


## The Effect of Training on Hemodialysis Patients' Lifestyle Promotion

Khodayar Oshvandi<sup>1</sup>, Mohsen Salavati<sup>2</sup>, Forouzan Ahmadi<sup>\*3</sup>, Alireza Soltanian<sup>4</sup>

1. Associate Professor, Mother and Child Care Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Instructor, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. MSc Student in Critical Care Nursing, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Associate Professor, Department of Statistics, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info	Abstract
<p>Received: 2017/10/4 Accepted: 2017/11/7 Published Online 2018/03/16</p> <p>DOI: 10.30699/sjhnmf.26.3.165</p> <p>Original Article</p> <p>Use your device to scan and read the article online</p> 	<p><b>Introduction:</b> Education seems to get more attention than before. Maintenance of individuals' function and independency and their lifestyle promotion is a result of education. This is more important for patients with chronic diseases who are under treatments such as hemodialysis. The aim of this research was to study the effect of education on hemodialysis patients' life style promotion.</p> <p><b>Methods:</b> This was a quasi-experimental study with two groups of 70 hemodialysis patients who referred to Besat Hospital in Hamadan. The patients were put into two groups using simple randomized sampling. 6 sessions of 30 minutes were held for the intervention group through speech on their bedside and individually during their dialysis treatment. Walker lifestyle questionnaire was filled by both groups 3 months after the intervention. The data was analyzed by Chi-square, Fischer, independent t-test and paired t-test using SPSS16.</p> <p><b>Results:</b> There was no statistically significant difference between the average score of all domains and the total score of lifestyle (<math>P&gt;0.05</math>). Though there was a significant difference between the total score of lifestyle and other domains except for sport and nutrition of the two groups (<math>P&lt;0.05</math>).</p> <p><b>Conclusion:</b> Education has promoted the lifestyle of hemodialysis patients. Therefore since the nature of this disease is chronic, such education can be effective in the patients' lifestyle promotion.</p> <p><b>Keywords:</b> Hemodialysis patients, Education, Lifestyle promotion</p>
<p>Corresponding Information</p>	<p>Forouzan Ahmadi, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: fr.ahmadi267@gmail.com</p>

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

### How to Cite This Article:

Oshvandi K, Salavati M, Ahmadi F, Soltanian A. The Effect of Training on Hemodialysis Patients' Lifestyle Promotion. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (3): 165-172

## تأثیر آموزش بر ارتقای سبک زندگی بیماران همودیالیزی

خدایار عشوندی<sup>۱</sup>، محسن صلواتی<sup>۲</sup>، فروزان احمدی<sup>۳\*</sup>، علیرضا سلطانیان<sup>۴</sup>

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی‌ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشیار، گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p><b>مقدمه:</b> امروزه اهمیت آموزش بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. حفظ کارکرد و استقلال افراد و ارتقای سبک زندگی آن‌ها متأثر از آموزش است و این مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و تحت درمان با همودیالیز اهمیت بیشتری دارد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش بر ارتقای سبک زندگی بیماران تحت همودیالیز انجام شد.</p> <p><b>مواد و روش‌ها:</b> این پژوهش نیمه‌تجربی دو گروهی با طراحی قبل و بعد و با مشارکت ۷۰ بیمار همودیالیزی مراجعه‌کننده به بیمارستان بعثت همدان انجام شده است. بیماران به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله ۶ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای آموزش از طریق سخنرانی بر بالین بیمار و به‌صورت انفرادی، حین دیالیز برگزار شد. ۳ ماه پس از اجرای مداخله هر دو گروه، پرسش‌نامه سبک زندگی والکر را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای اسکور، فیشر، تی مستقل و تی زوجی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.</p> <p><b>یافته‌ها:</b> در گروه آزمون و کنترل، قبل از مداخله، بین میانگین نمرات در تمام حیطه‌ها و در نمره کل سبک زندگی، اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت (<math>P &gt; 0.05</math>)، اما بعد از مداخله، به جز حیطه‌های ورزش و تغذیه، بین میانگین نمرات در دیگر حیطه‌ها و در نمره کل سبک زندگی در گروه آزمون و کنترل اختلاف معنی‌دار آماری دیده شد (<math>P &lt; 0.05</math>).</p> <p><b>نتیجه‌گیری:</b> آموزش موجب بهبود و ارتقای سبک زندگی بیماران تحت همودیالیز شده است. از این رو با توجه به ماهیت مزمن بیماری، آموزش این رفتارها می‌تواند گامی مؤثر برای ارتقای سبک زندگی این بیماران باشد.</p> <p><b>واژه‌های کلیدی:</b> بیماران همودیالیزی، آموزش، ارتقای سبک زندگی</p>	<p><b>تاریخ وصول:</b> ۱۳۹۶/۷/۱۲</p> <p><b>تاریخ پذیرش:</b> ۱۳۹۶/۸/۱۶</p> <p><b>انتشار آنلاین:</b> ۱۳۹۶/۱۲/۲۵</p> <p><b>نویسنده مسؤل:</b> <b>فروزان احمدی</b> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران <b>پست الکترونیک:</b> fr.ahmadi267@gmail.com</p>

## مقدمه

طبیعی از دست‌رفته کلیه‌ها را جبران کنند عبارت است از: همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه. یکی از معمولترین این روش‌ها، همودیالیز است. از بین بیماران مبتلا به ESRD (End Stage Renal Disease) در سراسر جهان، ۶۰۰ هزار نفر تحت درمان دیالیز هستند. در ایران طبق گزارش انجمن حمایت از بیماران کلیوی از مجموع ۳۹ هزار بیمار کلیوی، بیش از ۱۵ هزار نفر، دیالیز می‌شوند [۱].

اگرچه همودیالیز طول عمر بیماران را افزایش می‌دهد، ولی کنترل این بیماری با همودیالیز مشکل، و عوارض و مشکلات ناشی از آن معضلی جهانی است که می‌تواند به تغییر در شیوه زندگی، وضعیت سلامت و ایفای نقش اجتماعی فرد منجر شود و نه تنها بر روی سلامت جسم و روان فرد تأثیر می‌گذارد، بلکه هزینه‌های خدمات سلامت را نیز بالا می‌برد و باعث ناراحتی بیماران، کاهش کیفیت دیالیز و اختلال در انجام دیالیز مؤثر خواهد شد [۲، ۳، ۴]. همچنین بیماران

امروزه با افزایش امید به زندگی، بیماری‌های مزمن به مشکل اساسی بهداشتی بدل شده‌اند. بیماری‌های مزمن، طولانی‌مدت، ناتوان‌کننده و با پاتولوژی غیرقابل‌درمان، موجب ۶۰ درصد از مرگ و میرهای جهان هستند. بیماری نارسایی مزمن کلیه نیز از جمله بیماری‌های مزمنی است که باعث می‌شود فرد به خاطر وضعیت سلامت و بیماری، پیوسته نقش یک بیمار را در زندگی ایفا کند [۱]. سالانه آمار بیماران تحت همودیالیز در ایران حدود ۱۵٪ افزایش می‌یابد. میزان بروز سالانه این بیماری تقریباً ۲۴۲ مورد در هر یک میلیون نفر جمعیت است و هر سال حدود ۸٪ به این میزان افزوده می‌شود [۲]. وقتی فیلتراسیون گلومرولی کلیه‌ها به ۱۵-۱۰٪ میزان طبیعی برسد، نیاز به روش‌های جایگزین به وجود خواهد آمد.

درمان‌های جایگزینی که تلاش می‌کنند عملکرد

زندگی آن‌ها نیز مهم است. از سوی دیگر تاکنون مطالعه‌ای با این عنوان در ایران انجام نشده است. با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده نارسایی مزمن کلیه و نیاز بیماران به استفاده طولانی‌مدت از همودیالیز و تأثیر بیماری بر سبک زندگی بیماران، و همچنین با توجه به سابقه کار پژوهشگر در بخش همودیالیز، محقق بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر آموزش بر انتقال سبک زندگی بیماران تحت همودیالیز انجام دهد.

## روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه نیمه‌تجربی دو گروهی قبل و بعد است که از بهمن ۱۳۹۵ تا اردیبهشت ۱۳۹۶ در بخش دیالیز بیمارستان بعثت همدان انجام شد. جامعه آماری مطالعه، بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به این بیمارستان بودند. معیار ورود به مطالعه شامل سن بین ۷۵-۱۸ سال، سابقه همودیالیز حداقل ۶ ماه، عضو نبودن در تیم بهداشت و درمان، مبتلا نبودن به بیماری روانی و ذهنی، مصرف نکردن داروهای روان‌گردان و شرکت در جلسات آموزشی بوده است. از سوی دیگر معیارهای خروج عبارت بود از: فوت بیمار یا جابه‌جایی به مرکز دیگر. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪، انحراف معیار ۴/۰۴ و حداقل تفاوت معنی‌دار بین دو گروه مداخله و کنترل به میزان ۰/۰۵، ۳۵ نفر در هر گروه برآورد شد.

اطلاعات از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه شامل دو قسمت بود. قسمت اول اطلاعات دموگرافیک سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت اقتصادی، نوع بیمه تحت پوشش، محل سکونت (شهر-روستا)، تعداد دفعات دیالیز در هفته، سابقه دیالیز، سابقه انجام پیوند کلیه و علت بیماری کلیوی را در برمی‌گرفت و قسمت دوم شامل پرسش‌نامه والکر بود که ۵۴ سؤال دارد و هدف آن اندازه‌گیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، مدیریت استرس، حمایت بین فردی، رشد معنوی و خودشکوفایی) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که در آن گزینه‌ها به‌صورت هرگز، برخی، اغلب، همیشه و با ترتیب ۱، ۲، ۳ و ۴ امتیازبندی شده است. به این ترتیب حداکثر و حداقل نمره سبک زندگی ۲۱۶ و ۵۴ است. همچنین پرسش‌نامه شش بعد دارد که عبارت است از: رشد معنوی و خودشکوفایی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، حمایت بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه.

برای به‌دست‌آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازهای سؤالات مربوط به آن بعد، با هم جمع می‌شوند و برای به‌دست‌آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیاز همه سؤالات با هم جمع می‌شوند. روش کار به این صورت بود که افراد با توجه به معیارهای ورود به مطالعه و با استفاده از روش تصادفی ساده در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. تقسیم‌بندی بیماران در دو گروه آزمون و کنترل با توجه به روزهای مراجعه بیماران به بخش بود؛ یعنی روزهای زوج گروه آزمون و روزهای فرد، گروه کنترل. بعد

دیالیزی با توجه به شرایط جسمی و روحی خاص بیماران مشکلات فراوانی را تجربه می‌کنند. آنها غالباً نگران آینده غیرقابل‌پیش‌بینی بیماری خود هستند. شغل خود را از دست می‌دهند، دچار مشکلات مالی می‌شوند و همواره به دلیل بیماری مزمن دچار افسردگی و ترس از مرگ هستند [۱۵].

ارتقای سلامت، علم و هنر و شیوه زندگی، برای رسیدن به کمال مطلوب است و شامل رفتارهایی می‌شود که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب و بهبود عملکرد فردی با وجود بیماری، کنترل عواطف و احساسات و کنار آمدن با تنش ناشی از مشکلات بیماری و استقلال و سازگاری می‌پردازد [۱۶]. ارتقای سبک زندگی، افراد را در شناخت عوامل مؤثر بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم‌گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم، توانمند می‌کند [۱۷]. سبک زندگی تمام رفتارهایی را که تحت کنترل شخص هستند یا بر خطرات بهداشتی او تأثیر می‌گذارند، در بر می‌گیرد و رویکردی جامع پیشنهاد می‌کند تا رفتارهای حفاظت از سلامتی و رفتارهای ارتقای سلامت به‌عنوان دو جزء مکمل سبک زندگی سالم در نظر گرفته شوند [۱۸].

سبک زندگی سالم، روشی از زندگی است که باعث تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و رفاه فرد می‌شود، خطر تشدید بیماری و مرگ زودرس را کاهش می‌دهد و فرد با کمک آن، می‌تواند از جنبه‌های بیشتری از زندگی لذت ببرد [۱۹]. سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، ترکیبی از شش بعد است که موارد زیر را در بر می‌گیرد: اعتقاد به قدرت خداوند برای حفظ بعد روانی سلامتی، احساس مسئولیت در قبال سلامتی، حفظ روابط بین فردی برای ارتقای بعد اجتماعی سلامتی، مدیریت استرس برای پیشگیری از بیماری‌های جسمی و روانی، ورزش، فعالیت فیزیکی و رعایت رژیم غذایی سالم برای حفظ سلامتی [۱۰]. آموزش برای ارتقای سبک زندگی بیماران، روش مناسبی است که فرصت‌های یادگیری را درباره بیماری، مکانیسم‌های سازگاری و افزایش مهارت‌ها در اختیار بیمار و خانواده او قرار می‌دهد. هدف از آموزش و دادن دانش مناسب به بیمار، دستیابی به تغییرات رفتاری درست است. آموزش موجب توانمندی بیمار در پیشگیری، حفظ و ارتقای سلامتی و تعدیل بیماری می‌شود [۱۱]. آموزش به بیمار، شیوه‌ای با رویه یکسان نیست، بلکه فرایندی فعال برای آگاهی، سازش، تغییر رفتار و دستیابی به سلامتی است [۱۲].

روش آموزش در حقیقت مجموعه تدابیری است که فرد آموزش‌دهنده برای رسیدن به اهداف آموزشی با توجه به شرایط و امکانات اتخاذ می‌کند؛ به عبارت دیگر روش‌های آموزش‌دهنده، براساس محتوای مطلب و الگوی یادگیری بیماری و اهداف آموزشی انتخاب می‌شوند [۱۳]. آموزش به بیماران بستری‌شده، رفتارهایی همچون سطح تحمل فعالیت جسمی بیمار و تمکین کلی از توصیه‌های پزشکی را بهبود می‌دهد [۱۲].

بدیهی است که هدف زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن، فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه نوع و سبک

معنی‌داری ( $P > 0.05$ ) تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۳۵ بیمار در قالب گروه آزمون و ۳۵ بیمار نیز به‌عنوان گروه کنترل بررسی شدند. میانگین سن دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب به ترتیب  $57/66 \pm 13/51$  و  $60/34 \pm 13/23$  سال بود و براساس آزمون من-ویتنی، از این نظر، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ( $P = 0.295$ ). براساس آزمون کای اسکور تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر وضعیت تاهل مشاهده نشد. سطح تحصیلات بیشترین شرکت‌کنندگان در هر دو گروه بی‌سواد و کمترین آن‌ها تحصیلات دیپلم داشتند که براساس آزمون کای اسکور، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ( $P > 0.05$ ) (جدول ۱). همچنین نتایج مطالعه نشان داد میانگین سن بیماران مطالعه‌شده در گروه مداخله  $57/66$  سال و در گروه کنترل  $60/34$  سال بوده است. مدت زمان همودیالیز در گروه مداخله  $1/34$  سال و در گروه کنترل  $1/4$  سال بود. نتایج آزمون من-ویتنی نشان داد نمونه‌های پژوهش در دو گروه از نظر سن، تعداد دفعات دیالیز در هفته، مدت زمان هر جلسه دیالیز و سابقه همودیالیز، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ( $P > 0.05$ ) (جدول ۲). در گروه آزمون و کنترل، قبل از مداخله، بین میانگین نمرات در تمام حیطه‌ها و در نمره کل سبک زندگی اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت ( $P > 0.05$ ) بعد از مداخله، به جز حیطه‌های ورزش و تغذیه، بین میانگین نمرات در سایر حیطه‌ها و در نمره کل سبک زندگی در گروه مداخله و کنترل اختلاف معنی‌دار آماری به دست آمد ( $P < 0.05$ ) (جدول ۳).

از گرفتن رضایت‌نامه کتبی از بیماران و توضیح اهداف و روش پژوهش، اطلاعات دموگرافیک و بالینی بیماران در فرم جمع‌آوری اطلاعات ثبت شد؛ همچنین قبل از انجام مداخله، سبک زندگی بیماران در هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه ارزیابی شد. مداخله آموزشی به‌صورت سخنرانی و انفرادی برای بیماران انجام گرفت. پس از اتمام مداخله مجدداً پژوهشگر پرسش‌نامه سبک زندگی را برای هر دو گروه تکمیل کرد. محتوای آموزش متناسب با ابعاد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، مباحث رژیم غذایی، فعالیت جسمانی، احساس مسئولیت در قبال سلامت فردی، توجه به رشد معنوی و خودکفایی، روابط بین فردی و مدیریت استرس را شامل می‌شد. مداخله در ۶ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای به روش فردی و چهره به چهره همراه با پرسش و پاسخ، بر بالین بیمار حین دیالیز انجام می‌شد. پس از اتمام ۶ جلسه آموزشی، مباحث در قالب کتابچه آموزشی در اختیار بیماران قرار گرفت. برای ترغیب هر چه بیشتر بیمار، به پیروی از برنامه آموزشی، در طول فرایند پژوهش، محققان با بیماران تماس تلفنی داشتند و به ابهامات و سؤالات مشارکت‌کنندگان پاسخ می‌دادند. سه ماه بعد از مداخله، با هماهنگی قبلی، بیماران در روزها و ساعت‌های تعیین‌شده به مرکز درمانی مراجعه کرده و مجدداً پژوهشگر پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقای سلامت والکر را براساس پاسخ‌های بیماران کامل کرد. یادآوری می‌شود برای گروه کنترل هیچ برنامه آموزشی درباره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر اجرا نشد و پس از پایان مطالعه کتابچه آموزشی در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

در نهایت داده‌های به‌دست‌آمده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های کای اسکور، آنالیز واریانس و فیشر، با سطح

جدول شماره ۱. مقایسه مشخصات دموگرافیک بین دو گروه آزمون و کنترل

سطح معنی‌داری	مشخصات	
	گروه آزمون تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
0/81	مرد	۱۹ (۵۴/۳)
	زن	۱۶ (۴۵/۷)
0/74	مجرد	۵ (۱۴/۳)
	متاهل	۲۹ (۸۵/۷)
0/143	بی‌سواد	۲۰ (۵۷/۱)
	زیر دیپلم	۸ (۲۲/۹)
0/43	دیپلم و بالاتر	۲ (۵/۷)
	شهر	۲۷ (۷۷/۱)
0/17	روستا	۸ (۲۲/۹)
	استیجاری	۱۱ (۳۱/۴)
	شخصی	۲۴ (۶۸/۶)

جدول شماره ۲. مقایسه توزیع فراوانی سن، تعداد دیالیز در هفته، مدت زمان دیالیز، سابقه همودیالیز نمونه‌های پژوهش در گروه آزمون و کنترل

نتایج آزمون ناپارامتری من - ویتنی	کنترل		آزمون		گروه	
	Z	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	متغیر	
P Value						
۰/۳۹۵	-۱/۰۴۶	۱۳/۲۳	۶۰/۳۴	۱۳/۵۱	۵۷/۶۶	سن
۰/۴۷۱	-۰/۷۲۱	۰/۷۶	۱/۳۱	۰/۶۶	۱/۴۳	تعداد دیالیز در هفته
۰/۴۵۴	-۰/۷۵	۰/۳۹	۳/۲۶	۰/۴	۳/۱۸	مدت زمان هر جلسه دیالیز (ساعت)
۰/۸۶	-۰/۱۸۳	۱/۱	۱/۴	۱/۲۱	۱/۳۴	سابقه همودیالیز (سال)

جدول شماره ۳. مقایسه میانگین نمرات واحدهای پژوهش در حیطه‌های سبک زندگی افراد مطالعه‌شده گروه کنترل و آزمون، قبل و بعد از مداخله

P Value	آمار آزمون تی زوجی (df)	بعد از آموزش		گروه	مشخصه
		میانگین (انحراف معیار)	قبل از آموزش میانگین (انحراف معیار)		
۰/۰۳۴	-۳/۶۷	۲۵/۵۴(۴/۴۶)	۳۲/۱۱(۵/۵۵)	آزمون	رشد معنوی و خودشکوفایی
۰/۸۵۴	-۰/۱۸۵	۲۱/۸۳(۴/۹۱)	۲۱/۶۹(۴/۵۹)	کنترل	
۰/۰۰۱	-۳/۹۲	۱۹/۹۷(۲/۴۶)	۱۷/۹۱(۳/۴۴)	آزمون	حمایت بین فردی
۰/۷۷۱	-۰/۲۹۳	۱۷/۷۷(۴/۱۷)	۱۷/۵۷(۴/۲۷)	کنترل	
<۰/۰۰۱	-۵/۶۴	۲۵/۴۰(۳/۵۲)	(۸/۴)۲۲/۰۹	آزمون	مدیریت استرس
۰/۳۷۷	-۱/۱۰۴	۲۱/۹۷(۳/۸۴)	۲۱/۰۳(۴/۶۱)	کنترل	
<۰/۰۰۱	-۴/۵۶	۱۹/۷۱(۵/۳۶)	۲۰/۱۶(۵/۵۳)	آزمون	ورزش
۰/۴۲۸	-۰/۸۰۲	۱۷/۹۷(۶/۳۱)	۱۷/۰۹(۶/۰۲)	کنترل	
۰/۰۰۸	-۲/۷۹	۲۲/۵۱(۳/۱۹)	۲۰/۲۰(۴/۱۹)	آزمون	تغذیه
۰/۰۲۳	-۲/۳۹	۲۲/۹۷(۴/۷۳)	۲۰/۹۴(۳/۷۳)	کنترل	
۰/۰۰۱	-۵/۵۷	۴۹/۳۷(۴/۲۲)	۴۴/۵۱(۵/۹۵)	آزمون	مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی
۰/۹۲	-۰/۱۰۲	۴۰/۷۴(۸/۹۱)	۴۰/۶۰(۸/۳۴)	کنترل	
<۰/۰۰۱	-۸/۳۰۱	۱۶۲/۵۱(۱۵/۷۸)	۱۴۴/۰۳(۱۸/۵۷)	آزمون	سبک زندگی
۰/۳۳۱	-۰/۹۸۷	۱۴۳/۲۶(۲۵/۶۵)	۱۳۸/۹۱(۲۴/۶۳)	کنترل	(نمره کل)

## بحث

و تأیید کننده نتایج این مطالعه است. Nasrabadi و همکاران [۹] در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که آموزش، بر سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمی قلبی، پس از انجام مداخله، افزایش یافته و آگاهی آن‌ها مطلوب‌تر شده است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌سو است. در مطالعه هم‌سوی دیگری که ZINAT و همکاران [۱۴] انجام دادند، معلوم شد اثربخشی برنامه آموزشی بر بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مثبت بوده است. نتایج مطالعه Vahedian و همکاران [۱۵]، تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر سبک زندگی بیماران مبتلا به پرفشاری خون تأیید کرد. نتایج این مطالعه بیانگر

براساس نتایج اولیه، بیماران هر دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک اختلاف معنی‌داری نداشتند. پس از آموزش بیماران گروه آزمون، در سبک زندگی آن‌ها در همه ابعاد به جز ورزش و تغذیه، تغییر و تفاوت معنی‌داری به وجود آمد. از مهم‌ترین دلایل نبود تغییر در بعد ورزش می‌توان به محدودیت‌های جسمی و سنی اشاره کرد. همچنین به دلیل پیشگیری از عوارض نارسایی کلیه و محدودیت‌های غذایی نمی‌توان انتظار تغییر قابل‌ملاحظه‌ای از نظر تغذیه در این بیماران داشت. نتایج مطالعات مختلف انجام‌شده نیز، مبین

دیگر ابعاد سلامتی را هم به مخاطره می‌اندازد و همه این عوامل کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از طرف دیگر تغییرات متعدد و بنیادی در شیوه زندگی بیماران، بر عملکرد جسمی و روانی و اجتماعی آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۲۱].

### نتیجه‌گیری

ایجاد برنامه‌های آموزشی منظم و مداوم، بر بسیاری از ابعاد سبک زندگی بیماران کلیوی تأثیرگذار است و سبب بهبود سبک زندگی و رفتارهای آن‌ها می‌شود. از جمله مهم‌ترین نقاط قوت این مطالعه می‌توان به حجم نمونه مناسب و همچنین آموزش فرد به فرد برای بیماران اشاره کرد. مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه نیز همکاری نکردن مناسب بیماران و تمایل نداشتن آن‌ها برای شرکت در جلسات آموزش گروهی بود. از این رو پیشنهاد می‌شود مطالعاتی نیز به صورت آموزش گروهی و پرسش و پاسخ انجام شود.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1395.496 است. نویسندگان از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان و پرسنل محترم بخش همودیالیز بیمارستان بعثت همدان که در انجام این طرح ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

### تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

تفاوت معنی‌دار بعد تغذیه سبک زندگی بیماران، قبل و بعد از آموزش است که نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر غیرهم‌سو است.

سبک زندگی، روشی است که هر فرد طی زندگی خود انتخاب می‌کند و عامل بسیار مهمی در سلامت جسمی و روانی او به شمار می‌رود. یغمایی و همکاران بیان کردند بیماری مزمن کلیوی اثرات متقابلی بر شرایط جسمی روانی و عملکردی فرد دارد و به بروز افسردگی و تغییرات سبک زندگی مانند مشکلات اقتصادی، از دست دادن شغل، محدودیت در مصرف مایعات، تغییر در نقش‌های خانوادگی و کاهش دستیابی به اهداف طولانی‌مدت منجر می‌شود [۱۶]. بیماری مزمن مرحله آخر کلیه موجب می‌شود فرد مبتلا به میزان زیادی کنترل خود را در مقابل تنش‌های مزمن و حاد و فشارهای هیجانی از دست بدهد. این مسئله موجب تغییر رفتار در تمام زندگی و روابط فردی وی خواهد شد [۱۷]. از طرف دیگر، همودیالیز که از رایج‌ترین اقدامات درمانی برای بیماران با نارسایی کلیه مرحله آخر است، با وجود اینکه مدت عمر این بیماران را زیاد می‌کند، مشکلات فراوانی را در سبک زندگی این بیماران به وجود می‌آورد و باعث ایجاد تنش می‌شود [۱۸]. همچنین بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد. این بیماران نه تنها درد و رنج بیماری مزمن را تجربه می‌کنند، بلکه زندگی آن‌ها به درمان همودیالیز وابسته می‌شود و درک این تغییرات به رنج بیشتر آن‌ها منجر خواهد شد [۱۹].

بروز بیماری کلیوی مرحله آخر و انجام روش درمانی همودیالیز، موجب تغییر در سبک زندگی و وضعیت سلامت فرد می‌شود [۲۰]. همودیالیز نه تنها سلامت جسمی، بلکه

## References

- Sayin A, Mutluay R, Sindel S, editors. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplant Proc*; 2007; Elsevier.
- Nasiri A. Effect of an educational plan based on Teach-Back method on hemodialysis patients' self-care deficits. *Modern Care Journal*. 2012;9(4):344-54.
- Azar AT. Effect of dialysate temperature on hemodynamic stability among hemodialysis patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2009;20(4):596. PMID:19587499
- Teruel JL, Martins J, Merino JL, Lucas MF, Riveira M, Quereda RM, Ortuño J. Temperature of the dialysis bath and hemodialysis tolerance. *Nefrologia*. 2006;26(4).
- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2006;43(3):293-300. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.06.009>
- PMID:16105668
- Moen P, Kelly EL, Tranby E, Huang Q. Changing Work, Changing Health Can Real Work-Time Flexibility Promote Health Behaviors and Well-Being? *J Health Soc Behav*. 2011;52(4):404-29. <https://doi.org/10.1177/0022146511418979> PMID:22144731 PMCid:PMC3267478
- Peker K, Bermek G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. *J Dent Educ*. 2011;75(3):413-20. PMID:21368265
- Zeidi I, Hajiagha A, Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *JMUMS*. 2012;22:S103.
- Nasrabadi T, Goodarzi Zadeh N, Shahrjerdi A, Hamta A. The effect of education on life style among patients suffering from ischemic heart disease. *Mazandaran Univ Med Sci*. 2010;20(79):72-9.
- Eldredge LK, Markham CM, Ruitter RA, Kok G,

- Fernandez ME, Parcel GS. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. John Wiley & Sons; 2016.
11. Bastable SB. Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 2014:206-452.
  12. Borzou R, Bayat Z, Salvati M, Homayounfar S. A comparison of Individual and Peer Educational Methods on Quality of life in patients with heart failure. Iranian Journal of Medical Education. 2014;14(9):767-76.
  13. Boren S, Fitzner K, Panhalkar P, Specker J. Costs and benefits associated with diabetes education: a review of the literature. The Diabetes educator. 2008;35(1):72-96. <https://doi.org/10.1177/0145721708326774> PMID:19244564
  14. Zinat MF, SHarifirad G, Jalilian F, Mirzaei AM, Aghael A, Ahmadi JT. Effectiveness of educational programs to promote nutritional knowledge in type II diabetes patients based on health belief model. 2013.
  15. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. Journal of Critical Care Nursing. 2010;2(4):1-2.
  16. Yaghamayi F, Khalfi E, Khost N, Alavi-Majd H. The relationship between self-concept dimensions of health status in patients treated with hemodialysis in medical science hospital in 2004. Pajoohande 2006; 1(6): 9-15.
  17. Christensen AJ, Ehlers SL. Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. J Consult Clin Psychol 2002; 70(3): 712-24.
  18. Horigan AE. Fatigue in hemodialysis patients: A review of current knowledge. J Pain Symptom Manage 2012; 44(5): 715-24.
  19. Thomas-Hawkins C. Symptom distress and day-to-day changes in functional status in chronic hemodialysis patients. Nephrol Nurs J 2000; 27(4): 369-79
  20. Ribeiro PC. The chronic patient's suffering: Review of the literature (2000-2006). Servir 2008; 56(2): 80-9.
  21. Riyahi A, Rassafiani M, Akbarfahimi N, Karimloo M. Test-retest and inter-rater reliabilities of the of Manual Ability Classification System (MACS) -Farsi version in children with cerebral palsy. J Res Rehabil Sci 2012; 8(2): 203-11.

