

تأثیر مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران

همودیالیزی: کارآزمایی بالینی

آلهه سیدرسولی^۱، کبری پرون^۱، آزاد رحمانی^۲، ژاله رحیمی^۱

tm.rahimi@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی

دریافت: ۹۲/۰۵/۲۰ پذیرش: ۹۲/۰۹/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: ارتقاء ادراک بیماری می‌تواند نقش مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز داشته باشد. با توجه به شیوع بالای بیماری کلیوی در ایران و اهمیت درک بیماران همودیالیزی از بیماریشان و تأثیری که می‌تواند در کیفیت زندگی داشته باشد، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز انجام شده است.

روش بررسی: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی و با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون در گروه‌های کنترل و مداخله بود. با رعایت ملاحظات اخلاقی، ۷۱ بیمار تحت همودیالیز در دو گروه کنترل ($n=33$) و مداخله ($n=38$)، پیش‌آزمون کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. سپس بیماران گروه مداخله به مدت شش هفته و هر هفته یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری را دریافت کردند. در نهایت هشت هفته بعد از اتمام مداخله، بیماران دو گروه پس‌آزمون کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیالیزی (KDQOL-SF_{TM}) بود. روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید شده است.

یافته‌ها: اگر چه مداخله توانست کیفیت زندگی بیماران را در ابعاد وضعیت شغلی، تشویق کادر دیالیز، نقش جسمی، درد، سلامت عمومی و نقش عاطفی ارتقاء دهد، در مقایسه دو گروه تنها در وضعیت شغلی ($p=0/04$) و نقش عاطفی ($p=0/03$) اختلاف معنی‌دار مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری تنها ابعاد محدودی از کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز را ارتقاء داد. نیاز به مطالعات بیشتر در زمینه تأثیر مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران وجود دارد.

واژگان کلیدی: ادراک بیماری، کیفیت زندگی، همودیالیز، ایران

مقدمه

هزار نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به نارسایی مزمن کلیه جان خود را از دست می‌دهند (۳). در ایران، بر طبق گزارش انجمن حمایت از بیماران کلیوی در مجموع ۴۰ هزار بیمار مبتلا به مرحله انتهایی بیماری کلیوی وجود دارد (۴). بیماران مرحله انتهایی بیماری کلیوی مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند. مشکلات مالی، عدم اشتغال، محدودیت در مصرف مایعات و رژیم غذایی، تغییر در وظایف و نقش‌های خانوادگی

مرحله انتهایی بیماری کلیوی (ESRD: End Stage Renal Disease) شرایط محدود کننده و مزمنی است که آثار منفی زیادی بر ابعاد زندگی بیماران دارد (۱). بیماری مزمن کلیه به صورت آسیب کلیه یا میزان تصفیه گلومرولی کمتر از ۶۰ میلی لیتر در دقیقه به ازای ۱/۷۳ متر مربع از سطح بدن به مدت سه ماه یا بیشتر تعریف می‌شود (۲). سالانه بیش از ۶۰

۱- کارشناس ارشد پرستاری، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- دکترای پرستاری، گروه داخلی جراحی، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

و کاهش توانایی رسیدن به اهداف طولانی مدت زندگی از آن جمله است (۵). این مشکلات منجر به کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شوند. مطالعات قبلی نشان دادند که مرحله انتهایی بیماری کلیوی می‌تواند بر فعالیت فیزیکی، امید به زندگی، عملکرد جنسی و فعالیت شغلی افراد تأثیرگذار باشد (۵). یکی از مؤثرترین درمان‌ها برای کنترل علائم بیماری مرحله انتهایی بیماری کلیوی، دیالیز است. این روش درمانی اگر چه امروزه به شکل کاملاً پیشرفته و بی‌خطر درآمده است، ولی فشار جسمی، روانی و اجتماعی زیادی را به بیماران وارد می‌کند که سبب انواع محرومیت‌ها می‌شود (۶). امروزه، بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن توجه زیادی معطوف شده است. به گونه‌ای که علاوه بر طولانی شدن زندگی، چگونگی حفظ کیفیت زندگی نیز اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است (۷). عقیده بر این است که کیفیت زندگی افراد معیار مهمی است که اثر بخشی مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد و پیش بینی وقوع ناتوانی و مرگ و میر افراد را می‌سازد. اگر چه درمان‌های جایگزین مانند دیالیز، به حفظ جان بیماران کمک می‌کنند، اما به حداکثر رساندن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مرحله انتهایی بیماری کلیه، هدف عمده برنامه دیالیز می‌باشد (۸). بدین معنی که نشانه‌های یک بیماری مزمن مستقیماً بر کیفیت زندگی بیمار تأثیر خواهد گذاشت. از طرفی، شناسایی عقاید بیماران در مورد بیماری و درمان آن، به شناخت واکنش‌های سازگاری بیماری کمک می‌کند. لذا، ارتقاء درک بیماران از سلامتی به کادر درمان کمک خواهد کرد تا ضمن آگاهی از وضعیت درک بیماران از سلامتی خود، به توانایی عملکرد و حس خوب بودن این بیماران پی برده و روش‌های درمانی ارتقاء دهنده کیفیت زندگی بیماران را مورد توجه قرار دهند (۹). نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهند فردی که ادراک مثبت از بیماری خویش داشته باشد، قادر است به طور واقع بینانه و

صحیح علائم و ابعاد مختلف بیماری را درک و تحلیل نماید و این ادراک می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامتی وی تأثیرگذار باشد (۱۰). یکی از الگوهای نظری که نشان می‌دهد چگونه ادراک بیماری می‌تواند بر کیفیت زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامتی تأثیر گذار باشد، الگوی خود تنظیمی (Self-regulation model) است که توسط لونتال (Leventhal) و همکارانش (۱۹۹۷) ارائه شده است (۱۱). بر اساس این الگو فرد نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری خود ایفا می‌کند که هنگام مواجهه با تهدید بیماری (تشخیص یا علائم) از طریق بر طرف کردن تهدید بدنبال بازگشت به توازن است. ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت بیماری، مدت زمان بیماری، پیامدهای بیماری، باور فرد در مورد علل مسبب آغاز بیماری و کنترل پذیر بودن بیماری (۱۲). نتایج مطالعه لونتال و همکاران نشان می‌دهد که کیفیت زندگی با ادراک شناختی نسبت به بیماری و درمان مرتبط است (۱۳). در مطالعات بسیاری بر اهمیت ادراک بیماران بویژه مبتلایان به بیماری‌های مزمن از جمله همودیالیز تأکید شده است (۱۴). مطالعات نشان داده‌اند که ادراک بیماری بویژه ابعاد پیامدها و پاسخ عاطفی به طور مثبتی با کیفیت زندگی مرتبط است. بدلیل ماهیت مزمن همودیالیز، کنترل شخصی، واکنش عاطفی و به ویژه ادراک بیماری به عنوان یک پیشگویی کننده کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی شناخته شده است (۱۵). نتایج مطالعه تیمرز (Timmers) و همکاران (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که ادراک مثبت بیماری بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز مؤثر است و به نحوی که مداخلات ارتقاء دهنده ادراک بیماری از طریق ایجاد مهارت‌های سازگاری با بیماری و پیامدهای آن می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز مؤثر باشد (۱۶). با توجه به نتایج مطالعات فوق، به نظر می‌رسد در صورت ارتقاء ادراک بیماران بتوان بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر

و تعیین حجم نمونه؛ ۸۰ نفر از بیماران که بالاتر از ۱۸ سال سن داشتند، حداقل ۶ ماه از شروع دیالیز آنها سپری شده بود، حداقل هفته‌ای دو جلسه دیالیز می‌شدند، توانایی تکمیل پرسشنامه و شرکت در جلسات را داشتند، مبتلا به بیماری روانی شناخته شده نبودند و همچنین سابقه پیوند کلیه را نداشتند؛ وارد مطالعه شدند. بدین صورت که لیست بیماران مراجعه کننده به مرکز همودیالیز به عنوان چهار چوب نمونه‌گیری انتخاب و شماره‌گذاری شد و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی ۸۰ نفر نمونه هموزن از میان آنها انتخاب شد. سپس این بیماران، به روش تصادفی ساده به دو گروه مداخله (n=۴۰) و کنترل (n=۴۰) تقسیم شدند. نحوه تخصیص نمونه‌ها و فرایند انجام کار در دیاگرام ۱ بیان شده است.

بدلیل اینکه مطالعه مشابهی در این زمینه جهت برآورد حجم نمونه وجود نداشت جهت برآورد تعداد نمونه و همچنین آزمودن قابلیت اجرای روش کار، اندازه‌گیری و اجرای مداخله، مطالعه مقدماتی (pilot study) انجام شد. سپس با استفاده از فرمول زیر حجم نمونه تعیین گردید.

$$N = \frac{(u_1 + u_2)^2 (SD_1^2 + SD_2^2)}{(M_1 - M_2)^2}$$

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه دو قسمتی بود. در قسمت اول، برخی مشخصات فردی- اجتماعی و مشخصات وابسته به بیماری که شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، مدت دیالیز و تعداد جلسات دیالیز در هفته بود بررسی شد. قسمت دوم پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به بیماران همودیالیزی (KDQOL-SFTM: Kidney diseases quality of life- short form) بود (۱۷). این پرسشنامه یک ابزار اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی است و شامل دو مقیاس عمومی و اختصاصی در ارتباط با کیفیت زندگی است. مقیاس عمومی کیفیت زندگی

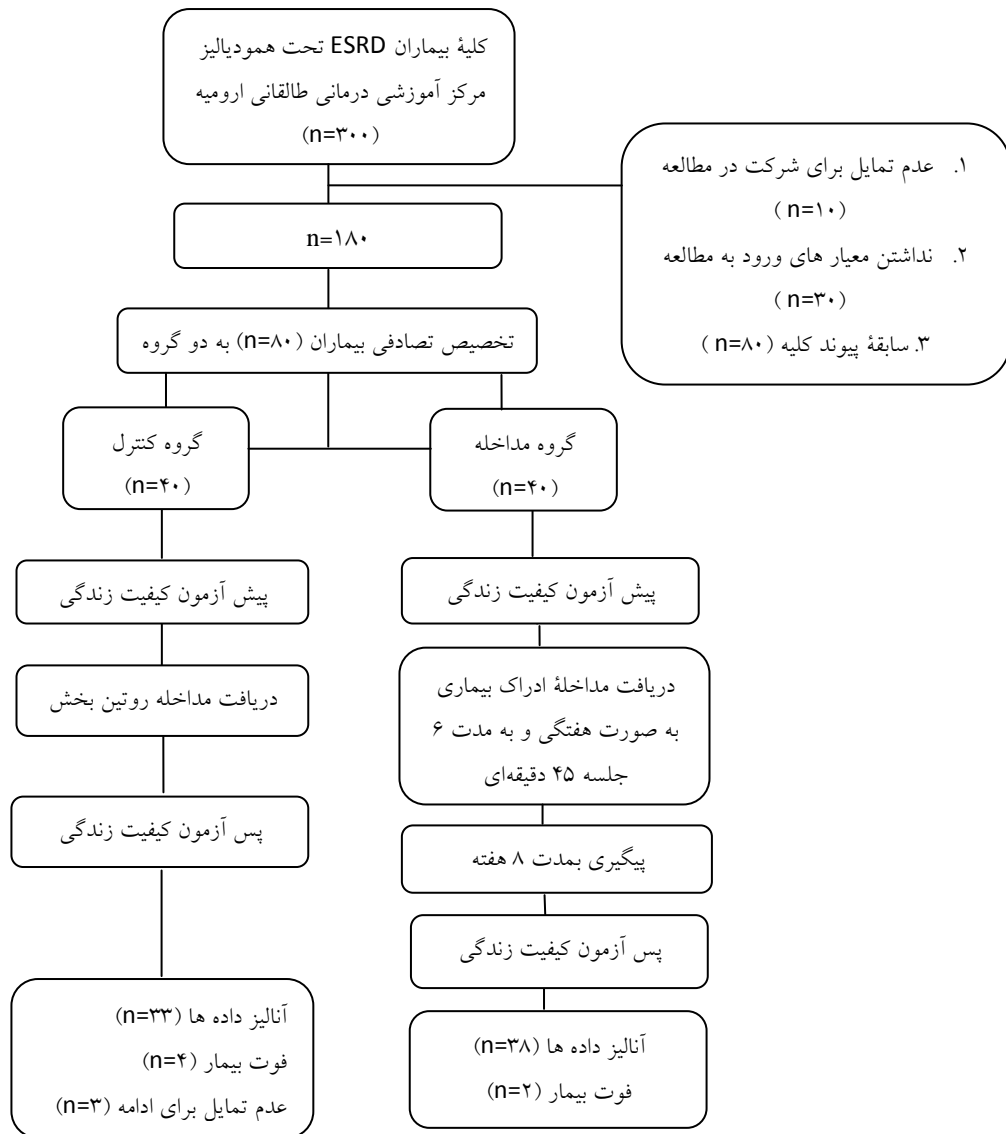
گذاشت. در مرور وسیع متون پژوهشگر به مطالعه‌ای که با رویکرد تجربی به بررسی تأثیر مداخله ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران پرداخته باشد دست نیافت، در اغلب مطالعات تأثیر مداخله ادراک بیماری بر پیامدهای دیگر بیماری از جمله تبعیت از درمان مورد بررسی قرار گرفته است و یا ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته است که در نتایج این مطالعات نیز تناقض وجود دارد (۱۷). به گونه‌ای که برخی از این مطالعات در نتایج خود وجود ارتباط بین کیفیت زندگی و ادراک بیماری را گزارش کرده‌اند، در صورتی که برخی دیگر این ارتباط را نفی کرده‌اند. به ویژه در جامعه ایرانی در جستجویی که پژوهشگر انجام داد، به مطالعه‌ای در این زمینه دست نیافت. با توجه به شیوع بالای بیماری کلیوی تحت همودیالیزی در ایران و اهمیت درک این بیماران از بیماریشان و تأثیری که می‌تواند در جنبه‌های مختلف زندگی بیماران از جمله کیفیت زندگی داشته باشد، بررسی تأثیر مداخله ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران در قالب یک مطالعه مداخله‌ای ضروری به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی است و در دو گروه کنترل و مداخله و با طرح قبل و بعد (در دو مرحله، قبل از دریافت مداخله و بعد از دریافت مداخله) انجام گردید. محل انجام مطالعه، مرکز همودیالیز بیمارستان آیت الله طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بود. مطالعه بمدت ۶ ماه و از تیر تا دی ماه ۹۱ انجام گردید. کل بیماران مراجعه کننده به مرکز همودیالیز ۳۰۰ نفر بودند. با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، بعد از انجام مطالعه

گویه) است و زیرمقیاس شرایط عاطفی نیز شامل سه حیطه ایفای نقش عاطفی (شامل ۳ گویه)، عملکرد اجتماعی (شامل ۲ گویه) و سلامت روان (شامل ۸ گویه) می‌باشد.

خود شامل دو زیر مقیاس شرایط جسمی و شرایط عاطفی است. زیرمقیاس جسمی نیز خود شامل چهار حیطه سلامت عمومی (شامل ۶ گویه)، عملکرد جسمی (شامل ۱۰ گویه)، ایفای نقش جسمی (شامل ۴ گویه) و درد جسمی (شامل ۳



دیاگرام ۱: مطالعه کارآزمایی بالینی مداخله ارتقا دهنده ادراک بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز

جسمی مرتبط با سلامت (شامل ۱۲ گویه)، وضعیت عمومی مرتبط با سلامت (شامل ۳ گویه)، رضایت خانوادگی مرتبط با سلامت (شامل ۴ گویه)، وضعیت خواب (شامل ۴ گویه)،

بعد اختصاصی ابزار پژوهش مشتمل بر نه حیطه شامل محدودیت‌های مرتبط با بیماری کلیه (شامل ۱۱ گویه)، مشکلات روانی مرتبط با سلامت (شامل ۶ گویه)، عملکرد

اساس ۵ بعد ادراک بیماری و همچنین، تأثیری که این مداخله می‌تواند در کیفیت زندگی بیماران داشته باشد پایه‌ریزی شد. این ابعاد عبارت بودند از: ۱) ماهیت (بر حسب و علایم مربوط به بیماری مانند خستگی و ضعف)، ۲) علت یا باور فرد در مورد علل مسبب آغاز بیماری، ۳) مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب اینکه حاد، دوره‌ای یا مزمن است، ۴) پیامدها و یافته‌های مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی، ۵) مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود. در اجرای مداخله از تکنیک‌های خود کنترلی (Self monitoring)، تشویق کلامی، طراحی هدف (Goal setting) (مثلاً برای افزایش وزن بین جلسات همودیالیز)، بازخورد و ارزیابی رفتارهای هدف روزانه (دریافت مایعات و غیره)، شناسایی تقویت کننده‌های پنهان و آشکار مانند خودارزیابی مثبت و شرکت در فعالیت‌های لذت بخش و استفاده از دفتر یادداشت روزانه استفاده شد. در واقع، مداخله به منظور تغییر ادراک نادرست و منفی که ممکن بود بیماران نسبت به بیماری داشته باشند طراحی شد. طی ۸ هفته بعد از دریافت مداخله بیماران تحت پیگیری قرار گرفتند تا تأثیرات طولانی مدت مداخله نیز مورد بررسی قرار گیرد. بدلیل محیط بخش‌های همودیالیز و برقراری ارتباط نزدیک بین بیماران، امکان انجام کورسازی مطالعه چه برای پژوهشگر و چه برای بیماران وجود نداشت. برای دادن آموزش به مددجویان از یک فرد مشاور ماهر در امر مداخله ادراک بیماری حداقل به مدت دو جلسه کمک گرفته شد. اصول و مثال‌های کاربردی استفاده شده جهت ارتقاء ادراک بیماری برگرفته از مطالعات قبلی (۲۱-۲۳) بود و با در نظرگیری مسائل فرهنگی، علایق قبلی و هنجارهای جامعه و بعد از ارزیابی میزان آمادگی، تجربیات و ادراکات قبلی بیمار اجرا شد. همچنین، به منظور جلوگیری از سوگیری در اجرای مداخله، بیماران گروه مداخله و کنترل از دو

وضعیت شغلی مرتبط با سلامت (شامل ۳ گویه)، مسایل جنسی (شامل ۲ گویه) و میزان رضایت از مراقبت و پرسنل بخش (شامل ۳ گویه) در بیماران همودیالیزی می‌باشد. هر حیطة با توجه به وزن گویه‌ها که در هر حیطة متفاوت است، از ۰ تا ۱۰۰ امتیاز را به خود اختصاص می‌دهد. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. این پرسشنامه یک ابزار چند بعدی، روا و پایا است که تمامی ابعاد پرسشنامه SF-36 را در بردارد (۱۷) و از درجات بالای همسانی و همبستگی درونی برخوردار می‌باشد (۱۸) و تفسیر عمیق‌تر و گسترده‌تری از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را که در پرسشنامه SF-36 مورد توجه قرار نگرفته است ارائه می‌نماید (۱۹). روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی توسط یکانی نژاد و همکاران بررسی شده است که نشان دهنده قابلیت اعتماد است و از اعتبار بالایی برخوردار است. به طوری که آلفای کرانباخ در ابعاد مختلف پرسشنامه از ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۰). به علاوه برای استفاده از این پرسشنامه در مطالعه حاضر، ترجمه معکوس صورت گرفت. در این راستا، پرسشنامه ابتدا به فارسی روان ترجمه شده و سپس این ترجمه توسط یک متخصص زبان انگلیسی مجدد به زبان اصلی برگردانده شد. بر اساس مطابقت دو متن انگلیسی، متن فارسی اصلاح گردید. روایی صوری و محتوایی ابزار توسط ۱۲ نفر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی تبریز بررسی شد و بر اساس نظرات آنها تغییرات لازم در پرسشنامه اعمال شد. برای تعیین پایایی ابزار از روش آلفای کرونباخ و پس از انجام مطالعه راهنما بر روی ۱۵ بیمار استفاده شد (ضریب آلفای کرونباخ=۰/۷۸).

بیماران گروه مداخله طی ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای آموزش چهره به چهره به صورت هفتگی، مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری را به صورت انفرادی دریافت کردند. این مداخله بر

تحلیل گردید. برای بررسی مشخصات بیماران و سطح کیفیت زندگی آنها از آمار توصیفی فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای مقایسه امتیازات کیفیت زندگی قبل و ۸ هفته بعد از مداخله در داخل هر گروه از آزمون t با نمونه‌های زوج و برای مقایسه اختلاف میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بین پس‌آزمون و پیش‌آزمون بین گروه‌های مداخله و کنترل از آزمون t با نمونه‌های مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

برخی مشخصات فردی-اجتماعی و مشخصات وابسته به بیماری شرکت‌کنندگان، در دو گروه کنترل و مداخله در جدول ۱ گزارش و مقایسه شده است.

شیفت مجزا (بیماران گروه کنترل از شیفت صبح و بیماران گروه مداخله از شیفت عصر) انتخاب شدند تا طی جلسات همودیالیز از تبادل اطلاعات بین دو گروه جلوگیری شود. بیماران گروه کنترل فقط آموزش‌های مرسوم بخش را دریافت نمودند. قبل از شروع مداخله و هشت هفته بعد از اتمام آن کیفیت زندگی بیماران دو گروه مورد بررسی قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی از طریق پر کردن فرم رضایت کتبی آگاهانه برای شرکت در مطالعه و توضیح در مورد نحوه انجام مطالعه و حقوق مشارکت‌کنندگان بعمل آمد و تصریح شد که عدم شرکت آنها در مطالعه هیچ ارتباطی به دریافت مراقبت‌های درمانی ندارد. همچنین قبل از اجرای مطالعه، طرح پژوهش به تأیید کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسید.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۱۶ تجزیه و

جدول ۱: برخی مشخصات بیماران تحت همودیالیز گروه‌های مداخله و کنترل

شاخص های آماری	گروه مداخله		طبقه بندی	متغیرها
	گروه کنترل	فراوانی (درصد)		
$\chi^2 = 0/77$ $P = 0/38$ $df = 1$	۲۰ (۶۰/۶)	۲۵ (۶۵/۸)	مرد	جنس
	۱۳ (۳۹/۴)	۱۳ (۳۴/۲)	زن	
$\chi^2 = 2/90$ $P = 0/50$ $df = 3$	۲ (۶/۱)	۱ (۲/۶)	بی سواد	تحصیلات
	۲۰ (۶۰/۶)	۲۶ (۶۸/۴)	زیر دیپلم	
	۵ (۱۵/۲)	۷ (۱۸/۴)	دیپلم	
	۶ (۱۸/۲)	۴ (۱۰/۵)	تحصیلات عالی	
$\chi^2 = 1/16$ $P = 0/27$ $df = 2$	۲۷ (۸۲)	۲۵ (۶۷/۶)	متاهل	وضعیت تاهل
	۲ (۶/۱)	۱ (۲/۶)	مجرد	
	۴ (۱۱/۹)	۱۲ (۳۳/۴)	همسر از دست داده	
$\chi^2 = 1/37$ $P = 0/48$ $df = 2$	۳ (۹/۱)	۷ (۱۸/۴)	۲ یا کمتر	تعداد جلسات دیالیز در هفته
	۲۹ (۸۷/۹)	۳۰ (۷۸/۹)	۳	
	۱ (۳)	۱ (۲/۶)	۴	
$t = -0/27$ $P = 0/78$	$2/5 \pm 1/2$	$2/5 \pm 1/03$	مدت دیالیز (میانگین \pm انحراف معیار به سال)	
$t = -0/20$ $P = 0/84$	$48/1 \pm 11/9$	$47/5 \pm 12/8$	سن (میانگین \pm انحراف معیار به سال)	

مطالعه کنار رفتند. دلایل فوت بیماران کهولت سن و ایست قلبی بوده است (دیاگرام ۱).
 بررسی نمرات کیفیت زندگی در داخل گروه‌ها نشان داد که در مورد بیماران گروه مداخله در ابعاد وضعیت شغلی ($p=0/001$)، نقش جسمی ($p=0/002$)، درد ($p=0/04$)، سلامت عمومی ($p=0/009$)، نقش عاطفی ($p=0/04$) و تشویق کادر دیالیز ($p=0/04$) اختلاف معنی داری بین پیش آزمون و پس آزمون مشاهده شد و در گروه کنترل در بعد وضعیت شغلی تفاوت معنی دار مشاهده شد (جدول ۲).

میانگین سنی بیماران گروه مداخله ۴۷/۵ و انحراف معیار ۱۲/۸ و در گروه کنترل میانگین سنی ۴۸/۱ و انحراف معیار ۱۱/۹ بود و میانگین مدت زمان دیالیز برای بیماران گروه مداخله ۲/۵ سال با انحراف معیار ۱/۰۳ و برای بیماران گروه کنترل میانگین ۲/۵ و انحراف معیار ۱/۲ سال بوده است. تعداد نه بیمار در طی مطالعه از روند پژوهش خارج شدند. ۲ بیمار از گروه مداخله و ۴ بیمار از گروه کنترل فوت نمودند. ۳ بیمار از گروه کنترل به علت عدم تمایل جهت ادامه مطالعه از

جدول ۲: مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی در بیماران گروه مداخله و کنترل

ابعاد کیفیت زندگی	گروه مداخله (n=۳۸)		گروه کنترل (n=۳۳)	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
علایم بیماری	۸۶۴/۵ (۱۷۹/۰۲)	۸۷۶/۳ (۱۳۳/۶)	۰/۵۴	۰/۷۵
تاثیرات بیماری کلیوی	۴۵۳/۵ (۱۲۸/۳)	۴۳۷/۸ (۱۲۹/۱۶)	۰/۷۳	۰/۱۵
محدودیت بیماری کلیوی	۲۰۷/۸ (۱۰۰/۱۸)	۲۱۶/۴ (۹۶/۷)	۰/۵۲	۰/۴۶
وضعیت شغلی	۱۵۹/۴ (۷۹/۷)	۲۱۶/۴ (۹۶/۷)	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
عملکرد شناختی	۲۰۸/۹ (۵۷/۶)	۲۰۶/۳ (۵۵/۶)	۰/۷۶	۰/۳۳
کیفیت تعاملات اجتماعی	۲۱۶/۹ (۴۹/۹)	۲۰۷/۸ (۴۷/۷)	۰/۴۵	۰/۰۸
عملکرد جنسی	۱۲۶ (۹۶/۷)	۱۳۹/۰۶ (۶۷/۱)	۰/۴۶	۰/۵۴
خواب	۲۰۴/۲ (۶۰/۰۵)	۲۰۶/۷ (۶۵/۶)	۰/۶۷	۰/۸۹
حمایت اجتماعی	۱۴۵/۶ (۳۹/۸)	۱۲۸/۹ (۶۳/۹)	۰/۱۴	۰/۵۴
تشویق کادر دیالیز	۱۵۳/۹ (۴۹/۴)	۱۶۹/۷ (۱۴۱/۱۶)	۰/۰۴	۱
رضایتمندی بیمار	۴/۹۴ (۱/۴۱)	۴/۹۷ (۱/۱۹)	۱	۰/۵۲
عملکرد جسمی	۶۴۸/۵ (۲۵۱/۳)	۶۲۱/۰۵ (۱۹۷/۸)	۰/۵۳	۰/۴۱
نقش/جسمی	۱۶۳/۸ (۵۸/۸)	۲۵۵/۲ (۱۲۸/۸)	۰/۰۰۲	۰/۲۴
درد	۱۲۳/۱ (۴۸)	۱۳۶/۸ (۴۲/۲)	۰/۰۴	۰/۹۶
سلامت عمومی	۲۳۹ (۸۸/۶)	۲۲۲/۷ (۸۲/۲)	۰/۰۰۹	۰/۵۹
سلامت عاطفی	۲۹۰/۵ (۱۰۱/۰۲)	۲۷۴/۱ (۷۴/۳)	۰/۴۲	۰/۱۰
نقش/عاطفی	۱۳۵/۱۳ (۳۵/۸)	۱۸۴/۲ (۱۰۰/۰۷)	۰/۰۴	۰/۱۳
عملکرد اجتماعی	۱۲۱/۴ (۴۸/۹)	۱۳۳/۲ (۴۸/۴)	۰/۱۹	۰/۶۷
انرژی/خستگی	۱۸۷/۴ (۹۶/۷)	۱۸۷/۸ (۶۱/۶)	۰/۹۷	۰/۴۹

مقایسه اختلاف میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی بین گروه‌ها نشان داد که بعد از مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری، اختلاف میانگین امتیازات ابعاد وضعیت شغلی ($p=0/04$)، عملکرد شناختی ($p=0/02$)، سلامت عاطفی ($p=0/05$) و نقش عاطفی ($p=0/03$) بین گروه مداخله و کنترل از نظر آماری معنی‌دار بوده، ولی در بقیه ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار آماری را نشان نداد (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه اختلاف میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی در بیماران دو گروه مداخله و کنترل

p	t	گروه مداخله (n=38)	گروه کنترل (n=33)	ابعاد کیفیت زندگی
		اختلاف میانگین ها میانگین (انحراف معیار)	اختلاف میانگین ها میانگین (انحراف معیار)	
0/51	0/51	۱۶/۶(۱۶/۵)	۴/۰۳(۷/۷)	علایم بیماری
0/96	0/40	-۷/۱(۱۰/۸)	-۱۸(۶۱/۰۳)	تأثیرات بیماری کلیوی
0/49	0/05	۸/۵(۸۲/۲)	۹/۶(۶/۱)	محدودیت بیماری کلیوی
0/04	0/79	۱۵۷(۱۷)	۱۳۶/۳±۴۲	وضعیت شغلی
0/02	0/31	-۲/۶(۵۴/۰۶)	-۶/۴(۳۷/۰۱)	عملکرد شناختی
0/84	0/19	-۷/۰۲(۵۶/۶)	-۹/۶(۳۰/۴)	کیفیت تعاملات اجتماعی
0/75	0/92	۸(۵۳/۸)	-۳(۲۴/۲)	عملکرد جنسی
0/11	0/32	۴/۷(۶۶/۸)	-۰/۴(۳۲/۹)	خواب
0/26	-۱/۱۲	-۰/۵(۲/۰۵)	-۰/۰۹(۰/۸)	حمایت اجتماعی
0/74	۱/۶۰	۱۵/۷(۵۰/۴)	۰/۰۰(۳۲/۲)	تشویق کادر دیالیز
0/36	0/32	۰/۰۰(۱/۴)	-۰/۰۹(۰/۸)	رضایتمندی بیمار
0/84	-۰/۲۰	-۲۲/۸(۲۱۷/۳)	-۸/۹(۱۰۹/۴)	عملکرد جسمی
0/52	۲/۲۶	۸۸/۸(۱۶۳/۴)	۲۵/۸(۹۶/۴)	نقش/جسمی
0/96	۱/۷	۱۳/۶(۴۰/۵)	۱/۴(۲۴/۰۸)	درد
0/51	0/68	-۱۰/۲(۷۱/۴)	-۱۷/۳(۳۳/۴)	سلامت عمومی
0/05	0/04	-۱۳/۶(۱۰۰/۲)	-۱۸/۰۶(۵۱/۹)	سلامت عاطفی
0/03	0/65	۴۳/۹(۱۳۶/۶)	۲۵/۸(۱۰۶/۳)	نقش/عاطفی
0/20	۱/۲	۸/۹(۴۰/۳)	-۳/۲(۳۲/۱)	عملکرد اجتماعی
0/77	0/28	-۰/۵۷(۸۸/۸)	-۷/۷(۴۷/۷)	انرژی/خستگی

بحث و نتیجه گیری
این پژوهش اولین مطالعه‌ای است که با طرح کارآزمایی بالینی تأثیر مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز را بررسی می‌نماید. نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله ارتقاء دهنده ادراک بیماری می‌تواند ابعاد

کیفیت زندگی را تنها در ابعاد وضعیت شغلی، نقش جسمی، درد، سلامت عمومی، نقش عاطفی و تشویق کادر دیالیز ارتقاء دهد.
کیفیت زندگی افراد معیار مهمی است که اثر بخشی مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد، شناسایی شیوه‌های

مجله‌ی مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی، دوره‌ی ۳، شماره‌ی ۲، پاییز و زمستان ۹۲

است که در مطالعه حاضر تنها شش بعد کیفیت زندگی با ادراک بیماری بیماران مرتبط بود. با توجه به اینکه این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که با رویکرد تجربی به این مسأله می‌پردازد، به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت ناشی از تفاوت در طرح مطالعه و نوع ابزار مورد استفاده جهت بررسی کیفیت زندگی و همچنین تفاوت فرهنگ دو جامعه مورد بررسی باشد. در مطالعه حاضر جهت بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران دیالیزی استفاده شد، در حالی که اغلب مطالعات گذشته از پرسشنامه‌های عمومی بررسی کیفیت زندگی استفاده کرده‌اند.

نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌کند که طی درمان با همودیالیز باید به طور روتین اهمیت احساسات بیماران و اهمیت بالقوه تأثیر بیماری بر زندگی افراد مورد توجه قرار گیرد و درک بیماران از بیماری و حس کنترل بیماری طی دوره درمان از طریق توصیه‌های متخصصین ارتقاء یابد. همچنین با توجه به کمبود متون پژوهشی نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه وجود دارد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود. با توجه به اینکه در این مطالعه بیماران بعد از دریافت مداخله فقط یک بار مورد سنجش قرار گرفتند لذا، پیشنهاد می‌شود برای دسترسی به اهداف، در مطالعات آتی سنجش اطلاعات بیماران در چندین فاصله زمانی از اجرای مداخله ادراک بیماری انجام گردد تا تأثیرات طولانی مدت مداخله ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران مورد بررسی قرار گیرد. همچنین جهت تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج، توصیه می‌شود مطالعه با تعداد نمونه بیشتری انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش داخلی - جراحی می‌باشد که با کد اخلاق ۹۱۷۵ در دانشکده پرستاری و مامایی تبریز ثبت شده است و در مرکز کارآزمایی

مناسب ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، می‌تواند رویکردهای مناسبی را برای کاهش عوارض نامطلوب بیماری ایجاد نماید (۹). در مرور وسیع متون، پژوهشگر مطالعه‌ای که با رویکرد تجربی به بررسی تأثیر مداخله ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز پرداخته باشد نیافت. در این راستا نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مداخله ادراک بیماری منجر به بهبود برخی از ابعاد کیفیت زندگی بیماران می‌شود. مطالعه کوچک (Covic) و همکاران (۲۰۰۶) که به صورت طولی رابطه کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیماران همودیالیزی را بررسی نموده است نشان داد بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بررسی اولیه و بعد از پیگیری دو ساله رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد (۲۴). مطالعه رحیمی و همکاران (۱۳۸۴) نشان داد که اجرای مدل پیگیر با افزایش کیفیت زندگی در ابعاد عمومی و اختصاصی (در تمام ابعاد کیفیت زندگی) بیماران همودیالیزی همراه بوده است (۲۵). مطالعه دیگری که توسط تایمرز و همکارانش (۲۰۰۸) انجام شده نشان داد که ادراک این مسئله که بیماری علایم بسیاری را به همراه دارد با کیفیت زندگی پایین بیماران تحت همودیالیز و دیالیز صفاقی مرتبط است. در آنالیز رگرسیون مشاهده شد که ادراک بیماری با جنبه‌هایی از کیفیت زندگی در این گروه از بیماران بعد از کنترل متغیرهای مداخله‌گر ارتباط معنی‌داری دارد (۱۷). در مطالعات قبلی به بررسی تأثیر مداخله ادراک بیماری بر سایر پیامدهای بیماری از جمله تبعیت از درمان و پیامدهای بالینی مطالعه پرداخته شده است که نتایج، حاکی از مؤثر بودن ارتقاء ادراک بیماری در بهبود تبعیت از درمان و دیگر پیامدهای بیماری بوده است (۲۶).

همانگونه که از نتایج مطالعات فوق مشخص است نتایج اغلب مطالعات انجام شده در این زمینه حاکی از ارتباط ادراک بیماری و کیفیت زندگی این بیماران است و اکثریت ابعاد کیفیت زندگی با ادراک بیماری مرتبط است، این در حالی

بخش همودیالیز بیمارستان طالقانی ارومیه و همچنین از کلیه بیماران که در اجرای این پژوهش همکاری نموده‌اند نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

بالینی ایران (IRCT) با شماره IRCT201204246918n9 ثبت شده است. محققین از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز و همکاران محترم دفتر پرستاری و

منابع

- 1- Brunner LS, Suddarth DS. Text book of medical surgical nursing Kidney and urinary tract. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 2008: 138-45.
- 2- Burrows-Hundson S. Chronic kidney Disease: An overview. AJN. 2005; 105(2): 40-9.
- 3- Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi KH, Lakdizaji S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients. Med J Tabriz Univ Med Sci. 2007; 29(1): 49-54. [In Persian].
- 4- Curtin BR, Bultman DC, Thomas-Hawkins C, et al. Hemodialysis patient symptom experience effects on physical and mental functioning. Nephrol Nurs J. 2002; 29(6):562-74.
- 5- Welch JL, Austin JK. Stressors, Coping and depression in hemodialysis patient. J Adv Nurs. 2001; 33(2): 200-7.
- 6- Nazemian F, Gafari F, Fotokian Z, Porgaznain T. Stressors and coping strategies with stress in Hemodialysis patients. Med J Mashad Univ Med Sci. 2006; 49(93): 93-8. [In Persian]
- 7- Khan, H. Comorbidity: the major challenge for survival and quality of life in end-stage renal disease. Neph Dial Trans. 1998; 13(1): 76-9.
- 8- Mozes B, Shabtai E, Zucker D. Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers. J Clin Epidemiol. 1997; 50(9): 1035-43.
- 9- Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis and transplantation patients. Transplantation Proceedings. 2007; 39(10): 3047-53.
- 10- Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes?. J Psychosom Res. 2009; 66(3): 211-20.
- 11- Takaki J, Nishi T, Shimoyama H, et al. Possible variances of blood urea nitrogen, serum potassium and Phosphorus levels and inter-dialytic weight gain accounted for compliance of hemodialysis patients. J Psychosom Res. 2003; 55(6): 525-9.
- 12- Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. Soc Sci Med. 2006; 62(5): 1153-66.
- 13- Leventhal H, Benyamin Y, Brownlee S, et al. Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie KJ, Weinman JA, eds. Perceptions of health and illness: current research and applications. Amsterdam: Harwood Academic Publishers. 1997; 19-45.

- 14- Peterson AM, Takiya L, Finley R. Meta-Analysis of Trials of Interventions to Improve Medication Adherence. *Am J Health Syst Pharm.* 2003; 60(7): 36-42.
- 15- Petri J K, Broadbent E, Mechan G .Self regulation intervention for improving the management of chronic illness. New York: Routledge; 2003: 257-77.
- 16- Timmers L, Thong, Dekker FW, et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychol Health.* 2008; 23(6), 679-90.
- 17- Hays RD, Kallich JP, Mapes DL, Conos SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL Tm) instrument. *Qual Life Res.* 1994; 3(5): 329-38.
- 18- Hays RD, Kallich JP, Mapes DL, Conos SJ, Carter WB. Kidney disease quality of life short form (KDQOL-SF), Version 1.2. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 1995; 79: 28.
- 19- Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT. Quality of life in patients on chronic dialysis: Self-assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidney Dis.* 1997; 29(4): 584-92.
- 20- Yekaninejad MS, Mohammadi Zeidi I, Akaberi A, Golshan A, pakpour A. Validity and reliability of the Kidney Disease Quality of Life -Short Form (KDQOL-SF™ 1.3) in Iranian patients. *J North Khorasan Univ Medi Sci.* 2012; 4(2): 261-72. [In Persian].
- 21- Keogh K, White P, Smith S, McGilloway S, O'Dowd T, Gibney J. Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomised controlled trial of a family-based intervention: protocol and pilot study. *BMC Fam Prac.* 2007; 8(1): 36.
- 22- Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health.* 2003; 18 (2): 141–84.
- 23- Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among Hemodialysis patients. *J Psychosom Res.* 2010; 68(2): 203–12.
- 24- Covic A, Seica, Gusbeth-Tatomir P. Illness representations and quality of life scores in hemodialysis Patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2004; 19(8): 2078–83.
- 25- Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of Applying Continuous Care Model on Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Razi J medi sci.* 2006; 52(13): 124-34. [In Persian]
- 26- Kim Y, Evangelista LS. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrol Nurs J.* 2010; 37(3): 271-80.

Effect of Illness Perception Promoting Intervention on Quality of Life of Hemodialysis patients: a Clinical Trial

Seyyedrasooli A¹, Parvan K¹, Rahmani A², Rahimi zh¹

¹MSc. Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²PhD. Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Corresponding Author: Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Email: tm.rahimi@yahoo.com

Received: 11 August 2013 **Accepted:** 18 Dec 2013

Background and Objectives: Promoting illness perception could improve quality of life in hemodialysis patients. According to the high rates of renal diseases and hemodialysis in Iran, and importance of illness perception in these patients, this study assessed the effect of an illness perception promoting intervention on quality of life of hemodialysis patients.

Materials and Methods: In this clinical trial, 71 hemodialysis patients were randomly allocated into two control (n=33) and intervention (n=38) groups. The patients in the intervention group received the illness perception intervention through 45-minute sessions per week for six weeks. Eight weeks later, patients in both groups completed the post test questionnaire of quality of life (KDQOL-SFTM). This questionnaire is reliable and valid for Iranian population.

Results: Although the illness perception promoting intervention could enhance the quality of life of patients in dimensions of job situation, dialysis staff encouragement, physical role, pain, public health and emotional role, there were only significant differences between the two groups in job situation (p=0.04) and emotional role (p=0.03) dimensions on the patients' satisfaction from rules and regulations and the teaching methods (P<0.05).

Conclusion: Illness perception promotion interventions can improve only limited dimensions of the quality of life in hemodialysis patients. Further studies are needed to assess the effectiveness of illness perception promoting intervention on quality of life.

Key words: Illness perception, Quality of life, Hemodialysis, Iran

Please cite this article as follows:

Seyyedrasooli A, Parvan K, Rahmani A, Rahimi zh. Effect of Illness Perception Promoting Intervention on Quality of Life of Hemodialysis patients: a Clinical Trial. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2013-2014; 3(2): 1-11.
