

## Effect of Self-Care Education on the Illness Perception in Patients With Hemodialysis: A Randomized Control Trial

Samira Tabiban<sup>1</sup>, Mohammad Ali Soleimani<sup>2</sup>, Human Bakhshandeh<sup>3</sup>, Marzieh Asghari<sup>4\*</sup>

1. Assistant Professor, Department of Nephrology, Heart Research Center of Shahid Rajaei, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
3. Associate Professor, Department of Epidemiology, Heart Research Center of Shahid Rajaei, Tehran, Iran
4. MSc Student in Nursing, Heart Research Center of Shahid Rajaei, Tehran, Iran

---

### Article Info

Received: 2017/08/02  
Accepted: 2017/09/02  
Published Online: 2019/05/22

DOI: 10.30699/sjnhmf.27.2.73

Original Article

Use your device to scan and read the article online



---

### Abstract

**Introduction:** The results of studies have shown that inadequate awareness and self-care of patients with chronic renal failure, leads to an incorrect illness perception in these patients. Considering the importance of this issue, this study aimed to investigate the effect of self-care education in patients undergoing hemodialysis.

**Methods:** This was a simple randomized clinical trial. The statistical society of the study consisted of 120 patients undergoing hemodialysis in dialysis department of Bu-Ali Sinai Hospital in Qazvin from December 2016 to February 2017. The samples were assigned randomly to two groups of control (routine care) and intervention (illness perception intervention). Both groups completed the demographic information questionnaire, illness perception questionnaire before the intervention. The intervention group received self-care education based on illness perception in the patient's bedside and before initiation of dialysis in 3 sessions of 30 minutes. A training booklet was also given at the second session of the patient's delivery, which was provided by the researcher and under the supervision of the professors. Four weeks later, the questionnaire of illness perception was completed by both groups. Data were analyzed using descriptive and analytic statistical tools in SPSS 20.

**Results:** The results of this study showed that there was not a significant difference between the two groups in terms of demographic information, except for the duration of dialysis ( $P < 0.014$ ). The ANOVA test results showed a significant difference in terms of patient's illness perception between the intervention and control group ( $F_{(1, 112)} = 13.88, P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Self-care educational intervention based on illness perception increased the perception of the disease in hemodialysis patients.

**Keywords:** Illness Perception, Self-Care Education, Hemodialysis

---

### Corresponding Information

Marzieh Asghari, MSc. Student in Nursing, Heart Research Center of Shahid Rajaei, Tehran, Iran  
Email: asghary\_marzieh@yahoo.com

---

Copyright © 2019, 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 redistribute of the material just in noncommercial usages with proper citation.

### How to Cite This Article:

Tabiban S, Soleimani MA, Bakhshandeh H, Asghari 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

## بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر درک از بیماری در بیماران تحت درمان با همودیالیز: یک کارآزمایی بالینی

سمیرا طبیبان<sup>۱</sup>، محمدعلی سلیمانی<sup>۲</sup>، هومن بخشنده<sup>۳</sup>، مرضیه اصغری<sup>۴</sup>

۱. استادیار، گروه نفرولوژی، مرکز آموزشی درمانی و پژوهشی قلب شهید رجایی، تهران، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
۳. دانشیار، گروه اپیدمیولوژی، مرکز آموزشی درمانی و پژوهشی قلب شهید رجایی، تهران، ایران
۴. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، مرکز آموزشی درمانی و پژوهشی قلب شهید رجایی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۰۵/۱۱	<p><b>مقدمه:</b> نتایج پژوهش‌های انجام‌شده نشان‌دهنده ناکافی بودن آگاهی و خودمراقبتی در مورد بیماری نارسایی مزمن کلیه است که درک نادرست از بیماری در این بیماران به دنبال دارد. با توجه به اهمیت موضوع، هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی در بیماران تحت درمان با همودیالیز است.</p> <p><b>روش کار:</b> این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده ساده بود. ۱۲۰ نفر بیمار تحت درمان همودیالیز در بخش دیالیز بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین از آذر تا بهمن ۱۳۹۵ قرار گرفتند. نمونه‌ها به روش تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد زوج و فرد به دو گروه کنترل (مراقبت معمول) و مداخله (مداخله درک بیماری) تقسیم شدند. هر دو گروه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خلاصه‌شده درک بیماری قبل از مداخله را تکمیل کردند. گروه مداخله آموزش خودمراقبتی مبتنی بر درک از بیماری را در در سه جلسه ۳۰ دقیقه‌ای قبل از شروع دیالیز بیمار دریافت کرد. علاوه بر این کتابچه‌های آموزشی نیز در جلسه دوم تحویل بیمار داده شد که پژوهشگر زیر نظر اساتید تهیه کرده و در اختیار بیماران قرار داده بود. هر دو گروه ۴ هفته بعد مجدداً پرسشنامه درک از بیماری را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از ابزارهای آماری توصیفی و تحلیلی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.</p> <p><b>یافته‌ها:</b> بین دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک، به جز زمان انجام دیالیز (<math>P &lt; 0/014</math>)، اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون ANCOVA نشان می‌دهد بین درک از بیماری در گروه کنترل و مداخله اختلاف معنی‌داری وجود دارد (<math>P &lt; 0/001</math>)، <math>F_{(1,117)} = 13/88</math>.</p> <p><b>نتیجه‌گیری:</b> مداخله آموزشی خودمراقبتی مبتنی بر درک از بیماری باعث افزایش درک از بیماری در بیماران همودیالیزی می‌شود.</p> <p><b>کلیدواژه‌ها:</b> درک از بیماری، آموزش خودمراقبتی، همودیالیز</p>
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۱۱	
انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۳/۰۱	
<p><b>نویسنده مسئول:</b> مرضیه اصغری</p> <p>کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، مرکز آموزشی درمانی و پژوهشی قلب شهید رجایی، تهران، ایران</p> <p><b>پست الکترونیک:</b> asghary_marzieh@yahoo.com</p>	

### مقدمه

نارسایی مزمن کلیه زمانی اتفاق می‌افتد که کلیه‌ها نتوانند مایعات اضافی و سموم را از بدن دفع کنند و تجمع این مواد در بدن برای ادامه حیات فرد مضر است [۱]. نیاز به درمان جایگزین مانند پیوند یا دیالیز ضروری است [۲]. میزان افزایش افراد مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، که نیاز به دیالیز دارند، در جهان ۸ درصد و در ایران ۱۵ درصد است [۳]. پیش‌بینی می‌شود این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۷/۶ میلیون نفر برسد که بیشترین آمار مربوط به آسیاست [۴]. این بیماران اکثراً افراد فقیر جامعه هستند و نسبت به جمعیت عادی جامعه ۴ تا ۱۰ درصد برابر مرگ‌ومیر بیشتر و ۶ برابر بیشتر از این جمعیت سابقه بستری شدن در بیمارستان را دارند. در آمریکا ۷/۱ درصد از هزینه‌های بهداشتی صرف

این بیماران می‌شود؛ در حالی که فقط ۱/۲ درصد از جمعیت بیماران را تشکیل می‌دهند [۵، ۱]. اگرچه دیالیز درمانی برای بیماران است، ولی این بیماران در طولانی‌مدت دچار عوارضی مانند: بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، ایگوری، خستگی زود هنگام، تنگی نفس، آدم اندام‌ها، کم‌خونی، بی‌تعادلی الکترولیت‌ها و آدم ریه می‌شوند [۶]. بیماران دیالیزی برای درمان باید به چهار عامل اصلی حضور در جلسات دیالیز، استفاده از داروهای تجویز شده، رعایت محدودیت‌های مایع، و رژیم غذایی پایبند باشند [۷].

طبق پژوهش‌های انجام‌شده آمار بالایی از پایبند نبودن به درمان در این بیماران گزارش شده است [۸-۱۰]. به دنبال شناسایی عوامل مؤثر بر پایبندی بیماران به درمان

بهداشتی باید سطح آگاهی، درک از بیماری و پایبندی به درمان بیمار را ارزیابی کنند و منطبق با نیاز او آموزش‌هایی برای، بهبود توانایی و عملکرد، بیمار داشته باشند [۲۳]. با توجه به اهمیت موضوع آموزش، به عنوان تشخیصی مهم که در NANDA آمده است، پژوهشگر تصمیم گرفت پژوهشی با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر درک از بیماری در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام دهد.

### روش بررسی

این پژوهش کارآزمایی بالینی تصادفی شده و جامعه پژوهش بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، که در بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین در سال ۹۵ همودیالیز می‌شدند، بود. حجم نمونه، با انحراف معیار برابر ۴ برای هر دو گروه با فرض آلفا برابر ۰/۰۵، بتا برابر ۰/۱ و مقدار خطای ۳، برابر با ۳۸ نفر بود که برای دقت بیشتر در حجم نمونه تعداد تا ۶۰ نفر در هر گروه افزایش داده شد.

کل بیماران مراجعه‌کننده به مرکز همودیالیز مورد نظر ۳۱۰ نفر بود که برحسب برآورد حجم نمونه ۱۲۰ نفر، به روش تصادفی ساده، انتخاب شدند. به این صورت که لیست بیماران مراجعه‌کننده به مرکز دیالیز به عنوان چهارچوب نمونه‌گیری انتخاب و شماره‌گذاری شد. اعداد فرد به گروه مداخله و اعداد زوج به گروه کنترل تقسیم شد (نمودار کانسورت ۱).

معیار ورود به پژوهش شامل داشتن سن بالای ۱۸ سال، سابقه حداقل ۱۲ ماه همودیالیز، هوشیار و آگاه بودن به زمان و مکان، تمایل به شرکت در پژوهش، حداقل دو جلسه همودیالیز در هفته، توانایی تکمیل پرسشنامه و شرکت در جلسات، نداشتن بیماری روانی شناخته‌شده بر اساس خوداظهاری و سوابق موجود در پرونده بیمار و نداشتن سابقه فوت عزیزان در ۶ ماه اخیر بود. معیار خروج هم شامل بی‌حالی و ضعف یا کاهش سطح هوشیاری، تمایل نداشتن به شرکت در پژوهش در جلسات بعدی مداخله آموزشی، فوت بیمار، ادامه دیالیز در مرکز دیگر، مهاجرت از شهری به شهر دیگر و هر علتی که باعث خروج بیمار از پژوهش بود (نمودار کانسورت ۱).

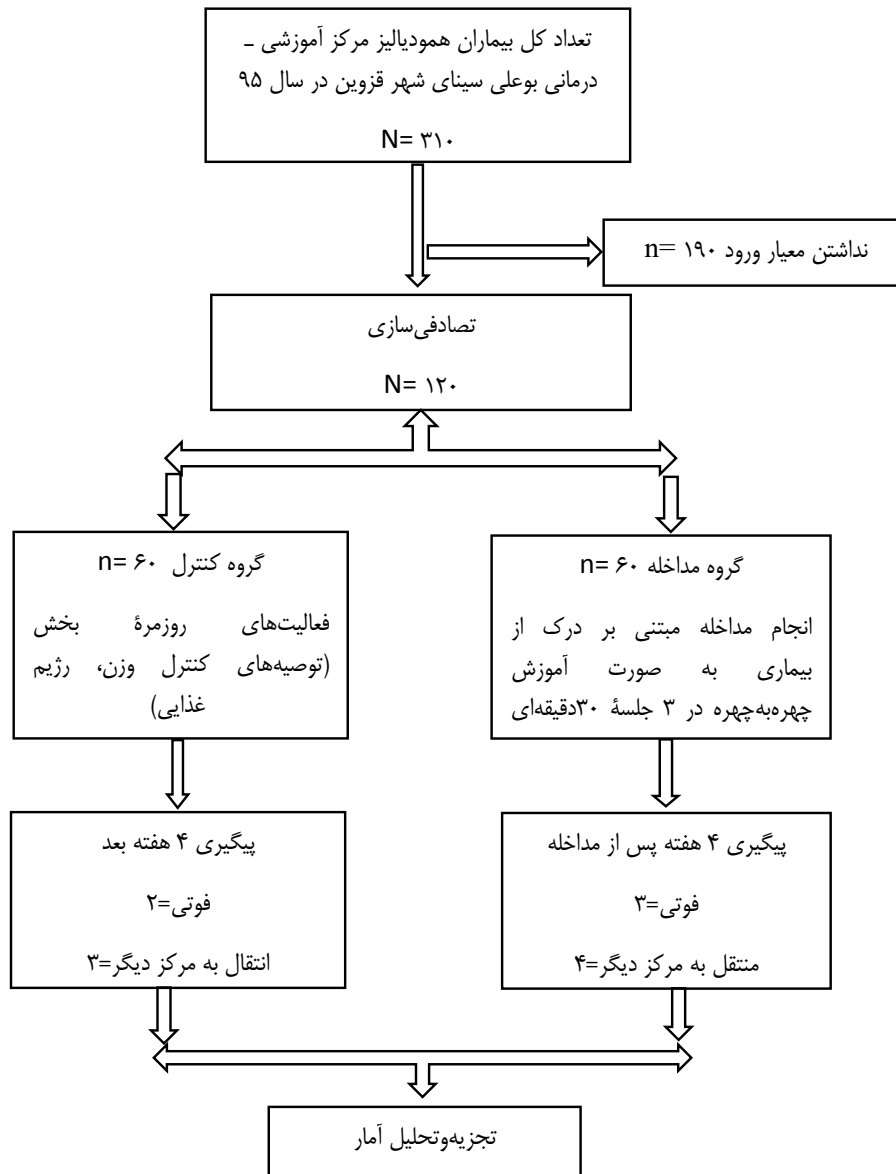
ابزار گردآوری داده‌ها شامل مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا، وضعیت اقتصادی، منبع اصلی درآمد، مدت زمان تشخیص بیماری، تعداد دفعات انجام دیالیز در هفته، حضور در فعالیت‌های

به درک از بیماری اشاره شده است [۷] درک از بیماری در سال‌های اخیر توجه زیادی به خود جلب کرده است. پژوهش‌ها ارتباط بین درک از بیماری و بهبود نتایج بالینی را نشان می‌دهد [۱۱]. درک از بیماری به باورهای بیمار در مورد علائم، عواقب، دوره زمانی، کنترل‌پذیری و علل بیماری اشاره دارد [۱۲]. در رویکرد بیمارمحور برداشت بیماران دیالیزی از بیماری و درمان متفاوت است و درک از بیماری، متأثر از مداخلات افزایش درک، در بهبود نتایج بالینی مؤثر است [۱۳]. اگرچه توسعه و پیشرفت تکنولوژی در خدمات بهداشتی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی را افزایش و بهبود داده است، ولی بیشتر بیماران درک نادرستی از بهبودی، حفظ شرایط زندگی و بیماری خود دارند [۱۴].

کمبود آگاهی و دانش درباره مراقبت از خود در زمینه‌های رژیم غذایی، مصرف مایعات و مراقبت از مسیر عروقی مشکلاتی را در این بیماران ایجاد می‌کند و حتی باعث مرگ آن‌ها می‌شود [۱۵]. با توجه به طولانی‌بودن روند درمان بیماران دیالیزی نیاز به تغییر در سبک زندگی خود برای کنار آمدن و مدیریت بهتر بیماری خود دارند. درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و فعالیت‌های خودمراقبتی نتایج مطلوب را ندارد [۱۶]. برنامه خودمدیریتی مفهوم مهمی در بیماری است و بر هدایت بهداشتی بیماران، با تمرکز بر شناسایی مشکلات در بیماری، تأکید می‌کند. این برنامه به طور گسترده در سراسر جهان پذیرفته شده است [۱۷].

بیماران باید درک درستی از نیازهای خودمراقبتی داشته باشند [۱۸]. ارائه آموزش به بیماران دیالیز برای بهبود بهداشت فردی، فعالیت فیزیکی، سلامت روان و ارتقای کیفیت زندگی با افزایش آگاهی همراه است [۱۹]. طبق نظریه خودمراقبتی اورم افراد باید متکی به خود و مسئول مراقبت از خود باشند. مراقبت از خود شکلی توسعه‌یافته و پیشرفته از پیشگیری و درمان است و یک فرد برای جلوگیری از مشکلات بهداشتی و ارتقای رفتارهای خودمراقبتی به افزایش دانش و آگاهی نیاز دارد [۲۰]. فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران دیالیزی نقش مهمی در استقلال این بیماران دارد [۲۱]. آموزش به بیمار روند توانمندسازی او برای تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد رفتارهای مرتبط با سلامت خود و هدف آن بهبود سلامت با تشویق و انطباق با رژیم‌های درمانی و ارتقای شیوه زندگی سالم همراه با تغییر مثبت رفتار است [۲۲].

نیاز به آموزش و آماده‌سازی در بیماران دیالیزی و خانواده آن‌ها را نباید نادیده گرفت [۶]. ارائه‌دهندگان مراقبت



### نمودار کانسورت ۱. روند انتخاب بیماران در پژوهش RCT

Rasoly و همکاران (۲۰۱۴) با آلفای کرونباخ ۸۶ درصد تعیین شده بود [۲۴]. برای روایی این پرسشنامه در این پژوهش از ۱۰ نفر کارشناس باتجربه (۵ کارشناس ارشد پرستاری، ۲ کارشناس ارشد روان‌پرستاری و ۳ دکترای پرستاری) استفاده شد. همچنین پایایی با آلفای کرونباخ ۸۵ درصد تعیین شد. قبل از امضای فرم رضایت‌نامه در مورد اهداف و روش پژوهش به بیماران توضیح داده شد. از جمله در مورد داوطلبانه بودن و مشارکت در پژوهش که در صورت تمایل نداشتن می‌توانند از پژوهش خارج شوند. اطمینان دادن به آن‌ها در مورد این که مداخله بر درمان‌های رایج تأثیری ندارد و نتیجه این پژوهش به صورت جمعی به آن‌ها اطلاع داده خواهد شد. اطلاعات شخصی بیماران به صورت محرمانه محفوظ است. این

اجتماعی و میزان حمایت اجتماعی) بود. قسمت دوم پرسشنامه درک از بیماری برای سنجش درک بیماری استفاده شد که یک پرسشنامه ۹ سؤالی برای ارزیابی ادراک عاطفی و شناختی بیماری است. ۵ سؤال اول تجسم شناختی بیماری را که شامل پیامدها (سؤال ۱)، طول مدت (سؤال ۲)، کنترل فردی (سؤال ۳)، کنترل درمان (سؤال ۷) و ماهیت (سؤال ۵) و دو سؤال نیز تجسم عاطفی بیماری را بررسی می‌کند که شامل: نگرانی (سؤال ۶) و پاسخ عاطفی (سؤال ۸) است. نمره‌دهی سؤالات از ۰ تا ۱۰ بود. در تفسیر نتایج هر چقدر نمره به ۱۰ نزدیک‌تر بود درک بالای فرد از بیماری را نشان می‌داد. نمره‌دهی سؤالات ۳، ۴ و ۷ به صورت معکوس بود. پایایی این پرسشنامه نیز در جمعیت ایرانی در پژوهش

بررسی شد.

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. برای آمارهای توصیفی (تعداد، میانگین، انحراف معیار) و آزمون آماری برای مقایسه دو گروه از T-test و ANCOVA استفاده شد. سطح معنی‌داری  $P=0/05$  در نظر گرفته و برای توصیف نتایج از شاخص‌های آماری، جدول‌ها، نمودارها استفاده شده است.

### یافته‌ها

جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین سنی ۶۱/۱ سال ( $14/31$ )=انحراف معیار) و محدوده سنی در دو گروه ۱۹ تا ۸۶ سال بود. همچنین بیشتر بیماران مرد ( $59/2$  درصد) ۳۶ نفر و از نظر وضعیت تأهل در دو گروه ( $88/3$  درصد) ۴۸ نفر ازدواج کرده بودند. میانگین زمانی دیالیز ۲/۹۴ ماه و انحراف معیار ۲/۵۱ بود. اطلاعات دموگرافیک در دو گروه نشان می‌دهد اختلاف معنی‌داری از نظر سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح سواد وجود ندارد، اما از نظر مدت زمان انجام دیالیز در گروه کنترل ( $2/37 \pm 1/6$ ) و در گروه مداخله ( $3/5 \pm 3/06$ ) بود که از نظر آماری معنی‌دار است ( $P < 0/014$ ) (جدول ۱).

نتایج نشان می‌دهد بیشترین میزان تحصیلات مربوط به سطح ابتدایی ( $66/7$  درصد) در گروه مداخله و ۶۰ درصد در گروه کنترل) بود و اکثر نمونه‌ها وضعیت اقتصادی متوسط ( $75$  درصد) داشتند، اما از نظر منبع درآمد بیشترین آمار مربوط به بازنشستگان بود ( $45$  درصد). اکثر نمونه‌ها هفته‌ای چهار بار دیالیز می‌شدند. نتایج آماری نشان می‌دهد بیماران هر دو گروه خیلی کم در فعالیتهای اجتماعی از قبیل: پیاده‌روی با دوستان، حضور در مجالس مختلف، برگزاری مجالس شرکت می‌کنند. در هر دو گروه حمایت اجتماعی بسیار کم است. از نظر مصرف مواد هم اکثراً سوءسابقه مصرف ندارند و در میان مواد مصرفی سیگار بیشترین آمار ( $13$  درصد) را دارد. بیشتر نمونه‌ها سابقه بیماری فشارخون بالا (گروه کنترل  $66/7$  درصد و گروه مداخله  $73/3$  درصد)، بیماری دیابت (گروه مداخله  $55$  درصد و گروه مداخله  $46/7$  درصد) و بیماری قلبی (گروه کنترل  $30$  درصد و گروه مداخله  $25$  درصد) داشتند (جدول ۱). نتایج حاصل از یافته‌های دو گروه در جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت مشهودی در درک از بیماری گروه مداخله وجود دارد ( $P < 0/001$ ،  $F(1, 112) = 13/88$ ) (نمودار خطی ۱ و جدول ۲).

پژوهش در کمیته اخلاق و پژوهش مرکز قلب شهید رجایی تصویب (Rhc.ac.ir.1395.24) و در مرکز کارآزمایی بالینی با کد IRCT2016103130609N1 ثبت شد.

پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه هر دو گروه پرسشنامه‌های مربوط به اطلاعات دموگرافیک و درک بیماری، به روش مصاحبه، را تکمیل کردند. پژوهشگر، به علت زیاد بودن سؤالات و خسته‌شدن بیمار، سؤالات را برای بیمار خوانده و سپس جواب را تکمیل می‌کرد. پژوهشگر برای ارائه آموزش به مددجویان، طی ۳ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، به صورت چهره‌به‌چهره و فردی، پس از کسب اجازه از بیمار، مداخله درک از بیماری را شروع می‌کرد. در جلسه اول آموزش بر اساس ۵ بعد درک بیماری و همچنین تأثیری که درک بیماری بر پیامدهای روان‌شناختی دارد پایه‌ریزی شده بود. این ابعاد عبارت بود از: ۱. ماهیت بیماری (برچسب و علائم مربوط به بیماری مانند: خستگی، ضعف، دفورمیتی اندام)؛ ۲. علت آغاز بیماری؛ ۳. مدت زمان یا درک فرد در مورد طول بیماری؛ ۴. پیامد و یافته‌های مورد انتظار فرد از بیماری؛ ۵. مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود بیماری.

برای مداخله درک از بیماری از تکنیک‌های خودکنترلی، تشویق کلامی و طراحی هدف (مثل افزایش وزن بین جلسات همودیالیز)، بازخورد و ارزیابی رفتارها، استفاده از تجربیات افراد موفق در زمینه بیماری استفاده شد. به بیمار گفته شد که پژوهشگر دو ماه در بخش دیالیز در تمامی شیفت‌ها حضور دارد و در صورت داشتن هر گونه سؤال می‌تواند با پژوهشگر مطرح کند.

در جلسه دوم پس از مرور آموزش‌های جلسه قبل از بیمار خواسته شد تا از احساسات و ابهامات بیماری خود صحبت کند. مداخلات منحصربه‌فرد و بر اساس نیاز بیمار تنظیم شد. آموزش برای تغییر درک نادرست، که ممکن بود نسبت به بیماری داشته باشد، طراحی شد. به بیماران گفته شد در صورتی که سؤالی از جلسه قبل بی‌پاسخ مانده است از پژوهشگر بپرسد. در انتهای جلسه دوم کتابچه آموزشی شامل شناسایی و تعریف بیماری، مواردی که بیماران در رژیم غذایی باید رعایت کنند، فعالیت، ورزش، توضیح مختصر در مورد یافته‌های آزمایشگاهی و توصیه‌های روان‌شناسی در مورد اضطراب و امید که پژوهشگر زیر نظر متخصصان در زمینه پژوهش تهیه و تنظیم کرده بود در اختیار بیمار قرار گرفت. در جلسه سوم (ارزشیابی) از جلسه قبل در مورد جلسه پایانی به بیمار اطلاع داده شده بود. ابتدا آموزش‌های گذشته مرور سپس در مورد تأثیر آموزش‌ها و تجربیات جدید از بیمار سؤال و مشکلات و موانع برای هر بیمار

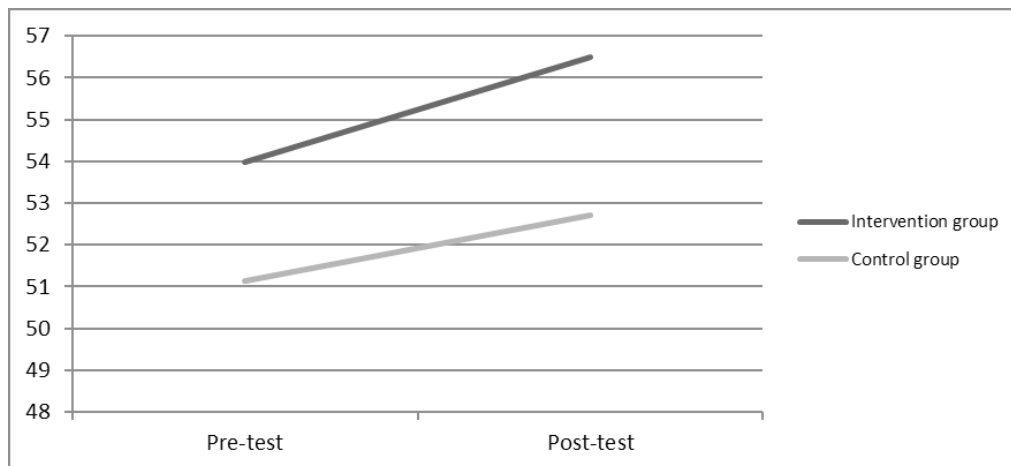
جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی بیماران تحت همودیالیز در دو گروه کنترل و مداخله مرکز بوعلی سینای شهر قزوین در سال ۱۳۹۵

مشخصات فردی	گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	سطح معنی داری
جنس	مرد	۳۵(۵۸/۳)	۰/۸۵۳
	زن	۲۵(۴۱/۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۶(۱۰)	۰/۵۳۸
	متأهل	۴۷(۷۸/۳)	
	بیوه	۶(۱۰)	
تحصیلات	جداشده	۱(۱/۷)	۰/۳۳۱
	بیسواد	۱۸(۳۰)	
	ابتدایی	۴۰(۶۶/۷)	
سن	دانشگاه	۲(۳/۳)	۰/۴۸۵
		۶(۱۰)	
مدت تشخیص دیالیز	۵۹/۱۸(۱۴/۵۳)	۶۱/۰۲(۱۴/۱۶)	۰/۰۱۴

جدول ۲. توزیع فراوانی میانگین و انحراف معیار متغیر پژوهش قبل و بعد از آزمون در دو گروه کنترل و مداخله

درک بیماری	گروه مداخله	گروه کنترل	سطح معناداری بین گروهها
میانگین (انحراف معیار)	۵۳/۹۷(۶/۰۰)	۵۱/۱۳(۵/۹۸)	۰/۰۱۱ ، ۲/۸۳ <sup>a</sup>
میانگین (انحراف معیار)	۵۶/۴۹(۳/۷۸)	۵۲/۷۲(۶/۱۴)	
اختلاف میانگین	-۲/۵۸(۶/۸۷)	-۱/۵۵(۶/۹۰)	۱۳/۸۸ <sup>b</sup> ، < ۰/۰۰۱
سطح معناداری	-۲/۹۱ ، ۰/۰۰۵	-۱/۵۲ ، ۰/۱۳۴	

a=آزمون تی مستقل؛ b=آزمون ANCOVA؛ مدت زمان انجام دیالیز کواریانت



نمودار خطی ۱. درک از بیماری در دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از آزمون



بررسی کردند. نتایج ارتباط بین درک از بیماری و صلاحیت خودمراقبتی در این بیماران را نشان می‌دهد [۲۷].

از محدودیت‌های این پژوهش سروصدای موجود در بخش است که در فرآیند آموزش بر بیمار تأثیرگذار بود و توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی آموزش در محیطی آرام و بدون آلودگی صوتی انجام شود. توصیه می‌شود این پژوهش بر دیگر بیماری‌های مزمن مانند: بیماران قلبی، بیماران آسیب نخاعی و بیماران MS انجام شود.

### نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت افزایش آگاهی خودمراقبتی در بیماران و تأثیری که بر درک بیماری در این بیماران دارد توصیه می‌شود با درگیرکردن بیمار در روند درمان و افزایش آگاهی در زمینه درک بیماری شاهد کاهش پیامدهای پرهزینه در این بیماران باشیم.

### سپاسگزاری

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مراقبت ویژه است. از معاونت محترم پژوهشی مرکز قلب شهید رجایی که هزینه‌های اجرای این پژوهش را تأمین کرده‌اند تقدیر و تشکر می‌کنیم (Rhc.ac.ir.1395.24). همچنین از اساتید و کاکنان محترم بخش دیالیز بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین، بیماران بخش دیالیز و همه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند تقدیر و تشکر می‌کنیم.

### تعارض درمنافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

هدف این پژوهش افزایش درک از بیماری در بیماران تحت درمان با همودیالیز از طریق آموزش خودمراقبتی بود. نتایج نشان داد مداخله افزایش آموزش خودمراقبتی مبتنی بر درک از بیماری باعث افزایش درک از بیماری در بیماران گروه مداخله می‌شود. با توجه به اهمیت درک از بیماری هیچ پژوهشی برای افزایش درک در این بیماران با آموزش خودمراقبتی یافت نشد، ولی پژوهش‌هایی در زمینه اهمیت درک و خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن انجام شده است. نتایج پژوهش Park و همکاران (۲۰۱۰)، که با هدف تأثیر برنامه آموزش خودمراقبتی در بیماران دیالیزی به صورت فردی انجام شد، نشان‌دهنده تأثیر و بهبود فعالیت خودمراقبتی در این بیماران بود [۲۵]. نتایج پژوهش Jayanti و همکاران (۲۰۱۶) که به تأثیر مدل خودمراقبتی در بیماران دیالیزی پرداخته‌اند، نشان می‌دهد با افزایش درک بیماری بیماران کنترل بیشتری بر دفعات دیالیز، رعایت رژیم غذایی و مایعات دارند و همچنین طولانی‌بودن بیماری و پیگیری درمان را باور دارند [۲۱]. نتایج پژوهش Griva و همکاران (۲۰۱۰) که با عنوان ارزیابی درک بیماری، درمان و افسردگی در بیمارانی که در خانه دیالیز می‌شوند در مقایسه با بیمارانی که در بیمارستان دیالیز می‌شوند، نشان می‌دهد مزایای مراقبت از خود در دیالیز به طور یکنواخت ظاهر نمی‌شود و تشخیص بیماری عامل تعیین‌کننده در افسردگی و پیامدهای بالینی بیماران دیالیزی است [۲۶]. در پژوهشی هم که برای اهمیت درک از بیماری توسط Chilocot و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد به درک از بیماری به عنوان عامل مهم در پیش‌بینی طیف وسیعی از پیامدهای بالینی و روانی مانند: افسردگی، پایبندنبودن به درمان و حتی بقا اشاره شده است. طبق این پژوهش درک شخص از بیماری بالقوه قابل تغییر است و به انجام مداخلات برای بهبود پیامدهای بالینی و روانی توصیه شده است [۱۲].

در پژوهش دیگری که توسط Choi و همکاران (۲۰۱۲) انجام شد به اهمیت آموزش چهره‌به‌چهره، آگاهی‌دادن و تأثیرات برنامه خودمراقبتی در بیماران با نارسایی مزمن کلیه قبل از دیالیز تأکید شده است و به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در ارائه آموزش و مشاوره طبق نیازهای فردی توصیه شده است [۲۳]. Larsen و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی، بر بیماران پسوریازیس مبتلا به اختلال هیجانی، ارتباط بین درک از بیماری و صلاحیت خودمراقبتی را

## References

1. Gray KS, Cohen DE, Brunelli SM. In-center hemodialysis absenteeism: prevalence and association with outcomes. *Clinico Economics and Outcomes Research*. 2017; 9:307-315.
2. Hudson JL, Moss-Morris R, Game D, Carroll A, McCrone P, Hotopf M, et al. Improving distress in dialysis (iDiD): a feasibility two-arm parallel randomised controlled trial of an online cognitive behavioural therapy intervention with and without therapist-led telephone support for psychological distress in patients undergoing haemodialysis. *BMJ Open*. 2016; 6(4):e011286.
3. Heidarzadeh M, Atashpeikar S, Jalilazar T. Relationship between Quality of life and self care ability in patients receiving hemodialysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2010; 15(2).
4. Feng L, Jin AZ, Allen JC, Chow KY, Jafar TH. Timing of commencement of maintenance dialysis and mortality in young and older adults in Singapore. *BMC nephrology*. 2017;18(1):176.
5. Krumholz HM, Nuti SV, Downing NS, Normand S-LT, Wang Y. Mortality, hospitalizations ,and expenditures for the Medicare population aged 65 years or older, 1999-2013. *JAMA*. 2015; 314(4):355-365.
6. Chutel P, Youtham PJ, Kumawat S. An Exploratory Study To Assess The Effectiveness Of Self Structured Module On Renal Care Among Staff Nurses Taking Care Of Patients Undergoing Dialysis In Medical Wards Of Tertiary Level Hospital In Indore. *International Journal of Nursing and Medical Science (IJNMS)*. 2015; 4(3):419-439.
7. Kim Y, Evangelista LS. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 2010; 37(3):271.
8. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM, Cole SA. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2002; 17(1):93-9.
9. Lee S-h, Molassiotis A. Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *International journal of nursing studies*. 2002; 39(7):695-704.
10. Durose CL, Holdsworth M, Watson V, Przygodzka F. Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *Journal of the American Dietetic Association*. 2004; 104(1):35-41.
11. Parfeni M, Nistor I, Covic A. A systematic review regarding the association of illness perception and survival among end-stage renal disease patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2013; 28(10):2407-2414.
12. Chilcot J, editor *The importance of illness perception in end-stage renal disease: associations with psychosocial and clinical outcomes*. *Seminars in dialysis*; 2012: Wiley Online Library.
13. Jansen DL, Heijmans MJ, Rijken M, Spreuwenberg P, Grootendorst DC, Dekker FW, et al. Illness perceptions and treatment perceptions of patients with chronic kidney disease: different phases, different perceptions? *British journal of health psychology*. 2013; 18(2):244-262.
14. Bae J, Park H, Kim S, Bang J. Factors influencing depression in patients with chronic renal failure. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011; 20(3):261-270.
15. Klang B, Björvell H, Clyne N. Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge. *Journal of advanced nursing*. 1999; 29(4):869-876.
16. Cowen PS, Moorhead S. *Current issues in nursing*: Elsevier Health Sciences; 2014.
17. Lorig KR, Hurwicz M-L, Sobel D, Hobbs M, Ritter PL. A national dissemination of an evidence-based self-management program: a process evaluation study. *Patient education and counseling*. 2005; 59(1):69-79
18. Kallenbach JZ. *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*: Elsevier Health Sciences; 2015.
19. Ghadam MS, Poorgholami F, Jahromi ZB, Parandavar N, Kalani N, Rahmanian E. Effect of Self-Care Education by Face-to-Face Method on the Quality of Life in Hemodialysis Patients (Relying on Ferrans and Powers Questionnaire). *Global journal of health science*. 2016; 8(6):121.
20. Alligood MR. *Nursing theorists and their work*: Elsevier Health Sciences; 2014.
21. Jayanti A, Foden P, Wearden A, Mitra S. Illness Beliefs in End Stage Renal Disease and Associations with Self-Care Modality Choice. *PloS one*. 2016; 11(7):e0154299.
22. Bellamy R. *An introduction to patient education: theory and practice*. *Medical teacher*. 2004; 26(4):359-65.
23. Choi ES, Lee J. Effects of a face-to-face self-management program on knowledge, self-



- care practice and kidney function in patients with chronic kidney disease before the renal replacement therapy. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2012; 42(7):1070-1078.
24. Seyyedrasoly A, Rahimi Z. Effect of Illness Perception Promoting Intervention on Quality of Life of Hemodialysis patients: a Clinical Trial. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*. 2014; 3(2):1-12.
25. Park H-M, Lee H-S. Effects of empowerment education program for hemodialysis patients on self-efficacy, self-care agency, self-care activities and physiologic parameters. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2010; 13(2):151-160.
26. Griva K, Davenport A, Harrison M, Newman S. An evaluation of illness, treatment perceptions, and depression in hospital-vs. home-based dialysis modalities. *Journal of psychosomatic research*. 2010; 69(4):363-370.
27. Larsen MH, Krogstad AL, Wahl AK. Alexithymia, Illness Perception and Self-management Competency in Psoriasis. *Acta dermato-venereologica*. 2017.