶۶/۷\%$  مرد،  $۸۷/۵\%$  متاهل و  $۷۰/۸\%$  بازنشسته بودند. بین توزیع متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، وضعیت زندگی با خانواده، سابقه اعتیاد و ابتلا به بیماریهای زمینه ای) تفاوت معنی داری در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد (جدول ۱).

کمترین امتیاز آن ۱۷ می باشد. سئوال های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه سئوال ها به صورت معکوس به ترتیب نمره ۵ تا ۱ نمره گذاری می شوند. این مقیاس نقطه برش ندارد لیکن با توجه به میانه ابزار، آزمودنی ها به دو دسته خودکارآمدی بالا و پایین تقسیم شدند (۲۶-۲۵). این مقیاس توسط بختیاری براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن گاتمن  $۰/۷۶$  و از طریق آلفای کرونباخ  $۰/۷۹$  گزارش شده است. همچنین، همبستگی های به دست آمده با دو مقیاس عزت نفس و خود ارزیابی با خودکارآمدی در جهت تأیید اعتبار سازه آزمون بوده است. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش بر اساس آلفای کرونباخ  $۰/۸۴$  محاسبه و گزارش شد (۲۷). داده ها با استفاده از نرم افزار

جدول ۱: مقایسه توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی سالمندان در دو گروه آزمون و کنترل

P	آزمون آماره	گروه درمانی		متغیر جمعیت شناختی کنترل
		فراوانی (درصد) یا انحراف معیار $\pm$ میانگین	آزمون فراوانی (درصد) یا انحراف معیار $\pm$ میانگین	
۰/۲۱۷	$U=۰/۲۱$	$۰/۷۹ \pm ۴۷/۷۰$	$۵۶/۷ \pm ۱۰/۶۸$	سن (سال)
۰/۹۲۱	$U=۰/۹۶$	$۴۳/۳۱ \pm ۶۷/۳۵$	$۱۰/۵ \pm ۹۴/۴۳$	مدت زمان سابقه همودیالیز (ماه)
	$U=۰/۹۲$	$۳/۵۲ (۱/۷۰)$	$۳/۶۰ (۱/۹۵)$	تعداد فرزند (نفر)
۰/۸۲۱	تست دقیق فیشر	$۱۷(۱۷/۷)$	$۳۱(۳۲/۳)$	جنسیت مرد
		$۱۵(۱۵/۶)$	$۳۳(۳۴/۴)$	زن
		$۱۵(۱۸/۱)$	$۱۴(۱۶/۹)$	دیابت
۰/۳۶	$X^2 = ۳/۱۷$ $df = ۳$	$۱۶(۱۹/۳)$	$۱۷(۲۰/۵)$	فشارخون
		$۸(۹/۶)$	$۱۳(۱۵/۷)$	سایر
		$۹(۹/۴)$	$۴(۴/۲)$	ندارد
		$۱۰(۱۰/۴)$	$۱۴(۱۴/۶)$	خانه دار
۰/۶۵۰	تست دقیق فیشر	$۱(۱)$	$۳(۳/۱)$	وضعیت اشتغال شاغل
		$۳۷(۳۸/۵)$	$۳۱(۳۲/۳)$	بازنشسته
		$۵(۵/۲)$	$۷(۷/۳)$	تنها
۰/۷۵۶	تست دقیق فیشر	$۴۳(۴۴/۸)$	$۴۱(۴۲/۷)$	وضعیت زندگی با خانواده
۰/۳۱۲	تست دقیق فیشر	$۴(۴/۲)$	$۶(۶/۲)$	دارد
		$۴۴(۴۵/۸)$	$۴۲(۴۳/۸)$	ندارد

داد که در گروه آزمون میانگین خودکارآمدی قبل از مداخله ( $۵۴/۶۲ \pm ۹/۹۱$ ) و بعد مداخله به ( $۶۰/۳۱ \pm ۹/۷۸$ ) تغییر یافته است (اثر درون گروهی)،

براساس مقیاس شرر، میزان خودکارآمدی قبل از مداخله سالمندان تحت همودیالیز با استفاده از آزمون تی مستقل دو گروه با یکدیگر همگن بوده و دارای تفاوت معناداری نبودند. نتایج مطالعه با استفاده از آزمون تی زوجی نشان

آزمون کوهن در حد بزرگ بود. جهت جلوگیری از خطای نوع یک جهت تعیین اثر مداخله از آنالیز واریانس مکرر ۲\*۲ استفاده شد و آزمون فوق نشان داد مداخله سبب افزایش توانمندی سالمندان تحت همودیالیز می شود و شدت اثر این مداخله بر اساس آزمون کوهن در حد بزرگ است (جدول ۲).

ولی در گروه کنترل تفاوت معنادار نبود. همچنین با استفاده از آزمون تی مستقل (اثر بین گروهی) قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معناداری دیده نشد اما بعد از مداخله دو گروه دارای تفاوت معناداری بودند ( $P=0/001$ ). علت این تفاوت ناشی از برنامه خودمدیریتی مبتنی بر توانمندسازی بوده و شدت اثر این تفاوت بر اساس

جدول ۲: مقایسه میزان خودکارآمدی سالمندان در دو گروه آزمون و کنترل قبل و پس از اجرای برنامه خودمدیریتی

تی زوجی	قبل از مداخله میانگین (انحراف معیار)	بعد از مداخله میانگین (انحراف معیار)	گروه
شدت اثر متوسط-سیر صعودی Cohen's d = -/۵۷ $P<0/001$ , $T(47)=-7/27$	۶۰/۳۱(۹/۷۸)	۵۴/۶۲(۹/۹۱)	آزمون (۴۸)
شدت اثر کوچک-سیر نزولی Cohen's d = -/۱۹ $P<0/001$ , $T(47)=5/11$	۵۱/۵۸(۱۰/۸۸)	۵۳/۸۹(۱۱/۸۱)	کنترل (۴۸)
شدت اثر مداخله شدت اثر بزرگ Cohen's d = -/۹	$T(94)=4/41$ $P<0/001$	$T(94)=0/32$ $P=0/74$	تی مستقل
اثر زمان در گروه $F=(1,94)=78/52$ , $P<0/001$ شدت اثر بزرگ $(\text{Partial Eta Squared})^2 = 0/45$ .Cohen's d = 1/82			آنالیز واریانس اندازه گیری مکرر

آموزشی بر ارتقا خودکارآمدی سالمندان تحت همودیالیز موثر است که این نتایج همسو با نتایج مطالعه نریمانی و همکاران (۲۰۰۸)، Unsar و همکاران (۲۰۰۷)، محمدی و همکاران (۲۰۰۷)، صفری نژاد و همکاران (۲۰۰۹)، Tsay (۲۰۰۴)، رویانی و همکاران (۲۰۱۵) که بر روی بیماران تحت همودیالیز بعد از آموزش برنامه خود مدیریتی مبتنی بر توانمندسازی می باشد (۳۳-۲۸). محمدی نژاد و همکاران (۱۳۹۴) در جلسات آموزشی خود مدیریتی مبتنی بر توانمندسازی بر بیماران مزمن را مطالعه کردند و به خودکارآمدی بهتری دست یافتند تا با نگرانی های روانی-اجتماعی همراه با بیماری مزمن کنار بیایند (۳۴). اما معطری و همکاران (۲۰۱۲) پس از اجرای یک دوره برنامه توانمندسازی ۶ هفته ای، نتوانست در حیطه خودکارآمدی به ارتقاء معنی داری دست یابد (۳۵).

در پژوهش حاضر، بیمارانی که تحت برنامه خود مدیریتی مبتنی بر توانمندسازی قرار گرفتند، سطح بالاتری از خودکارآمدی را تجربه کردند. می توان نتیجه گرفت که بیماران توانمند نسبت به توانایی های خود در خود مدیریتی اطمینان بیشتری دارند. Hartford و همکاران

## بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه خود مدیریتی مبتنی بر توانمندسازی بر خودکارآمدی سالمندان تحت همودیالیز انجام شد. پژوهش حاضر نشان داد سطح خودکارآمدی بیماران تحت بررسی که قبل از مداخله در مقایسه با سایر مطالعات در سایر کشورها پایین تر بوده است. برای نمونه، در مطالعه Tsay (۲۰۰۹)، میزان خودکارآمدی در سطح متوسط گزارش شده، اما در مطالعه حاضر این سطح پایین تر بود. شاید بتوان گفت ارائه آموزشهای سطحی و نیاز به تحول در این ناکافی میتواند دلیل این امر باشد که قطعاً روند و استفاده از روشهای نوینی چون خود مدیریتی مبتنی بر توانمندسازی دارد. لازم به ذکر است که سطح خودکارآمدی در پژوهش حاضر قبل از مداخله در مقایسه با سایر مطالعات در سایر کشورها پایین تر بوده است. آموزش سطحی و ناکافی می تواند دلیل این مسئله باشد که می تواند به طور کامل از طریق روش های جدیدی مانند توانمندسازی ارتقا یابد.

یافته های مطالعه حاضر حاکی از آن است که این برنامه



بر مشارکت فعال در یادگیری، مبادله کنند. از محدودیتهای این مطالعه تفاوت در تعاملات فردی بین بیماران، عوامل محیطی و سطح فرهنگی درک از سلامت بود که امکان داشت در یادگیری تأثیرگذار باشد و کنترل این شرایط از عهده پژوهشگر خارج بود. از دیگر محدودیت ها، شرایط و مشکلات موجود در محیط زندگی بیماران بود که می توانست عملکرد بیمار در زمینه پایبندی به اجرای برنامه عملی را تحت تأثیر قرار دهد، اما پیگیری آموزش انفرادی توسط محقق تا حدودی این عامل را تحت کنترل درآورد. این مطالعه در یک بخش همودیالیز با بیماران سالمند صورت گرفته است، لذا تعمیم یافته های این مطالعه محدود می باشد. بنابراین توصیه می شود برای تعمیم پذیری در سطح وسیعتر و در مقایسه با بیماران تحت همودیالیز و در سایر موقعیتها در جامعه باید با احتیاط صورت گیرد نیز انجام پذیرد. همچنین نتایج پژوهش حاضر که حاصل ۸ هفته مداخله با برنامه خودمدیریتی مبتنی بر توانمندسازی بر روی سالمندان تحت همودیالیز بود لذا تضمینی برای ماندگاری این نتیجه وجود ندارد، لذا انجام پژوهشهای مشابه در جمعیتهای دیگر از بیماران و سنجش اثربخشی خودمدیریتی به این روش در زمانی طولانیتر قابل توصیه است.

### سپاسگزاری

بدینوسیله از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، مسئولین و همچنین سالمندان بخش دیالیز بیمارستان شهید هاشمی نژاد که با صبر و حوصله امکان انجام این پژوهش را فراهم ساختند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی دانشگاه شاهد می باشد.

### تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

(۲۰۱۹) استدلال کردند که خودکارآمدی از جمله پیامدهای فرایند توانمندسازی است که با بیماری و درمان مرتبط هستند. همچنین Náfrádi (۲۰۱۷) استدلال کرد، بیمارانی که بیشتر در اجرای رفتارهای خودمدیریتی از خود مطمئن هستند، به ادامه درمان بیشتر علاقه مند هستند (۳۶-۳۷). همچنین از رابطه قوی بین خودکارآمدی و توانمندسازی می توان نتیجه گرفت بیمارانی که توانمندسازی بیشتری دارند، بر توانایی خود در انجام خودمدیریتی اطمینان بالاتری دارند لذا بیمار به مشارکت کننده فعال در مراقبت بهداشتی تبدیل می گردد (۳۸). مطالعه Aujoulat و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که از جمله نتایج فرایند توانمندسازی، خودکارآمدی مربوط به بیماری است (۳۹). محققین معتقدند بیمارانی که احساس اطمینان بیشتری بر انجام رفتارهای مراقبت از خود دارند بیشتر علاقه مند هستند تا وظایف مراقبت از خود را انجام دهند؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که بیماران همودیالیزی که از سطح بالاتری در خودکارآمدی برخوردارند، در انجام رفتارهای مراقبت از خود و مدیریت نارسایی مزمن کلیوی موفق تر هستند (۴۰). این افراد بیشتر قادرند تا رفتارهای مراقبت از خود که در ارتباط با بیماری است از قبیل ارتقا نگرش مثبت، تصمیم گیری در مورد مدیریت بیماری و کاهش استرس را دهند؛ که این امر با تئوری بندورا که نهایتاً خودکارآمدی را به عنوان توانایی افراد در انجام رفتارهای مراقبت از خود تعریف کرده، مطابقت دارد و نهایتاً بر میزان رضایت آنها از آنچه انجام می دهند تأثیر می گذارد (۲۸).

از نقاط قوت این مطالعه و آنچه که مطالعه حاضر را از سایر مطالعات دیگر در زمینه اجرای برنامه خودمدیریتی به خصوص در بیماران تحت همودیالیز متمایز می کند گروه هدف این پژوهش بوده است، در این پژوهش حاضر جزء معدود مطالعاتی است که برنامه خودمدیریتی مبتنی بر توانمندسازی بر روی خودکارآمدی بیماران سالمند تحت همودیالیز که بر روی هر دو جنسیت صورت گرفته است.

### نتیجه گیری

تجزیه و تحلیل نتایج بیانگر این است که از نظر مشخصات جمعیت شناختی قبل از شروع مداخله همگن هستند و آموزش برنامه خودمدیریتی مبتنی بر توانمندسازی بر ارتقا سطح خودکارآمدی سالمندان تحت همودیالیز تأثیر داشت زیرا در طی در آن بیماران می توانند تجربیات خود را علاوه

References

1. Ghafari M, Sharifirad G, Zanjani S, Hassanzadeh A. Stress, anxiety and depression levels among elderly referrals to Tehran Elderly Club. *Iranian Journal of Ageing* 2012;7(2):53-59.
2. World Health Organization. Definition of an older or elderly person: proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. URL: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> [accessed 2012-11-30] [WebCite Cache]. 2013.
3. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. *Journal of Salmand* 2017; 12 (2):156-169. <https://doi.org/10.21859/sija-1202156>
4. Salehi L, Selki S, Alizadeh L. Evaluation of health-related quality of life of elderly members aged care center in Tehran in 2009. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2012;8(1):14-20.
5. Banks AD. Women and heart disease: missed opportunities. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2008; 53(5):430-439. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.04.008> PMID:18761296
6. Woo EK, Han C, Jo SA, Park MK, Kim S, Kim E, Park MH, Lee J, Jo I. Morbidity and related factors among elderly people in South Korea: results from the Ansan Geriatric (AGE) cohort study. *BMC Public Health*. 2007;7(1):10 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-10> PMID:17241463 PMCID:PMC1784082
7. Tonelli MMR. Chronic Kidney Disease and the Aging Population. *Iranian journal of kidney disease*. 2014;4 (8):87-92. <https://doi.org/10.1097/01.mnh.0000445745.47384.b8> PMID:24559588
8. Jager K, Dijk P, Dekker F, Stengel B, Simpson K, Briggs J. The epidemic of aging in renal replacement therapy: an update on elderly patients and their outcomes. *Clinical Nephrology*. 2003; 60 (5):352-360. <https://doi.org/10.5414/CNP60352> PMID:14640241
9. Samakoosh MA, Aghaie N, Gholami F, Shirzad M, Yosefi E, Baboli MT. Assessment Dialysis Adequacy in Hemodialysis Patients of Qaemshar Razi Hospital in 2012. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013; 23 (107):20-27.
10. Tonelli MMR. Chronic Kidney Disease and the Aging Population. *Iranian journal of kidney disease*. 2014; 4 (8):87-92. <https://doi.org/10.1097/01.mnh.0000445745.47384.b8> PMID:24559588
11. Moran A, Scott P, Darbyshire P. Existential boredom: the experience of living on hemodialysis therapy. *Journal of Medical Ethics*. 2009;35:70-75. <https://doi.org/10.1136/jmh.2009.001511> PMID:23674698
12. Morehouse R, Colvin E, Maykut P. Nephrology nurse-patient relationships in the outpatient dialysis setting. *Nephrolog Nursing Journal*. 2001;28 (3):295-300
13. Reid C, Hall J, Boys J, Lewis S, Chang A. Self-management of haemodialysis for End Stage Renal Disease: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews* 2011; 9 (3):69-103. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2011-71> PMID:27820067
14. Schnall R, Liu J, Iribarren S. Information sources of self-care strategies for persons living with HIV. *International journal of medical informatics*. 2018; 111:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.12.002> PMID:29425620 PMCID:PMC5810593
15. Stromberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *European journal of heart failure. Supplements*. 2005; 7(3):363-369. <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2005.01.002> PMID:15718176
16. Gold DT, Silverman SL. Osteoporosis self-management: choices for better bone health. *Journal Southern Medical*. 2004; 97(6): 551-554. <https://doi.org/10.1097/00007611-200406000-00007> PMID:15255420
17. Bag E, Mollaoglu M. The evaluation of self-care and self-efficacy in patients undergoing hemodialysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009; 16 (3): 605-610. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01214.x> PMID:19874435
18. Selvin E, Manzi J, Stevens LA, Van Lente F, Lacher DA, Levey AS et al. Calibration of serum creatinine in the National Health and Nutrition Examination Surveys (NHANES). *American journal of kidney diseases*. 2007; 50 (6):918-926. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.08.020> PMID:18037092
19. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing:



- Concepts of Practice, 6th ed. St Louis, Mosby, 2001.
20. Konta T, Hao Z, Abiko H, Ishikawa M, Takahashi T, Ikeda A et al. Prevalence and risk factor analysis of microalbuminuria in Japanese general population: the Takahata study. *Kidney international Supply*. 2006; 70 (4):751-756. <https://doi.org/10.1038/sj.ki.5001504> PMID:16807548
  21. Walker E, Sterens K, Persaud S. Promoting self-management among African Americans: An Educational Intervention. *Journal of health Care for the Poor and Underserved*. 2010; 21 (1):169-186. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0363> PMID:20675953
  22. Vosoughi N, Aboutalebi G, Karimollahi M. The Study of Self- Care Agency in Patients Undergoing Hemodialysis Referred to Boali Hospital of Ardabil in 2013. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2015; 23 (2): 24-31.
  23. 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. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2008; 21 (54) :121-133.
  24. Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. Validation of the Persian version of Abbreviated Mental Test (AMT) in elderly residents of Kahrizak Charity Foundation. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2014;13(6):487-494.
  25. Asgharnejad T, Ahmadi M, Farzad V, Khodapanahi M. Study of psychometrics properties of sherer self-efficacy scale. *Journal of Psychology*. 2004; 3 (39): 262-276.
  26. Hayati D, Ogbahi A, Hoseini Ahangari S, Azizi Abarghuei M. Investigating the relationships between quality of learning experience's components and self-efficacy on academic burnout among students of Allamme Tabatabaei. *Univ Tehran Educ Dev Jundishapur*. 2012; 3 (4):18-29.
  27. Bakhtiarpoor S, Hafezi F, Behzadi Sheni F. The relationship among locus of control, perfectionionism and self-efficacy with test anxiety and academic performance in the students of the Islamic Azad University. *Journal of Social Psychology*. 2010; 5 (13):35-52.
  28. Narimani K. Effect of self-care on the quality of life of patients under maintenance hemodialysis. *Journal of Shahed University* 2008; 16(79): 63-70.
  29. Unsar S, Erol O, Mollaoglu M, The self-care agency in dialyzed patients. *Dialysis & Transplantation*. 2007; 36 (2): 57-70. <https://doi.org/10.1002/dat.20094>
  30. Mohammadi E, Sahabzamani A, Boroumand. The effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients. *Hayat* 2007;11(24):51-62.
  31. Safarinjad Mr. The epidemiology of adult chronic kidney disease in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Journal of Nephrolgy*. 2009; 22 (1): 99-108.
  32. Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patients withed stage renal disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 41(1):59 65. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00095-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00095-6)
  33. Royani Z, Rayyani M, Vatanparast M, Mahdaviifar M, Goleij J. The relationship between self-care and self - efficacy with empowerment in patients undergoing hemodialysis. *MCS*. 2015; 1 (2): 116-122 <https://doi.org/10.18869/acadpub.mcs.1.2.116>
  34. Mohamadinejad F, Pedram Razi SH, Aliasgharpour M, TabariF, Kazemnejad A. Effect of patient education program on self-efficacy in patients with diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2015; 10 (1):35-41.
  35. Moattari M1, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012; 20 (10): 115-125. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-115> PMID:22992449 PMCID:PMC3520754
  36. Hartford W, Lear S, Nimmon L. Stroke survivors' experiences of team support along their recovery continuum. *BMC Health Services Research*. 2019; 19 (1):723-727. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4533-z> PMID:31638959 PMCID:PMC6805495
  37. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication

- adherence. PLoS One. 2017; 12 (10): e0186458.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458>  
PMid:29040335 PMCID:PMC5645121
38. Brennan P, Safran C. Report of conference track 3: patient empowerment. IJMI. 2007; 69(6): 301-304  
[https://doi.org/10.1016/S1386-5056\(03\)00002-9](https://doi.org/10.1016/S1386-5056(03)00002-9)
39. Aujoulat I, Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? PES. 2007; 66 (1): 13-20  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.008>  
PMid:17084059
40. Lev EL, Owen SV. A prospective study of adjustment to hemodialysis. ANNA. 1998; 25 (5): 495-503.  
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00075-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00075-0)