

بررسی تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران پیوند کلیه در سال ۱۳۹۷

رامین دستاب^۱، فرحناز فرنیانیا^{۲*}، سمیه زارع^۳

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۹۹/۷/۱۴

چکیده:

زمینه و هدف: کیفیت زندگی یک موضوع ذهنی است که موجب می‌شود فرد تحت تأثیر عوامل مختلف از جمله خودکارآمدی قرار گیرد. الگوی راه گشا در این زمینه توانمندسازی خانواده محور است که هدف آن ارتقا سلامتی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران پیوند کلیه انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی می‌باشد. تعداد ۱۰۰ بیمار پیوند کلیه مراجعه کننده به کلینیک بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران با روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه سه بخشی شامل مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه و پرسش‌نامه استراتژی ارتقا سلامت برای بررسی خودکارآمدی مراقبت از خود بود که توسط هر دو گروه در بدو مطالعه و ۱/۵ ماه بعد از آزمون تکمیل شد. داده‌ها با نرم افزار SPSS ویراست ۲۰، آزمون کای اسکوئر و تی‌تست تجزیه تحلیل شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که دو گروه کنترل و آزمایش در بدو مطالعه از نظر مشخصات کیفی و کمی دموگرافیک و میانگین کیفیت زندگی و خودکارآمدی تفاوت معناداری نداشتند. میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است و از نظر آماری تفاوت معناداری دارد ($P < 0/001$). همچنین میانگین نمره خودکارآمدی در گروه آزمون نسبت به شاهد افزایش داشته است و از نظر آماری تفاوت معناداری دارد ($P = 0/003$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر مثبت الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی بیماران پیوند کلیه و در نهایت بر کیفیت زندگی آنان، لازم است این الگو با هدف ارتقای سلامت بیماران در نظر گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: الگوی توانمندسازی، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، پیوند کلیه

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

^۲ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران. (* نویسنده مسئول)

Farnia_Far@yahoo.com

^۳ کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

مقدمه

امروزه بیماری‌های غیرواگیر به علت پدیده نوسازی جوامع، پیشرفت فناوری و تراکم جمعیت در مناطق شهری و گرایش افراد به عادات نامناسب شیوع گسترده‌ای پیدا نموده اند (۱). نارسایی مزمن کلیه اختلال پیشرفته و برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیه نمونه‌ای از این بیماری‌ها است که امروزه ۲ تا ۳ درصد مردم دنیا به آن مبتلا می‌باشند. میزان شیوع آن در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر جمعیت می‌باشد و هر سال حدود ۸ درصد به این میزان افزوده می‌شود. هم‌اکنون حدود ۲۶/۳ میلیون نفر در سراسر دنیا از بیماری نارسایی مزمن کلیه رنج می‌برند (۲). بنا بر گزارش مرکز مدیریت پیوند و بیماری‌های خاص وزارت بهداشت، ۴۹ درصد از این بیماران از روش پیوند کلیه، ۴۸ درصد از همودیالیز و ۳ درصد از روش دیالیز صفاقی برای درمان استفاده می‌کنند (۳). بنابراین نارسایی مزمن کلیه یک بیماری با روند افزایشی است و پیوند کلیه شایع‌ترین روش درمانی آن در کشور محسوب می‌شود (۴).

علیرغم پیشرفت در پیوند کلیه، در اولین سال بعد از عمل پیوند، همچنان بیماران مشکلات زیادی از جمله ترس از رد پیوند، عوارض جانبی داروهای ایمنونوساپرسیو را دارند. استفاده طولانی از این داروها و عوارض جانبی و عوارض جراحی در آن‌ها باعث تطابق غیرموثر، ترس اضطراب و عدم اطمینان از آینده و مشکلات روحی دیگر می‌شود. بعلاوه درجاتی از افسردگی، پس از پیوند کلیه در این بیماران گزارش شده است. این باورها و افکار منفی که بیماران پیوند شده نسبت به خود بروز می‌دهند، آن‌ها را گرفتار فشارهای روانی کرده و به شیوه‌های مختلف بر روی کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. این در حالی است که هدف از پیوند کلیه، تنها طولانی کردن زندگی و حفظ سلامتی نیست، بلکه حفظ و ارتقای کیفیت زندگی نیز می‌باشد (۵-۷). بنابراین مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه با پیوند کلیه، گروهی از بیماران هستند که دچار تغییر کیفیت زندگی شده‌اند و از این‌رو برای ارتقا کیفیت زندگی آن‌ها، توانایی خودکارآمدی بیمار در خود مراقبتی حائز اهمیت می‌باشد (۸).

خودکارآمدی توانایی و موفقیت بیمار برای انجام فعالیت‌هایی خاص در وضعیت‌های مختلف در امر مراقبت از خود می‌باشد. خودکارآمدی یا کارآیی شخصی به عنوان یک عامل

مؤثر بر کیفیت زندگی، به درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز عملکردی شایسته تأکید دارد (۹). بنابراین با توجه به ارتباط قوی بین خانواده و وضعیت سلامتی اعضای آن، آموزش به بیماران و خانواده‌هایشان و حمایت روحی و آموزش خود مراقبتی، باید یکی از وظایف اصلی مراقبت دهندگان باشد (۱۰، ۱۱). در برنامه آموزشی بیماران پیوندی، هدف تغییر رفتار است و بالطبع خانواده نقش مهمی در رسیدن به این هدف دارد. (۱۲). در این راستا به منظور افزایش کیفیت زندگی بیماران مزمن و کاهش وابستگی بیماران به سیستم‌های مراقبت بهداشتی، مدل‌های مراقبتی متنوعی ایجاد شده‌اند که علیرغم تفاوت در جزئیات، دارای یک مضمون اساسی و تعیین‌کننده تحت عنوان مشارکت بیمار و خانواده در مراقبت و درمان می‌باشند. یکی از مدل‌های راهگشا در این زمینه، الگوی توانمندسازی خانواده محور است (۱۳).

این الگو یک الگوی بومی است که برای اولین بار در ایران در سال ۱۳۸۱ توسط دکتر الحانی با تأکید بر مؤثر بودن نقش فرد و خانواده در سه بعد انگیزشی، روان‌شناختی و ویژگی‌های خود مشکل طراحی شده است (۱۴، ۱۵). هدف اصلی این الگو توانمند شدن سیستم خانواده در جهت ارتقای سلامتی می‌باشد. این الگو حاصل تحقیقی کیفی از نوع نظریه بنیادی بوده که پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرآیند روانی و اجتماعی مسئله و استنتاج متغیر مرکزی (توانمندسازی خانواده محور)، مراحل ایجاد الگوی کاربردی را طی نموده و تاکنون برای ارتقای کیفیت زندگی بیمارانی از جمله بیماران تحت جراحی بایپس عروق کرونر، کم‌خونی فقر آهن، دیابت، مولتیپل اسکلروزیس، آسم، سبک زندگی بیماران قلبی و تالاسمی اجرا شده است (۱، ۱۶). این الگو به طور هم‌زمان دانش، مهارت، ارزش، اعتقادات بیمار و خانواده را می‌تواند ارتقا دهد و مراحل اصلی آن شامل درک تهدید، مشکل‌گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی است (۱۷).

با توجه به موارد مطرح شده از قبیل شرایط حساس دریافت‌کنندگان پیوند کلیه، اهمیت کیفیت زندگی بیماران مذکور و تأثیر خودکارآمدی بر این مؤلفه و همچنین محتوای پیش‌بینی‌شده مدل فوق‌الذکر، احتمال دارد اجرای این روش آموزشی بتواند در خودکارآمدی و کیفیت زندگی این دسته از

دارای ۲۵ سؤال و ۵ حیطه جسمی، خستگی، ترس، ظاهری و عاطفی است و با توجه به مشکلات خاص بیماران پیوندی، کیفیت زندگی آن‌ها را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه دارای هفت مقیاس اصلاً (۰/۰)، بسیار کم (۰/۱۵)، کم (۰/۱۶-۰/۳۵)، متوسط (۰/۳۶-۰/۵۰)، نسبتاً زیاد (۰/۵۱-۰/۶۶)، شدید (۰/۶۷-۰/۸۲) و بسیار شدید (۰/۸۳-۱/۰۰) است. برای نمره-گذاری ابزار، به هر گزینه امتیازی بین یک تا ۷ داده می‌شود، به طوری که ۷ نشانگر بهترین نمره و یک نشانگر بدترین حالت ممکن است. مجموع نمرات هر حیطه، جمع و بر تعداد آیتم‌های آن حیطه تقسیم می‌شود و نمره نهایی آن حیطه به دست می‌آید. این پرسشنامه به دفعات استفاده شده است و پایایی آن با آلفا کرونباخ ۰/۹۳ تا ۰/۸ گزارش شده است (۱۸). پرسشنامه استراتژی ارتقا سلامت برای بررسی خودکارآمدی مراقبت خود (SUPPH) دارای ۳۱ آیتم که براساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای- خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم- از خیلی زیاد ۵ نمره تا خیلی کم ۱ نمره تعلق گرفت. در مجموع از ۳۱ تا ۱۵۵ نمره می‌باشد که ابعاد سازگاری، استرس، تصمیم‌گیری و لذت بردن از زندگی را می‌سنجید. این پرسشنامه توسط تسی و هانگ مورد استفاده قرار گرفته است. آن‌ها ضریب اطمینان ۰/۹۳ را گزارش کردند. در ایران نیز این پرسشنامه توسط معطریان در سال ۲۰۱۲ با آلفا ۰/۹۱ و رویانی در سال ۲۰۱۳ با آلفا ۰/۹۳ مورد تأیید قرار گرفته است (۴، ۱۸، ۱۹).

روش محاسبه و تعیین حجم نمونه

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

S_1 = انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه اول (مورد، مواجهه یافته یا آزمون)

S_2 = انحراف معیار متغیر مورد مطالعه در گروه دوم (شاهد، غیر مواجهه یافته یا مقایسه)

$$\mu_1 = \text{میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه اول}$$

$$\mu_2 = \text{میانگین متغیر مورد مطالعه در گروه دوم}$$

$$N = [2(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \delta^2] / d^2$$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96 \quad (1-\beta) = 0.80 \quad \delta = 10.23 \quad d = 6.7$$

حجم نمونه در هر گروه شامل ۵۰ نفر می‌باشد که با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰ درصد، در نظر گرفته شده است (۲۰).

بیماران مؤثر واقع گردد. ولی در مرور پایگاه داده‌ها، مطالعه‌ای در این خصوص یافت نشد. از طرفی با توجه به مطالعات ذکر شده می‌توان اظهار داشت که تحقیقات متعددی در زمینه تأثیر آموزش بیمار پیوند کلیه بر کیفیت زندگی و کارآمدی وی انجام شده است، ولی هنوز نقش خانواده در ارتقا کیفیت زندگی و خودکارآمدی دریافت‌کنندگان پیوند نامشخص و بدون پاسخ مانده است. از این جهت در این پژوهش سعی کرده‌ایم با بهره‌گیری از ابزار و روش کار مطالعات قبلی، تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور را در ارتقا کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران پیوند کلیه مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران بررسی کنیم تا در صورت مؤثر واقع شدن آزمون، اجرای برنامه الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران پیوند کلیه را به بیمارستان پیشنهاد دهیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی است که در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران پیوند کلیه مراجعه‌کننده به کلینیک بیمارستان شهید هاشمی نژاد تهران می‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: بیماران پیوند کلیه ساکن تهران، مایل به شرکت در مطالعه با سابقه حداقل سه ماه پیوند، دارای سن ۶۵-۱۸ سال، نداشتن سابقه اختلالات روحی روانی تحت درمان روان‌پزشک، قادر به خواندن و نوشتن و یادگیری، یک نفر عضو درجه اول خانواده یا فردی که با بیمار زندگی می‌کند و وی را در مراقبت یاری می‌نماید، قادر به خواندن و نوشتن و تکلم برای طرح سؤالات، علاقه‌مند و قادر به یادگیری و به خاطر سپردن آموزش‌ها و مایل به شرکت در مطالعه می‌باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: شرکت قبلی بیمار یا عضو خانواده در کلاس‌های آموزش خود مراقبتی و علائم اولیه دل بر احتمال رد پیوند می‌باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، پرسشنامه‌های دموگرافیک، کیفیت زندگی و استراتژی ارتقا سلامت می‌باشد. مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح BMI، سطح درآمد و وضعیت اشتغال بود. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه (KTQ-۲۵) توسط لاپاسیز و همکاران تهیه شده است که

و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی تست و آنالیز واریانس و یا آزمون‌های نان پارامتریک معادل آن) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

طبق یافته‌های جدول ۱، سن شرکت‌کنندگان بین محدوده ۲۳ تا ۶۵ سال می‌باشد به این ترتیب در گروه کنترل میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۲/۸ و گروه آزمون ۴۲/۰۵ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان متأهل بودند. در گروه کنترل مردان و در گروه آزمون زنان بیشترین فراوانی را داشتند. از نظر سطح تحصیلات در مجموع بیشترین میزان فراوانی مربوط به لیسانس و کمترین فراوانی مربوط به دکتری بود. میانگین BMI در گروه کنترل ۲۵/۷۵ و در گروه آزمون ۲۵/۴ بود. از نظر سطح درآمد نیز در گروه کنترل میانگین درآمد ماهیانه ۱/۸۵ و در گروه آزمون ۱/۹۳ میلیون تومان بود. همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه در داده‌های دموگرافیکی اختلاف معنی‌داری وجود ندارد و داده‌ها از نظر آماری در یک سطح قرار دارند.

پس از تصویب طرح و کسب مجوز از معاونت محترم پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه و ثبت در سایت تحقیقات بالینی، پژوهشگر به کلینیک پیوند کلیه بیمارستان هاشمی‌نژاد تهران مراجعه کرده و از بین بیماران مراجعه‌کننده به این بخش تعداد ۱۰۰ بیمار به صورت تصادفی ساده که دارای معیارهای ورود بوده‌اند و معیارهای خروج را نداشتند انتخاب شدند و پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران جهت شرکت در تحقیق، با استفاده از نرم‌افزار تخصیص تصادفی راندوم الوکیشن^۱ به نسبت یک به یک و به طور تصادفی به دو گروه ۵۰ نفره شاهد یا کنترل (تحت آموزش رایج بخش) و آزمون (توانمندسازی خانواده) تقسیم شدند.

کلیه نمونه‌ها در هر دو گروه پرسشنامه را به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل کردند. بیماران گروه کنترل مراقبت و آموزش‌های روتین را دریافت کردند ولی در بیماران گروه آزمون پژوهشگر الگوی توانمندسازی خانواده محور را به همراه اعضای درجه اول خانواده طی چهار جلسه نیم‌ساعته به صورت گروهی بر اساس گام‌ها و مراحل ذکر شده در الگو، به اجرا در آورد. جلسات با هدف افزایش دانش و آگاهی در مورد بیماری و درمان آن به عنوان گام اول (درک تهدید) و افزایش خودکارآمدی، عزت‌نفس به منظور مشارکت خود فرد در حل مشکلات، به عنوان گام دوم (مشکل‌گشایی) برگزار گردید. در این مرحله بیمار ضمن آگاهی و شناخت عمیق نسبت به فرایند بیماری، عوارض جانبی داروها، ورزش، تغذیه، کنترل عفونت، علائم رد پیوند، عوارض جراحی با اعتمادبه‌نفس و احساس این که «من می‌توانم در بهبود وضعیتم نقش داشته باشم» در برنامه آموزشی نقش فعال داشت. برای گام سوم (مشارکت آموزشی) نیز پمفلت‌های آموزشی تهیه شده و در اختیار عضو فعال خانواده به منظور مشارکت وی در مراقبت از بیمار، قرار داده شد. گام چهارم نیز ارزشیابی فرایند بود که در هر جلسه برای اطمینان از پیگیری‌های لازم ارزشیابی صورت گرفت و در انتها ارزشیابی نهایی ۱/۵ ماه بعد از آزمون به منظور تعیین اثربخشی الگو در دو گروه با تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها انجام شد.

داده‌ها پس از ورود به نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰، از نظر صحت و مطابقت با داده‌های گردآوری شده بررسی شدند

¹ Random Allocation

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار مشخصات دموگرافیک در دو گروه کنترل و آزمون

P-value	آزمون				کنترل				پارامتر	
	انحراف معیار	میانگین	درصد	فراوانی	انحراف معیار	میانگین	درصد	فراوانی		
۰/۱۸۹	۱/۶۸	۴۳/۰۵	۵	۲	۱/۹	۴۲/۸	۵	۲	۳۰-۲۰	سن
			۳۰	۱۲			۳۲/۵	۱۳	۴۰-۳۱	
			۴۷/۵	۱۹			۴۵	۱۸	۵۰-۴۱	
			۱۵	۶			۱۵	۶	۶۰-۵۱	
			۲/۵	۱			۲/۵	۱	۶۱ به بالا	
۰/۲۶	-	-	۴۸/۵	۱۹	-	-	۶۰	۲۴	متأهل	تأهل
			۵۲/۵	۲۱			۴۰	۱۶	مجرد	
۰/۱۸	-	-	۳۵	۱۴	-	-	۵۲/۵	۲۱	مرد	جنسیت
			۶۵	۲۵			۴۷/۵	۱۹	زن	
۰/۲۳	-	-	۱۷/۵	۷	-	-	۱۲/۵	۵	زیر دیپلم	تحصیلات
			۲۷/۵	۱۱			۲۷/۵	۱۱	دیپلم	
			۴۰	۱۶			۳۲/۵	۱۳	لیسانس	
			۱۵	۶			۲۲/۵	۹	ارشد	
			۰	۰			۵	۲	دکتری	
۰/۷۳	۴/۷۷	۲۵/۴	۱۲/۵	۵	۴/۵۹	۲۵/۷۵	۱۰	۴	۲۰-۱۵	BMI
			۴۷/۵	۱۹			۴۵	۱۸	۲۵-۲۱	
			۲۰	۸			۱۷/۵	۷	۳۰-۲۶	
			۲۰	۸			۲۲/۵	۹	۳۱ به بالا	
۰/۶۷	۰/۶۹	۱/۹۳	۲۵	۱۰	۰/۱۸۶	۱/۱۸۵	۴۰	۱۶	زیر ۱ میلیون	درآمد
			۶۰	۲۴			۴۰	۱۶	بین ۱ تا ۲ میلیون	
			۱۲/۵	۵			۱۵	۶	بین ۲ تا ۳ میلیون	
			۲/۵	۱			۵	۲	بیش از ۳ میلیون	

عاطفی ($P\text{-value}=0/45$) از نظر آماری معنادار بود ($P<0/001$). (جدول ۲). همچنین نتایج حاصل از آنالیز داده‌ها نشان داد که گروه آزمون میانگین توانمندسازی بالاتری نسبت به گروه کنترل دارد و این اختلاف نیز، از نظر آماری معنادار بود ($P<0/001$). (جدول ۳).

نتایج تحلیلی تفاوت کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و کنترل نشان داد که میانگین نمره پارامترهای کیفیت زندگی در گروه آزمون بالاتر از گروه شاهد می‌باشد و به طور کلی گروه آزمون نمره کیفیت زندگی بالاتری نسبت به گروه شاهد داشت. این تفاوت میانگین، در همه پارامترها به جز در زمینه

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از آزمون در دو گروه کنترل و آزمون

پارامتر	آزمون				کنترل				p-value	
	بعد از آزمون		قبل از آزمون		بعد از آزمون		قبل از آزمون			
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
جسمی	۶/۵	۲۶/۵	۰/۴	۴/۵	۰/۹۳	۰/۲	۴/۲	۰/۳	۴/۳	<۰/۰۰۱
خستگی	۴/۳	۲۹/۲	۰/۳	۶/۳	۰/۸۳	۰/۳	۶/۱	۰/۶	۸/۱	<۰/۰۰۱
ترس	۲/۶	۲۷/۳	۰/۹۵	۱۰/۵	۰/۷۵	۱/۰۲	۱۰/۲	۱/۱۲	۱۲/۲	<۰/۰۰۱
ظاهری	۴/۸	۱۹/۱	۰/۶	۶/۶	۰/۹۳	۰/۸	۶/۴	۰/۷	۷/۴	<۰/۰۰۱
عاطفی	۱/۹	۹/۶	۰/۳	۸/۷	۰/۳۶	۰/۴	۸/۵	۰/۲	۶/۵	۰/۴۵
کیفیت زندگی	۴/۰۲	۲۲/۳۴	۰/۵۱	۷/۳۲	۰/۵۳	۰/۵۴	۷/۰۸	۰/۵۸	۷/۷	<۰/۰۰۱

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی قبل و بعد از آزمون در دو گروه کنترل و آزمون

پارامتر	آزمون				کنترل				p-value	
	بعد از آزمون		قبل از آزمون		بعد از آزمون		قبل از آزمون			
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
سازگاری	۹/۹۱	۲۹/۵۶	۲/۳	۱۹/۱	۰/۳۴	۸/۳	۱۸/۱	۴/۲۶	۱۷/۴۸	<۰/۰۰۱
تصمیم‌گیری	۱۲/۵۵	۳۲/۳۲	۳/۱	۱۷/۳	۰/۱۲	۴/۲	۱۸/۵	۴/۶۹	۱۹/۷	<۰/۰۰۱
کاهش استرس	۷/۰۹	۳۶/۱۲	۲/۳	۱۱/۲	۰/۴۸	۴/۳	۱۲/۳	۴/۵۶	۱۱/۴۵	<۰/۰۰۱
لذت از زندگی	۸/۰۱	۵۴/۷۶	۴/۶	۱۰/۲	۰/۳۱	۴/۱	۱۳/۱	۲/۴۵	۱۲/۳۴	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی کل	۷/۱۲	۸۱/۲۴	۲/۷	۴۷/۲	۰/۷۶۱	۶/۲	۴۹/۳	۷/۶۴	۴۸/۸۲	<۰/۰۰۱

به قبل از آموزش افزایش می‌یابد و در همه موارد به جز در زمینه عاطفی ($P\text{-value}=0/61$)، میانگین نمره قبل و بعد از آزمون دارای اختلاف معناداری بود ($P<0/001$)، در واقع نتایج مطالعه نشان دهنده افزایش کیفیت زندگی بیماران بعد از اجرای آزمون توانمندسازی است. (جدول ۴ و ۵).

در مطالعه حاضر از الگوی توانمندسازی خانواده محور استفاده شده است که علاوه بر بیمار، خانواده نیز آموزش‌های جامع در ابعاد مختلف را دریافت کرده است که تاثیر مناسبی بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی این بیماران داشته است. نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بعد از آموزش نسبت

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از آزمون

پارامتر	بعد از آزمون				قبل از آزمون				p-value	
	آزمون		کنترل		آزمون		کنترل			
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
جسمی	۶/۵	۲۶/۵	۰/۲	۴/۲	۰/۴۵	۰/۴	۴/۵	۰/۳	۴/۳	<۰/۰۰۱
خستگی	۴/۳	۲۹/۲	۰/۳	۶/۱	۰/۳۲	۰/۳	۶/۳	۰/۶	۸/۱	<۰/۰۰۱
ترس	۲/۶	۲۷/۳	۱/۰۲	۱۰/۲	۰/۷۴	۰/۹۵	۱۰/۵	۱/۱۲	۱۲/۲	<۰/۰۰۱
ظاهری	۴/۸	۱۹/۱	۰/۸	۶/۴	۰/۵۱	۰/۶	۶/۶	۰/۷	۷/۴	<۰/۰۰۱
عاطفی	۱/۹	۹/۶	۰/۴	۸/۵	۰/۷۶	۰/۳	۸/۷	۰/۲	۶/۵	۰/۶۱
کیفیت زندگی	۴/۰۲	۲۲/۳۴	۰/۵۴	۷/۰۸	۰/۲۳	۰/۵۱	۷/۳۲	۰/۵۸	۷/۷	<۰/۰۰۱

جدول ۵: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی در دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از آزمون

پارامتر	قبل از آزمون				بعد از آزمون				
	کنترل		آزمون		کنترل		آزمون		
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سازگاری	۱۷/۴۸	۴/۲۶	۱۷/۴۸	۴/۲۶	۰/۲۴	۲/۳	۱۹/۱	۴/۲۶	۰/۲۴
تصمیم‌گیری	۱۹/۷	۴/۶۹	۱۹/۷	۴/۶۹	۰/۱	۳/۱	۱۷/۳	۴/۶۹	۰/۰۱
کاهش استرس	۱۱/۴۵	۴/۵۶	۱۱/۴۵	۴/۵۶	۰/۴۵	۲/۳	۱۱/۲	۴/۵۶	<۰/۰۰۱
لذت از زندگی	۱۲/۳۴	۲/۴۵	۱۲/۳۴	۲/۴۵	۰/۳۶	۴/۶	۱۰/۲	۲/۴۵	۰/۰۰۱
خودکارآمدی کل	۴۸/۸۲	۷/۶۴	۴۸/۸۲	۷/۶۴	۰/۶۷	۲/۷	۴۷/۲	۷/۶۴	۰/۰۰۳

بحث

توانمندسازی را در بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن را مؤثر می‌دانند (۲۷). بنابراین علاوه بر بیماران پیوند کلیه‌ای، مطالعات انجام شده گویای تأثیر الگوی توانمندسازی بر کیفیت زندگی در سایر بیماران نیز می‌باشد. از یافته‌های دیگر این مطالعه وجود ارتباط قوی بین توانمندسازی و خودکارآمدی و همچنین تأثیر آموزش استراتژی ارتقا سلامت در افزایش خودکارآمدی مراقبت از خود می‌باشد، به طوری که گروه آزمون میانگین توانمندسازی بالاتری نسبت به گروه کنترل داشت و این اختلاف از نظر آماری، معنی‌دار بود ($P < 0/001$). تسی و هانگ (۲۸)، آجولت و همکاران (۲۹) و رویانی و همکاران (۴) نیز این ارتباط را در مطالعه خود قوی ذکر کرده‌اند. از آنجا که خودکارآمدی با عباراتی از قبیل شاخص توانمندسازی، فاکتور مستعدکننده و مهارت‌های ضروری اکتسابی جهت فرآیند توانمندسازی تعریف شده است، لذا وجود این رابطه قوی قابل توجه خواهد بود (۳۰، ۳۱). به این ترتیب با توجه به ارتباط معنی‌دار بین خودکارآمدی و خودمراقبتی بیماران با توانمندسازی، توجه به آموزش رفتارهای خودمراقبتی و خودکارآمدی به منظور ارتقا توانمندی و کیفیت زندگی بیماران ضروری به نظر می‌رسد و حمایت از سوی دوستان، خانواده و سازمان‌های حمایتی به عنوان یک عامل بسیار مهم و تأثیرگذار در حفظ، ارتقاء و برگرداندن آرامش روحی و روانی دریافت‌کننده پیوند محسوب می‌شود (۳۲).

از ملاحظات اخلاقی این مطالعه می‌توان به کسب مجوز کتبی جهت اجرای طرح از مراجع ذی‌ربط، کسب رضایت آگاهانه و آزادانه از شرکت‌کنندگان مطالعه، محرمانه ماندن هویت شرکت‌کنندگان، امکان خروج از مطالعه در هر مرحله از مطالعه، اختیاری بودن شروع و تداوم همکاری با مطالعه و قرار دادن نتایج حاصل از مطالعه در اختیار مسئولین مربوطه اشاره

در این مطالعه کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه در گروه آزمون بعد از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور نسبت به گروه شاهد در وضعیت بسیار مطلوب‌تری قرار گرفت؛ همانند مطالعات طیبی و همکاران در ایران (۲۱)، ربولو در اسپانیا (۲۰) و اوپلی در ایالات متحده آمریکا (۲۲) کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه در این مطالعه نیز پایین گزارش شده است، اما با اجرای الگو توانمندسازی خانواده محور در این مطالعه نشان داده شد که به طور معنادار کیفیت زندگی این بیماران به سمت وضعیت مطلوب‌تر سوق داده می‌شود؛ اما به هر حال با توجه به اینکه که بیماری به تنهایی تعیین‌کننده درک فرد از کیفیت زندگی نیست و بسیاری از عوامل تأثیرگذار دیگر از جمله سن، جنس، تحصیلات و غیره نیز نقش مهمی در ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خویش دارد، بنابراین لازم بود روابط بین متغیرهای دموگرافیک و کیفیت زندگی مورد ارزیابی واقع شود؛ که در این مطالعه نتایج گویای نبود اختلاف معنادار بین متغیرهای دموگرافیک در دو گروه آزمون و کنترل بود و همانند مطالعه تقی‌زاده در ارومیه و وثوقی در اردبیل این مطالعه نیز تایید کننده تأثیر مثبت الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران بود (۲۳، ۲۴). خسروان و همکاران، تأثیر آزمون مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار را بررسی کردند. نتایج حاصل از پژوهش آن‌ها به طور معنی‌داری حاکی از افزایش کیفیت زندگی بیماران بعد از اجرای آزمون توانمندسازی بود (۲۵). همچنین حیدری و همکاران، در مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر الگوی توانمندسازی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت نشان دادند که بعد از آزمون کیفیت زندگی بیماران بهبود پیدا کرده است (۲۶). چن و لی نیز مداخلات

حوزه سلامت صورت گیرد. با توجه به اینکه بکارگیری این الگو ممکن است بر وضعیت بالینی و روانی سایر بیماران نیز نتایج مثبتی داشته باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که این الگو علاوه بر بیماری‌های مزمن، در جامعه بیماری‌های حاد نیز برای تعیین میزان اثرگذاری الگو، مورد آزمون قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با عنوان «بررسی تأثیر اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران پیوند کلیه» مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

کرد. محدودیت‌های این پژوهش عدم توانایی کورسازی پژوهش و مشخص بودن مداخلات انجام شده بود و با توجه به ماهیت آموزش در الگوی به کارگرفته شده این مورد خارج از کنترل پژوهشگران این مطالعه بوده است.

نتیجه‌گیری

از آنجایی که الگوی توانمندسازی خانواده محور با اثرگذاری بر خودکارآمدی بیماران پیوند کلیه منجر به بهبود کیفیت زندگی آنان شده است، پس به منظور ارتقای سلامت پیشنهاد می‌شود که کادر درمان با تکیه بر آموزش‌های خودمراقبتی در راستای توانمندسازی بیماران و خانواده‌های آنان تلاش کنند و همچنین حمایت‌های لازم از طرف مدیران و سیاست‌گذاران

References

- Vahedian-Azimi A, Alhani F, Goharimogaddam K, Madani S, Naderi A, Hajiesmaeili M. Effect of family-centered empowerment model on the quality of life in patients with myocardial infarction: A clinical trial study. *Journal of Nursing Education*. 2015;4(1):8-22.
- Okhli A, Masoudi R. The Impact of Family-Based Empowerment Pattern on Hemodialysis Patients in Golestan Province in 1394. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2019;5(3).
- Amirkhani M, Nouhi E, Jamshidi H. The comparative survey of life quality in renal transplant recipients, peritoneal dialysis, and hemodialysis patients in Kerman in the year 2013. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2014;4(1):126-33.
- Royani Z, Rayyani M, Vatanparast M, Mahdavi M, Goleij J. The relationship between self-care and self-efficacy with empowerment in patients undergoing hemodialysis. *Military Caring Sciences Journal*. 2015;1(2):116-22.
- Mersal FA, Aly RA-ES. Effect of patient education on coping, quality of life, knowledge and self efficacy of kidney recipient patients. *American Journal of Nursing*. 2014;3(5):78-86.
- Kasisk B, Snyder J, Gilbertson D, Simon T, Maclean J, editors. Risk factors for post-kidney transplant depression identify which patients need closer mental health assessment. *American Society of Nephrology 37th Annual Meeting & Scientific Exposition*; 2004.
- Niu SF, Li IC. Quality of life of patients having renal replacement therapy. *Journal of advanced nursing*. 2005;51(1):15-21.
- Hariharan S, Johnson CP, Bresnahan BA, Taranto SE, McIntosh MJ, Stablein D. Improved graft survival after renal transplantation in the United States, 1988 to 1996. *New England Journal of Medicine*. 2000;342(9):605-12.
- Iskender M. The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 2009;37(5):711-20.
- Ghasemi M, Gholami M, Daneshpazhooch M. The effect of family-centered empowerment model on quality of life of female patients with pemphigus vulgaris referred to Razi hospital. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018;13(3):1-10.
- Sadeghi M, Pedram Razi S, Nikbakht Nasrabadi A, Ebrahimi H, Kazemnejad A. Comparison of the impact of education based on the empowerment model and family-center empowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Nursing Education*. 2013;2(3):18-27.
- Ekdahl S, Idvall E, Perseus K-I. Family skills training in dialectical behaviour therapy: the experience of the significant others. *Archives of psychiatric nursing*. 2014;28(4):235-41.
- Pahang S, Abkhiz S, Hemmati Maslak Pak M, Khalkhali H. The Effect Of The Implementation Of Family-Centered Empowerment Model On The Quality Of Life For Kidney Transplant Patients. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2018;15(10):724-32.
- Parvareshan S, Shamsalinia A, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. Impact of Family-Based Empowering Model on the Perceived Threat and Self-Efficacy of Families of Diabetic Elderly at Risk of Falling. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2018;7(2):96-107.
- Hedayati B. Effect of Family-Based Empowerment Model on the Self-Efficacy of Hypertensive Elderly People. *Iranian Journal of Ageing*. 2018;13(1):86-97.
- Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of the family-centered empowerment model on the quality of life in parents of children with asthma. 2014.

17. Alanis F. Designing and evaluation of family centered empowerment model in preventing iron deficiency anemia: [PhD Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University, Faculty of Medical Sciences; 2003.
18. Fini IA, Adib-Hajbaghery M, Khachian A. The effect of health-promotion strategies education on self-care self-efficacy in patients with bone marrow transplantation. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2011;4(3):109-16.
19. Soltannezhad F, Farsi Z, Moroei MJ. The effect of educating health promotion strategies on self-care self-efficacy in patients undergoing kidney transplantation: A double blind randomized trial. *Nursing and midwifery studies*. 2013;2(4):64.
20. Rebollo P, Ortega F, Ortega T, Valdés C, García-Mendoza M, Gómez E. Spanish validation of the "Kidney Transplant Questionnaire": a useful instrument for assessing health related quality of life in kidney transplant patients. *Health and quality of life outcomes*. 2003;1(1):56.
21. TAYEBI A, RAEISIFAR A, Ebadi A, EYN EB, RAFIEIAN Z, KEYVANLOU F. REVIEW THE RENAL TRANSPLANTATION PATIENTS' QUALITY OF LIFE BY USING KIDNEY TRANSPLANTATION QUESTIONNAIRE (KTQ-25). 2010.
22. O'REILLY F, Traywick C, Pennie ML, Foster JK, Chen SC. Baseline quality of life and anxiety in solid organ transplant recipients: a pilot study. *Dermatologic surgery*. 2006;32(12):1480-5.
23. Taghizadeh Afshari A, Ghareh-aghagie R, Kazem Nejad A. The survey of kidney transplantation effect on hemodialysis patients quality of life in Urmia Medical Center. *J Urmia Med Sci*. 2006;17(3):175-80.
24. Vosughi M, Movahedpour A. Comparison quality of life between hemodialysis and transplant patient in Ardabil medical centers. *Ardabil Univ Med Sci J*. 2009;9(2):171-9.
25. Sh K, Kolbadinezhad N, Alami A, Sh T. Effect of intervention based on family-centered empowerment model on the quality of life of women suffering from stress urinary incontinence. *Quarterly of the Horizon sciences*. 2014;19(5):271-80.
26. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. *Iranian Journal of Pediatrics*. 2007;17(s1):87-94.
27. Chen Y-C, Li I-C. Effectiveness of interventions using empowerment concept for patients with chronic disease: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*. 2009;7(27):1179-233.
28. Tsay S-L, Hung L-O. Empowerment of patients with end-stage renal disease—a randomized controlled trial. *International Journal of nursing studies*. 2004;41(1):59-65.
29. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient education and counseling*. 2007;66(1):13-20.
30. Agarwal R. Management of hypertension in hemodialysis patients. *Hemodialysis International*. 2006;10(3):241-8.
31. Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10(1):115.
32. Salsali M, Abbaszadeh A. Coping strategies in renal transplants recipients: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2013;2(3):208-20.

The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self-efficacy of kidney transplant patients in 2018

Ramin Destab¹, Farahnaz Farnia^{2*}, Somayeh zare³

Submitted: 2020.10.5

Accepted: 2021.3.12

Abstract

Background: Quality of life is a mental issue that causes a person to be affected by various factors including self-efficacy. The roadmap in this field is family-centered empowerment, which aims to promote health. The aim of this study was to determine the effect of family-centered empowerment model on quality of life and self-efficacy of kidney transplant patients.

Materials and Method: This study is a randomized controlled clinical trial. 100 kidney transplant patients, who came to Shahid Hasheminejad Hospital, were divided into two groups of control and intervention by initial accidental sampling. Data collection tools were a three-part questionnaire includes of demographic characteristics, quality of life of patients of kidney transplant questionnaire (KTQ-25) and the questionnaire of health empowerment to survey about self-care (SUPPH). These questionnaires were completed by both groups once the study was initiated and another time 1.5 months after intervention. Data were analyzed by SPSS software (version 20), chi-square and T-test.

Results: findings demonstrated that when the study was initiated there was not any significance difference between these two groups in terms of demographic quantitative and qualitative characteristics and mean of quality of life and self-efficacy. In compared with control group, mean of quality of life of intervention group was increased. Statistically, it has a significance difference ($0 < 0.001$). Also, in comparison with control group, the score of self-efficacy promoted and it has a significance difference.

Conclusion: Considering the positive effect of family-centered empowerment model on self-efficacy of kidney transplant patients and finally on their quality of life, it is necessary to consider this model with the aim of promoting patients' health.

Key words: empowerment model, quality of life, self-efficacy, kidney transplants

¹ Master of Critical care Nursing, Student research committee, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

² Assistant professor, Department of Nursing, Nursing- Midwifery School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. * corresponding author- Email: Farnia_Far@yahoo.com

³ Masters of Critical Care Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

