


The Impact of Self-Care Education with Teach-Back Method on Self-Esteem in Kidney Transplant Recipients: A Clinical Trial

Masoumeh Hemmati Maslak Pak¹, Farzin Mollazadeh^{2*}, Hamidreza Khalkhali³, Saeed Abkhiz⁴

1. Associate Professor, Department of Nursing, Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
2. MSc in Medical-Surgical Nursing, Department of Nursing, Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
3. Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
4. Assistant Professor, Department of Adult Nephrology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Article Info

Received: 2020/02/05;
Accepted: 2020/03/25;
Published Online: 2020/08/22

 10.30699/ajnmc.28.3.154

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Kidney transplantation leads to return to a healthy life and relief from hemodialysis restrictions. The benefits of kidney transplantation have been proven but require constant self-care monitoring throughout one's life and training and support. One of the new methods of training is the teach-back method used to obtain and understand information. This study aimed to determine the impact of self-care education with Teach-Back method on self-esteem in Kidney Transplant Recipients.

Methods: In this clinical trial study, 79 renal transplant patients were selected from the clinic of Imam Khomeini Hospital in Urmia in 2016 and were randomly assigned to intervention and control groups. Then, in the intervention group, educational content about self-care with teach-back method was presented during five 60-minute sessions. Data were collected using demographic questionnaire and Rosenberg self-esteem questionnaire.

Results: Before intervention, the mean score of self-esteem was not significantly different between the control and intervention groups ($P=0.559$). After the intervention, the intervention group had a significant increase in the mean score of self-esteem compared to the control group ($P=0.001$).

Conclusion: In this study, self-care education with teach-back method was effective in improving the self-esteem of kidney transplant patients. And it is suggested to use the teach-back method in education of patients with kidney transplantation.

Keywords: Education, Teach-Back Communication, Kidney Transplantation, Self-esteem, Nursing

Corresponding Information:

Farzin Mollazadeh, MSc in Medical-Surgical Nursing, Department of Nursing, Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. Email: farzin.nurse@gmail.com

Copyright © 2020, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Hemmati Maslak Pak M, Mollazadeh F, Khalkhali H, Abkhiz S. The Impact of Self-Care Education with Teach-Back Method on Self-Esteem in Kidney Transplant Recipients: A Clinical Trial. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2020; 28(3): 154-164

بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی به روش بازگشتی بر عزت‌نفس بیماران با پیوند کلیه: یک کارآزمایی بالینی

معصومه همتی مسلک پاک^۱، فرزین ملازاده للهلو^{۲*}، حمیدرضا خلخالی^۳، سعید آبخیز^۴

۱. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
۲. کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
۳. دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
۴. استادیار، گروه نفرولوژی بزرگسالان، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

مقدمه: پیوند کلیه باعث بازگشت به زندگی سالم و رهایی از محدودیت همودیالیز می‌شود. مزایای پیوند کلیه ثابت شده است ولی نیاز به نظارت مداوم و خودمراقبتی در طول حیات فرد و نیز آموزش و حمایت دارد. یکی از روش‌های نوین برای آموزش، روش بازگشتی است که به منظور دریافت و فهم اطلاعات استفاده می‌شود. بنابراین، پژوهشی با هدف تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی به روش بازگشتی بر عزت‌نفس بیماران با پیوند کلیه طراحی و اجرا شد.

روش کار: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده، ۷۹ نفر از بیماران پیوند کلیه به روش دردسترس از درمانگاه بیمارستان امام‌خمينی (ره) ارومیه در سال ۱۳۹۵ انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. سپس در گروه مداخله، محتوای آموزشی در رابطه با خودمراقبتی با روش آموزش بازگشتی در طی ۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ارائه شد. اطلاعات با پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ جمع‌آوری و تحلیل شد.

یافته‌ها: پیش از آموزش، میانگین نمره عزت‌نفس در دو گروه کنترل و مداخله از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت ($P=0/559$). بعد از اجرای برنامه آموزشی، گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش معنی‌داری از لحاظ میانگین نمره عزت‌نفس داشت ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: در این پژوهش، اجرای آموزش خودمراقبتی به روش بازگشتی در ارتقای عزت‌نفس بیماران پیوند کلیه مؤثر بود. توصیه می‌شود از این روش در آموزش بیماران با پیوند کلیه از روش آموزش بازگشتی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش، آموزش بازگشتی، پیوند کلیه، عزت‌نفس، پرستاری

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۱۱/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۰۶

انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۶/۰۱

نویسنده مسئول:

فرزین ملازاده للهلو

کارشناس ارشد پرستاری داخلی و جراحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

پست الکترونیک:

farzin.nurse@gmail.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



مقدمه

آمریکا وجود دارد که با افزودن پیوندهای کلیه سراسر جهان به آن، این میزان بیش از دوبرابر می‌شود [۵]. ایران نیز همانند دیگر کشورهای جهان در حال پیشرفت در زمینه پیوند کلیه است به‌طوری‌که تا انتهای سال ۲۰۱۲ حدود ۳۴ هزار و ۱۶۶ پیوند کلیه در ایران انجام شده است [۶]. انجام پیوند کلیه موجب بازگشت به زندگی سالم و تغییر در سبک زندگی بیماران می‌شود و باعث کاهش محدودیت‌های تغذیه‌ای و مایعات می‌شود. بنابراین، پیوند فرآیندی خوشایند برای این بیماران است [۷]. با وجود اثبات مزایای پیوند کلیه، بیماران با پیوند کلیه مشکلات زیادی مانند رعایت رژیم‌های سخت دارویی و عوارض جانبی آنها، مراجعات مکرر به

بیماری مزمن کلیه تحت عنوان کاهش غیرقابل‌بازگشت و پیش‌رونده در عملکرد کلیه تعریف می‌شود به‌طوری‌که کلیه‌ها دیگر توانایی حفظ تعادل محیط داخلی بدن و حفظ تعادل مایع و الکترولیت‌ها را ندارند [۱]. بیماری مزمن کلیه با تدریج و طی سالیان متوالی یا به‌دلیل عدم بهبودی بیمار پس از ابتلا به نارسایی حاد کلیه به وجود می‌آید [۲، ۳]. براساس شواهد، بهترین درمان برای مبتلایان به بیماری مزمن کلیه، پیوند کلیه است که موجب افزایش کیفیت زندگی، بهبود امید به زندگی و کاهش هزینه‌های درمانی بیماران و دولت نسبت به بیماران تحت‌درمان با دیالیز می‌شود [۱، ۴]. حدود ۱۰۰ هزار بیمار با کلیه پیوندی در

نیازمند برنامه‌های آموزشی مدون هستند زیرا هدف نهایی آموزش بیماران پیوندی، سازگاری آن‌ها با وضعیت به‌وجودآمده است و صرفاً انتقال اطلاعات به آن‌ها آموزش محسوب نمی‌شود و در آموزش آن‌ها باید ارزیابی نیازهای آموزشی، اجرای برنامه آموزشی و ارزشیابی برنامه آموزشی رعایت شود [۷]. آموزش بالینی در کشور ما مشکلات عدیده‌ای از جمله استفاده از روش‌های آموزشی سنتی دارد. بنابراین، استفاده از روش‌های نوین آموزشی مانند روش آموزش بازگشتی و آموزش به شیوه کاوشگری و روش یادگیری تلفیقی و آموزش الکترونیکی و سایر روش‌ها، باعث افزایش رضایتمندی و تکامل علمی بیماران در رابطه با بیماری خود می‌شود [۱۷-۱۵]. یکی از روش‌های آموزشی مؤثر، روش آموزش بازگشتی است که روشی جامع، چندبعدی و مبتنی بر شواهد است و به‌منظور دریافت و فهم و نگهداری اطلاعات استفاده می‌شود [۱۸]. روش آموزش بازگشتی یک روش تعاملی برای آموزش است که طی آن، آموزش‌گیرنده باید به‌حدی از تسلط و توانایی دست یابد که مهارت و هنر آموزش‌دادن موارد یادگرفته را داشته باشد. در روش آموزش بازگشتی، مددجو با بیان موارد اصلی مطالب آموزشی (که با سوالات باز از مددجو پرسیده می‌شود)، برای آموزش‌دهنده این امکان را فراهم می‌کند تا مواردی که نیاز به آموزش تکمیلی دارد را شناسایی کند و تا زمانی که مطالب به‌خوبی توسط مددجو درک شود فرآیند آموزش و یادگیری ادامه پیدا می‌کند [۲۰-۱۸]. هدف روش آموزش بازگشتی فراهم‌نمودن آموزشی است که مطابق با سطح سواد آموزش‌گیرنده باشد. آموزش‌گیرنده می‌تواند بیمار، شخص، عضوی از خانواده و یا یک شخص حمایت‌کننده دیگر باشد [۲۱]. از مزایای این روش می‌توان به عملیاتی‌بودن آن در افراد با سطح سواد پایین اشاره کرد که با درگیر کردن بیماران در فرآیند یادگیری، از مراقبت بیمارمحور حمایت می‌کند. معمولاً ارائه اطلاعات اضافی و غیرضروری در محیط‌های بالینی به مددجویان متداول است درحالی‌که آموزش باید براساس نیاز بیمار و با تکیه بر نکات کلیدی باشد که آموزش بازگشتی این امر را محقق می‌سازد [۲۲، ۱۸].

اهمیت توجه به چگونگی آموزش بیماران پیوند کلیه، امری اساسی در درمان و مراقبت آنها است چون سهم عمده مراقبت از بیماران پیوند کلیه به عهده خود این بیماران است و عملاً امکان تحت‌نظربودن این افراد در طول شبانه‌روز وجود

پزشک، افزایش خطر عفونت، اضطراب ناشی از رد پیوند و ازدست‌دادن عضو پیوندی مواجه هستند [۸]. پیوند کلیه نیاز به پیگیری مداوم و مصرف داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی در طول حیات فرد دارد و خودمراقبتی در این بیماران ضروری است. خودمراقبتی در بیماران با پیوند کلیه مثل سایر بیماری‌های مزمن شامل مدیریت رژیم دارویی، مدیریت عواطف و احساسات و مدیریت نقش‌های جدید در زندگی است [۷]. خودمراقبتی مهارتی از زندگی است که توسط افراد برای تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامتشان انجام می‌شود [۹]. Magela و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند که بیماران برای حفظ و بهبود عزت‌نفس خود نیاز به آموزش مداوم در رابطه با بیماری خود دارند تا رفتارهای خودمراقبتی را در خود ارتقا دهند [۱۰]. عزت‌نفس پایین، اصلی‌ترین عامل تفاوت در سلامت افراد است به‌طوری‌که کاهش عزت‌نفس می‌تواند برای سلامت افراد زیان‌آور باشد [۱۱]. براساس مطالعه Kaplan و Sadock (۲۰۱۱) عزت‌نفس، اعتماد به توانایی خود در تفکر و مقابله با چالش‌ها، اعتماد به خود برای موفقیت و زندگی شاد، احساس ارزش، داشتن حق ابراز نیازها و خواسته‌ها، و برخورداری از نتیجه تلاش‌های خود تعریف شده است [۱۲]. دید مثبت از خود یک نیروی قوی درونی ایجاد می‌کند که باعث می‌شود فرد مؤثرتر با مشکلات زندگی روبه‌رو شود. Beer در سال (۱۹۹۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که تمامی بیماران، اعم از پیوندشده، دیالیز صفاقی و همودیالیز، درمورد تصویر ذهنی از جسمی که به دنبال معالجات پدید می‌آید، مشکل دارند و باید در جهت رفع این مسئله کوشید چون این بیماران مجبور هستند در طرز لباس پوشیدن، برخوردهای اجتماعی و مسائل جنسی خود تغییراتی دهند و برای همین احساس می‌کنند از نظر بدنی با دیگران متفاوت هستند؛ بنابراین، دچار اختلال در تصویر ذهنی از جسم و در نهایت تنفر از خود می‌شوند و از زندگی لذت نمی‌برند. پیوند کلیه نیز نه فقط تنفر به‌علت عمل جراحی، محل برش آن لمس کلیه‌ای که دقیقاً در زیر پوست واقع شده است بلکه به‌خاطر مصرف داروهای ضعیف‌کننده سیستم ایمنی که برای جلوگیری از رد پیوند استفاده می‌شود و می‌تواند سبب چاقی و ریزش موها شود نیز تصویر ذهنی از جسم را تغییر می‌دهد [۱۳]. بیماران پیوندکلیه‌شده نیازمند حمایت در ابعاد دانشی، مهارتی و هیجانی هستند [۱۴]؛ بنابراین،

آلفای کرونیباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۱ گزارش کردند [۲۴]. همچنین Mohammadi و همکاران (۲۰۰۶) ضریب بازآزمایی مقیاس فوق را ۰/۷۸ گزارش کردند [۲۵]. ضریب آلفای کرونیباخ برای مطالعه حاضر ۰/۷۶ محاسبه شد. روایی هر حیطة با استفاده از مرور متون، مشورت با اساتید، ارزیابی به‌وسیلهٔ گیرندگان پیوند کلیه و تحت همودیالیز و بررسی از نظر اهمیت بالینی اندازه‌گیری و تأیید شده بود. معیارهای ورود عبارت بودند از حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال، داشتن حداقل سواد برای خواندن و نوشتن، نداشتن اختلالات روحی و روانی با استناد به پروندهٔ بیمار، گذشتن حداقل سه ماه و حداکثر ۱۲ ماه از پیوند کلیه، نداشتن بیماری عفونی یا ناتوان‌کنندهٔ شدید، امکان برقراری تماس تلفنی، داشتن پرونده در درمانگاه پیوند ارومیه، عدم استفاده از سایر کلاس‌ها و برنامه‌های آموزشی در حیطة پیوند کلیه در طول مطالعه. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از عدم تبعیت از برنامهٔ آموزشی پیش‌بینی‌شده در جلسات آموزش، غیبت حداکثر دو جلسه، رد پیوند کلیه در طول مطالعه، استفاده از سایر کلاس‌ها و برنامه‌های آموزشی درمورد پیوند کلیه و مراقبت‌های بعد از آن توسط بیمار در طول پژوهش. در مرحلهٔ اول، محقق بعد از تصویب طرح در شورای پژوهشی دانشکده و اخذ مجوز و کد اخلاق (IR.umsu.rec.1395.236) به محیط پژوهشی که درمانگاه پیوند مرکز آموزشی و درمانی امام‌خمینی (ره) ارومیه بود، مراجعه کرد. پس از اخذ رضایت کتبی، پرسش‌نامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامهٔ عزت‌نفس روزنبرگ برای شرکت‌کنندگان به‌صورت بی‌نام و با کدگذاری توزیع و جمع‌آوری شد. مداخلهٔ اصلی شامل آموزش محتوای آموزشی با استفاده از روش آموزش بازگشتی بود بدین صورت که محتوای آموزشی با روش آموزش بازگشتی به گروه مداخله آموزش داده شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد فقط مراقبت‌های روتین درمانگاه را دریافت کردند. برای جلوگیری از انتشار اطلاعات و محتوای آموزشی از گروه مداخله به گروه کنترل، ساعت ویزیت گروه مداخله و کنترل از یکدیگر متفاوت انتخاب شد و تلاش بر عدم ملاقات گروه مداخله و کنترل انجام شد. ارزشیابی نهایی با جمع‌آوری مجدد داده‌ها ۲ ماه بعد از مداخله، با تکمیل پرسش‌نامهٔ عزت‌نفس روزنبرگ توسط نمونه‌ها (گروه کنترل و مداخله) در محل درمانگاه پیوند کلیه ارومیه انجام شد. برای هر بیمار اجرای این روش آموزشی حداقل در ۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد و در صورت نیاز

ندارد، برنامهٔ مراقبتی مددجویان پیوند کلیه به‌مراتب پیچیده است و نیاز به درک بهتر و بیشتر دارد، و کوچک‌ترین خطا در مراقبت این افراد می‌تواند عواقب زیان‌باری داشته باشد، و همچنین مطالعات برای بهبود عزت‌نفس این بیماران اندک بوده و بیشتر به بررسی کمیت رفتارهای خودمراقبتی آنان پرداخته است؛ علاوه بر این، با در نظر گرفتن نکات فوق، نیاز به مطالعه درمورد برنامهٔ خودمراقبتی مؤثر بر اساس نیاز افراد پیوند کلیه برای ارتقاء عزت‌نفس آنان احساس می‌شود. بنابراین، پژوهشی با هدف تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی به روش بازگشتی بر عزت‌نفس بیماران با پیوند کلیه، طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی بود که روی ۷۹ نفر از بیماران با پیوند کلیهٔ مراجعه‌کننده به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی امام‌خمینی (ره) در سال ۱۳۹۵ طراحی و اجرا شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و نمونه‌ها به‌طور تصادفی با روش پاکت بسته برحسب دو نوع کارت الف و ب به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. تعداد نمونه‌ها با توجه به مطالعهٔ Oshvandi و همکاران (۲۰۱۴) و فرمول زیر حداقل ۳۶ نفر محاسبه شد که میزان ریزش ۱۵ درصد و توان آماری ۸۰ درصد و میزان $\alpha=0/05$ تعداد ۴۲ نفر برای هر گروه محاسبه شد (فرمول شماره ۱) [۲۳].

فرمول شماره ۱:

$$n = \frac{(Z \alpha/2 + Z_{\beta})^2 \times (S_1^2 + S_2^2)}{(x_1 - x_2)^2}$$

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times (3.2^2 + 2.6^2)}{(9.1 - 7.2)^2} = 36$$

۴۲ نفر برای گروه مداخله و ۳۷ نفر برای گروه کنترل انتخاب شدند. ابزارهای استفاده‌شده در پژوهش حاضر شامل پرسش‌نامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامهٔ عزت‌نفس روزنبرگ بود. پرسش‌نامهٔ سنجش عزت‌نفس روزنبرگ یک پرسش‌نامه روا و پایا است و دربرگیرندهٔ ۱۰ جمله یا اظهارنظری است که احساس واقعی افراد دربارهٔ هریک از جملات، در یکی از چهار گزینهٔ خیلی موافق، موافق، مخالف و خیلی مخالف با علامت ضربدر در مقابل هر جمله با نمرات ۱ الی ۴ مشخص می‌شود که نمرهٔ ۱۰ حداقل و نمرهٔ ۴۰ نشان‌دهندهٔ حداکثر عزت‌نفس است. Dokhte Sharifi و همکاران (۱۳۹۱) میزان

کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها و از روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌ها پارامتریک و غیرپارامتریک برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. آموزش خودمراقبتی به روش بازگشتی در گام‌های زیر اجرا شد (جدول ۱) و در نهایت، محتوای آموزشی بعد از پایان مطالعه در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت.

بیماران، تعداد جلسات افزایش یافت. داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری و تحلیل آماری شدند و تأثیر آموزش خودمراقبتی به روش بازگشتی بر عزت نفس بیماران پیوند کلیه در دو گروه مداخله و کنترل، قبل و بعد از مداخله مقایسه شد. تحلیل داده‌های آماری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA) انجام شد و از آزمون

جدول ۱. جلسات آموزش خودمراقبتی به روش بازگشتی و محتوای آنها

جلسات	محتوای جلسات
اول	بررسی نیازهای بیمار در ۵ حیطه خودمراقبتی با استفاده از چک‌لیست و تعیین کمیت و کیفیت حیطه‌های مورد نیاز برای آموزش بیمار
دوم	آموزش بیمار حول حیطه نظارت بر خود به روش آموزش بازگشتی
سوم	آموزش بیمار حول حیطه رفتار خودمراقبتی در زندگی روزانه به روش آموزش بازگشتی
چهارم	آموزش بیمار حول سه حیطه تشخیص زودهنگام و سازش با اختلالات بعد از پیوند کلیه و حیطه مدیریت استرس و حیطه موارد غیردسته‌بندی شده به روش آموزش بازگشتی
پنجم	بیان مطالب گفته شده در جلسات اخیر توسط مددجو با تأکید بیشتر روی مطالبی که بیمار در آنها ضعف داشته و در چک‌لیست‌ها ثبت شده است.

یافته‌ها

جنس، تاهل، تحصیلات، شغل، محل سکونت، نوع دهنده کلیه، منبع دریافت آموزش، درآمد، علت نارسایی کلیه بود از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۲).

آزمون کای دو و تست linear by linear نشان داد که بین گروه کنترل و مداخله از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی کیفی که شامل

جدول ۲. مقایسه مشخصات جمعیت‌شناختی کیفی بین دو گروه کنترل و مداخله

آزمون کای دو و آزمون linear by linear	تعداد (درصد)		متغیر	
	گروه مداخله	گروه کنترل		
$P=0.932$	۲۸(۶۶/۷)	۲۵(۶۷/۶)	مرد	جنس
	۱۴(۳۳/۳)	۱۲(۳۲/۴)	زن	
$P=0.305$	۱۱(۲۶/۲)	۵(۱۳/۵)	مجرد	تاهل
	۳۱(۷۳/۸)	۳۲(۸۶/۵)	متاهل	
	۳(۷/۱)	۸(۲۱/۶)	بی‌سواد	
$P=0.305$	۲۰(۴۷/۶)	۲۰(۵۴/۱)	مدرسه	تحصیلات
	۱۳(۳۱)	۴(۱۰/۸)	دیپلم	
	۶(۱۴/۳)	۵(۱۳/۵)	دانشگاهی	
	۱۰(۲۳/۸)	۶(۱۶/۲)	شاغل	
$P=0.230$	۱۱(۲۶/۲)	۱۱(۲۹/۷)	خانه دار	شغل
	۱۱(۲۶/۲)	۴(۱۰/۸)	بازنشسته	
	۸(۱۹)	۱۴(۳۷/۸)	بی‌کار	
	۲(۴/۸)	۲(۵/۴)	غیره	
$P=0.055$	۳۶(۸۵/۷)	۲۵(۶۷/۶)	شهر	محل سکونت
	۶(۱۴/۳)	۱۲(۳۲/۴)	روستا	
$P=0.146$	۴(۹/۵)	۳(۸/۱)	جسد	دهنده کلیه

آزمون کای دو و آزمون linear by linear	تعداد(درصد)		متغیر	
	گروه مداخله	گروه کنترل		
P=۰/۲۶۲	۴(۹/۵)	۰(۰)	خویشاوند زنده	منبع دریافت آموزش
	۳۴(۸۱)	۳۴(۹۱/۹)	غیر خویشاوند	
	۱۱(۲۶/۲)	۱۲(۳۲/۴)	پزشک	
	۱۳(۳۱)	۱۶(۴۳/۲)	پرستار	
	۱(۲/۴)	۳(۸/۱)	اینترنت	
	۳(۷/۱)	۰(۰)	کتاب	
	۵(۱۱/۹)	۲(۵/۴)	بیماران دیگر	
	۱(۲/۴)	۰(۰)	کلاس	
P=۰/۸۲۰	۸(۱۹)	۴(۱۰/۸)	عدم دریافت آموزش	درآمد
	۲۵(۵۹/۵)	۲۲(۵۹/۵)	دخل کمتر از خرج	
	۱۲(۲۸/۶)	۹(۲۴/۳)	دخل برابر با خرج	
P=۰/۰۹۴	۵(۱۱/۹)	۶(۱۶/۲)	دخل بیشتر از خرج	علت نارسایی کلیه
	۲۵(۵۹/۵)	۱۳(۳۵/۱)	پرفشاری خون	
	۶(۱۴/۳)	۵(۱۳/۵)	بیماری‌های عفونی	
	۳(۷/۱)	۱(۲/۷)	بیماری‌های انسدادی	
	۶(۱۴/۳)	۱۴(۳۷/۸)	سایر بیماری‌ها	

آماري تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P=۰/۵۵۹$). میانگین نمره عزت نفس بعد از اجرای برنامه آموزش به روش بازگشتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافت که این افزایش از نظر آماری معنادار بود ($P=۰/۰۰۱$). یعنی آموزش خودمراقبتی به روش آموزش بازگشتی باعث ارتقای بیماران با پیوند کلیه شده بود (جدول ۴).

آزمون تی مستقل و من ویتنی نشان داد که بین گروه کنترل و مداخله از نظر مشخصات جمعیت شناختی کمی که شامل سن، تعداد فرزند، مدت پیوند، شاخص توده بدنی و کراتینین بود، تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($P>۰/۰۵$) (جدول ۳). با استفاده از آزمون تی مستقل ثابت شد که قبل از مداخله، میانگین نمره عزت نفس بین دو گروه کنترل و مداخله از نظر

جدول ۳. مقایسه مشخصات جمعیت شناختی کمی بین دو گروه کنترل و مداخله

آزمون تی مستقل و من ویتنی	گروه مداخله		گروه کنترل		متغیر
	میانگین رتبه‌ها	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین رتبه‌ها	میانگین \pm انحراف معیار	
P=۰/۲۳۳	-	۳۸ \pm ۱۲/۳۸	-	۴۱/۲۷ \pm ۱۱/۷۰	سن
P=۰/۱۲۶	۳۶/۳۸	۱/۵۰ \pm ۱/۴۰	۴۴/۱۱	۲/۱۸ \pm ۱/۹۵	تعداد فرزند
P=۰/۱۳۷	۴۳/۵۶	۷/۱۶ \pm ۳/۵۳	۳۵/۹۶	۵/۹۱ \pm ۲/۶۱	مدت پیوند
P=۰/۲۳۰	-	۲۵/۴۱ \pm ۴/۰۱	-	۲۶/۴۹ \pm ۳/۸۲	شاخص توده بدنی
P=۰/۷۵۲	-	۱/۳۳ \pm ۰/۳۶	-	۱/۳۵ \pm ۰/۳۱	کراتینین

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره عزت نفس، قبل و بعد از آموزش به روش بازگشتی بین دو گروه کنترل و مداخله

آزمون تی مستقل	میانگین \pm انحراف معیار		عزت نفس (۱۰-۴۰)
	مداخله	کنترل	
$t=۰/۵۸۷$ $df=۷۷$ $P=۰/۵۵۹$	۳۱/۳۳ \pm ۴/۲۸	۳۰/۷۸ \pm ۳/۹۸	قبل از مداخله
$t=۳/۴۹۵$ $df=۷۷$ $P=۰/۰۰۱$	۳۴/۵۴ \pm ۴/۹۰	۳۰/۶۴ \pm ۴/۹۹	بعد از مداخله

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی به روش بازگشتی بر عزت‌نفس بیماران با پیوند کلیه انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش خودمراقبتی به روش بازگشتی بر عزت‌نفس بیماران با پیوند کلیه مؤثر است. در این مطالعه مشخص شد که قبل از مداخله، تفاوت معنی‌داری در عزت‌نفس، بین دو گروه مداخله و کنترل وجود ندارد. این یافته با یافته‌های مطالعه Shams و همکاران (۱۳۹۴) همسو بود؛ یعنی قبل از مداخله بین عزت‌نفس بیماران گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری مشهود نبود [۲۶]. مطالعه آنها با هدف مقایسه تأثیر خودمراقبتی به دو روش چهره‌به‌چهره و ویدئویی بر عزت‌نفس بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز انجام شده بود. Poorgholami و همکاران (۲۰۱۴) مطالعه‌ای با هدف تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی بر افزایش میزان عزت‌نفس بیماران تحت همودیالیز انجام دادند و به نتیجه مشابه با مطالعه حاضر رسیدند و بیماران بعد از مداخله به شکل معنی‌داری سطوح بالایی از عزت‌نفس را نسبت به گروه کنترل تجربه کردند [۲۷]. در تأیید نتایج مطالعه حاضر، مطالعه‌ای توسط Hemmati و همکاران (۱۳۹۱) با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم بر عزت‌نفس سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان ارومیه انجام شد و ثابت شد که قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود ندارد [۲۸]. همچنین در مطالعه حاضر مشخص شد بعد از مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود دارد؛ بنابراین، آموزش خودمراقبتی به روش بازگشتی بر عزت‌نفس بیماران با پیوند کلیه مؤثر بوده است. که در تناقض با مطالعه Shams و همکاران (۱۳۹۴) بود؛ به طوری که میانگین نمرات عزت‌نفس در گروه‌های مداخله افزایش یافته بود، ولی این افزایش در مقایسه با گروه کنترل از لحاظ آماری معنی‌دار نبود [۲۶]. همچنین مطالعه Hemmati و همکاران (۱۳۹۱) نیز در تناقض با مطالعه حاضر بود؛ یعنی، بعد از مداخله تفاوت میانگین عزت‌نفس بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری معنی‌دار نبود [۲۸]. مطالعه مشابهی توسط Sanaie و همکاران (۱۳۹۰) انجام شد که در این مطالعه پژوهشگران به بررسی تأثیر توانمندسازی خانواده‌محور بر خودکارآمدی و عزت‌نفس بیماران تحت پیوند عروق قلب پرداختند که انجام مداخله موجب افزایش سطح

عزت‌نفس این بیماران شد [۲۹]. در مطالعه Mulford (۲۰۱۶) نشان داده شد که روش آموزش بازگشتی بر دانش بیماران در مدیریت پرفشاری خون مؤثر است. تفاوت این مطالعه با مطالعه حاضر در این بود که در این مطالعه به گروه کنترل کتابچه آموزشی داده شده بود ولی در مطالعه حاضر کتابچه آموزشی بعد از اخذ پس‌آزمون به بیماران گروه کنترل داده شد [۳۰]. مطالعه Ross (۲۰۱۷) حاکی از آن بود که اجرای روش آموزش بازگشتی در آموزش بیماران نارسایی قلبی باعث افزایش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود، ولی این میزان از افزایش کیفیت زندگی از نظر آماری معنی‌دار نیست [۱۷]. همچنین، نتیجه مطالعه Rahimi و همکاران (۱۳۸۵) با هدف بررسی تأثیر مدل مراقبت پی‌گیر بر عزت‌نفس بیماران همودیالیز نشان داد اجرای این روش تأثیر معنی‌داری بر عزت‌نفس بیماران همودیالیز دارد و باعث بهبود آن شده است [۳۱]. همچنین مطالعه‌ای که Ebrahimi و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان تأثیر مراقبت حمایتی پرستاری بر عزت‌نفس بیماران دریافت‌کننده شوک مغزی انجام دادند، نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله وجود دارد. یعنی انجام مراقبت پرستاری حمایتی باعث افزایش عزت‌نفس در این بیماران در گروه مداخله شده است [۳۲]. اجرای برنامه‌های آموزش در جهت افزایش توانایی‌های بیماران در مراقبت از خود و به دنبال آن، کمتر شدن وابستگی بیماران به پزشک و پرستار و حتی خانواده باعث بهبود عزت‌نفس بیماران می‌شود. بیماران نیز درجات کمتری از وابستگی به دیگران را تجربه می‌کنند و به سطح استقلالی که بعد از پیوند کلیه در انتظار آن بودند از مسیر کوتاه‌تری نیل پیدا می‌کنند. میسرنبودن فضای فیزیکی مناسب برای آموزش بیماران، نبود پشتیبانی لازم از سوی خانواده‌های بیماران، دوربودن محل زندگی از درمانگاه پیوند کلیه، احتمال استفاده از منابع آموزشی دیگر در طی مطالعه، ترس و احساس شک در بیماران به دلیل مسائل مربوط به شخص دهنده پیوند کلیه، و همچنین تفاوت‌های فرهنگی از محدودیت‌های این پژوهش بود.

نتیجه‌گیری

آموزش خودمراقبتی به روش آموزش بازگشتی بر میزان عزت‌نفس بیماران با پیوند کلیه تأثیر دارد. این تأثیر از نظر آماری نیز معنی‌دار هست و باعث افزایش عزت‌نفس گروه دریافت‌کننده آموزش نسبت به گروه کنترل شده است.

سیاسگزاری

این مطالعه از پایان‌نامه کارشناسی ارشد استخراج شده است و یک کارآزمایی بالینی مصوب در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی با کد IRCT2016122817059N10 و کد اخلاق IR.umsu.rec.1395.236 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و شماره گرت ۲۴۶۵ از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه حمایت مالی این پژوهش را بر عهده داشت. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و همه مسئولین و کارکنان درمانگاه پیوند کلیه، نفرولوژی و اورولوژی بیمارستان امام خمینی (ره) و همه بیماران که صاحبان اصلی این پژوهش بودند تشکر می‌کنیم.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

بنابراین، با قبول اثربخش بودن روش‌های آموزشی دیگر که بدون توجه به میزان یادگیری و میزان تسلط بیمار و یا هر فرد آموزش‌گیرنده باعث بهبود عزت‌نفس بیماران می‌شود، روش آموزش بازگشتی نیز باعث بهبود عزت‌نفس بیماران می‌شود. این روش با افزودن امکان ارزشیابی که بیشتر سهم آن توسط خود بیمار انجام می‌گیرد، از آموزش بیمارمحور حمایت می‌کند و باعث می‌شود ارزیابی از خود نیز نوعی خودمراقبتی محسوب شود و نسبت به روش‌های سنتی که به‌طور یک‌طرفه و بدون ایجاد حالت تعاملی بین آموزش‌گیرنده و آموزش‌دهنده انجام می‌گیرد مزیت فوق‌الذکر را داشته باشد درحالی‌که امکانات و تجهیزات دیگری نسبت به روش‌های دیگر را طلب نمی‌کند. با توجه اینکه روزه‌روز بر تعداد بیماران مزمن کلیوی افزوده می‌شود و با توجه به پیچیدگی‌هایی که اعمال جراحی پیوند در راس آن پیوند کلیه دارد، بهتر است آموزش مدون و بیمارمحور در رأس امور قرار گیرد و مسئولین مربوطه نیز نسبت به آموزش این بیماران با روش‌هایی که پاسخ مثبت داده اند مبادرت نمایند.

References

1. Omidi A, Gholinezhad H, Khodawasi M, Roshanaei G. The Correlation of Quality of Life With Social Support for Kidney Transplant Patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2018; 26(5):341-8. [DOI:10.30699/sjnhmf.26.a5.341]
2. Salehi M, Shakoor E, Pooranfar S, Koushkie Jahromi M, Roozbeh J. The Effect of a selected exercise on, stress, anxiety and depression in kidney transplant patients. *Pars J Jahrom Univ Med Sci*. 2014; 12(3):31-8. [DOI:10.29252/jmj.12.3.38]
3. Tabiban S, Soleimani MA, Bakhshandeh H, Asghary M. Effect of Self-Care Education on the Illness Perception in Patients With Hemodialysis: A Randomized Control Trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019; 27(2):73-81. [DOI:10.30699/sjnhmf.27.2.73]
4. Soltannezhad F, Farsi Z. An investigation of quality of life in kidney transplant patients. *J Military Car Sci*. 2015; 2(3):167-72. [DOI:10.18869/acadpub.mcs.2.3.167]
5. Chatterjee SN. *Manual of renal transplantation*. Berlin: Springer Science & Business Media; 2012.
6. Javandoust Gharehbagh F, Khalkhali H, Taghizadeh Afshari A, Nourooz-Zadeh J. Delayed graft function and its associated risk factors in Imam Khamenei kidney transplantation Unit. *J Stud Med Sci*. 2018; 29(6):398-410.
7. Ghadami A, Memarian R, Mohamadi E, Abdoli S. Patients' experiences from their received education about the process of kidney transplant: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012; 17(2 Suppl1):S157.
8. Gentile S, Beauger D, Speyer E, Jouve E, Dussol B, Jacquelinet C, et al. Factors associated with health-related quality of life in renal transplant recipients: results of a national survey in France. *Health Qual Life Out J*. 2013; 11(1):88. [DOI:10.1186/1477-7525-11-88] [PMID] [PMCID]
9. Karimi S, Vanaki Z, Bashiri H, Vanaki SA. The effect of Orem self-care ability of patients with colorectal cancer. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2016; 24(2):105-12.
10. Salomé GM, Almeida SAd, Silveira M. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *J Coloproctol*. 2014; 34(4):231-9. [DOI:10.1016/j.jcol.2014.05.009]
11. Marashi SA, Mehrabiyan T. The Relationship of Prayer and Spiritual Health with Self-Esteem of Patients Treated with Hemodialysis in Ilam. *J Military Care Sci*. 2016; 2(4):214-20. [DOI:10.18869/acadpub.mcs.2.4.214]
12. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

13. Beer J. Body image of patients with ESRD and following renal transplantation. *British J Nursing*. 1995; 4(10):591-8. [DOI:10.12968/bjon.1995.4.10.591] [PMID]
14. Wilson R, Brown DR, Boothe MAS, Weng FL. Improving the Delivery of Patient Education about Kidney Transplant in a Transplant Center. *Prog Transplant*. 2012; 22(4):403-12. [DOI:10.7182/pit2012716] [PMID]
15. Munro V, Morello A, Oster C, Redmond C, Vnuk A, Lennon S, et al. E-learning for self-management support: introducing blended learning for graduate students - a cohort study. *BMC Med Educ*. 2018; 18(1):219. [DOI:10.1186/s12909-018-1328-6] [PMID] [PMCID]
16. Mahmoudi M, Asgari P, Bahramnezhad F, Golitaleb M, Rafiei M. The effect of inquiry-based training on nursing students operational skills in clinical setting. *Educ Ethic Nurs*. 2015; 4(3):27-33.
17. Ross DJ. *The Effects of the Teach Back Method on Heart Failure Patients*. Arizona: Grand Canyon University; 2016.
18. Hatefi Moadab N, Elahi N, Moradbeygi K, Fakhri M, Latifi S, Elhami S. Effect of Teach- Back Educational Method on Surgical Anxiety in Primiparous Cesarean Section Women. *J Clin Res Paramed Sci*. 2015; 4(2):169-77.
19. Dalir M, Mashouf S, Esmailpourzanjani S. The Effect of Spiritual Self-Care Education on the Care Burden of Mothers With Children Hospitalized in Intensive Care Units for Open Heart Surgery. *cmja*. 2020; 10 (1) :34-45
20. Salavati M, Khatiban M, Moghadari Koosha B, Soltanian A. Evaluating the effect of teach back education on self-care behaviours and quality of life in patients with myocardial infarction in 2015: A randomised controlled trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2017; 25(1): 1-8. [DOI:10.21859/nmj-25011]
21. Tamura-Lis W. Teach-back for quality education and patient safety. *Urol Nurs*. 2013; 33(6):267-71. [DOI:10.7257/1053-816X.2013.33.6.267] [PMID]
22. Kornburger C, Gibson C, Sadowski S, Maletta K, Klingbeil C. Using "teach-back" to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to improving the discharge process. *J Pediatr Nurs*. 2013;28(3):282-91. [DOI:10.1016/j.pedn.2012.10.007] [PMID]
23. Oshvandi K, Jokar M, Khatiban M, Keyani J, Yousefzadeh MR, Sultanian AR. The effect of self care education based on teach back method on promotion of self care behaviors in type II diabetic patients: a clinical trial study. *Iran J Diabetes Lipid Disord*. 2014; 13(2):131-43.
24. Seyedfatemi N, Heydari M, Hoseini A. Self Esteem and its Associated Factors in Patients with Multiple Sclerosis. *Iran J Nurs*. 2012; 25(78):14-22.
25. Mohammadi N. Sajadi Negad M. Psychometric evaluation of measures concerns about body image questionnaire and test the communication model, BMI, dissatisfaction with body image and self esteem in adolescent girls. *J Psychol Stud*. 2006; 1(3):85-101.
26. Shams s, Hemmati m, Sheikhi n. comparison of the effects of face-to-face and video instructional methods on self-esteem of the patients with hemodialysis. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2015; 13(6):544-52.
27. Poorgholami F, Javadpour S, Saadatmand V, Jahromi MK. Effectiveness of self-care education on the enhancement of the self-esteem of patients undergoing hemodialysis. *Glob J Health Sci*. 2015; 8(2):132-6. [DOI:10.5539/gjhs.v8n2p132] [PMID] [PMCID]
28. Hemmati M, Hashemlo L, Khalkhali H. The effect of implementing orem's self-care model on the self-esteem of elderlies resident of nursing home in Urmia. *Medic-Surg Nurs J*. 2012; 1(1):18-23.
29. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazem Nejad A. The effect of family-centered empowerment in self efficacy and self esteem in patients undergoing coronary bypass graft surgery. *J Res Dev Nurs Midwifery*. 2013; 10(2):44-53.
30. Mulford DL. *Using the teach-back method to improve self-care behaviors*. Virginia: Hampton University; 2016.
31. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. effect of applying continuous care model on self-esteem in hemodialysis patients. *Razi J Med Sci*. 2006; 13(52): 123-34.
32. Ebrahimi H, Navidian A, Keykha R. Effect of supportive nursing care on self esteem of patients receiving electroconvulsive therapy: A randomized controlled clinical trial. *J Caring Sci*. 2014; 3(2):149-56.