

بررسی توان خودمراقبتی بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان بوعلی اردبیل در سال ۱۳۹۲

نازیلا وثوقی^۱، قاسم ابوطالبی^{۲*}، دکتر منصوره کریم الهی^۳

- ۱- مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
 ۲- مربی گروه پرستاری، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
 ۳- دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

پذیرش: ۹۴/۴/۴

دریافت: ۹۳/۱۲/۱۹

چکیده:

مقدمه: خودمراقبتی نقش مهمی در مدیریت مراقبت بیماران نارسایی مزمن کلیه دارد. هدف مطالعه حاضر تعیین توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز است.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی است ۱۳۹ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز در بیمارستان بوعلی اردبیل (در تیرماه سال ۱۳۹۲) واجد شرایط لازم برای شرکت در مطالعه، بصورت سرشماری وارد مطالعه شدند. داده‌ها به روش مصاحبه و با استفاده از شکل تعدیل یافته نسخه چینی ابزار ارزیابی توان مراقبت از خود *Chinese modified (version of appraisal self-care agency)* جمع آوری گردید. این ابزار دارای ۱۱ گویه درباره مشخصات جمعیت شناختی و ۲۸ گویه برای سنجش توان خودمراقبتی است. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمونهای آماری تی مستقل و تحلیل واریانس انجام گرفت.

یافته‌ها: توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش با میانگین و انحراف معیار $8/2 \pm 61/46$ در حد متوسط بود. عواملی از قبیل سن ($P > 0/001$)، وضعیت تحصیلات ($P > 0/000$) و وضعیت تاهل ($P = 0/02$) و محل سکونت ($P = 0/009$) ارتباط معناداری با توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش داشتند.

نتیجه نهایی: در این پژوهش بیماران نارسایی مزمن کلیه از وضعیت خودمراقبتی مطلوبی برخوردار نبودند. در راستای حفظ و ارتقای زندگی و پیشگیری از عوارض بیماری، ضروری است مسئولیت مراقبت از خود، به بیماران واگذار گردد. نتایج این پژوهش می‌تواند به برنامه ریزان بهداشتی و پرستاران در طراحی برنامه‌های آموزش خودمراقبتی برای بیماران نارسایی مزمن کلیه بصورت هدفمند و متناسب با نیاز و سطح توان خودمراقبتی بیماران کمک نماید

کلیدواژه‌ها: بیماران / بیمارستان / خودمراقبتی / همودیالیز

*نویسنده مسئول: قاسم ابوطالبی؛ مربی گروه پرستاری، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

Email: abotalebi.ghasem@yahoo.com

مقدمه:

مراقبت از خود می گردند (۱۱). بالطبع هرگونه محدودیت در فعالیتهای خودمراقبتی می تواند ارتباط مستقیمی با مرگ و میر بیماران داشته باشد (۲) میزان توان خودمراقبتی بیماران همودیالیزی در مطالعات انجام شده در مناطق مختلف جهان متفاوت گزارش شده است. در مطالعه آلگرا و همکاران (۲۰۱۳) در کلمبیا تنها ۶۰٪ بیماران وضعیت خودمراقبتی مناسب داشتند (۱۲). در مطالعه آنسار و همکاران (۲۰۰۷) در ترکیه توان خودمراقبتی بیماران در حد متوسط گزارش گردید (۹). مطالعات محدودی در رابطه با خودمراقبتی بیماران همودیالیزی در ایران انجام شده است در مطالعه آتش پیکر و همکاران (۲۰۱۱) در آذربایجان که با استفاده از پرسشنامه‌ای محقق ساخته انجام گردید توان خودمراقبتی ۷۸/۳٪ واحدهای پژوهش مطلوب گزارش شده است (۱۱). با توجه به اینکه بر اساس تئوری خودمراقبتی اورم، خودمراقبتی وابسته به فرهنگ می‌باشد و فرهنگ برماهیت نیازهای مراقبت از خود و طریقه برآوردن آن تاثیر گذار می باشد (۸) و تاکنون هیچ مطالعه ای در زمینه فرهنگی اجتماعی اردبیل در رابطه با خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه انجام نشده این مطالعه با هدف تعیین توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی مرمز کلیه شهرستان اردبیل که تحت درمان با همودیالیز بودند انجام گرفت تا بتوان اطلاعات بهتری از وضعیت خودمراقبتی این بیماران بدست آورد.

روش کار:

پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی- مقطعی است که در آن توان خودمراقبتی بیماران همودیالیزی مورد بررسی قرار گرفت. کلیه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان بوعلی اردبیل (تیرماه سال ۱۳۹۲)، که واجد شرایط لازم برای شرکت در مطالعه بودند (۱۳۹ نفر) بصورت سرشماری وارد مطالعه شده و مورد بررسی قرار گرفتند. معیار ورود به مطالعه شامل سن ۷۵-۱۸ سال، گذشت حداقل شش ماه از شروع دیالیز، رضایت برای شرکت در مطالعه، هوشیاری به زمان، مکان، شخص و نداشتن مشکلات شنوایی، گفتاری و روانی بود. تعداد کل جامعه پژوهش در این مطالعه ۱۵۵ نفر بود که ۷ نفر بعلت سابقه همودیالیز کمتر از شش ماه، ۴ نفر بعلت سن بالای ۷۵ سال و ۵ نفر بعلت عدم همکاری از مطالعه خارج شدند. ابزار مورد استفاده در

میزان شیوع و بروز نارسایی مزمن کلیوی بطور چشم گیری در سراسر دنیا در حال افزایش است (۱). بر اساس گزارشات سالانه سیستم اطلاع رسانی کلیه در امریکا میزان بروز این بیماری طی سالهای ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۹ از تعداد ۳۳۷ نفر به ۳۵۵/۴ نفر در میلیون افزایش یافته است (۲). این میزان در تایوان برابر ۳۴۷ مورد و میزان شیوع آن ۲۴۴۷ مورد در یک میلیون نفر بوده است (۳). این بیماری با بستری شدن مداوم در بیمارستان (۴) کاهش کیفیت زندگی، مرگ و میر بالا و هزینه های درمانی بسیار سنگین همراه است (۵). آمار دقیقی درباره تعداد بیماران همودیالیزی در ایران در دسترس نیست. در حال حاضر همودیالیز رایج ترین روش درمان در نارسایی مزمن کلیه می باشد (۵) بیماران نارسایی مزمن کلیه همزمان با انجام دیالیز تحت یک رژیم پیچیده درمانی و تغییرات وسیع و اساسی در سبک زندگی شان قرار می گیرند که منجر به محدودیت هایی در عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی این بیماران می گردد (۶). در راهنمای مرکز خدمات مراقبت طبی و پزشکی امریکا در سال ۲۰۰۸ بیماران تحت درمان با دیالیز بعنوان عضوی از تیم مراقبتی و مشارکت کننده کامل در مراقبت از خود در نظر گرفته می شوند بر مبنای این تعریف در مراقبت از این بیماران بجای تمرکز بر واژه های تمکین و پایبندی، باید به خودمراقبتی بیمار تاکید شود که بوجود آورنده پارادایمی جدید در مراقبت از بیماران دیالیزی می باشد. (۷). اورم مراقبت از خود را شامل فعالیتهایی می داند که افراد به سهم خود در جهت حفظ زندگی، سلامتی، خوب بودن خود انجام می دهند (۸) فعالیتهای خودمراقبتی در بیماران دیالیزی می تواند نقش بسیار چشم گیری در سازگاری بیماران با فرایند بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی (۹)، کاهش دفعات بستری و طول مدت بستری شدن در بیمارستان، کاهش هزینه های درمانی و مرگ و میر بیماران، ایفاء نماید (۷).

مطالعات انجام شده بیانگر آن است که افراد دارای توان خودمراقبتی مطلوب، پتانسیل بیشتری برای بازتوانی و حفظ استقلال خود دارند (۱۰). علیرغم نقش خودمراقبتی در مدیریت بیماری نارسایی مزمن اکثر این بیماران بعلت رژیم های پیچیده درمانی و محدودیت های جسمی، روانی اجتماعی ناشی از بیماری دچار محدودیت هایی در

۷۵/۱)، متوسط (۷۵-۵۰/۱) و ضعیف (≥ 50) تقسیم بندی گردید.

تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS/19 و روش های آمار توصیفی و آزمون های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه جهت مقایسه میانگین ها در سطح معنی داری $P < 0/05$ انجام گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون آماری کولموگراف اسمیرنوف استفاده گردید.

یافته‌ها:

در بررسی ویژگیهای فردی ۶۱/۹٪ (۸۶ نفر) مذکر و ۳۸/۱٪ (۵۳ نفر) مونث بودند. ۸۴/۹٪ (۱۱۸ نفر) شهری و ۱۵/۱٪ (۲۱ نفر) روستایی بودند. میانگین سن واحدهای پژوهش $13/26 \pm 54/62$ و میانگین سابقه دیالیز $3/55 \pm 3/54$ سال بود. ۹۳/۵٪ (۱۳۰ نفر) متاهل و ۶/۵٪ (۹ نفر) مجرد بودند. ۵۹/۷٪ (۸۳ نفر) بی سواد و ۴۰/۳٪ (۵۶ نفر) با سواد بودند. ۹۵/۷٪ (۱۳۳ نفر) در آمد کمتر از هزینه و ۴/۳٪ (۶ نفر) درآمد برابر با هزینه داشتند.

در بررسی پایبندی به رژیم دارویی ۹۳/۵٪ (۱۳۰ نفر) داروهای شان را بطور منظم مصرف می کردند. ۳۸/۸٪ (۵۴ نفر) دارای بیماری زمینه ای دیگر غیر از نارسایی مزمن کلیه بودند. ۸۲٪ (۱۱۴ نفر) در رابطه با مراقبت از خود آموزش دیده بودند.

جدول ۱ بیانگر وضعیت توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش می باشد. در این پژوهش میانگین توان خود-مراقبتی واحدهای پژوهش $61/46 \pm 8/2$ بود. تنها ۴/۳٪ واحدها (۶ نفر) دارای سطح توان خودمراقبتی خوب بودند.

جدول ۱: سطح توان خودمراقبتی واحدهای شرکت کننده در مطالعه

سطح توان خودمراقبتی	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	میانگین کل توان مراقبت از خود
خوب	۶	۴/۳	۸۱/۱۹	۶/۶	
متوسط	۱۲۲	۸۷/۸	۶۱/۹	۴/۱۱	$61/46 \pm 8/2$
ضعیف	۱۱	۷/۹	۴۵/۹	۷/۶۹	

بین واحدها نشان داد ($P=0/001$). در بررسی توان خود مراقبتی بر حسب وضعیت تحصیلات، واحدهای پژوهش دارای مدرک دیپلم و بالاتر با میانگین $68/99 \pm 8/90$ توان خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر واحدها داشتند و آزمون آنالیز واریانس یکطرفه اختلاف آماری معنی داری را بین واحدهای دارای مدرک دیپلم و بالاتر با سایر واحدها

این پژوهش شکل تعدیل یافته نسخه چینی مقیاس ارزیابی توان خودمراقبتی است. این ابزار ابتدا در سال ۱۹۸۹ توسط اورز و همکاران طراحی گردید و دارای ۲۴ گویه است که هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت دارای درجه بندی ۱ تا ۵ است. نسخه چینی این ابزار با ۲۶ گویه در سال ۲۰۰۳ توسط فاک و ونگ طراحی گردید ابزار مورد استفاده در این مطالعه شکل تعدیل یافته نسخه چینی ابزار می باشد و شامل دو قسمت است قسمت اول شامل ۱۱ گویه درباره مشخصات فردی و اطلاعات بیماری درمان بیماران همودیالیزی است. قسمت دوم شامل ۲۸ گویه است که به سنجش توان خودمراقبتی بیماران می پردازد. بالاترین نمره قابل کسب در این ابزار ۱۴۰ می باشد که نشانگر درجات بالای توان خودمراقبتی می باشد. اعتبار علمی ابزار به روش اعتبار محتوی مورد تأیید قرار گرفت. ابتدا ابزار بصورت ساده و روان به فارسی ترجمه گردید و سپس در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل قرار گرفت و پس از جمع آوری و اعمال نظرات آنها ابزار نهایی تهیه گردید. پایایی ابزار به روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی اسپیرمن ۰/۸۵ مورد تأیید قرار گرفت. همسانی درونی ابزار نیز با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ مورد تأیید قرار گرفت. برای تکمیل پرسشنامه از روش مصاحبه استفاده گردید. در این مطالعه برای تعیین سطح توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش ابتدا نمرات خام بدست آمده بر مبنای ۱۰۰ محاسبه گردید سپس برحسب نمرات بدست آمده، توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش به سه سطح خوب (۱۰۰-)

جدول ۲ توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش را برحسب عوامل تاثیرگذار بر آن نشان می دهد. در بررسی توان خود مراقبتی بر حسب سن، واحدهای پژوهش با سن ۳۰ سال و کمتر با میانگین $11/67 \pm 64/30$ ، توان خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر واحدها داشتند و آزمون آنالیز واریانس یکطرفه اختلاف آماری معنی داری را

آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی داری را بین دو گروه نشان داد ($p=0/02$). در بررسی توان خود مراقبتی بر حسب میزان درآمد، واحدهای پژوهش با درآمد ماهانه برابر با هزینه کرد با میانگین $9/11 \pm 62/61$ توان خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر واحدها داشتند ولی آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی داری را بین واحدها نشان نداد. در بررسی توان خود مراقبتی بر حسب سابقه دیالیز، واحدهای پژوهش با سابقه دیالیز بیش از ۱۰-۶ سال با میانگین $6/27 \pm 62/51$ توان خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر واحدها داشتند. ولی آزمون آنالیز واریانس یکطرفه اختلاف آماری معنی داری را بین واحدها نشان نداد.

نشان داد ($p=0/000$). در بررسی توان خود مراقبتی بر حسب جنس، مردان با میانگین $7/83 \pm 62/26$ توان خودمراقبتی بهتری نسبت به زنان داشتند ولی آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی داری را بین زنان و مردان نشان نداد. در بررسی توان خود مراقبتی بر حسب محل سکونت، واحدهای پژوهش شهری با میانگین $8/56 \pm 62/01$ توان خودمراقبتی بهتری نسبت به واحدهای پژوهش روستایی داشتند و آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی داری را بین دوگروه نشان داد ($p=0/009$). در بررسی توان خود مراقبتی بر حسب وضعیت تاهل، واحدهای پژوهش مجرد با میانگین $12/01 \pm 71/66$ توان خودمراقبتی بهتری نسبت به واحدهای متاهل داشتند و

جدول ۲: مقایسه میانگین توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش بر حسب عوامل تاثیر گذار

عامل	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	نوع آزمون	آماره آزمون	درجه آزادی	سطح معنی داری
سن (سال)								
$30 \geq$	۸	۵/۸	۶۸/۳۰	۱۱/۶۷				
۳۱-۴۵	۲۹	۲۰/۹	۶۵/۰۹	۷/۳۲	آنالیز واریانس	۵/۶۶	۳	۰/۰۰۱
۴۶-۶۰	۴۶	۳۳/۱	۶۰/۵۲	۷/۶۹	یکطرفه			
۶۱-۷۵	۵۶	۴۰/۳	۵۹/۳۸	۷/۵۴				
وضعیت تحصیلات								
بی سواد	۸۳	۵۹/۷	۵۸/۶۲	۶/۹۳	آنالیز واریانس	۳/۶۸	۲	۰/۰۰۰
زیردیپلم	۳۴	۲۴/۵	۶۳/۵۵	۶/۹۹	یکطرفه			
دیپلم و بالاتر	۲۲	۱۵/۸	۶۸/۹۹	۸/۹				
جنس								
مذکر	۸۶	۶۱/۹	۶۲/۲۶	۷/۸۳	تی مستقل	۰/۱۷	۱۳۷	۰/۱۴
مونث	۵۳	۳۸/۱	۶۰/۱۷	۸/۶۹				
محل سکونت								
شهر	۱۱۸	۸۴/۹	۶۲/۰۱	۸/۵۶	تی مستقل	۶/۵	۱۳۷	۰/۰۰۹
روستا	۲۱	۱۵/۱	۵۸/۴	۴/۸۹				
وضعیت تاهل								
متاهل	۱۳۰	۹۳/۵	۶۰/۷۶	۷/۴۳	تی مستقل	۳/۶۸	۱۳۷	۰/۰۲
مجرد	۹	۶/۵	۷۱/۶۶	۱۲/۰۱				
سطح درآمد ماهانه								
کمتر از هزینه کرد	۱۳۳	۹۵/۷	۶۱/۴۱	۸/۱۹	تی مستقل	۰/۰۰۹	۱۳۷	۰/۷۲
برابر هزینه کرد	۶	۴/۳	۶۲/۶۱	۹/۱۱				
سابقه همودیالیز (سال)								
$5 \geq$ سال	۱۰۸	۷۷/۷	۶۱/۱۷	۸/۶۵	آنالیز واریانس	۰/۳	۲	۰/۷۳
۶-۱۰	۲۵	۱۸	۶۲/۵۱	۶/۲۷	یکطرفه			
$10 <$	۶	۴/۳	۶۲/۳۸	۷/۵۴				

بحث:

توان خودمراقبتی بیماران همودیالیزی در این مطالعه در حد متوسط بود که با نتایج مطالعه آنسار و همکاران در ترکیه هماهنگ بود (۹). اورم در تئوری خود تاکید می کند که رفتار خودمراقبتی افراد تحت تاثیر دانش سلامتی افراد قرار می گیرد و هرچه سواد و دانش سلامتی افراد بیشتر باشد توانایی آنها برای مراقبت از خود بیشتر است (۸). در این مطالعه به نظر می رسد یکی از عوامل مهم دخیل در متوسط بودن توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش بی سواد اکثریت واحدهای شرکت کننده در مطالعه باشد.

بر اساس یافته های پژوهش، سن عامل تاثیر گذاری بر توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش بود و واحدهای جوان تر از توان خودمراقبتی بهتری برخوردار بودند. در مطالعه آتش پیکر و همکاران نیز نتایج مشابه بود (۱۱). در مطالعه آنگرا و همکاران، واحدهای با سن بالاتر توان خودمراقبتی بیشتری داشتند (۱۲). به نظر می رسد علت ارتباط سن با توان خودمراقبتی در این باشد که واحدهای پژوهش با سن پایین نسبت به واحدهای دیگر کمتر به بیماریهای مزمن دیگر و محدودیت های جسمی ناشی از آنها مبتلا بودند به همین خاطر توانایی آن در برآوردن نیازهای مراقبت از خود بهتر بود همچنین واحدهای مسن تر در مقایسه با واحدهای با سن کم بعلت ابتلا به بیماریهای زمینه ای دیگر، پیچیدگی بیشتری در نیازهای خودمراقبتی برخوردار بود که رفتارهای خودمراقبتی آنان را تحت تاثیر قرار می داد.

این مطالعه ارتباط معناداری را بین تحصیلات و توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش نشان داد واحدهای با سواد یا دارای سطح تحصیلات بالا از توان خودمراقبتی مطلوب تری نسبت به افراد بیسواد برخوردار بودند این یافته با نتایج مطالعه آنسار، آنگرا، آتش پیکر مشابه بود (۱۲، ۱۱، ۹). در مطالعه آکیول و همکاران نیز که با هدف تعیین توان خودمراقبتی افراد مبتلا به پرفشاری خون در ترکیه انجام شده بود نتایج مشابه بود (۱۳). اورم بیان می کند خودمراقبتی مبتنی بر دانش است و تحت تاثیر دانش سلامتی فرد قرار می گیرد و هر چه دانش سلامتی افراد بالاتر باشد توانایی آنها در شناسایی نیازهای مراقبت از خود، برنامه ریزی درباره چگونگی برآوردن نیازها و قضاوت و تصمیم گیری درباره اولویت بندی نیازها بهتر می شود

(۸). بیماران دارای تحصیلات بیشتر قدرت قضاوت و تصمیم گیری بهتری برای انجام مراقبت از خود دارند (۱۴).

در این مطالعه مردان توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به زنان داشتند هرچند که این تفاوت از نظر آماری معنا دار نبود. در مطالعه آکیول و همکاران در ترکیه نتایج مشابه بود (۱۳). در مطالعه آتش پیکر و همکاران نیز مردان توان خودمراقبتی بهتری نسبت به زنان داشتند. آتش پیکر توان خودمراقبتی بهتر مردان را در مطالعه خود به سطح تحصیلات بالاتر مردان مرتبط دانست (۱۱). در این مطالعه نیز مردان سطح تحصیلات بالاتری نسبت به زنان داشتند همچنین بی سواد در واحدهای پژوهش مرد ۴۰/۷٪ کمتر از واحدهای مونث بود که می تواند توجیه کننده توان خود مراقبتی بهتر آنها باشد.

این مطالعه ارتباط معنی داری را بین محل سکونت و توان خودمراقبتی واحدها نشان داد واحدهای شهری توان خودمراقبتی بهتری نسبت به واحدهای روستایی داشتند. در مطالعه آکیول و همکاران واحدهای پژوهش ساکن شهر توان خود مراقبتی بالاتری نسبت به واحدهای ساکن روستا داشتند. به عقیده آکیول ساکنین شهر بعلت دسترسی آسان تر به مراکز بهداشتی درمانی فرصت بیشتری برای کنترل و درمان بیماری خود دارند بهمین خاطر توان خودمراقبتی بهتری نسبت به ساکنین روستا دارند (۱۳) که بنظر می رسد توجیه کننده توان خودمراقبتی بالاتر واحدهای پژوهش شهری نسبت به روستایی در این مطالعه نیز باشد.

برابر نتایج مطالعه وضعیت تاهل دارای ارتباط آماری معنادار با توان خودمراقبتی بود و واحدهای پژوهش مجرد از توان خودمراقبتی مطلوب تری نسبت به واحدهای متاهل برخوردار بودند. در مطالعه آتش پیکر نیز افراد مجرد توان خودمراقبتی بهتری داشتند (۱۱). در مطالعه آنسار بین وضعیت تاهل و توان خودمراقبتی ارتباط معناداری گزارش نگردید (۹). در مطالعه آنگرا واحدهای پژوهش متاهل از توان خودمراقبتی مطلوب تری برخوردار بودند (۱۲) آتش پیکر می نویسد ارتباط مجرد بودن با توان خودمراقبتی را به سن کمتر واحدهای پژوهش مجرد و توانایی جسمی بیشتر آنها برای مراقبت از خود مرتبط دانست (۱۱). در این مطالعه نیز واحدهای پژوهش مجرد از میانگین سنی پایینی نسبت به سایر واحدها برخوردار

همینطور بیشتر شدن محدودیت هایی جسمی و روانی ناشی از بیماری شان توانایی شان جهت مراقبت از خود کاهش می یابد.

نتیجه نهایی:

در این مطالعه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه از وضعیت خودمراقبتی مطلوبی برخوردار نبودند. با توجه به نقش بسیار مهم فعالیتهای خودمراقبتی در حفظ و ارتقاء سلامتی، پیشگیری و تسکین عوارض ناشی از این بیماری لازم است مسئولیت مراقبت از خود در این بیماری به شخص بیمار واگذار گردد. نتایج این پژوهش می تواند به برنامه ریزان بهداشتی و پرستاران در طراحی برنامه های آموزش خودمراقبتی برای بیماران نارسایی مزمن کلیه بصورت هدفمند و متناسب با نیاز و سطح توان خودمراقبتی بیماران کمک نماید.

سپاسگزاری:

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به شماره قرارداد ۹۰۳۷۵ مورخ ۱۳۹۰/۷/۱۹ می باشد بدینوسیله پژوهشگران از معاونت محترم تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، پرسنل محترم بخش همودیالیز بیمارستان بوعلی اردبیل و بیماران شرکت کننده در پژوهش، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

References

1. Kara B. Validity and Reliability of the Turkish Version of the Thirst Distress Scale in Patients on Hemodialysis. *Asian Nursing Research*. 2013; 7(4):212-218.
2. Li H, Jiang Y-f, Lin C-C. Factors associated with self-management by people undergoing hemodialysis: A descriptive study. *International journal of nursing studies*. 2014; 51(2): 208-216.
3. Tu H-Y, Shao J-H, Wu F-J, Chen S-H, Chuang Y-H. Stressors and coping strategies of 20-45-year-old hemodialysis patients. *Collegian*. 2014; 21(3): 185-192.
4. Rayner HC, Zepel L, Fuller DS, Morgenstern H, Karaboyas A, Culleton BF, et al. Recovery Time, Quality of Life, and Mortality in Hemodialysis Patients: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *American Journal of Kidney Diseases*. 2014; 64(1):86-94.
5. Sajjadi M, Akbari A, Kianmehr M, Atarodi A. The relationship between self-care and depression

بودند. این پژوهش ارتباط معنی داری را بین سطح درآمد ماهیانه و توان خودمراقبتی واحدها نشان نداد هر چند افراد در با درآمد بیشتر توان خودمراقبتی بهتری نسبت به افراد دارای درآمد کمتر داشتند. در مطالعه آنسار نیز نتایج مشابه بود(۹). در مطالعه ابوطالبی و همکاران و مکابسکو و همکاران ارتباط معنی داری بین میزان درآمد ماهانه با توان خودمراقبتی گزارش گردید (۱۶، ۱۵). به نظر محقق درآمد بالا می تواند دسترسی بیماران را به منابع لازم برای مراقبت از خود تسهیل نماید معنی دار نبودن ارتباط بین سطح درآمد و توان خودمراقبتی در این مطالعه می تواند علت این باشد که بیماران همودیالیزی بعلت بار مالی سنگین ناشی از بیماری و همینطور از دست دادن شغل اکثراً دچار مشکلات مالی بودند و هیچکدام از واحدها دارای درآمد ماهیانه بالاتر از هزینه نبودند.

در این پژوهش اختلاف آماری معنی داری بین سابقه همودیالیز با توان خودمراقبتی واحدها مشاهده نگردید به نظر محقق هر چند بر طبق تئوری اورم، افراد هم زمان با رشد و تکامل و توسعه توانایی جسمانی، دانش و تجربیات مفیدی را در زمینه مراقبت از خود کسب می کنند لیکن همزمان با افزایش سن و سابقه همودیالیز، بیماران نارسایی کلیه به علت ابتلاء به بیماریهای مزمن دیگر و

in patients undergoing hemodialysis. The Horizon of Medical Sciences. 2008;14(1):13-17. (Persian)

6. Tsay S-L, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39(3):245-251.
7. Browne T, Merighi JR. Barriers to adult hemodialysis patients' self-management of oral medications. *American Journal of Kidney Diseases*. 2010; 56(3):547-557.
8. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concepts of Practice*, 6th ed. St Louis, Mosby, 2001.
9. Unsar S, Erol O, Mollaoglu M. The self-care agency in dialyzed patients. *Dialysis & Transplantation*. 2007; 36(2):57-70.
10. Tong KL, Kong LL, Szeto SC, Tang HL, Tsang WK, Ng LM. A pilot self-care hemodialysis program in a satellite dialysis center. *Hong Kong Journal of Nephrology*. 1999; 1(1):30-34.

11. Atashpeikar S, Jalilaza T, Heidarzadeh M. Self-Care Ability in Hemodialysis Patients. *JCS*. 2012; 6:29-33.

12. Carrillo Algarra AJ, Díaz FJ. Self-care capability of patientes in peritoneal dialysis: a pilot study in Bogota. *Enfermería Global*. 2013 (30):65.

13. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yaralı S, Akkuş S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *Journal of clinical nursing*. 2007; 16(4):679-687.

14. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange P, Michigan D. Self-care behaviors among patients

with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2002; 31(3):161-172.

15. Aboutalebi G, vosooghi N, Mohammadnejad E, namadi M, akbari M. Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2012; 4(4):203-208.

16. Macabasco-O'Connell A, Crawford MH, Stotts N, Stewart A, Froelicher ES. Self-care behaviors in indigent patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008; 23(3):223-230.

Original Article

The Study of Self- Care Agency in Patients Undergoing Hemodialysis Referred to Boali Hospital of Ardabil in 2013

N. Vosoughi¹; Gh. Aboutalebi^{2*}; M. Karimollahi, P.hD.³

1-Instructor Ardabil University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

2-Instructor, Islamic Azad University, Dept. of Nursing, Medical Faculty, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

3-Associate Professor Ardabil University of Medical Sciences School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

Received: 10.3.2015

Accepted: 25.6.2015

Abstract

Background: Self-care has an important role in management of patients with chronic renal failure. The present study was implemented to determine self-care agency among patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis.

Methods: In this descriptive cross-sectional study, 139 End stage renal disease patients undergoing hemodialysis in Boali hospital of Ardebil (22 June -22 July 2013), were included in the study with census. The necessary data was collected through interview by using the modified form of Chinese version of appraisal Self-Care agency Scale (ASA). This scale has 11 items about demographic characteristic and 28 items were used to measure self-care agency. Data were analyzed with descriptive statistics and independent T-Test and ANOVA.

Result: The overall Self-care agency of research units was moderate (61.46 ± 8.2). Factors such as age ($P=0.001$), education status ($P=0.000$), marital status ($P=0.02$) and living place ($P=0.009$) had a significant relationships with self-care agency.

Conclusion: In This study Self-care agency of End stage renal disease patients was undesirable, therefore given the crucial role of self-care behaviors in maintaining life and health and prevention the effect of the disease, it is required to patients care responsibility transferred. The results can help health planners and nurses in designing self-care training programs for End stage renal disease patients, with respect to needs and level of self-care agency of patients.

Keywords: Hemodialysis / Hospital / Self- Care / Patients

*Corresponding Author: Gh. Aboutalebi; Instructor, Islamic Azad University, Dept. of Nursing, Medical Faculty, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. Email: abotalebi.ghasem@yahoo.com