بررسی تأثیر آموزش مراقبت در منزل بر آگاهی و عملکرد بیماران کلیوی تحت همودیالیز

لیلا آلیلو*[1]، علی شکیبی[2]، علی شرق[3]

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۵/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۰/۰۶/۲۹

چکیده

پیش زمینه و هدف: هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش مراقبت در منزل بر آگاهی و عملکرد بیماران کلیوی تحت همودیالیز ترخیص شده از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۸۹ می‌باشد.

مواد و روش کار: این پژوهش تجربی بر روی ۷۰ نفر از بیماران کلیوی تحت همودیالیز در دو گروه مورد و شاهد به روش نمونه‌گیری تصادفی صورت گرفت. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه و ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بود. با کمک این ابزار اطلاعات مورد نیاز در دو مرحله جمع‌آوری شد. در مرحله اول در هر دو گروه، سوالاتی در مورد مشخصات فردی واحدها و سپس سوالاتی در رابطه با اهداف پژوهش جهت تعیین میزان آگاهی و نحوه عملکرد از واحدهای مورد پژوهش پرسیده شد. سپس به گروه مورد شش جلسه، هر جلسه ۴۵-۶۰ دقیقه آموزش مراقبت در منزل در زمینه ماهیت بیماری، رژیم غذایی و مصرف مایعات، رژیم دارویی، مراقبت از فیستول، مراقبت از پوست، فعالیت و استراحت و پی گیری درمان داده شده و همزمان کتابچه راهنما نیز اختیار آنان قرار داده شد. مرحله دوم پژوهش برای گروه مورد یک ماه پس از آخرین جلسه آموزش مراقبت در منزل انجام شد که در طی آن بیماران با توجه به آموزش‌ها و مراقبت‌های انجام شده و مطالعه کتابچه راهنما برای بار دوم با فرم‌های قبلی مورد آزمون قرار گرفتند. گروه شاهد نیز با همان فرم‌های قبلی در بخش‌های همودیالیز ارزیابی مجدد شدند.

یافته‌ها: بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش مؤنث، متأهل و در گروه سنی ۴۴-۲۵ سال قرار داشته‌اند. مقایسه یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف آگاهی برای گروه مورد قبل از آموزش ۲۶.۹ بوده که پس از آموزش به ۴۷/۷ ارتقا یافت. که با توجه به $P<0.05$ بین این دو اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد. همچنین میانگین مربوط به امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف عملکردی در این گروه که قبل از آموزش ۴۴/۴ بوده پس از آموزش به ۷۶/۶ رسیده است که با توجه به $P<0.05$ بین این دو اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد. بین میانگین نمرات بعد از آزمون نوبت اول و دوم گروه شاهد با توجه به $P>0.05$ اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری: آموزش مراقبت در منزل روشی موثر در ارتقاء آگاهی و عملکرد بیماران کلیوی می‌باشد.

کلید واژه‌ها: همودیالیز، بیماران کلیوی، آموزش، مراقبت در منزل، آگاهی، عملکرد

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره پنجم، ص ۴۱۵-۴۱۰، آذر و دی ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: ارومیه- خیابان شهید بهشتی-دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه شماره تلفن: ۰۴۴۱-۳۴۴۰۰۹۴

Email: L_aliloo@yahoo.com

مقدمه

نارسایی مزمن کلیوی(CRF)، تخریب پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است که در آن توانایی بدن در حفظ سوخت و ساز و تعادل آب و الکترولیت از بین رفته و در نتیجه اورمی ایجاد می‌گردد (۱). اگر چه فراوانی روش‌های درمانی در خصوص جایگزینی کلیه در مناطق مختلف جغرافیایی متفاوت است، اما فراوان‌ترین روش مورد استفاده در اغلب بیماران همودیالیز می‌باشد (۲).

[1] کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه (نویسنده مسئول)

[2] کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

[3] پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

بیماری‌های مختلفی از جمله دیابت، فشارخون، بیماری‌های عروقی، اورولوژی و کیستی، باعث نارسایی مزمن کلیه می‌شوند (۳). میزان ابتلا به این بیماری در آمریکا یک نفر از هر ده هزار نفر جمعیت است. در هر سال قریب به ۴۲ هزار نفر از مردم ایالات متحده آمریکا در اثر بیماری‌های غیرقابل برگشت کلیه فوت می‌کنند (۴).

بر اساس آمار موجود در ایران، سالیانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند و تعداد بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران در پایان سال ۱۳۸۳ از سوی انجمن حمایت از بیماران کلیوی ۱۵۰۰۰ نفر گزارش شده است (۱). بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی برای تامین سلامت خود تحت درمان با همودیالیز قرار می‌گیرد، در حالی که عوامل تنش زا علاوه بر این که باقی می‌مانند، ممکن است تشدید نیز بشوند، زیرا بیمار دیالیزی با عوامل تنش‌زای متعدد فیزیکی، روانی و اجتماعی مواجه می‌باشد، و از لحاظ آینده خود احساس ناامنی می‌کند. چون در روش زندگی، وضع خانوادگی و موقعیت وی تغییرات زیادی رخ داده است. بنابراین توان‌بخشی در بیماران دیالیزی یک موضوع با اهمیت و قابل بررسی می‌باشد (۵). امروزه توان‌بخشی کلیوی به طور وسیع‌تری تعریف می‌شود؛"عملکرد مطلوب برای مبتلایان و برگشت به فعالیت‌های تولیدی- نه صرفاً اشتغال"(۶). تغییرات اخیر در سیستم‌های مراقبت سلامت جهان ایجاب می‌نماید که بیماران با نیازهای مراقبتی بلندمدت و پیچیده در منزل و توسط اعضای خانواده تحت مراقبت قرار گیرند (۷) و پرستاران به دلیل نقش‌های گسترده‌ای که دارند می‌توانند افرادی فعال در طرح توان‌بخشی بیمار باشند و این مشارکت، ارتباط پرستار و مددجو را در فرایند بهبودی افزایش می‌دهد. زمانی تصور می‌شد که بهتر است پرستاران مراقبت‌های کامل فردی را برای بیماران انجام دهند. در صورتی‌که امروزه کارکنان بهداشت معتقدند که بهترین مراقبت آن است که به بیماران کمک کنند تا حدالامکان مستقل شوند و شخصاً و هر چه بیشتر در مواظبت از خود سهیم باشند. از مسئولیت‌های مهم پرستار، نقش حیاتی او در آموزش بیمار، توان‌بخشی و تبدیل او از یک عنصر وابسته به یک فرد مستقل و خودکفاست (۸).

لذا آموزش مبتلایان به بیماری کلیوی تحت همودیالیز که با هدف اصلی «کمک به بیمار و خانواده‌اش در جهت کسب توانایی مراقبت از خود برای به حداکثر رساندن عملکردها و بهبود کیفیت زندگی» انجام می‌شود جایگاه و اهمیتی خاص در برنامه درمانی بیماران مذکور پیدا می‌کند (۸). و از آنجایی که اکثر بیماران خانه خود را به محیط بیمارستان ترجیح می‌دهند، بنابراین بیماران کلیوی تحت همودیالیز پس از ترخیص از بیمارستان جهت ادامه فرایند مراقبتی و درمانی و برنامه‌های توان‌بخشی باید تحت پی گیری پرستاران دوره دیده در منزل قرار گیرند. لذا این پژوهش با هدف "تعیین تأثیر آموزش مراقبت در منزل بر آگاهی و عملکرد بیماران کلیوی تحت همودیالیز ترخیص شده از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۸۹" انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش تجربی است. در این مطالعه محیط پژوهش برای گروه مورد، منزل بیماران کلیوی مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان طالقانی و امام خمینی بوده است و برای گروه شاهد، بخش‌های همودیالیز بیمارستان ذکرشده می‌باشد. این بخش‌ها تمام مدت هفته فعال بوده و در سه شیفت صبح، عصر و شب خدمات خود را ارائه می‌دهند. لذا بیماران نیازمند به درمان به همودیالیز با توجه به شدت بیماری کلیوی بین ۳-۲ بار در هفته، هر بار چهار ساعت به صورت سرپایی دیالیز می‌شوند به‌طوری که دسترسی به هر کدام از واحدهای پژوهشی در گروه مورد و شاهد در این محیط‌ها امکان پذیر بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران کلیوی تحت درمان با همودیالیز در بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های علوم پزشکی ارومیه تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش[1] در سطح اطمینان ۹۵درصد و قدرت آزمونی برابر ۸۰درصد تعداد ۷۰ نفر از بیماران کلیوی تحت درمان با همودیالیز که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند تشکیل می‌دهد. از این تعداد ۳۵ نفر به طور تصادفی در گروه شاهد و ۳۵ نفر بعدی به طور تصادفی در گروه مورد قرار گرفتند. معیارهای پذیرش عبارتند از: کلیه بیماران در زمان ترخیص از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در برنامه همودیالیز (هفته‌ای ۲ الی ۳ جلسه) قرار داشتند، حداکثر شش ماه از تاریخ شروع برنامه همودیالیز بیماران گذشته بود، ساکن شهر ارومیه بودند، حداقل سن ۱۶ سال بود، توانایی انجام مراحل طرح توان‌بخشی کلیوی را داشتند. معیارهای حذف عبارتند از: افراد تحت مطالعه نیاز به رژیم غذایی خاص به علت بیماری دیگری مثل دیابت داشتند، قبلاً تحت آموزش رسمی در زمینه برنامه توان‌بخشی کلیوی قرار گرفته بودند، از گروه پزشکی بودند.

روش نمونه گیری تصادفی بود، به این صورت که افراد مراجعه کننده (به بخش دیالیز) واجد شرایط به طور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه و ابزار

[1] $n=\frac{(Z1-\alpha/2+Z1-\beta/2)^2(sd1+sd2)^2}{(x1-x2)^2}=35$ نفر در هر گروه

گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بود. پرسش‌نامه مشتمل بر سه بخش بود: بخش اول دارای ۱۱ سوال مربوط به خصوصیات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش بود. بخش دوم مشتمل بر سوالاتی در رابطه با اهداف پژوهش جهت تعیین آگاهی واحدهای مورد پژوهش در هفت قسمت (ماهیت بیماری، رژیم غذایی، رژیم دارویی، مراقبت از فیستول، مراقبت از پوست، میزان فعالیت و استراحت و پی گیری درمان) بود هر سوال دارای ۳ گزینه صحیح، غلط و نمی‌دانم بود و بخش سوم جهت تعیین عملکرد واحدهای مورد پژوهش در شش قسمت (رژیم غذایی، رژیم دارویی، مراقبت از فیستول، مراقبت از پوست، میزان فعالیت و استراحت و پی گیری درمان) بود. جهت تعیین اعتبار علمی پرسش‌نامه از روش اعتبار محتوی و جهت کسب اعتماد علمی پرسش‌نامه از آزمون مجدد استفاده گردید.

با کمک این ابزار اطلاعات مورد نیاز در دو مرحله جمع‌آوری شد. در مرحله اول در هر دو گروه، اطلاعات مربوط به مشخصات فردی واحدها جمع‌آوری شد. سپس سوالاتی در رابطه با اهداف پژوهش جهت تعیین میزان آگاهی و نحوه عملکرد از واحدهای مورد پژوهش پرسیده شد. سپس به گروه مورد آموزش مراقبت در منزل جهت توان‌بخشی داده شد و همزمان کتابچه راهنما نیز در اختیار آنان قرار داده شد. مرحله دوم پژوهش برای گروه مورد یک ماه پس از آخرین جلسه آموزش مراقبت در منزل انجام شد که در طی آن بیماران با توجه به آموزش‌ها و مراقبت‌های انجام شده و مطالعه کتابچه راهنما برای بار دوم با فرم‌های قبلی مورد آزمون قرار گرفتند. گروه شاهد نیز با همان فرم‌های قبلی در بخش‌های همودیالیز ارزیابی مجدد شدند.

برای توصیف اطلاعات از جداول دو بعدی و چند بعدی استفاده شده است و برای تحلیل آن‌ها از آزمون‌های آماری استنباطی مانند آزمون t زوج، کای اسکوئر[1]، t مستقل و تست دقیق فیشر[2] استفاده شده است. و اطلاعات با استفاده از Spss11 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند (P در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است).

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در تمام حیطه‌ها آموزش موثر واقع شده به‌طوری که یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که میانگین امتیازات در حیطه‌های مختلف آگاهی (ماهیت بیماری، رژیم غذایی، رژیم دارویی، مراقبت از فیستول، مراقبت از پوست، میزان فعالیت و استراحت و پی گیری درمان) بعد از آموزش نسبت به قبل از آموزش افزایش یافته است و آزمون p اختلاف معنی‌دار آماری بین قبل و بعد از آموزش نشان می‌دهد که نشان دهنده تأثیر آموزش بر گروه مورد می‌باشد. هم چنین آزمون آماری t زوج ثابت کننده اختلاف آماری معنی‌داری در کلیه حیطه‌های گروه مورد است ($t=31.8$ $p<0.001$). اما در گروه شاهد اختلاف معنی‌دار دیده نمی‌شود. همچنین آزمون آماری t مستقل نشان می‌دهد که اثر آموزش بین دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌دار است ($t=18.4$).

توزیع میانگین و انحراف معیار امتیازات کسب شده در حیطه عملکرد در گروه مورد (قبل و بعد از آموزش) و در گروه شاهد (بعد از آزمون نوبت اول و بعد از آزمون نوبت دوم) مطابق جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که آموزش بر تمام حیطه‌های عملکرد (رژیم غذایی، رژیم دارویی، مراقبت از فیستول، مراقبت از پوست، میزان فعالیت و استراحت و پی گیری درمان) گروه مورد اثر داشته و اختلاف معنی‌دار بین گروه مورد قبل و بعد از آموزش دیده می‌شود. آزمون آماری t زوج نشان می‌دهد که در گروه مورد در تمام حیطه‌ها اختلاف معنی‌دار است ($t=18.5$ $p<0.001$). اما در گروه شاهد اختلاف معنی‌دار دیده نمی‌شود. همچنین آزمون آماری t مستقل نشان می‌دهد که اثر آموزش بین دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی‌دار است ($t=29.4$). آزمون t زوج رابطه معنی‌داری را در گروه مورد قبل و بعد از آموزش نشان می‌دهد که نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش است.

مقایسه یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف آگاهی برای گروه مورد قبل از آموزش ۲۶/۹ بوده که پس از آموزش به ۴۷/۷ ارتقا یافت. که با توجه به $P<0.05$ بین این دو اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد. همچنین میانگین مربوط به امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف عملکردی در این گروه که قبل از آموزش ۴۴/۴ بوده پس از آموزش به ۷۶/۶ رسیده است که با توجه به $P<0.05$ بین این دو اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد.

بین میانگین نمرات بعد از آزمون نوبت اول و دوم گروه شاهد با توجه $P>0.05$ اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. به این ترتیب با دست‌یابی به فرضیه و اهداف جزئی پژوهش، رسیدن به هدف کلی پژوهش یعنی« تعیین تأثیر آموزش مراقبت در منزل بر آگاهی و عملکرد بیماران کلیوی تحت همودیالیز ترخیص شده از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ارومیه، ۱۳۸۹»صورت پذیرفت.

[1] chi-square
[2] Fisher's exact test

جدول شماره (۱): توزیع میانگین و انحراف معیار امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف آگاهی قبل و بعد از آموزش در گروه مورد و بعد از آزمون نوبت اول و دوم در گروه شاهد در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۱۳۸۹

گروه	مورد						شاهد						نتیجه آزمون اثرات
زمان	قبل از آموزش		بعد از آموزش		اثر آموزش		قبل از زمان آموزش		بعد از زمان آموزش		اثر زمان		
حیطه‌های آگاهی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ماهیت بیماری	۱/۳	۰/۹	۲/۰	۰/۰	۰/۷	۰/۹	۱/۲	۰/۱	۱/۲	۰/۱	۰/۰	۰/۰	T=4.3 P=۰/۰۰۰ Df=34
رژیم غذایی	۱/۱	۰/۸	۲/۲	۰/۷	۱/۱	۰/۷	۱/۳	۰/۸	۱/۳	۰/۸	۰/۰	۰/۰	T=13.7 P=۰/۰۰۰ Df=36
رژیم دارویی	۱/۱	۱/۳	۳/۹	۰/۴	۲/۸	۱/۲	۱/۲	۰/۱	۱/۱	۱/۰	-۰/۰۲	۰/۲	T=13.5 P=۰/۰۰۰ Df=36
مراقبت از فیستول	۲/۶	۱/۴	۳/۸	۰/۵	۰/۹۱	۱/۱	۳/۹	۱/۲	۳/۵	۱/۶	۰/۰	۰/۰	T=4.7 Df=34 P=۰/۰۰۰
مراقبت از پوست	۱/۹	۱/۲	۳/۷	۰/۹	۱/۷	۱/۵	۱/۹	۱/۱	۱/۹	۱/۱	۰/۰	۰/۰	T=6.9 Df=34 P=۰/۰۰۰
فعالیت و استراحت	۲/۴	۱/۶	۶/۶	۱/۰	۴/۲	۱/۸	۳/۲	۱/۵	۳/۱	۱/۶	-۰/۱	۰/۲۸	T=9.2 Df=34 P=۰/۰۰۰
پیگیری و درمان	۱۶/۵	۳/۸	۲۵/۵	۰/۷۸	۹	۳/۹	۱۸/۱	۳/۷	۱۸	۳/۷	-۰/۱۱	۰/۸۳	T=13/5 Df=38 P=۰/۰۰۰
آگاهی از کل	۲۶/۹	۶/۲	۴۷/۷	۲/۶	۲۰/۴	۵/۸	۳۰	۶/۴	۳۰/۱	۴/۷	-۰/۲۱	۰/۷	T=18.4 Df=37 P=۰/۰۰۰

جدول شماره (۱): توزیع میانگین و انحراف معیار امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف عملکردی قبل و بعد از آموزش در گروه و بعد از آزمون نوبت اول و دوم در گروه شاهد در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۱۳۸۹

گروه	مورد						شاهد						نتیجه آزمون اثرات
زمان	قبل از آموزش		بعد از آموزش		اثر آموزش		قبل از زمان آموزش		بعد از زمان آموزش		اثر زمان		
حیطه‌های عملکرد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
رژیم غذایی	۴/۸	۱/۸	۶	۰	۱/۲	۱/۸	۴/۲	۲/۰۲	۴/۱۷	۲/۰۲	۰	۰	T=4.03 Df=34 P=۰/۰۰۰
رژیم دارویی	۲/۲	۰/۹۹	۲/۸۳	۰/۵۱	۰/۶۳	۱۰/۳	۲/۱	۰/۷۱	۲/۱۱	۰/۸	-۰/۱۸	۰/۴۵	T=12.01 Df=38.7 P=۰/۰۰۰
مراقبت از فیستول	۵/۴	۱/۵۳	۸/۷۱	۱/۳۴	۴/۳	۲/۱	۵/۸	۴/۴۳	۴/۸	۱/۴۱	۰/۰	۰/۵۴	T=4.2 Df=46.6 P=۰/۰۰۰
مراقبت از پوست	۵/۶	۱/۷	۸/۲۶	۰/۹۲	۲/۵	۱/۱	۶/۳	۱/۰۱	۶/۴	۱/۱۳	۰/۰۹	۰/۰۶۱	T=14.1 Df=36.7 P=۰/۰۰۰
فعالیت و استراحت	۲/۲۵	۰/۶۱	۵/۱۵	۱/۱۲	۲/۹	۱/۲	۲/۱۴	۰/۴۷	۲/۲	۰/۴۵	۰/۰۷	۰/۲۴	T=11.4 Df=54.2 P=۰/۰۰۰
پیگیری و درمان	۲۴/۱	۳/۷	۴۵/۸	۲/۰۳	۲۵/۷	۳/۸	۲۵/۶	۴/۷	۲۵/۸	۴/۵	-۰/۲	۱/۱	T=31.8 Df=39.6 P=۰/۰۰۰
عملکرد کل	۴۴/۴	۵/۳	۷۶/۶	۲/۴	۳۵/۲	۵/۹	۴۶/۱	۶/۴	۴۵/۵	۵/۶	۰/۱۹	۱/۲	T=29.4 Df=37 P=۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

به نظر پژوهشگر آنچه در این پژوهش سبب تأثیر آموزش در میان گروه مورد شده، قرار گرفتن آنان در شرایط خاصی از زندگی و بیماری بوده که نیاز به آموزش را در خود احساس کنند. یافته‌های مطالعه نشان داد که بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش در گروه مورد (۴۳درصد) و شاهد (۵۴درصد) در گروه سنی ۴۴-۲۵ سال قرار داشته‌اند در حالی‌که در پژوهش سجادی و همکاران میانگین سنی اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۱۲/۳± ۴۲/۶سال بود (۹). همچنین اکثریت واحدهای مورد پژوهش تحصیلاتشان در حد دیپلم و پایین‌تر، مؤنث و متأهل بودند. در پژوهش رامبد و همکاران نیز (۳۷/۱درصد) واحدهای مورد پژوهش دارای سواد ابتدایی و راهنمایی، (۵۲/۵درصد) زن، (۶۵/۳درصد) متأهل بودند (۱۰). یافته‌های پژوهش نشان داد که در تمام حیطه‌های «ماهیت بیماری، رژیم غذایی، رژیم دارویی، مراقبت از پوست، مراقبت از فیستول، وضعیت فعالیت و استراحت و پیگیری درمان» آموزش موثر واقع شده است و آگاهی و عملکرد در تمام حیطه‌ها در گروه مورد افزایش یافته است. پارسون و همکاران[1] (۲۰۰۶) نیز از پژوهش خود با هدف " تعیین تأثیر برنامه‌ی ۲۰ هفته‌ای ورزش حین دیالیز با طول ۶۰ دقیقه بر روی اثربخشی دیالیز، عملکرد فیزیکی و کیفیت زندگی در خود مراقبتی بیماران همودیالیزی" نتیجه گرفتند که برنامه ورزشی"کم شدت" حین دیالیز اثربخشی همودیالیز و عملکرد فیزیکی این بیماران را بهبود می‌بخشد (۱۱). همچنین نتایج پژوهش کویدی[2] (۲۰۰۴) نشان داد که تمرینات ورزشی در مبتلایان به ESRD در افزایش فعالیت‌های مربوط به کار موثر است و جزء مهمی از زندگی روزانه آن‌ها است و عملکرد فیزیکی را بهبود می‌بخشد. همچنین برنامه توان‌بخشی منجر به کاهش افسردگی و بهبود تعاملات خانوادگی و اجتماعی می‌شود. بنابراین، توان‌بخشی کلیوی به عنوان روش درمانی مهمی جهت بهبود هماهنگی فیزیکی، عملکرد اجتماعی، احساس خوشی و نیز کیفیت زندگی در مبتلایان به ESRD باید در نظر گرفته شود (۱۲). میانگین مربوط به امتیازات کسب شده در حیطه‌های مختلف عملکردی در گروه مورد که قبل از آموزش ۴۴/۴ بوده پس از آموزش به ۷۶/۶ رسیده است که با توجه به $P<0.05$ بین این دو اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد. یعنی عملکرد گروه مورد بعد از آموزش بهبود یافته است. یافته‌های پژوهش سلامتی و همکارانش نیز بیانگر آن بود که از مجموع معلولین شرکت کننده در برنامه آموزشی، ۴۹درصد به سطح آموزشی خوب و ۳۸/۱درصد به سطح آموزشی عالی رسیده‌اند که می‌تواند نشانه موفقیت آمیز بودن برنامه در خصوص ارتقاء سطح توانایی‌های معلولین باشد (۱۳). همچنین یافته‌های کورتین و همکارانش[3] (۲۰۰۲) حاکی از آن است که شروع مداخلات توان‌بخشی هم‌زمان با رژیم مراقبتی دیالیز می‌تواند نتایج را بهبود بخشد (۱۴). نتایج پژوهش کونستان شنیدو و همکاران[4] (۲۰۰۲) نیز نشان داد که تمرینات ورزشی شدید در روزهای غیردیالیز مؤثرترین روش تمرینات می‌باشد اگر چه ورزش در طی همودیالیز نیز موثر است (۱۵). مری لین و همکاران[5] (۲۰۰۷) نیز از پژوهش خود نتیجه گرفتند که اجرای یک سرویس توان‌بخشی پیوسته می‌تواند به بیماران مسن‌تر تحت همودیالیز که جدیداً دچار کاهش ناگهانی عملکرد شده‌اند کمک نماید تا به منزل برگردند (۱۶).

از آنجایی که پرستاران در موقعیتی مناسب جهت پیشبرد سلامتی بیماران و آموزش به آنان در منزل می‌باشند لذا روش کار این پژوهش با توجه به اثربخش بودن آن می‌تواند الگویی ساده برای شروع مداخلات پرستاری در زمینه خدمات بهداشتی منزل توسط پرستاران باشد. مراقبت از بیمار در منزل سبب افزایش توان عاطفی و رضایت خاطر بیماران می‌شود و لذا گسترش مراقبت در منزل می‌تواند مشکلات بهداشتی و مراقبتی آنان را برطرف نماید. محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از: بیماران در بعضی از جلسات آمادگی جسمی و عاطفی برای دریافت آموزش نداشتند و تعدادی از بیماران نیز در جلسات باقیمانده شرکت نمی‌کردند. بنابراین، بار کاری و هزینه پرستاران آموزش دهنده در نظر گرفته شد.

یافته‌های این پژوهش می‌تواند مورد استفاده مدیریت پرستاری در بیمارستان‌ها قرار گیرد. هم اکنون تشکیلات منظمی برای ارائه مراقبت بهداشتی در منزل وجود ندارد. واضح است که شکل گیری چنین تشکیلاتی نیاز به توجه و پشتکار مسئولان رده بالای پرستاری کشور دارد. در این راستا بیمار از طریق بیمارستان می‌تواند تحت پوشش خدمات بهداشتی منزل قرار گیرد. بدیهی است که مسائل امنیتی و حمایت‌های قانونی خاصی در این مورد باید از پرستاران به عمل آید. به این ترتیب پرستاران می‌توانند نقش مثبت و موثر خود را در سطح سوم پیشگیری یعنی خدمات توان‌بخشی به اثبات برسانند. مراقبت‌های بهداشتی منزل پلی است که تجربیات بالینی پرستاران را به جامعه انتقال می‌دهد. برای ارائه بهتر مراقبت‌های بهداشتی منزل، پرستاران باید بافت سنتی، آداب و رسوم و عقاید اجتماعی را که در آن زندگی می‌کنند و به آن تعلق دارند را بشناسند تا بتوانند راه‌های مناسب تغییر عادات غیربهداشتی را به بیماران و مددجویان خود آموزش دهند.

[1] Parsons etal
[2] Kouidi
[3] Curtin et al
[4] Konstantinidou et al
[5] Marilyn et al

تشکر و قدردانی: این تحقیق با استفاده از حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه در قالب طرح تحقیقاتی انجام گردیده است که بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین ابراز می‌داریم.

References:

1. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Ashvandi KH, Lak Dizaji C. Relationship between quality of life and social support in hem dialysis patients. J Tabriz Univ Med Sci 2007; 29(1):49-54.(Persian)
2. Singh AK, Brenner BM. Dialysis in the treatment of renal failure. In: Stone RM, Harrison TR, Editors. Harrison's principles of internal medicine. 16th Ed. New York: McGraw Hill; 2005. P. 1664-5.
3. EI Nahas AM. Progression of chronic renal failure. In: Johnson RJ, Feehally J. Comprehensive clinical nephrology. 2 th Ed. London: Elsevier; 2004. P. 843-56.
4. Smeltzer USC, Bare B. Brunner and Suddarth's text book of medical surgical nursing. 11th Ed. Philadelphia: Saunders CO; 2008. P.2205-25.
5. Mahmudi GH, Shariati A, Behnampur N. Relationship between quality of life and coping methods used by hem dialysis patients. J Gorgan Univ Med Sci 2004; 5(12):43-52.(Persian)
6. Cherley T, Sadler JH. Renal rehabilitation for future. Am J Kidney Dis 2009; 53(2): 310-20.
7. Habibzadeh H, Rahimi A, Ayremloo A, Lak KH, Zeinali S, Abari R. The level of quality of life in hem dialysis patients caregivers. J Urmia Univ Med Sci 2007; 10(1):1-7.(Persian)
8. Nursing Group of Rehabilitation University. Foundations, views, new recommendations and researches were done in rehabilitation nursing. 2nd Ed. Tehran: Rehabilitation University of Sciences Publication; 2002. P. 169-73. (Persian)
9. Sajjadi M, Akbari A, Kianmehr M, Atarodi A. Relationship between self care and depression in hem dialysis patients. Ofoghe Danesh: J Gonabad Univ Med Sci 2008; 14(1):13-18.(Persian)
10. Rambod M, Rafiei F, Hoseini F. The quality of life in patient with chronic renal failure. Nurs Midwifery J Tehran Univ Med Sci 2008; 14(2):51-61.(Persian)
11. Parsons TL, Toffelmire EB, King Vanvlack CE. Exercise training during hem dialysis improves dialysis efficacy and physical performance. Arch Phys Med Rehab 2006; 87(5); 680-7.
12. Kouidi E. Health -related quality of life in end – stage renal disease patients: the affects of renal rehabilitation. Clin Nephrol 2004; 61 (1): 60-71.
13. Salamati P, Abolhasani F, Shariati B, Kamali M. Education in family, main social based rehabilitation strategy in Iran. Rehabil J 2006; 7(3):20-26. (Persian)
14. Cutrine RB, Klag MJ, Bultman DC, Schatell D. Renal rehabilitation and improved patient outcome in Texas dialysis facilities. Am J Kidney Dis 2002; 40 (2): 331-8.
15. Konstantinidov E, Kaukauvou G, Kouidi E, Deligiannis A, Tourkantonis A. Exercise training in patient with in end – stage renal disease on hem dialysis: comparison of three rehabilitation programs. J Rehabil Med 2002; 34 (1): 40-5.
16. Li M, Proter E, Lam R, Jassal SV. Quality improvement through the introduction of interdisciplinary geriatric hem dialysis rehabilitation car. Am J Kidney Dis 2007; 50(1); 90-7.