 مقایسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودامیالز ته دارندگان

شهام براز و همکاران

چکیده

مقدمه: هدف اصلی درمان و مراقبت بیماران مزمن از جمله بیمارانهای نارسایی مزمن کلیه، ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی آنها است. با این حال مطالعات شناختی می‌دهد که سطح سلامت عمده‌دار و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودامیالز ته دارندگی اغلب یافته‌ای نیست. به این ترتیب، در هنگام روش‌های آموزشی مؤثر که بتواند مشکلات جسمی بیماران را کاهش دهد و کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشد، ضروری می‌باشد. هدف از این مطالعه مقایسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری (نام آموزشی) مراقبت از خود بر مشکلات و کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودامیالز ته دارندگی می‌باشد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است. 63 بیمار از سه مرکز دیالیز در تهران انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه قرار داده شدند. بیماران قبل از آموزش به افتخاده از پرسشنامه کیفیت زندگی، پرسشنامه تعیین نیاز آموزشی و چک لیست‌ها مورد آزمایش گردیدند. پس از تعیین نیازهای آموزشی یک برنامه آموزشی خود مراقبت که برای بیماران آموزشی ارائه می‌گردد، هم زمان با اجرای برنامه یک سری کامی آن فیلم‌برداری شد و به صورت پسته آموزشی منتشر می‌گردد.

نتایج: پژوهش نشان داد که با توجه به متغیرهای مورد بررسی شاخص‌های بیان‌کننده قدرت ارتباطی میان نیازهای آموزشی و کیفیت زندگی بیماران در دو گروه با توجه به اثرباری کردن تفاوت‌های حاصل، میانگین‌های بالاتری یافتیم. این نتایج نشان داد که اجرای برنامه آموزشی خود، کاهش مشکلات و بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودامیالز، بهبود وضعیت جسمی و کیفیت زندگی و بهبودی سلامت بدنی و روحی بیماران نسبت به بیمارانی که از خود بر نخورده بودند.

واژگان کلیدی: همودامیالز، مراقبت از خود، کیفیت زندگی، آموزش حضوری، آموزش غیرحضوری

نویسنده مسئول: امیر، دانشگاه علوم پزشکی جنوب شاهراه، دانشگاه پزشکی و مامایی، گروه پرستاری، فاکس 11332376176

Email: shahrambaraz@yahoo.com

سال نشر / شماره 1 / بهار 1385/1386

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک
مقامه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت...
مقایسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت...

روش‌های آموزشی در سیستم‌های مراقبت بهداشتی است. اما این روش به دلیل این که نیاز به زمان بیشتری دارد، ساختمانی از پیش تعیین نشده ندارد و در مراکز پر ازدحام می‌بایست دارای ایورت مقدت نادنی (می‌باشد). از روشهای مختلفی نیز برای آموزش به تعداد زیادی از فراگیران در یک مقطع زمانی کوتاه استفاده می‌کنند که این روش‌ها دارای ساختاری از پیش تعیین شده است. در کاربران شیوه این وضعیت تکنولوژی ارتقاء و گسترش استفاده از روش‌ها و ابزارهای متنوع ارتباطی، امکان استفاده از شیوه دیگری از آموزش را به صورت مجزای یعنی غیرحضوری فراهم ساخته است. در حال حاضر از فیلم ویدئویی برای انتقال مفاهیم باه‌جهت آموزش به بیماران در زمان کوتاه استفاده می‌گردد. از مزایای آموزش مجازی و ویدئویی بیانیه برای ایجاد ذهنی سازی فراوان اطلاعات، ایجاد نگاه در اطلاعات، عدم ایجاد اضطراب در زمانی آموزش و اضافه کردن اطلاعات جدید به مطالعه قبل است. به گفته است. (۱) به عنوان افرادی و بهبود مهارت‌های بین فردی تیز می‌شود که تنها آن بهبود ارتباط بین پزشک، پرستار و بیمار است. (۱۸) می‌تواند یکی از روش استفاده از رنگ، حركت و صحت‌های مختلف است که این موارد هم‌مره بیش و تصور باعث آموزش پیشرفتی می‌شود. (۲) اما در کاربران این مزایا یکی از مهم‌ترین عویب آن مجازی بودن و فقدان آموزش به دست‌و‌رسته و حال از فراگیران اجرای برنامه است که با برخورداری از ابزار فعال و فعالیت مقصود و غیرقابل انکاری در دست‌بایگی به هدف آموزش ایفا می‌کند. لذا روش حضوری به دلیل پرخوداری از این مزیت‌ها، هنوز پیشرفتی می‌گردد. از سوی دیگر چون بیماران مزمن از جمله تک تک درمان با هم‌حالاتی در مرکز جامه و در نقاط

سال نهم/ شماره 1/ بهار ۱۳۸۵/ ۳
تحت درمان با همودیالیزی نگه دارنده بودند. 7- بیمارانی که حداکثر سواد ابتدایی و بهداشتی را داشتند.
شرايط خروج بیماران از مطالعه توسط عمل پيوند قرار گرفتن یا به دلایلی فوت در ۳-۰ ماه به همکاری و دانشاطلاعات بودند.

حجم نمونه براساس ۵٪ و ۸۰٪ /۰ در هر گروه ۵۰ نفر محسوب گردید و روش نمونه‌گیری محتوی بر هدف بود. از ۱۵۵ بیمار موجود در بخش‌های همودیالیزی مورد نظر ۸۰ بیمار معاوضه‌کننده در مطالعه را نشان دادند و یک نفر در طول مداخله، مطالعه را ترک کرد و یک نفر نیز فوت کردند. در نهایت به طور کلی ۳۳ بیمار و مطالعه گردیدند که به صورت تصادفی در دو گروه قرار داده شدند. بدين صورت که بیمارانی که روزهای زوج دیالیزی می‌شوند در گروه اول (۳۷) بیمار تحت آموزش حضوری) و بیمارانی که روزهای فرد دیالیزی می‌شوند در گروه دوم(۳۱) بیمار تحت آموزش غیرحضوری) قرار گرفتند. سپس بیماران دو نمی پیدا کردند. در طول ۲۲ هفته قبل از شروع آموزش با استفاده از پرسشنامه تعیین نیازهای آموزشی، کیفیت زندگی و چک لیست‌های تحقیق مورد ارزیابی قرار گرفتند. اتاق نواختن و اطلاعات قبل از مداخله‌گر آموزشی. بعد از تعیین نیازهای آموزشی، یک برنامه آموزشی به دست آمده گونه مراقبت اورم و اصول عملی آموزش به بیمار و مشاور با منشأگذاری کیفیت و تغییر طراحی و تدوین گردید. این بیماران به هدف توانمند سازی بیماران همودیالیزی در مراقبت ار دخور دیده می‌شوند رژیم غذايي، صرص سلامت غربی و سلامت پوست تدوين گردید. این بیماران برای بیماران گروه اول توسط ار یک پرسشنامه متخصص آموزش به بیمار

1- Orem self care model.
2- Short Form (SF-36)
مفهوم تأثیر دو روش آموزش حضوری و تبعیضی در مقایسه

شیروانی و همکاران

اعتبار 1- پرسشنامه و چک لیستها: جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه تعیین نیازهای آزمونی و چک لیستها به روش اعتبار محقون، از نظرات اصلاحی 10 نفر از استاند دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران، شهید بهشتی و تربیت مدرس و 3 نفر از متخصصین نفوروزی استادگی شده است. پرسشنامه کیفیت زندگی زیرریک 36 نیز یک نمونه استاندارد می‌باشد که برای استفاده در تحقیق و کار بالینی ارزیابی خط مشی بهداشتی و سلامتی و بررسی وضعیت سلامت جمعی عمومی در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه در سطح بین المللی به کار رفته (21) و در کشور ما نیز جهت بررسی کیفیت زندگی در پیمان قلبی عروقی، مبتلا به سرطان مزی و اینچه اقدامات شده است.

پایه‌ی 2: داوید می‌توسد، پرسشنامه کیفیت زندگی فرم کوته‌ای 36 یک ابزار استاندارد جهانی است که برای بررسی و همکاران در سال 1999 در بریتانیا، پایایی آن را اساس آزمون آلما کرو که بای خالص 85 درصد تعیین نمودند(24). در ایران نیز طی مطالعات متعددی اعتبار و پایایی آن تایید گردیده است (24). همچنین پایایی پرسشنامه تعیین نیازهای آزمونی و چک لیستهای ثبت شاخص‌های بالینی در این مطالعه با روش آزمون مجدد تعیین شد.

جهت صحبت بهتر، پیشرفت اطلاعات به دست آمده، وسایل مورد استفاده به دقت اندازه‌گیری عملکرد آنها ارزیابی گردیده و سپس مورد استفاده قرار گرفت. برای کنترل فاراک خون از فشار سنج جهودی مدی یاموسو 604 به همراه گوشی پزشکی مارک لیتمن و جهت کنترل وزن از ترازویی که عملکرد آن

اجتماعی، محدود حداکثر نقش عاطفی و سلامت روان می‌باشد. هر کدام از 8 بعد امتیاز 0 تا 100 دارد. این نمره گذرای بر اساس معیار استاندارد مخصوص 36 SF-36 به دست آمده است. سؤالات 3- گزینه‌ی ابزارهای 00 و 100، سؤالات 5- گزارش‌های ابزارهای 00 و 100، سؤالات 6- گزارش‌های ابزارهای 00 و 40 و 60 و 100 در نظر گرفته شده است که امتیاز بالاتری نشان دهنده عملکرد بهتری می‌باشد.

۳) چک لیست ثبت شاخص‌های پاکلیک شامل اوره، کراتینین، اسید اوریک، سدیم، پتاسیم، فسفر، کلسیم و آلبومین و چک لیست ثبت شاخص‌های بالینی شامل میزان اضافه و زن بین دو جلید دیالیز، فشار خون سیستول و دیاستول، درجه ادم، میزان خارش پوست و علامت و شناسایی عفونت موسعی ترسیمی.

(گرمی- قروی).

جهت اطمینان بیشتر از ایده‌های حاصل، کیفیت زندگی دو پاره به فاصله در هفته و پارامترهای آزمایشگاهی به صورت میانگین مو ماهه قبل از آزموزش و پیش از مرتبه‌ها در دو جهت نیز به فاصله دو هفته در دوره قبل از آزموزش پرعویش و میانگین آنها به عنوان داده‌های قبل از آزموزش در نظر گرفته شد. بعد از اجرای برنامه‌های آزموزش مجددا شاخص‌های آزمایشگاهی به صورت میانگین مو ماهه بعد از آزموزش، چک لیست ثبت شاخص‌های اندادگی گیره‌های بالینی در دو جهت نیز به فاصله دو هفته (فیضه‌های سرم و نجم بعد از آزموزش) و پرسشنامه کیفیت زندگی دو پاره به فاصله های 6 و 8 بعد از آزموزش، تکمیل گردیدند و میانگین آنها به عنوان داده‌های بعد از آزموزش منظور گردید.

1- Validity
2- Reallibility
3- Brazier

سال نهم/شماره 1/ بهار 1385/19
مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک
مقایسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت... 

به دقت بررسی شده بود استفاده گردید. به علایه جهت پیشگیری از خطاهای احتمالی پوزش‌گر به عنوان یک فرد ثابت، اطلاعات قبل و بعد از آموزش را بررسی و ثبت نمود.

به منظور بررسی اطلاعات به دست آمده، از فرآیند نسبی و مطلق برای توصیف مشخصات نمونه‌های پژوهش، از آزمون مربع کای جهت بررسی ارتباط بین بعضی از متغیرها و آزمون‌های تی، زوج و یک‌تایی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل نتایج معیاری، متغیرهای مورد بررسی قبل و بعد از آموزش استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل، تایپینگ کاری انجام داده و به بعد از آموزش توسط متغیرهای سنجشی در آزمون در سه سطح (آلوده، کنترل و غیرحضوری) با استفاده از فرم‌کوته در 36 تایپینگ برای کاهش یک بعد تهاجم، در 36 تایپینگ با دردست داده شده است. همان طور که مشاهده می‌گردد در گروه تحت آموزش حضوری تغییرات کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمانی، ابزار نوزش فیزیکی، عملکرد اجتماعی، نیرو و انرژی حیاتی دکتر کلی از سلامتی و همین طور میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی قبل از اجرا برآمده آموزشی نسبت به بعد معنی‌دار بوده است. اما در ابعاد سلامت عمومی، ابزار نوزش عاطفی و درد بر اساس تغییرات نسبی تفاوت معنی‌داری دیده نشد. در گروه تحت آموزش غیرحضوری نیز تغییرات کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمانی، ابزار نوزش فیزیکی، نوزش عاطفی، عملکرد اجتماعی، درک کلی از سلامتی و همین طور میانگین امتیاز کل کیفیت زندگی قبل از اجرا برآمده آموزشی نسبت به بعد در گروه غیرحضوری معنی‌دار بوده است. اما در ابعاد سلامت عمومی، نیرو و انرژی حیاتی و درد پدیده علیرغم تغییرات نسبی، تفاوت معنی‌داری دیده نشد. است. به طور کلی مقایسه این دو روش در میزان

نتایج

از 63 الیمی مورد مطالعه 32 نفر در گروه آموزش حضوری و 31 نفر در گروه آموزش غیرحضوری قرار گرفتند. محدوده سنی الیمیان 50-70 سال و میانگین سنی گروه آموزش حضوری 35/87 سال و گروه آموزش غیرحضوری 32/83 سال بود.

53/1 درصد نمونه‌ها در گروه آموزش حضوری و 51/6 درصد در گروه آموزش غیرحضوری مرد بودند. 50 درصد نمونه‌ها در گروه آموزش حضوری و 54/84 درصد در گروه آموزش غیرحضوری تحصیلات دیپلم و بالاتر، 3/28 درصد پیمان در گروه آموزش حضوری و 22/85 درصد پیمان در گروه آموزش غیرحضوری تحصیلات متوسطه و راهنمایی، 15/62 درصد پیمان در گروه آموزش حضوری و 22/58 درصد در گروه آموزش
مقايسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت...

کرد (۱۹۹۱/۰۰/۰۱)، همچنین آزمون آماری من ویتی

بین نتایج میزان خارش بعد از مداخله در دو گروه

اختلاف معناداری را نشان داده است (۰۰۱/۰۰/۰۰/۰۱).

یعنی این تغییرات در گروه غیرحضوری بیشتر بوده

است.

داده‌های مربوط به نتایج این داده‌ها دهند

رایت مصرف نمک و مایعات توسط بیماران بوده

است در چندین آزمایش انجام شده است. در گروه آموزش

حضوری میزان دم بیماران بعد از اجرای برنامه

آموزشی کاهش معناداری یافته شده است. همان

همچنین در گروه آموزش غیرحضوری میزان دم

بیماران بعد از اجرای برنامه آموزشی کاهش معناداری

یافته شده است. این تغییرات در مواردی مثل سیدم، کلسیم

و آلبومین خون معنی‌دار نبوده است. در گروه تحت

آموزش غیرحضوری نیز تغییرات پارامترهای تنظیر

اروره، کراتینین، رتیسیم، کلسیم، فسفر، اسید اوریک،

فشار خون سیستولی، فشار خون دیاستولی و اضافه وزن

بین دو جلسه دیابتی قبل و بعد از اجرای برنامه آموزش

تفاوت معنی‌دار داشته است. این تغییرات در مواردی

مثل سیدم و آلبومین خون معنی‌دار نبوده است. به طور

کلی مقایسه این دو روش در میزان اثراتی آنها بر

شاخص‌های آزمایش‌گاها و بالینی، قبل و بعد از

آموزش در دو گروه اختلاف معنی‌داری را نشان نداده

است.

یافته‌های مربوط به نتایج این دیگر بالینی

بیماران همچنین مانند: خارش، ادم و گروهی مسر

عرفوی در جداول ۳ تا ۵ آماده. بر اساس جدول ۳

در گروه آموزش حضوری میزان خارش بعد از اجرای

برنامه آموزشی کاهش یافته کرده که اختلاف

معنی‌دار بوده (۰۰۱/۰۰/۰۰/۰۱).

دیگر نشان داده شده است که خارش بعد از آموزش

کاهش یافته کرده.

سال نوемبر ۹۸ / شماره ۸ / بهار ۱۳۸۵
مجله علمی پژوهش‌های دانشگاه علوم پزشکی اراک
جدول ۱. میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی در گروه آموزش حضوری

<table>
<thead>
<tr>
<th>آموزش حضوری</th>
<th>قبل آموزش</th>
<th>بعد آموزش</th>
<th>پ</th>
<th>قبل آموزش</th>
<th>بعد آموزش</th>
<th>ابعاد کیفیتی زندگی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>سلامتی عمومی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>عضایر جسمانی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>ایفای نقش فیزیکی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>ایفای نقش عاطفی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>عضایر اجتماعی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>درد بدنی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>نیرو و انرژی حیاتی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>درک کلی از سلامتی</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>میانگین کل کیفیت زندگی</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۲. میانگین تست‌های آزمایشگاهی فشارخون سیستولی و دیاستولی و اضافه وزن بین دو دیالیز در بیماران همودیالیزی قبل و بعد از اجرای برنامه آموزشی در گروه آموزش حضوری و غیرحضوری

<table>
<thead>
<tr>
<th>آموزش حضوری</th>
<th>قبل آموزش</th>
<th>بعد آموزش</th>
<th>پ</th>
<th>قبل آموزش</th>
<th>بعد آموزش</th>
<th>شاخص</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>200</td>
<td></td>
<td></td>
<td>اوره</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>100</td>
<td></td>
<td></td>
<td>کراتی نی‌سیم</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>50</td>
<td></td>
<td></td>
<td>پتانسیم</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>25</td>
<td></td>
<td></td>
<td>کلسیم</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td>فسفر</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>10</td>
<td></td>
<td></td>
<td>آلومین</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>5</td>
<td></td>
<td></td>
<td>اسیدورتریک</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td>فشارخون سیستولیک</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
<td>فشارخون دیاستولیک</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td>وزن بین دو جلسه</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۳. توزیع فواصل نسبی خارش پوستی در قبل و بعد از آموزش در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگه

<table>
<thead>
<tr>
<th>آموزش (حضوری)</th>
<th>قبل آموزش</th>
<th>بعد آموزش</th>
<th>روش آموزش</th>
<th>قبل آموزش</th>
<th>بعد آموزش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>آموزش حضوری</td>
<td>۲۷/۲%</td>
<td>۱۹/۴%</td>
<td>ندارند</td>
<td>۳۷/۵%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>غیرحضوری</td>
<td>۲۲/۵%</td>
<td>۱۹/۱%</td>
<td>کم</td>
<td>۳۳/۳%</td>
<td>۱۵/۴%</td>
</tr>
<tr>
<td>نداشته باشد</td>
<td>۱۰%</td>
<td>۱۰%</td>
<td>متوسط</td>
<td>۱۱/۰%</td>
<td>۱۰/۴%</td>
</tr>
<tr>
<td>شدید</td>
<td>۴/۲%</td>
<td></td>
<td>پرده</td>
<td>۶/۳%</td>
<td>۱/۶%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 4. توزیع فراوانی نسبی ادم در قبل و بعد از آموزش در بیماران تحت درمان با همودیالیز به دارنده در دوگروه آموزش حضوری و غیرحضوری

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>آموزش حضوری</th>
<th>قبل آموزش</th>
<th>بعد آموزش</th>
<th>آموزش غیرحضوری</th>
<th>قبل آموزش</th>
<th>بعد آموزش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میزان ادم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نداشته</td>
<td>3/8%</td>
<td>4/5%</td>
<td>7/8%</td>
<td></td>
<td>3/8%</td>
<td>4/5%</td>
</tr>
<tr>
<td>خفیف</td>
<td>1/4%</td>
<td>2/1%</td>
<td>2/8%</td>
<td></td>
<td>1/4%</td>
<td>2/1%</td>
</tr>
<tr>
<td>کم</td>
<td>6/4%</td>
<td>1/9%</td>
<td>0%</td>
<td></td>
<td>6/4%</td>
<td>1/9%</td>
</tr>
<tr>
<td>متوسط</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 5. توزیع فراوانی نسبی گرمی و قرمزی مسیر عروقی در قبل و بعد از آموزش در بیماران تحت درمان با همودیالیز به دارنده در دوگروه آموزش حضوری و غیرحضوری

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>آموزش حضوری</th>
<th>قبل آموزش</th>
<th>بعد آموزش</th>
<th>آموزش غیرحضوری</th>
<th>قبل آموزش</th>
<th>بعد آموزش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>متغیر مورد بررسی</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>گرمی مسیر عروقی</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نداشته</td>
<td>3/8%</td>
<td>4/5%</td>
<td>7/8%</td>
<td></td>
<td>3/8%</td>
<td>4/5%</td>
</tr>
<tr>
<td>دارند</td>
<td>1/4%</td>
<td>2/1%</td>
<td>2/8%</td>
<td></td>
<td>1/4%</td>
<td>2/1%</td>
</tr>
<tr>
<td>قرمزی مسیر عروقی</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نداشته</td>
<td>3/8%</td>
<td>4/5%</td>
<td>7/8%</td>
<td></td>
<td>3/8%</td>
<td>4/5%</td>
</tr>
<tr>
<td>دارند</td>
<td>1/4%</td>
<td>2/1%</td>
<td>2/8%</td>
<td></td>
<td>1/4%</td>
<td>2/1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث

در کل، نتایج کسب شده نشان می‌دهد که میانگین کلی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز به همگین شدن ابعاد کیفیت زندگی در کشور ما ممکن است باشد. در مطالعات دیگر میانگین کلی کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی با استفاده از مقیاس فرم کوتاه 34 هچمون مطالعه لوندگان و همکاران در ترکیه حدود 65، تاجی و همکاران در ترکیه حدود 65.9 و وزنکری و همکاران اسپانیا (56.5 گزارش گردیده)28-29 که در تمام این مطالعات میانگین کلی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز مشابه می‌باشد. کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز 68-78 درمیان ابعاد کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز بوده و در ابعاد حساس گانه شامل عمکرک فیزیکی 68، ابعاد کیفیت زندگی به دارنده جمعیت مورد مطالعه از کیفیت زندگی یکین نثای برخوردارند. به نظر محقق دلیل این

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک
سال نهم/شماره 1/ بهار 91/1385
مقایسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت...

به دنبال اجرای برنامه معنی‌دار به‌ویژه

در این مطالعه میانگین اوره، کارتنیت، سفر و

اسیدوایک، بعد از آموزش حضوری و غیرحضوری

کاهش چشم‌گیری داشته و میزان کلسم سرم در گروه

آموزش غیرحضوری بعد از آموزش افزایش پیدا کرد

که نشان از مثبت بودن هر دو روش برنامه آموزشی

دارد. در حالی که میزان سدیم، آلبومین و پتاسیم بعد از

آموزش در هر دو گروه از دیدگاه پزشک متغیر نبوده و بعد از

آموزش در گروه احتمال معنی‌داری را نشان داد. مقایسه

این دو روش در میزان اثرگذاری آنها قبل و بعد از

آموزش در هر دو گروه اختلاف معنی‌داری را نشان نداد.

پژوهش‌های نشان داد که تغییرات در هر دو گروه به

جذور دو روش شناختن و نیروی‌زایی حیاتی تقریباً

یکسان بوده و در مقایسه این دو روش در میزان

اثربخشی آنها بر کیفیت زندگی، بین میانگین های قبل و

بعد از آموزش بین دو گروه اختلاف معنی‌داری دیده

شده و دو روش از نظر اثرگذاری تقریباً یکسان ارزیابی می‌گردد.

در این مطالعه علاوه بر کیفیت زندگی، متغیرهای دیگری که مستقیم و غیر مستقیم بر کیفیت

زندگی بیماران تحت درمان با هم‌ویژه‌گذاری نهایی دارند، مؤثر می‌باشد. نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. از جمله

سال نهم همراه/ 1 بهار 1385/10
مقایسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت...

سال نهم شماره 1 / بهار 1385

تمرکز می‌گردد. به علاوه این بیماران ممکن است شرایط دیگر موتور بر خلق از جمله آنی، اختلال تعادل، الکتروولیت و بیماری‌های دیگر را نیز داشته باشند که همگی بر کیفیت زندگی اثر دارند (۳). نتایج تحقیق صاحب نشان داد که میانگین پناسیم گروه مورد مطالعه قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت (۳). می‌توان نتایج تحقیق ما را باشند. نتایج پژوهشی که توسط شی جویی و همکاران صورت گرفت نشان داد که ۵ هفته بعد از آموزش سطح فسفر سرم بیماران به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته بود که نتایج تحقیق ما نشان می‌دهد که سطح آموزش از نظر آماری تغییر معنی‌داری نداشت (۳). برخی از مطالعات سطح آموزنی سرم بعد از آموزش تغییر معنی‌داری نداشتند (۳). در نتیجه تحقیق صاحب نشان داد که بین میانگین فسفر سه ماه قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌دار آموزش رژیم غذایی در کاهش سطح فسفر بوده است (۳). در این ارتباط می‌توان نتیجه‌گیری داشت که زندگی غذایی کلیدی در درمان بیماری‌های کلیه دارد، به طوری که با آموزش رژیم غذایی در ناسازی کلیه، سطح فسفر سرم کاهش می‌یابد (۳). مطالعه دووزن نیز نشان داد که پروپی سرم رژیم غذایی و محدودیت در دریافت ماک بروز عوارض و مشکلات جسمی را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی را افزایش و امید به زندگی را تا ۲۰ سال بیشتر افزایش می‌دهد. نتایج مطالعه فوق نشان داد که بعد از آموزش، میزان فسفر و پناسیم سرم اضافه وزن بین دو جلسه بازیلز و امید در کاهش میزان و فشار کاهش پناسیم چشگیری کاهش پیدا کرده که بیانگر تأثیر مثبت بر روندهای آموزشی کاهش مشکلات بوده است (۳). نتایج مطالعه اواکا و همکاران نشان داد که توانایی خود مراقبت و آموزش در ارتباط با مراقبت از خود باعث پدیده رژیم غذایی و کاهش میزان اوره، پناسیم، فسفر و اضافه وزن بین دون جلسه بازیل و می‌گردد (۳). همچنین...
مقایسه تأثیر دو روش آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت... شهمار برز و همکاران

که میانگین فشارخون سیستولیک در آموزش نسبت به قبل از آموزش کاهش داشته است، بنابراین که آموزش بر کاهش فشارخون سیستولیک بیماران مؤثر بوده است(28). نتایج تحقیق ما هم چنین با نتایج فوق مبنی بوده است. نتایج تحقیق شناختی نشان دهنده میزان تأثیر کاهش فشارخون سیستولیک در آموزش کاهش داشته است که آموزش که به عنوان یکی از نیازهای برخورداری از این بیماران مطرح شده است، در مقایسه با آموزش عوامل اصلی مورد قبیل - عوامل در این بیماران است(37).

نتایج تحقیق بیانگر در این نشان داد که

تای 40 دقیقه بوده است. اگر مطالعات اخیر، این 60
تا 90 دقیقه خارج را در بین بیماران می‌باشد و در مراحل
انتهایی دیالیز یک‌بار در زمان دیالیز یا قبل از شروع
دیالیز می‌باشد. در مطالعه ما، کاهش معنی‌دار
بیشتر در گروه آموزش نسبت به گروه آموزش حضوری داشته
و این کاهش معنی‌دار بوده است.

نتایج تحقیق عضوی در این بیماران
قبل از آموزش 11/1 درصد خیز شدید 12/9 درصد
خبر متوسط 19/6 درصد خیز کم 83/7 درصد
نامی و 78/2 درصد خیز ناحیه و بعد از آموزش
صراف درصد خیز شدید 29/1 درصد خیز ناحیه
16/5 درصد خیز کم 61/2 درصد خیز ناحیه و
خبر ناحیه که این اختلاف معنی‌دار با هر دو بوده است(7) و
نتایج کار ما را تأیید می‌کند. در بررسی می‌تواند از
هر دو گروه در قبل و بعد از مداخله کاهش معنی‌داری
داشته است که به این می‌تواند دو گروه اختلاف
معنی‌داری دیده نشد.

سال نهم/شماره 1/ بهار 1385/12


A comparative study on the effect of two methods of self-care education (direct and indirect) on quality of life and physical problems of hemodialysis patients

Baraz Sh, Mohammadi E, Boroumand B

Abstract

Introduction: The main goal of treatment and care of chronic patients including those suffering from end stage chronic renal failure is to promote their health and their quality of life (QOL). Various researches have shown that health level, performance status and QOL, especially for hemodialysis patients are often less than expected. So, an attempt to find effective and cost benefit education methods in this area seems to be necessary. This study is done to compare the effects of two educational methods of direct and indirect (multimedia educational package) self-care program on QOL and physical problems of hemodialysis patients.

Materials and Methods: This quasi experimental research was carried out on two groups of hemodialysis patients. Sixty three patients were selected from three main dialysis centers in Tehran and allocated randomly into two groups (group one 32 and group two 31 patients). The first group used the direct educational program and the second group used the indirect educational package (multimedia). Patients were assessed before education using QOL questionnaire (short form SF-36), need assessment questionnaire and checklists. After determining educational needs and status of the patients, a self care educational program was designed based on self care model and the principles of patient education and also through counseling with nephrologists and nutritionists. The educational program was implemented directly on group one (direct education). Also it was recorded and indirectly used for the second group as a multimedia educational package once a week within one month during dialysis. After implementation of the self care educational program, both groups were assessed and measured again by same questionnaires and checklists. Data was analysed using student T, Wilcoxon and Mc Nemar tests.

Results: Findings showed that most of studied variables including laboratory tests, blood pressure, weight gain between two dialysis, skin itching, edema and some vascular complications are decreased significantly in each group before and after education. QOL was also significantly improved in each group. But there was no significant difference between the two groups.

Conclusion: Since, there was no significant difference between the two groups in terms of efficiency of two methods of direct and indirect (multimedia) educational self care programs and also due to the problems and higher costs of the direct educational program comparing to the indirect method, the indirect method is recommended as an effective, cost benefit, simple and patient-friendly method for hemodialysis patients.

Key words: Hemodialysis, self care, quality of life, direct education, indirect education

6 - Instructor, MSc. of nursing, school of nursing and midwifery, Ahwaz (Jondi Shapour) university of medical sciences.
7 - Assistant professor, department of nursing, Tarbiart modarres university.
8 - Iran university of medical sciences.