

بررسی تأثیر بکارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیا لیز مراجعه کننده به بیمارستان بعثت نیروی هوایی شهر تهران در سال ۱۳۸۷

*فاطمه قویدل^۱، شهلا محمدزاده^۲، دکتر حمید پیراسته^۳، دکتر حمید علوی مجد^۴

چکیده

مقدمه: بیماران تحت همودیا لیز به علت مشکلات متعدد از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند و یکی از راه‌های اصلاح کیفیت زندگی این بیماران آموزش مراقبت از خود است استفاده از مدل تئوری از جمله مدل مراقبت مشارکتی از روش‌های آموزش مراقبت از خود است که در تحقیق حاضر بکار گرفته شده است و شامل ۴ مرحله الف: انگیزش ب: آماده‌سازی ج: درگیرسازی د: ارزشیابی می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیا لیز انجام پذیرفت.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی روش سرشماری بر روی ۳۲ بیمار تحت همودیا لیز مراجعه کننده به بیمارستان بعثت نیروی هوایی انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه مشخصات فردی و وضعیت عمومی و ابزار ارزشیابی موارد آموزشی و پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوتاه SF-36 جمع‌آوری گردید. روایی و پایایی پرسشنامه با روش اعتبار محتوی و آزمون مجدد سنجیده شد. برای دستیابی به اهداف پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بعد از اجرای مدل مشارکتی کیفیت زندگی در زیر بعدهای وضعیت فیزیکی شامل (عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش فیزیکی و درد بدنی) با $(P<0/001)$ و نیز وضعیت روانی شامل (بهداشت روانی، عملکرد روانی، عملکرد اجتماعی) با $(P<0/001)$ و در بعد سلامت عمومی و نیروی حیات و انرژی با $(P<0/001)$ نسبت به قبل افزایش یافته و این تغییر معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد کیفیت زندگی بیماران که تحت آموزش بر اساس مدل مراقبت مشارکتی قرار داشتند و در تمام ابعاد فیزیکی، روانی، سلامت عمومی و نیروی حیات و انرژی نسبت به قبل از مداخله بهبود معناداری پیدا کرده است. همچنین اجرای این مدل بر بهبود شاخص‌های فرعی از جمله مشکلات خواب، وضعیت رژیم، داروهای مصرفی، پرفشاری خون، افزایش وزن بین دو جلسه دیا لیز، تست‌های آزمایشگاهی، فعالیت روزانه و برنامه ورزشی نیز مؤثر بوده است.

کلمات کلیدی: مدل مراقبت مشارکتی، بیماران تحت همودیا لیز، کیفیت زندگی

۱. کارشناسی ارشد پرستاری اداره بهداشت و درمان (قرارگاه پدافند هوایی خاتم‌الانبیاء) (مؤلف مسؤول).

۲- کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران.

۳- متخصص داخلی و فوق تخصص بیماری‌های کلیه و فشارخون، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران.

۴- دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه از جمله مشکلات عمده در سراسر دنیا و یک اختلال پیشرونده برگشتناپذیر است که با آسیب کلیوی با میزان تصویه گلوبولولی کمتر از ۶۰ میلی‌لیتر به ازای ۱/۷۳ متر مربع از سطح بدن به مدت سه ماه یا بیشتر مشخص و در نهایت به اورمی منجر می‌شود [۱]. هر ساله ۵۰۰۰ آمریکایی، به دنبال نارسایی کلیه جان خود را ازدست می‌دهند [۲]. در کشور ما نیز رشد موارد جدید نارسایی انتهایی کلیه معادل ۲۲/۶ درصد در سال می‌باشد به طوری که سالانه حدود ۴۰۰۰ بیمار جدید به تعداد بیماران ما اضافه می‌گردد [۳]. دسترسی وسیع به دیالیز موجب افزایش طول عمر هزار نفر از بیماران مبتلا به بیماری نارسایی انتهایی کلیه شده است. همودیالیز شایع‌ترین روش درمانی در این بیماران می‌باشد [۴]. بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه با تنش‌های گوناگون جسمی، روانی (اختلال در نقش، خستگی، ضعف، کاهش فعالیت‌های روزمره) رو به رو می‌باشند که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این بیماران اگر برای تأمین سلامت نسبی خود تحت درمان با همودیالیز هم قرار گیرند فقدان یا ازدست دادن شغل، درآمد، عدم امنیت اجتماعی، اختلال در برنامه‌ریزی برای آینده از دست دادن موقعیت خانوادگی از دست دادن آزادی به دلیل وابستگی به ماشین همودیالیز و زمان صرف شده جهت انجام همودیالیز از عوامل تنش‌زایی هستند که باعث تغییر بیشتر شیوه زندگی آنان می‌شود [۵]. مطالعات متعدد در جوامع مختلف نشان داده که بیماران تحت درمان با همودیالیز به طور چشمگیری در مقایسه با جمعیت عمومی از نمرات کمتری در رابطه با کیفیت زندگی برخوردارند [۶]. بررسی کیفیت زندگی در فعالیت‌های بالینی می‌تواند به بهبود عملکرد بالینی بوسیله پیشنهاد تغییراتی در درمان و عوامل طولانی‌کننده زندگی کمک کند [۷]. یکی از راه‌های اصلاح کیفیت زندگی آموزش مراقبت از خود می‌باشد استفاده از تئوری و مدل در پرستاری از جمله راه‌های آموزش است [۸]. کار براساس یک مدل پرستاری موجب کمک به

بررسی وضعیت بیماران، برقراری ارتباط مفید و معنی‌دار بین بیماران و پرستاران، تعیین اهداف مراقبتی، بهبود کیفیت مراقبت راهنمایی و شفاف‌سازی فعالیت‌ها می‌شود [۹]. مدل مراقبت مشارکتی یکی از مدل‌های بومی است که اولین بار برای رشته پرستاری در دانشگاه تربیت مدرس طراحی، اجرا و ارزشیابی شده است و شامل ۴ مرحله: ۱- انگیزش، ۲- آماده‌سازی، ۳- درگیرسازی، ۴- ارزشیابی می‌باشند. با توجه به نتایج تحقیقات مشابه در بکارگیری مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی برخی بیماران از جمله مبتلایان به فشارخون و بیماری ریوی، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر بکارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی برخی بیماران تحت همودیالیز صورت گرفت.

روش بررسی

در این پژوهش نیمه تجربی که به روش سرشماری صورت گرفت ۳۲ بیمار تحت همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان بعثت نیروی هوایی بررسی شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش را داشتند. عملکرد هر دو کلیه خود بر طبق شواهد بالینی، بررسی تشخیصی و نظر متخصص معالج ازدست داده بودند بطوری که دارای $GFR < 10\%$ بودند. حداقل شش ماه از شروع دیالیز آن‌ها گذشته بود. هفته‌ای دو بار دیالیز می‌شدند.

بیماران تحت همودیالیز بدلیل بیماری حاد و یا پیشرفته تأثیرگذار بر اجرای مدل مراقبت مشارکتی (سرطان، سکتة مغزی و...) که به تنهایی می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد نبودند.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل: ۱- پرسشنامه خود ساخته مشخصات فردی و وضعیت عمومی شامل مشخصات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به بیماری و وجود عوارض بود. ۲- پرسشنامه خود ساخته ابزار ارزشیابی موارد آموزش شامل: سوالاتی در رابطه با محتوای آموزشی داده شده بود. ۳- پرسشنامه استاندارد SF-36 برای بررسی کیفیت زندگی.

است. میانگین فشارخون سیستول قبل از مداخله ۱۸/۴ با انحراف معیار ۱/۲۶ بود که بعد از مداخله ۱۳/۶۶ و ۱/۱۹ کاهش یافت. میانگین امتیاز حاصل از وضعیت رژیم غذایی قبل از مداخله ۶۸۳/۵ با انحراف معیار ۹۹/۵۱ بود که بعد از مداخله به ۸۹۲/۶۹ و ۶۸/۱۶ افزایش یافت. میانگین پاسخگویی به ابزار موارد آموزشی قبل از مداخله دارای میانگین ۱۰/۳۹±۱۷/۶۵ بود که بعد از مداخله به ۵۹/۰۹±۲۵/۱۴ افزایش یافت. آزمون آماری تی-زوجی تمام این تغییرات را معنادار نشان داد.

جدول ۱- بررسی میانگین و انحراف معیار شاخص‌های (وزن، فشارخون، رژیم غذایی، ابزار ارزشیابی موارد آموزشی) واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله آموزشی (۱۳۸۷)

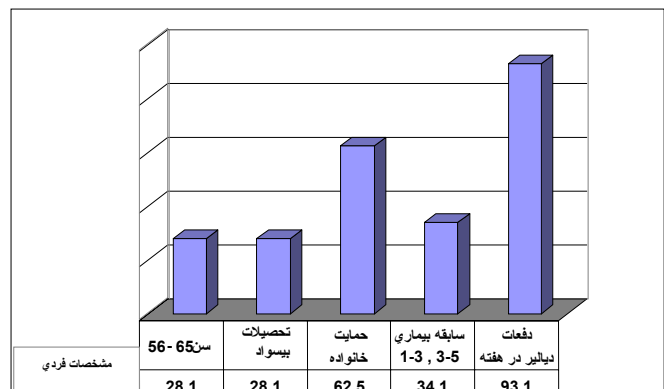
نتایج آزمون تی-زوجی	زمان بررسی		شاخص	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	میانگین	انحراف معیار
P<۰/۰۰۱	۵۹/۷۱	۱۱/۳۵	۵۸/۹۳	۱۱/۲۶
	۱۸/۴	۱/۲۶	۱۳/۶	۱/۱۹
	۶۸۳/۵	۹۹/۵۱	۸۹۲/۶۹	۶۸/۱۶
	۱۷/۶۵	۱۰/۳۹	۵۹/۰۹	۲۵/۱۴

جدول ۲ نشان می‌دهد که واحدهای مورد پژوهش با بیشترین درصد ۴۶/۸٪ قبل از مداخله بندرت ورزش می‌کردند که بعد از مداخله به ۵۹/۴٪ گاهی افزایش یافت. و واحدهای مورد پژوهش قبل از مداخله ۱۰۰ درصد از بی‌خوابی شکایت داشتند که بعد از مداخله به ۵۹/۴٪ رسید آزمون آماری ویلکوکسون این تغییرات را با $p<۰/۰۰۱$ معنادار نشان داد. ادم و خارش نیز بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله با $p<۰/۰۰۱$ و آزمون آماری مک نیمار تغییر معنادار نشان داد.

اعتبار علمی پرسشنامه‌های خود ساخته توسط روش اعتبار محتوی و اعتماد علمی آن‌ها با آزمون مجدد بررسی شد. پرسشنامه‌ها قبل و بعد از اجرای مدل توسط واحدهای مورد پژوهش به روش مصاحبه تکمیل شد. در تمام مراحل، حضور پزشک، پرستار و بیمار تماماً ضروری بود. آموزش‌ها در مرحله انگیزش با آگاه‌سازی بیماران نسبت به بیماری و عواقب و پیامدهای خطرناک آن انجام شد. در مرحله آماده‌سازی اهداف مدل و زمان‌بندی برنامه‌های آموزشی مشارکتی و نحوه پیگیری مشخص شد. در مرحله درگیرسازی جلسات آموزشی برگزار شد و مشکلات بیماری مورد بررسی آموزشی جهت رفع آن و پیگیری قرار گرفت و در مرحله آخر ارزشیابی رسیدن به اهداف در مراحل اجرای مدل ارزیابی شد.

یافته‌ها

در رابطه با مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش نمودار ۱ نشان می‌دهد که در گروه سنی ۵۶-۶۵ سال بیشترین درصد (۲۸/۱٪) بی‌سواد، (۶۲/۵٪) درصد دارای حمایت خانوادگی معمولی، (۳۴/۱٪) درصد دارای سابقه بیماری ۳-۵، ۱-۳ سال و (۹۳/۷٪) دارای سابقه سه بار در هفته دیالیز می‌باشند.



نمودار ۱- مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش مراجعه کننده به بخش همودیالیز

بیمارستان بعثت نیروی هوایی در سال ۱۳۸۷

جدول ۱ در رابطه با شاخص‌های (وزن، فشارخون، رژیم غذایی، ابزار ارزشیابی موارد آموزشی) واحدهای مورد پژوهش نشان می‌دهد که میانگین وزن قبل از مداخله ۵۹/۷۱ با انحراف معیار ۱۱/۳۵ بود که بعد از مداخله به ۵۸/۹۳ و ۱۱/۲۹ رسیده

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر شاخص‌های فرعی از قبیل خواب، ورزش، وزن، فشارخون، بررسی‌های آزمایشگاهی مؤثر است به طوری که واحدهای مورد پژوهش قبل از مداخله آموزشی (۱۰۰٪) دارای مشکلات خواب بودند که بعد از مداخله به میزان (۴۰/۶٪) تقلیل معنادار یافت. در تحقیق ادوارد و همکاران نشان داده شد که خواب کم در بیماران همودیالیز شایع است و با پایین بودن کیفیت زندگی آنان ارتباط دارد [۱۰]. ادم در دست‌ها و پاها بعد از مداخله نسبت به قبل آن کاهش داشت ($P < 0/001$). براز نیز در مطالعه خودنشان داد که آموزش مراقبت از خود میزان ادم بیماران را به طور معناداری کاهش می‌دهد [۱۱]. خارش و زخم در پوست در واحدهای مورد پژوهش بعد از مداخله نسبت قبل از مداخله کمتر شد ($P < 0/001$). لوگان در پژوهش خود می‌نویسد: خارش که احساس آزار دهنده‌ای در پوست می‌باشد مشکل بیشتر بیماران تحت همودیالیز بوده و می‌تواند کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و باعث افسردگی شود [۱۲]. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۴۰/۶٪) بندرت برنامه ورزشی داشتند که بعد از مداخله (۵۹/۴٪) گاهی فعالیت را انجام دادند. جن و اهلنبرگ در مطالعه خود نشان دادند که با انجام ورزش امتیاز عملکرد واحدها اضافه و احساس رضایتمندی در آن‌ها افزایش یافت [۱۳]. میانگین امتیاز حاصل از وضعیت رژیم غذایی واحدهای مورد پژوهش قبل از مداخله ۶۸۳/۵۹ بود که بعد از مداخله به ۸۹۲/۶۹ افزایش یافت. مطالعات پیشین نیز نشان داده بودند که رژیم کم نمک می‌تواند باعث محدودیت در دریافت مایع و بدنال آن کاهش وزن گردد. در عین حال پیروی از رژیم غذایی و محدودیت مایع خطر بروز عوارض و مشکلات جسمی را کاهش داده کیفیت زندگی و نیز امید به زندگی را در بیماران تا ۲۰ سال بیشتر افزایش می‌دهد [۱۴]. میانگین فشارخون و شاخص‌های کاهش وزن نیز قبل از مداخله تغییر معناداری به سمت بهبودی نشان داد. صالحی در تحقیق خود نیز تأثیر آموزش بر کاهش وزن بین دو

جدول ۲- مقایسه تغییرات شاخص‌های (ورزش، خواب، ادم و خارش) واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله آموزشی (۱۳۸۷)

شاخص	زمان بررسی	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتایج
ورزش		۴۶/۸٪	۵۹/۴٪	$P < 0/001$
بیخوابی		۱۰۰٪	۵۹/۴٪	$P < 0/001$
ادم		۳۴/۴٪	۰٪	$P < 0/001$
خارش		۵۶/۲٪	۰٪	$P < 0/001$

جدول ۳ در رابطه با بررسی میانگین و انحراف معیار

حیطه‌های کیفیت زندگی در بعدهای (سلامت عمومی، نیروی حیات و انرژی، عملکرد جسمی، محدودیت عملکرد جسمی، درد بدنی، بهداشت روانی، محدودیت عملکرد روانی، فعالیت اجتماعی) است و نشان می‌دهد که میانگین تمام این ابعاد بعد از اجرای مداخله آموزشی افزایش یافته است. آزمون آماری تی‌زوجی تمام این تغییرات را با $P < 0/001$ معنادار نشان داد.

جدول ۳- بررسی میانگین و انحراف معیار حیطه‌های کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان بعثت نیروی هوایی قبل و بعد از مداخله آموزشی سال (۱۳۸۷)

زمان بررسی	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتایج
ابعاد کیفیت زندگی	میانگین	انحراف	میانگین
سلامت عمومی	۲۳۶/۷۱	۷۱/۲۷	۳۸۰/۴۶
نیروی حیات و انرژی	۱۴۱/۸۷	۵۵/۴۹	۲۵۸/۴۳
عملکرد فیزیکی	۴۴۸/۴۳	۲۱۱/۵۵	۶۷۲/۵۰
محدودیت عملکرد فیزیکی	۱۰۴/۳۷	۷۸/۶۵	۳۱۵/۶۲
درد بدنی	۹۲/۳۴	۴۶/۰۳	۱۵۷/۹۶
بهداشت روانی	۲۱۹/۳۷	۶۰/۲۱	۳۵۵/۶۲
محدودیت عملکرد روانی	۷۵	۸۰/۲۲	۲۳۴/۷۵
فعالیت اجتماعی	۷۳/۵۹	۳۲/۳۸	۱۳۵/۴۶

$P < 0/001$

جلسه دیالیز را نشان داده بود [۱۵]. تست‌های آزمایشگاهی واحدهای مورد پژوهش بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله معنی‌دار بود. در رابطه با هدف پژوهش و بررسی ابعاد کیفیت زندگی، سلامت عمومی و نیروی حیات و انرژی امتیاز واحدهای مورد پژوهش بعد از اجرای مدل نسبت به قبل با ($P < 0.001$) و استفاده از آزمون آماری تی‌زوجی تغییر معنادار پیدا کرد. اجرای مدل بر کیفیت زندگی مؤثر است به طوری که رحیمی با اجرای مدل مراقبت پیگیر بر روی بیماران تحت همودیالیز نشان داد که اجرای مدل بر شاخص‌های متعددی از جمله کیفیت زندگی بیماران مؤثر بوده است [۱۶]. برآیند ابعاد جسمی (عملکرد فیزیکی و محدودیت نقش فیزیکی) واحدهای مورد پژوهش قبل از مداخله دارای میانگین $448/43 \pm 104/37$ بود که بعد از اجرای مدل به ترتیب به $672/5 \pm 315/62$ افزایش یافت ($P < 0.001$). در این راستا اوغلو و همکاران در مطالعه خود با عنوان "یک برنامه ۱۲ هفته‌ای وضعیت روانی، کیفیت زندگی و توانایی عملکرد جسمی را در بیماران تحت همودیالیز بهبود می‌بخشد" نشان دادند که بعد از مداخله نتایج نسبت به قبل از مداخله در بعد عملکرد فیزیکی با $P < 0.001$ و در ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی با ($P = 0.009$) تغییر نمود [۱۷]. ($40/7\%$) واحدها قبل از مداخله درد جسمی متوسط داشته‌اند که بعد از مداخله با ($37/5\%$) درصد به خیلی خفیف رسید. که آزمون آماری تی‌زوجی با $P < 0.001$ تغییر را معنادار نشان داد امتیاز واحدهای مورد پژوهش در بعد بهداشت روانی و محدودیت عملکرد روانی قبل از مداخله دارای میانگین $219/37 \pm 75$ بود که بعد از مداخله به $355/62 \pm 243/75$ افزایش یافت که معنادار بود ($P < 0.001$). شیون لای‌تی‌سی در مطالعه خود کاهش میزان استرسورها و افسردگی را به طور معناداری با ($P = 0.001$) و نیز افزایش کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی و روانی به طور معناداری با ($P = 0.001$) را نشان داد [۱۸]. میانگین نمرات در بعد کیفیت فعالیت اجتماعی واحدهای مور پژوهش قبل از مداخله $73/59$ بود که بعد از مداخله به $135/46$ افزایش پیدا کرد ($P < 0.001$). امتیاز حاصل از نحوه پاسخگویی به سوالات ابزار ارزشیابی موارد آموزشی قبل

از مداخله دارای میانگین $17/65$ بود که بعد از مداخله به $59/09$ افزایش پیدا کرد. آزمون آماری تی‌زوجی این تغییر را معنادار نشان داد. تحقیق حاضر نشان داد که اجرای مدل بر کیفیت زندگی بیماران در بعد جسمی، عملکرد فیزیکی و روانی، سلامت عمومی و نیروی حیات و انرژی مؤثر است و فرضیه پژوهش تأیید شد. مدیران پرستاری با تکیه بر نتایج تحقیق حاضر می‌توانند در برنامه‌ریزی جهت بکارگیری روش‌های گوناگون آموزش از این مدل به عنوان روش آموزشی در بخش‌های خود استفاده کنند برای بررسی راهکارهای اجرای بهتر این مدل و نمایش تأثیر مناسب این مدل در سطح وسیع پیشنهاد می‌شود بکارگیری مدل مراقبت مشارکتی در مقایسه با ویژگی‌های سنتی پزشک مورد مقایسه قرار گیرد. و نیز در بیمارستان‌های مختلف تهران و شهرستان‌ها برای سایر بیماران دیالیزی اجرا و نتایج با هم مقایسه شود. در عین حال بررسی موانع اجرا مدل مراقبت مشارکتی از دیگر پیشنهادها پژوهشگر می‌باشد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از حوزه معاونت پژوهشی، ریاست محترم و معاونت آموزشی و اساتید دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران تشکر و قدردانی می‌شود. و پژوهشگر برخورد واجب می‌داند که از مدیریت محترم بیمارستان بعثت نیروی هوایی، مسئولین، پرستاران و بیماران عزیز (بخش دیالیز) که در انجام این پژوهش اینجانب را یاری کردند. نهایت قدردانی و تشکر را بنماید.

References

1. Burrows, Hudson. chronic disease: an overview n: 2005;195(2):40-9.
2. Smeltzer, s. Bare G. Brunner & Suddarth of Text Book of Medical Surgical Nursing ,9th edition philipia. lippincot. whllams & whking 2004;1146-7.
۳. نجفی، الف، پرستار و دیالیز، مرکز مدیریت و پیوند و بیماری‌های خاص، ۱۳۸۵، صفحه ۱۵.
۴. مهدوی مزده، م، ترجمه: هاریسون، بیماری‌های کلیه، چاپ ۴، تهران، انتشارات تیمورزاده، سال ۲۰۰۵ صفحات ۱۰۷ تا ۱۰۸.
5. Suet W. L. The quality of Life for heng kongd halisis Patient .Journal of Advanced Nursing. 2001;35(2), 218-27.
۶. ملکوتی، ک، پیگیری و بهداشت روانی در میان بیماران مزمن، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، شماره ۱۲، صفحه ۴۱.
7. Stan hope m, lancastery. Foundations of community healt nursing.usa.mosb co2002;80.
۸. محمدی، ع، طراحی و ارزشیابی مدل مراقبتی مشارکتی برای کنترل فشارخون بالا، پایان‌نامه دکتری پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۰.
۹. معماریان، ر، کاربرد مفاهیم و نظریه‌های پرستاری، تهران، انتشارات آثار علمی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۸، صفحه ۳۸.
10. Eduard A. Co0 H, McMurray MH. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patiens. Nephrol Dial Transplant 2003; 18: 126-132.
۱۱. براز، ش، بررسی مقایسه‌ای تأثیر دو روش برنامه آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت از خود بر مشکلات کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده در بیمارستان‌های منتخب تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۳.
12. Lugon jr. Uremic pruritus. are view hemodialysis . int 2005; 9 (2): 180-8.
13. Jennor clt, uhlenbruck G. Exercise and life-statis factory-fitness: complementay strategies in prevention and rchabilitation of illness-evidence-based complementary and alternative.medicine. 2004; 1 (2): 157-165.
14. Durose, cl. holds worth, m, watsen, v. przygodz ka, f. Knowledge of dietary restriction and the medical consequence of non compliance by patients on hemodialysis arenot predictive of dietary compliace. j Am Diet Assoc 2004; 104 (1): 35.
۱۵. صالحی ش، بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر شاخص‌های آزمایشگاهی و افزایش وزن دو جلسه دیالیز در بیمارستان علوم پزشکی شهرکرد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامائی، ۱۳۸۱.
۱۶. رحیمی، ا، بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۳.
17. levenduglu F, Altintepe N, Okudan H.and etal. Atwelve week exerxise program imporves the psychological status quality of life and work capacity inhemodialysis patients. jn: 2004; 17: 826-832.
18. Shiow-lung tsay, chenglee. effect of adaptation trining programe for patiens with end-stage renal disease, journal of advanced nursing 2005; 50 (1): 39-46.

Effect assessment of applying the partnership care model on quality of life in hemodialysis patients referring to Be'sat Hospital of IRI Air Force

Ghavidel F¹, Mohammadzadeh S², Pirasteh H³, Alavi Majd H⁴

Abstract

Background: In patients with a chronic disease such as end stage renal disease, functioning status and quality of life is much lower than general population. The present quasi-experimental study was carried out in order to determine the effects of applying partnership care model on quality of life in hemodialysis (HD) patient in Tehran, 2008.

Materials and methods: Thirty-two HD patients selected as before & after groups for the purpose of this research were investigated over the period of two months. Data collection tools included: 1-identify questionnaire and the quality of life general health; 2-the questionnaire of educational evaluation tools designed by researcher; 3-questionnaire sf-36 (QOL). Immediately after this time the researcher started to have some manipulation over the same group that had been considered as case. SPSS descriptive statistics, paired t-test, wilcoxon and McNemar were applied to analyze the collected data.

Results: Data analysis showed that paired t-test there was a significant relationship between applying partnership care model and general dimensions of HD patients QOL ($p < 0.001$). Paired t-test also revealed that there was a significant relationship between applying partnership care and specific dimension of HD patients QOL ($p < 0.001$).

Conclusion: According to these finding, applying partnership care causes significant difference in the levels of both dimensions of HD patients QOL; therefore, applying this caring model can promote HD patients quality of life. Furthermore, the research hypothesis that applying partnership care model can't promote quality of life level in hemodialysis patients was rejected, while model effectiveness in these patients was confirmed.

Keywords: Partnership care model, Hemodialysis patients, Quality of life

1. MSc, Khatamol-Anbia(S) air defense base health Administration. (Corresponding Author)
2. MSC, Nursing faculty, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. M.D. IRI Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. PHD, Para medicine faculty, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.