بررسی تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی

ابوالفضل رحیمی I

***دکتر فضلا... احمدی** II

دکتر محمود غلیاف III

چکیده

زمینه و هدف: در اغلب بیماران مبتلا به بیماری مزمن از جمله بیماری مرحله انتهایی کلیه، حالات عملکردی و کیفیت زندگی، پایین‌تر از جمعیت عمومی می‌باشد. این مطالعه از نوع نیمه تجربی است که با هدف تعیین تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی، در سال ۸۴-۱۳۸۳ در شهر همدان انجام شده است.

روش بررسی: نمونه‌های این پژوهش را ۳۸ بیمار مبتلا به بیماری مرحله انتهایی کلیه تشکیل می‌داد که به صورت قبل و بعد، انتخاب و در مدت ٦ ماه مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی(Kidney disease quality of life-short form=KDQOL-SF^{Tm})، پرسشنامه‌های دموگرافیک و چک لیست کنترلی بود. در مرحله اول پژوهش(قبل)، پژوهشگر مرحله آشناسازی را انجام داد و تا انتهای دوره، تنها پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و چک‌لیست‌های کنترلی تکمیل شدند. پس از اتمام مرحله اول پژوهش، بلافاصله پژوهشگر اقدام به اجرای مداخله در مرحله دوم پژوهش بر روی همان گروه نمود. سپس با استفاده از نرم‌افزار آماری(SPSS(version 13، آمار توصیفی، آزمون آماری تی زوجی(Paired-Samples T Test) و آزمون آماری مجذور کای(Chi-square) مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در تجزیه و تحلیل داده‌ها، آزمون آماری تی زوجی بین میانگین امتیازات حیطه‌های بعد عمومی کیفیت زندگی نمونه‌های پژوهش قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد($P<۰/۰۵$). همچنین آزمون تی زوجی بین میانگین امتیازات کلیه حیطه‌های ابعاد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی($P<۰/۰۵$)، به استثناء حیطه توانایی کار($P=۰/۰۸۳$)، قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که با اجرای مدل مراقبت پیگیر، تفاوت معنی‌داری در سطوح ابعاد عمومی و اختصاصی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی ایجاد می‌شود، بطوری که اجرای این مدل مراقبتی، با افزایش کیفیت زندگی بیماران همودالیزی همراه است. بنابراین فرضیه این پژوهش مبنی بر اجرای مدل مراقبت پیگیر باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی نمی‌شود، رد شد و تاثیر مدل بر کیفیت زندگی این بیماران مورد تأیید قرار گرفت.

کلیدواژه‌ها: ۱ – مدل مراقبت پیگیر ۲ – کیفیت زندگی ۳ – بیماری مزمن ۴ – بیماری مرحله انتهایی کلیه ۵ – همودیالیز

تاریخ دریافت: ۸٤/۷/۲۳، تاریخ پذیرش: ۸٤/۹/۱۹

مقدمه

بیماری مزمن کلیه در سراسر دنیا یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی محسوب می‌شود.[۱] بنیاد ملی کلیه (National kidney foundation) ایالات متحده، بیماری مزمن کلیه را به صورت آسیب کلیه یا میزان تصفیه گلومرولی (Glomerular filtration rate=GFR) کمتر از ٦۰ میلی‌لیتر در دقیقه به ازای ۱/۷۳ متر مربع از سطح بدن به مدت سه ماه یا بیش‌تر تعریف می‌نماید.[۲] این اختلال، یک اختلال پیشرونده و برگشت‌ناپذیر است که در نهایت به اورمی منجر می‌شود.[۳]

I) کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

II) دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران(*مؤلف مسؤول).

III) استادیار و فوق‌تخصص بیماری‌های کلیه و فشار خون، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی همدان، همدان، ایران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

همودیالیز، شکل اصلی درمان جانشینی کلیه بوده که بیش از ۱۲۰۰۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تا سال ۱۹۹۶ از این روش استفاده می‌کردند.[٤] طبق آمار موجود از سال ۹۷-۱۹۹۱ در آمریکا میزان مرگ و میر در بیماران همودیالیزی، ۱۶/۱٪ و در بیماران پیوند شده، ۳/۶٪ بوده است[٥] و هر ساله تعداد ۵۰۰۰۰ آمریکایی به دنبال نارسایی کلیه جان خود را از دست می‌دهند.[٦] در آلمان شیوع نارسایی کلیه، ۷۰۰ در میلیون و میزان بروز آن، ۱۵۶ در میلیون می‌باشد.[۷]

اگر چه همودیالیز می‌تواند طول عمر بیمار را افزایش دهد[۸و ۹] ولی کنترل این بیماران مشکل بوده و عوارض و مشکلات ایجاد شده برای آنان به عنوان یک معضل جهانی مطرح است. این بیماران از کیفیت زندگی و بقاء پایین‌تری برخوردار هستند و تغییرات اساسی در سبک زندگی این بیماران رخ خواهد داد.[۵، ۸و ۱۰] با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان کننده این بیماری و اینکه این بیماران ناگزیر به مدت طولانی از همودیالیز استفاده می‌کنند و از سویی با عنایت به اینکه مشکلات بالقوه و بالفعل این بیماران پویا و متغیر است، لزوم بکارگیری مدلی متناسب با وضعیت این بیماران کاملاً محسوس و ضروری به نظر می‌رسد؛ مدلی که با وضعیت این بیماران سازگار بوده و بتواند تا حد ممکن در حفظ و ارتقاء وضعیت سلامت کمک نماید. هدف مراقبت درمانی، مطلوب نمودن کیفیت زندگی بیمار است. یکی از راه‌های اصلاح کیفیت زندگی، استفاده از تئوری‌ها و مدلهای پرستاری است.[۱۱]

در ایران مدلی با عنوان مدل مراقبت پیگیر توسط احمدی(۱۳۸۰) در رابطه با بیماران مزمن کرونری، طراحی و ارزیابی شده است.[۱۲] مدل مذکور از چهار مرحله آشناسازی (Orientation)، حساس سازی(Sensitization)، کنترل (Control) و ارزشیابی(Evaluation) تشکیل شده است. این مدل، مددجو را به عنوان عامل مراقبت پیگیر و تاثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی می‌نماید و مراقبت پیگیر یا مستمر، فرآیندی منظم جهت برقراری ارتباط موثر، متعامل و پیگیر بین مددجو و پرستار به عنوان ارایه دهنده خدمات بهداشتی مراقبتی به منظور شناخت نیازها و مشکلات و حساس‌سازی مددجویان برای قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ بهبودی و ارتقاء سلامتی آنها می‌باشد که کاملاً با ویژگی‌های بیماری مزمن و پویایی مشکلات آن، مناسبت و هماهنگی دارد.

هدف از پیگیری در این پژوهش، برقراری و ایجاد یک رابطه مراقبتی مستمر و پویا جهت افزایش آگاهی و عملکرد فرآیند مراقبتی موثر و به دنبال آن ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیماران، کاهش عوارض بیماری، افزایش رضایت مددجویان و ارتقاء سطح سلامت و کیفیت خدمات مراقبتی است. منظور از رابطه مراقبتی مستمر و موثر، ارتباط متعامل، متقابل و پویایی است که بین پرستار، بیمار و خانواده او برقرار شده و در این برقراری هم کیفیت رابطه مراقبتی و هم محتوی، روش و ماهیت خدمات ارایه شده مورد توجه قرار می‌گیرد.[۱۲] مهم‌ترین هدف بالینی یا هدف از مراقبت بالینی، کاهش شدت علایم و استرس حاصل از آن است، بطوری که کیفیت زندگی حفظ شود.[۱۳]

یافته‌های پژوهش احمدی نشان داد که بکارگیری این مدل بر شاخص‌هایی چون دفعات بستری شدن، روند دفعات ویزیت پزشک، سطح چربی خون، اصلاح رژیم غذایی، دفعات استفاده از قرص‌های نیتروگلیسرین زیرزبانی و خصوصاً کیفیت زندگی بیماران کرونری موثر بوده است. همچنین قوامی(۱۳۸۳) تحقیقی تحت عنوان بررسی تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام داد و نتایج آن نشان داد که اجرای مدل مراقبت پیگیر به مدت سه ماه بر کیفیت زندگی کلی این بیماران تاثیر مثبت داشته است.[۱٤] در این رابطه انجمنیان(۱۳۸٤) در پژوهشی با عنوان بررسی تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک(در دو گروه کنترل و مداخله) پس از سه ماه مداخله، نتیجه گرفت که اجرای این مدل مراقبتی، بر بعد روابط بین فردی کیفیت زندگی در گروه مداخله تاثیر داشته است.[۱۳]

کارکردهای اساسی مدل مراقبت پیگیر عبارتند از: شناخت بیماری و ماهیت آن، شناخت مشکلات بالفعل و بالقوه در

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

خصوص بیماری، پذیرش بیماری و آثار آن به عنوان سایه‌ای در مسیر زندگی، ایفای نقش خود کنترلی مستمر (رفتارهای بهداشتی مطلوب)، سرمایه‌گذاری برای حفظ سلامتی و نگاه ارزشی به سلامت، درگیرسازی و مشارکت خانواده در اداره مسایل موجود و آتی، تغییر در الگو و سبک زندگی، ارتقاء اعتماد به نفس و شناخت تیم مراقبتی درمانی و روند استفاده از آنها.

در زمینه تاثیر آموزش رژیم غذایی در این بیماران، Prowant و همکاران بیان نمودند که با افزایش آگاهی بیماران می‌توان از بروز مرگ و میر و عوارض ناشی از افزایش سموم در بدن آنها کاست.[۱۵و ۱۶] Bgorve، Klang و Clyne در تایید این مطلب بیان می‌دارند که این بیماران به دلیل داشتن درمان‌های دارویی گوناگون، رژیم غذایی خاص و همچنین کسب توانایی‌های جسمی و روحی در جهت سازگاری با بیماری، نیازمند آموزش و اطلاع‌رسانی مداوم می‌باشند.[۱۷]

کاظمینی و همکاران در سال ۸۲ بیان نمودند که شیوع بیماران مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه در سالهای مختلف از رشد فزاینده‌ای برخوردار بوده است، همچنین عنوان نموده‌اند که کیفیت زندگی بیماران پیوند شده از بیماران تحت همودیالیز و حتی دیالیز صفاقی، بهتر است.[۱۸]

علی‌رغم کلیه پیشرفت‌های تکنیکی در درمان، کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در سطح پایین‌تری نسبت به جمعیت عمومی قرار دارد.[۱۵و ۱۹] Tsay و Healstead به نقل از Evans و همکاران(۱۹۸۵) می‌نویسند: «در مطالعه‌ای که جهت بررسی کیفیت زندگی ۸۵۹ بیمار تحت درمان با همودیالیز انجام شده، تنها ٤٧/٥٪ از بیماران، عملکرد نزدیک به نرمال داشته‌اند.» همچنین نویسندگان فوق به نقل از Evans و همکاران(۱۹۸۵)، Gudex(۱۹۹۵)، Lindqvist و Sjoden (۱۹۹۸) و Lok(۱۹۹٦) بیان می‌دارند: «بیمارانی که همودیالیز می‌شوند، کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به سایر افراد جامعه دارند». همچنین Tsay و Healstead به نقل از Chen و Ku(۱۹۹۸) بیان می‌نمایند که کیفیت زندگی در این بیماران، از بیماران پیوند کلیه، سرطان سینه، سرطان کولون و یا لوسمی کمتر است.[۲۰] همچنین در مطالعه‌ای این طور نتیجه گرفته شد که کیفیت زندگی آسیایی‌های مبتلا به این بیماری، نسبت به بیماران اروپایی کمتر می‌باشد.[۲۱]

این بیماران علاوه بر روبه‌رو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیک با تنشهای روانی بسیاری نیز مواجه می‌گردند، بطوری که اغلب آنها با مشکلات و تنشها سازگار نشده و دچار تغییرات رفتاری متعددی از جمله اضطراب، افسردگی، انزوا، انکار بیماری، هذیان و توهم می‌گردند.[۱۸و ۲٦-۲۲]

نتایج یک مطالعه مقطعی ـ مقایسه‌ای نشان می‌دهد که بیماران سالمند با مشکل مزمن، در مقایسه با بیماران جوان و مشابه، از وضعیت روانی یکسانی برخوردارند اما عملکرد جسمی آنها در مقایسه با جوان‌ترها، ضعیف می‌باشد.[۲۷]

پس از جستجوی فراوان در زمینه مراقبت از بیماران همودیالیزی، محرز گردید که تاکنون مطالعه‌ای در خصوص بکارگیری مدل مراقبت پیگیر در این بیماران صورت نگرفته است؛ لذا بر این اساس با انتخاب گروهی از بیماران تحت درمان با همودیالیز، سعی در طراحی برنامه‌ای مناسب با توجه به نیازهای مددجویان شد تا تاثیر آن در کاهش مشکلات این بیماران علی‌الخصوص مشکلات مرتبط با کیفیت زندگی مشاهده شود. امید است که در پرتو حق تعالی در پایان طرح، الگو و چارچوب مناسبی جهت استفاده و بهبود کیفیت زندگی مددجویان، ارایه و خدمتی هر چند ناچیز در جهت اعتلا و رفع مشکلات جامعه برداشته شود.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی کاربردی است که به منظور ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بوده و با انتخاب گروهی از بیماران همودیالیزی و اجرای مداخله(مدل مراقبت پیگیر) و بررسی کیفیت زندگی قبل و بعد از اجرای مدل مراقبتی در گروه مذکور انجام گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه‌ای که با توجه به اهداف پژوهش و خصوصیات دموگرافیک مددجویان شامل سن، جنس،

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

وضعیت تاهل، شغل، درآمد، سطح تحصیلات، سابقه بیماری، سبک زندگی، عادات تغذیه‌ای، عادات خاص و مدت زمان شروع دیالیز طراحی شده است.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی مربوط به بیماران دیالیزی(KDQOL-SF™) که جهت سنجش کیفیت زندگی این بیماران استفاده شد.

این پرسشنامه(KDQOL-SF™) یک ابزار اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی است که برای اولین بار در ایران بکار گرفته شد و شامل دو بعد عمومی و اختصاصی در ارتباط با کیفیت زندگی است. بعد عمومی کیفیت زندگی خود شامل دو بعد(شرایط جسمی و شرایط عاطفی) و هفت حیطه است. بعد شرایط جسمی شامل چهار حیطه سلامت عمومی(شامل ٦ سؤال)، عملکرد جسمی (شامل ۱۰ سؤال)، ایفای نقش جسمی(شامل ٤ سؤال) و درد جسمی(شامل ۳ سؤال) است و بعد شرایط عاطفی نیز شامل سه حیطه ایفای نقش عاطفی(شامل ۳ سؤال)، عملکرد اجتماعی(شامل ۲ سؤال) و سلامت روان(شامل ۸ سؤال) می‌باشد. بعد اختصاصی ابزار پژوهش مشتمل بر نه حیطه شامل محدودیت‌های مرتبط با بیماری کلیه(شامل ۱۱ سؤال)، مشکلات روانی مرتبط با سلامت(شامل ٦ سؤال)، عملکرد جسمی مرتبط با سلامت(شامل ۱۲ سؤال)، وضعیت عمومی مرتبط با سلامت(شامل ۳ سؤال)، رضایت خانوادگی مرتبط با سلامت(شامل ٤ سؤال)، وضعیت خواب(نمره‌بندی از صفر تا ۱۰۰)، وضعیت شغلی مرتبط با سلامت(شامل ۳ سؤال)، مسایل جنسی(شامل ۲ سؤال) و میزان رضایت از مراقبت و پرسنل بخش(شامل ۳ سؤال) در بیماران همودیالیزی می‌باشد. هر حیطه ۱۰۰ امتیاز را به خود اختصاص می‌دهد.

این پرسشنامه یک ابزار چند بعدی، روا و پایا است که تمامی ابعاد پرسشنامه SF-36 را در بر دارد[۲۸] و از درجات بالای همسانی و همبستگی درونی برخوردار بوده[۲۹] و تفسیر عمیق‌تر و گسترده‌تری از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را که در پرسشنامه SF-36 مورد توجه قرار نگرفته است، ارایه می‌نماید.[۳۰] به عنوان مثال، یکی از مهم‌ترین متغیرهایی که توسط پرسشنامه مذکور پر رنگ نشان داده شده، وضعیت خواب بیماران دیالیزی است.[۳۱]

به منظور تعیین روایی(Validity) پرسشنامه‌ها و چک‌لیست‌های این پژوهش از روش اعتبار محتوی (Content validity) استفاده شد، به این ترتیب که پس از تهیه نسخه اصلی پرسشنامه کیفیت زندگی، پرسشنامه مذکور، ترجمه و با هنجارهای جامعه هدف مورد مقایسه قرار گرفت. سپس جهت هنجاریابی(Standardization) ابزار پژوهش، از نظرات ۱۰ تن از اساتید صاحب نظر در زمینه مورد مطالعه استفاده گردید و طبق نظرات و پیشنهادات ارایه شده توسط آنان، اصلاحات لازم انجام شد. اغلب سؤالات ابزار مورد نظر با فرهنگ و خصوصیات جامعه ما سازگار بود. در حیطه محدودیت‌های جسمی، فعالیت‌های متوسط مثل جابجاکردن یک میز، بازی بولینگ(Bowling) به ورزش فوتبال و والیبال تبدیل شد. جهت تعیین پایایی(Reliability)، از روش دو نیمه کردن(Split-half) استفاده شد؛ بدین ترتیب که ابزار مطالعه بین ۱۰ بیمار همودیالیزی، توزیع و ضریب همبستگی بین سوالات زوج و فرد آزمون با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون(Pearson correlation) مورد بررسی قرار گرفت، بطوری که پایایی ابزار پژوهش با ضریب همبستگی r=۰/۹ مورد تایید قرار گرفته و بین سایر نمونه‌های پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

در این پژوهش جامعه مورد مطالعه را کلیه مددجویان مبتلا به بیماری نارسایی کلیه در شهر همدان که جهت انجام همودیالیز به مرکز همودیالیز اکباتان مراجعه می‌نمودند، شامل می‌شد. مطالعه حاضر در مرکز همودیالیز بیمارستان اکباتان شهر همدان صورت پذیرفت. این مرکز تنها بخش همودیالیز شهر همدان بوده و دلیل انتخاب آن به عنوان محیط پژوهش، قابل دسترس بودن نمونه‌ها، همکاری مساعد مسؤولین و پرسنل بخش مورد نظر و سهولت در روند پژوهش بود. نمونه‌های این پژوهش را بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز، تشکیل می‌داد. در این پژوهش جهت برآورد حجم نمونه از نرموگرام آلتمن استفاده شده است. با استفاده از نرموگرام آلتمن با قدرت آزمون ۰/۸، انحراف استاندارد ۱٤/۲۵ حاصل از نتایج مطالعه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

عسگرپور(۱۳۸۳)[۳۲] در زمینه کیفیت زندگی بیمارن مزمن هموفیلی و حدود اطمینان ۹۰٪ تعداد نمونه ٦۰ نفر برآورد شد. با توجه به اینکه عدد بدست آمده مجموع نمونه‌های دو گروه را شامل می‌شود، لذا نصف عدد مذکور برای یک گروه قبل و بعد کافی می‌باشد. بنابراین تعداد نمونه‌های این پژوهش برای هر گروه، ۳۰ نفر محاسبه شد. پس از بررسی و مطالعه اولیه مشخصات نمونه‌های حاضر در محیط پژوهش، از ۷۰ بیمار واجد شرایط نمونه پژوهش، ۳۸ بیمار به روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند. به این ترتیب که ابتدا پژوهشگر پس از تهیه اسامی بیماران و دادن رتبه عددی از ۱ تا ۷۰ به لیست مذکور، به ترتیب اعداد لیست به نمونه‌ها مراجعه می‌نمود، در صورتی که بیمار و خانواده وی پس از توجیه اهداف پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه مورد مطالعه منظور می‌گردید، در غیر این صورت از لیست حذف و به بیمار رتبه بعد پرداخته می‌شد.

در نهایت ۳۸ بیمار برای شرکت در دوره ٦ ماهه پژوهش اعلام آمادگی نمودند. گروه مذکور ابتدا به مدت ۳ ماه به عنوان گروه قبل(مقایسه) و پس از اتمام ۳ ماه به عنوان گروه بعد تلقی شدند. پس از تعیین اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه‌ها و انتخاب نمونه‌های پژوهش و به دنبال معرفی و توجیه اهداف و روش کار برای مددجویان و خانواده آنها، ابتدا پرسشنامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی توسط نمونه‌ها در مرحله قبل از بکارگیری مدل تکمیل شدند، سپس به مدت ۳ ماه نمونه‌های مطالعه، مورد پایش بوده ولی هیچ گونه مداخله‌ای انجام نمی‌شد و صرفاً تکمیل پرسشنامه‌های قبل و بعد کیفیت زندگی، آزمایشات دوره‌ای، بروز مشکلات جدید، مشکلات حین دیالیز، وزن و فشار خون قبل و بعد از دیالیز کنترل می‌شدند.

پس از اتمام دوره اول در انتهای ماه سوم، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط نمونه‌های پژوهش تکمیل و جمع‌آوری گردیدند. در انتهای ماه سوم از تاریخ تکمیل پرسشنامه‌های اولیه توسط نمونه‌های مطالعه، برای هر یک از آنها، ابتدای سه ماهه دوم و شروع مرحله دوم پژوهش، یعنی مرحله اجرای مدل مراقبت پیگیر، منظور گردید. از میان ۳۸ بیمار انتخاب شده در مرحله دوم پژوهش(گروه بعد)، یک بیمار به دلیل عدم تمایل و یک بیمار به دلیل فوت از گروه مذکور، حذف و ادامه مطالعه با ۳٦ بیمار انجام گردید. گروه مذکور در این مرحله به ۳ زیر گروه ۱۲ نفره(به دلیل سهولت در دسترسی و هماهنگی در برگزاری کلاس‌های گروهی، عدم ایجاد خلل در برنامه دیالیز هفتگی بیماران و نیز براساس مشابهت در نیازها و مشکلات) تقسیم‌بندی گردید و دوره دوم پژوهش یعنی مداخله مدل مراقبت پیگیر بر روی این ۳ زیر گروه انجام شد. این دوره شامل ٤ مرحله آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی بود.

اولین مرحله در مدل مراقبت پیگیر، مسأله آشناسازی و فراهم کردن زمینه ایجاد حساسیت‌های لازم در خصوص بیماری و مشکل موجود است و هدف این مرحله شناخت صحیح مشکل، انگیزه‌سازی و احساس نیاز و ضرورت فرآیند پیگیری در مددجویان مورد نظر است. پژوهشگر جلسه‌ای را بدین منظور هماهنگ نمود، سپس طی این جلسه که ۱ الی ۳۰ دقیقه بطول می‌انجامید با حضور بیمار و خانواده وی، آشناسازی، ترغیب بیمار، تصریح انتظارات از یکدیگر و توصیه‌ای مبنی بر لزوم تداوم و حتی‌الامکان عدم قطع رابطه مراقبتی ـ درمانی بین طرفین تا انتهای زمان مقرر، صورت پذیرفت. روند حساس‌سازی به منظور درگیر کردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم می‌باشد و شکی نیست که بدون گذر از این مرحله سرنوشت‌ساز، امکان دستیابی به هدف این طرح میسر نمی‌باشد و چنانچه بیماران و خانواده آنها به شناخت و حساسیت مسأله واقف شوند، می‌توان امیدوار بود که از الگوی بروز رفتارهای مناسب بهداشتی استفاده نمایند. اقداماتی که برای نمونه‌ها مطالعه در مرحله اجرای مدل انجام شد در قالب جلسات مشاوره‌ای به صورت مشاوره، بحث گروهی، سخنرانی و پرسش و پاسخ(در هر ۳ گروه با توجه به ماهیت و نوع نیازها و مشکلات بیماران و خانواده آنها جهت کشف مشکلات جدید، حساس‌سازی و تحریک نمودن مددجویان بر لزوم پیگیری مشکلات) و پس از آن به صورت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

انفرادی طی ۳ بار، قبل، حین و پس از اتمام جلسه دیالیز در محیط پژوهش با حضور اعضاء خانواده اقدام خاص صورت می‌پذیرفت. تعداد جلسات به میزان آگاهی، دانش و شدت و تعداد مشکلات مشابه برای هر یک از نمونه‌ها بستگی داشت و به طور متوسط ٦-٤ جلسه با حضور بیمار و خانواده‌اش برای هر گروه برگزار گردید. مدت جلسات با توجه به سطح تحمل بیماران و خانواده‌های آنان در حدود ۱ تا ۲ ساعت بود. در مواردی که مشکل مورد نظر خارج از تخصص و حیطه دانش پژوهشگر بود، مددجو و خانواده به متخصص ارجاع داده می‌شد. مراحل آشناسازی و حساس‌سازی در ۳ هفته اول مدت زمان در نظر گرفته شده برای اجرای مدل که ۳ ماه است، انجام گرفت.

رسیدن به اهداف مدل مراقبت پیگیر، بررسی و چگونگی استمرار و روند تداوم مراقبت، از اهمیت خاصی برخوردار است و شکی نیست که مناسب‌ترین برنامه‌ها بدون کنترل و پیگیری(follow-up) با گذشت زمان به فراموشی سپرده می‌شوند و یا تاثیر مطلوب خود را از دست می‌دهند؛ لذا با توجه به اینکه مدل مورد استفاده تحت عنوان مراقبت مستمر و پیگیر می‌باشد، زمان باقیمانده به پیگیری مربوط بوده و با حضور فیزیکی منظم و موثر در حین اجرای مدل در این مرحله، ادامه مشاوره‌های مراقبت پیگیر به طور هفتگی و مداوم با تماس‌های حضوری و تلفنی متناسب با نیازهای مراقبتی و نیز تکمیل چک لیست‌ها با اهداف بررسی و توجه به مسایل و مشکلات جدید مراقبتی، با توجه به پویا بودن مفهوم سلامت و بیماری و شروع مرحله حساس‌سازی برای مشکل جدید و ادامه روند پیگیری و بررسی روند مراقبت‌ها و کیفیت آن، به اجرا درآمد. در این پژوهش روند پیگیری مسایل به طور هفتگی و گاهاً طی هر مراجعه بیمار به مرکز و جلسات گروهی صورت می‌گرفت. بطوری که پس از اطمینان از وجود یا عدم وجود مشکلات قبلی، بروز هر گونه مشکل جدید، مورد بررسی قرار گرفته و برای آن مشکل خاص، اقدامات مراقبتی و مشاوره‌ای صورت می‌گرفت. اکثر نمونه‌های پژوهش در این مرحله با پژوهشگر همکاری قابل توجهی داشتند و تنها تعداد معدودی از بیماران از طولانی بودن زمان پژوهش رضایت نداشته و ابراز خستگی می‌نمودند.

ارزشیابی به عنوان گام چهارم و نهایی مدل بوده ولی این مورد در تمامی مراحل از ابتدا مورد توجه بوده و جاری بود. در نهایت پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی، جهت توصیف مشخصات واحدهای مورد پژوهش از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های پراکندگی و مرکزی استفاده شد و پس از تست متغیرها با آزمون برازندگی کولموگروف ـ اسمیرنوف، جهت مقایسه میانگین‌های قبل و بعد، از آزمون تی زوجی و سایر شاخص‌ها، از آزمون مجذور کای در محیط نرم‌افزار آماری(SPSS(version 13 استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به خصوصیات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- توزیع نمونه‌های مورد پژوهش برحسب خصوصیات دموگرافیک

نام متغیر	سطوح متغیر	درصد
جنسیت	مرد	٤٧/٢
	زن	٥٢/٨
وضعیت تأهل	متأهل	٨٣/٣
	مجرد	١٣/٩
	همسر فوت کرده	٢/٨
سن	٢٠-٣٩	١٩/٤
	٤٠-٥٩	٤٧/٢
	٦٠و ≤	٣٣/٣
سطح درآمد	متوسط	٥٢/٨
	ضعیف	٤٧/٢
وجود آگاهی در رابطه با بیماری	بلی	٧٥
	خیر	٢٥
علاقه به کسب اطلاعات	بلی	٩٧/٢
	خیر	٢/٨
قابل تحمل بودن محدودیت‌های بیماری	کاملاً	١٩/٤
	تاحدی	٣٠/٦
	اصلاً	٥٠
وجود حمایت خانواده	بلی	٨٨/٩
	خیر	١١/١

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

نتایج ایـن مطالعه در ارتباط با میانگین امتیازات حیطه‌های بعـد عمومی کیفیت زندگی این بیماران نشان داد که با استفاده از آمون آماری تی زوجی در شش حیطه سلامت عمومی، عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی و درد جسمی، قبل و بعد از مطالعه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد(P=۰/۰۰۰) و در حیطه سلامت روان نیز با استفاده از آزمون آماری تی زوجی قبل و بعد از مداخله(P=۰/۰۰۲) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- میانگین امتیازات حیطه‌های بعد عمومی کیفیت زندگی قبل و بعد از اجرای مداخله

ابعاد عمومی کیفیت زندگی	یافته‌ها	میانگین	انحراف معیار	تی زوجی	سطح معنی‌داری
سلامت عمومی	قبل	۴۴/۳	۱۱/۶	-۴/۳	P=۰/۰۰۰
	بعد	۴۹	۱۱/۶		
عملکرد جسمی	قبل	۶۵/۶	۱۶/۶	-۴/۷	P=۰/۰۰۰
	بعد	۶۹/۷	۱۳/۵		
ایفای نقش جسمی	قبل	۳۱/۵	۱۹	-۶/۲	P=۰/۰۰۰
	بعد	۴۱/۵	۱۳/۱		
ایفای نقش عاطفی	قبل	۴۷/۹	۲۷/۸	-۴/۴	P=۰/۰۰۰
	بعد	۶۲/۳	۱۹/۳		
عملکرد اجتماعی	قبل	۵۶/۱	۱۹/۵	-۲/۸	P=۰/۰۰۰
	بعد	۶۲/۳	۱۷/۲		
درد جسمی	قبل	۴۳/۶	۲۵/۲	-۵/۵۷	P=۰/۰۰۰
	بعد	۶۳/۱	۲۱/۲		
سلامت روان	قبل	۴۳/۶	۱۵/۸	-۳/۲	P=۰/۰۰۲
	بعد	۴۸/۱	۱۳/۴		

همچنین تحلیل داده‌ها در خصوص میانگین امتیازات حیطه‌های بعد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی قبل و بعد از مداخله نشان داد که در حیطه محدودیت‌های مربوط به بیماری(P=۰/۰۰۰)، سلامت روان (P=۰/۰۰۰)، عملکرد جسمی(P=۰/۰۰۴)، وضعیت عمومی(P=۰/۰۰۰)، رضایت از خانواده (P=۰/۰۰۳)، وضعیت خواب(P=۰/۰۰۰)، وضعیت جنسی و زناشویی(P=۰/۰۰۱) و رضایت از پرسنل (P=۰/۰۴۴) آزمـون آمـاری تـی زوجـی، قبـل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد، در حالی که تنها در حیطه توانایی کار، آزمون آماری تی زوجی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد(P=۰/۰۸۳)(جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳- میانگین امتیازات حیطه‌های بعد اختصاصی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله

ابعاد اختصاصی کیفیت زندگی	یافته‌ها	میانگین	انحراف معیار	تی زوجی	سطح معنی‌داری
محدودیت‌های بیماری	قبل	۵۰/۳	۱۳/۳	-۷/۷	P=۰/۰۰۰
	بعد	۵۹/۸	۱۰/۴		
سلامت روان	قبل	۶۴/۴	۱۲	-۵/۲	P=۰/۰۰۰
	بعد	۷۳	۱۱/۱		
وضعیت عملکرد جسمی	قبل	۶۷/۵	۱۶/۹	-۲/۱	P=۰/۰۰۴
	بعد	۷۰/۴	۱۴/۳		
وضعیت عمومی	قبل	۳۵/۴	۲۸/۳	-۵/۱	P=۰/۰۰۰
	بعد	۴۶/۹	۱۸/۸		
رضایت از خانواده	قبل	۵۶/۱	۲۰/۹	-۳/۱	P=۰/۰۰۳
	بعد	۶۰	۱۸/۲		
وضعیت خواب	قبل	۵۳/۶	۲۹/۳	-۴/۹	P=۰/۰۰۰
	بعد	۶۴/۵	۲۰/۱		
توانایی کار	قبل	۱۶/۶	۲۳/۹	-۱/۷	P=۰/۰۸۳
	بعد	۲۰/۸	۲۵		
مسایل جنسی	قبل	۳۲/۶	۳۳/۴	-۳/۶۲	P=۰/۰۰۱
	بعد	۴۳/۳	۳۰/۶		
رضایت از پرسنل	قبل	۷۹/۸	۱۹	-۲	P=۰/۰۴۴
	بعد	۸۱/۵	۱۸/۴		

در ارتباط با سطـوح مختلف کیفیت زندگی در بعد عمومـی، در مرحله قبل از مداخله، کیفیت زندگی ۸/۳٪ نمونه‌ها، ضعیف و ۸۶/۱٪ متوسط می‌باشد؛ در حالی که کیفیـت زندگـی پـس از مداخلـه در ۹۱/۶٪ متوسط است و ۸/۴٪ نمونه‌ها از کیفیت زندگی خـوب برخوردارند. همچنین در ارتباط با سطوح مختلف کیفیـت زندگـی در بعـد اختصاصی، در مرحلـه قبـل از مداخلـه، کیفیت زندگی ۸۸/۸٪ نمونه‌ها، متوسط و ۱۰/۲٪ خوب می‌باشد؛ در حالی که کیفیـت زندگـی پس از مداخله در ۹۴٪ متوسط

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

است و ٦٪ نمونه‌ها از کیفیت زندگی خوب برخوردارند (جدول شماره ٤).

جدول شماره ۴- میانگین امتیازات سطوح مختلف بعد عمومی و اختصاصی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله

ابعاد کیفیت زندگی / یافته‌ها		قبل	بعد
میانگین امتیازات سطوح بعد عمومی	ضعیف(۳۳-۰)	۸/۳	۰
	متوسط(٦٦-۳٤)	۸٦/۱	۹۱/٦
	خوب(٦٦<)	٥/٥	۸/٤
میانگین امتیازات سطوح بعد اختصاصی	متوسط(٦٦-۳٤)	۸۸/۸	۹٤
	خوب(٦٦<)	۱۰/۲	٦

بحث

اطلاعات موجود در جدول شماره ۲ بیانگر آن است که بین میانگین امتیازات حیطه‌های بعد عمومی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. علت این تفاوت آماری محرز بین امتیازات قبل و بعد نمونه‌های مورد بررسی، اجرای مدل مراقبت پیگیر بر روی نمونه‌های مذکور می‌باشد که باعث افزایش قابل توجهی در بعد عمومی کیفیت زندگی بیمار همودیالیزی شده است. می‌توان نتیجه گرفت در اثر اجرای مدل مراقبت پیگیر، بعد عمومی کیفیت زندگی در گروه مداخله ارتقاء یافته است، بدین معنی که آموزش فردی، گروهی و خانوادگی به بیماران، بر کیفیت زندگی عمومی آنها موثر بوده است.

احمدی(۱۳۸۰) تاثیر مدل مراقبت پیگیر را در کنترل بیماران مزمن عروق کرونری تست کرده و یافته‌های این پژوهش نشان داده است که بکارگیری این مدل در طول سه ماه پیگیری بر شاخص‌های متعددی، خصوصاً کیفیت زندگی این بیماران موثر بوده است.[۱۲] همچنین نتایج مطالعه قوامی نیز نشان داد که مراقبت پیگیر بر وضعیت انجام فعالیت‌های روزانه زندگی(P=۰/۰۰۰)، میانگین مدت زمان انجام فعالیت‌های فیزیکی روزانه(P=۰/۰۰۲)، میانگین نمایه خوب بودن(P=۰/۰۰۰) و میانگین کیفیت زندگی عمومی(P=۰/۰۰۰) در گروه آزمون تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری وجود دارد.[۱٤]

بنابراین می‌توان نتیجه گرف در اثر اجرای مدل مراقب پیگیر این بعد از کیفیت زندگی یعنی بعد اختصاصی در گروه مداخله ارتقاء یافته است. بدین معنی که آموزش فردی، گروهی و خانوادگی به بیماران، بر کیفیت زندگی آنها موثر بوده است.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین امتیازات تمامی حیطه‌های بعد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بجز حیطه توانایی کار، قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد. علت این تفاوت آماری محرز بین امتیازات قبل و بعد نمونه‌های مورد بررسی، اجرای مدل مراقبت پیگیر بر روی نمونه‌های مذکور می‌باشد که باعث افزایش قابل توجهی در کیفیت زندگی بیمار همودیالیزی شده است.

در مطالعه قوامی نیز در مورد میانگین کیفیت زندگی اختصاصی واحدهای مورد مطالعه(P=۰/۰۰۰) در گروه آزمون تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری وجود داشت.[۱٤]

نتایج مطالعه Vazquez و همکاران(۲۰۰۳) که جهت بررسی کیفیت زندگی ۱۱۷ بیمار از ٤۳ مرکز اسپانیایی با استفاده از پرسشنامه KDQOL-SF^{Tm} صورت گرفت، نشان داد که در ارتباط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health related quality of life)، بیماران همودیالیزی در بعد سلامت جسمی، امتیاز پایین، اما در بعد سلامت روانی، امتیاز طبیعی داشتند.[۳۳]

همچنین در ارتباط با تفاوت بین میانگین امتیازات سطوح کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله با توجه به اینکه سطح کیفیت زندگی نمونه‌ها بعد از مداخله نسبت به قبل افزایش قابل توجهی دارد، می‌توان نتیجه گرفت که در اثر اجرای مدل مراقبت پیگیر، کیفیت زندگی کلی در گروه مداخله ارتقاء یافته است، بدین معنی که آموزش فردی، گروهی و خانوادگی به بیماران و اصلاح روابط بین فردی بر تعاملات بیماران و کیفیت زندگی آنها موثر بوده است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

مطالعه انجمنیان نشان داد که با بکارگیری مدل مراقبت پیگیر تنها در حیطه روابط بین فردی از این نظر بین دو گروه اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد(P=۰/۰۳).[۱۳] همچنین در این رابطه نتایج مطالعه قوامی نشان دادکه بین میانگین کیفیت زندگی کلی قبل و بعد از مطالعه(P=۰/۰۰۰) در گروه آزمون تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری وجود دارد.[۱٤]

Higgins، Bakewell و Edmunds مطالعه خود را در بخش کلیه بیمارستان والسگرای کاونتری بریتانیا بر روی ٦۰ بیمار آسیایی و ٦۰ بیمار اروپایی که از نظر سن، جنس، دیابت و مدت زمان شروع درمان جایگزینی کلیه، همسان شده بودند، با استفاده از پرسشنامه KDQOL-SF^{Tm} در یک دوره چهار هفته‌ای انجام دادند. در ارتباط با کیفیت زندگی و قومیت، کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی آسیایی با اروپایی برابر بود. اما بیماران دیالیز صفاقی آسیایی، کیفیت زندگی پایین‌تری در چهار بعد کیفیت زندگی، نسبت به اروپایی‌ها داشته و در مقایسه کیفیت زندگی بیماران پیوندی آسیایی با اروپایی مشاهده شد که آسیایی‌ها به وضوح کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به اروپایی‌ها داشتند. همچنین امتیازات ابعاد مشکلات مربوط به بیماری کلیه، سلامت روانی، درد جسمی، سلامت جسمی و رضایت بیمار در آسیایی‌های پیوند شده، پایین‌تر بود.[۳٤]

متغیرهای غیرقابل کنترل در این پژوهش شامل دانش، تجربیات قبلی، علاقه مددجویان در قبول مدل و جزییات آن، خصوصیات عاطفی، روانی و ریشه‌های فرهنگی بیماران و خانواده‌های آنان بوده که بر سطوح عملکرد یادگیری، علایق و انگیزه‌های آنان تاثیر داشته است، بطوری که در مواردی پژوهشگر را با مشکل مواجه نمود. همچنین می‌توان از طولانی بودن زمان پژوهش به عنوان یک مانع مهم در اجرای هر چه بهتر نام برد چرا که ماهیت ملال‌آور، مزمن و خسته‌کننده بیماری و اضمحلال تدریجی قدرت و توانایی جسمی و آستانه تحمل بیماران با برقراری ارتباط طولانی مدت و مداوم سازگار نبود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که با اجرای مدل مراقبت پیگیر تفاوت معنی‌داری در سطوح مختلف ابعاد عمومی و اختصاصی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی ایجاد می‌شود، بطوری که اجرای این مدل مراقبتی با افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی همراه است؛ لذا می‌توان اذعان نمود که بکارگیری مدل مراقبت پیگیر در سایر محیط‌های بالینی و بیماران همودیالیزی می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان نتایج مثبتی داشته باشد. همچنین لازم به ذکر است که با توجه به محدودیت‌های محیطی، ماهیت بیماری و وضعیت روانی بیماران و مهم‌تر اینکه برای اولین بار مدل مراقبت پیگیر در بیماران همودیالیزی تست شد، نتایج شایان توجهی حاصل گردیده است.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش همکاری کردند و بخصوص از پرستاران مرکز همودیالیز بیمارستان اکباتان همدان آقای حبیبی، آقای میرزائی، خانم سلطانی شایان و سایر پرسنل بخش مذکور و همچنین از گروه پرستاری و معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس ابراز می‌دارند.

فهرست منابع

1- Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Lau J, Eknoyan G. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults, Part I: definition, disease stages, evaluation, treatment and risk factors. American family physician 2004; 70(5): 869-76.

2- Burrows-Hudson S. Chronic kidney Disease: An overview. AJN; 2005. 105(2): 40-9.

3- Smeltzer CS, Bare GB. Brunner and suddarth's Textbook of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins; 2004. p. 1326-34.

٤- یعقوبی مختار، بررسی ورزشهای ایزومتریک بر شدت درد ناشی از کرامپ عضلانی در بیماران همودیالیزی شهر سنندج، پایان نامه

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

کارشناسی ارشد آموزش پرستاری(داخلی جراحی)، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۲.

5- Vergoulas VG. Quality of life in patients with kidney transplantation. HIPPOKRATIA 2002; 6(Suppl 1): 91-8.

6- Smeltzer CS, Bare GB. Bruuner and Suddarth's Tesxbook of Medical-Surgical Nursing. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. 2000. p. 1146-7.

7- Franke G, Reimer J, Philipp T. Aspects of quality of life through end-stage renal disease. Quality of life Research 2003; 12: 103-15.

۸- عشونـدی خدایار، بررسی تاثیر آموزش در کاهش مشکلات بیماران همودیالیزی، پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری (داخلی جراحی)، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۷۲.

9- Phipps W, Sands J, Marker J. Medical-surgical nursing concept & clinical practice. 6th ed. St Lousis: mosby co; 1999. p. 1456-77.

10- Tovbin D, Gidron Y, Jean T, Granovsky R, Schneider A. Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. Quality of Life Research 2003; 12: 709-17.

۱۱- ملکوتی کاظم، نوروزی فاطمه، پیگیری و بهداشت روانی در میان بیماران روانی مزمن، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ۲، ۱۳۷٤؛ شماره ۱و ۲، صفحه: ۷-٤۱.

۱۲- احمـدی فضـلا...، طراحی و ارزیابی مدل مراقبت پیگیر در کنترل بیماران مزمن عروق کرونر، پایان نامه دوره دکتری در رشته آموزش پرستاری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۰.

۱۳- انجمنیان وحید، بررسی تاثیر بکارگیری مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک ترخیص شده از مرکز آموزشی ـ درمانی سینا همدان ۸٤-۱۳۸۳، پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری(گرایش مدیریت روانپرستاری)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸٤.

۱٤- قوامی هاله، تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۳؛ صفحه: ۲۵-۲۲.

۱۵- براز پرفنجانی شهرام، بررسی مقایسه‌ای تاثیر دو روش برنامه آموزش حضوری و غیرحضوری مراقبت از خود بر مشکلات و کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده در بیمارستان‌های آموزشی منتخب شهر تهران سال ۱۳۸۳-۱۳۸۲، پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۳.

16- Prowant BF, Satalowich RJ, Murray-Bell A, Ryan LP, Schmidt LM, Kennedy JM, et al. Effectiveness of a phosphorus education program for dialysis patients. ANNA Journal 1999; 16(5): 353-7.

17- Klang B, Bgorve H, Clyne N. Predialysis education hepl patient choose dialysis modality an increase specific knowledge. Journal of Advance Nursing 1999; 29(4): 869-76.

۱۸- کاظمینی سید محمد و همکاران، وضعیت درمان جایگزین کلیه در ایران، مجله پژوهشی حکیم، بهار ۱۳۸۲؛ دوره ششم، شماره اول، صفحه: ۸-۱۰.

19- Unruh M, Miskulin D, Yan G, Hays RD, Benz R, Kusek JW, et al. Racial differences in health related quality of life among hemodialysis patients. Kidney Int 2004 Apr; 65(4): 1482-91.

20- Bakewell B, Higgins M, Edmunds E, Does ethnicity influence preceived quality of life patients on dialysis and following renal transplant? Neohrol Dial Transplant 2001; 16: 1395-1401.

21- Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial variables, quality of life, and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. American Journal of Kidney Diseases 2002 Nov; 40(5): 1013-22.

22- Kovac JA, Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. Patient satisfaction with care and behavioral compliance in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis. American Journal of Kidney Diseases 2002; 39(6): 1236-44.

23- Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. American Journal of Kidney Diseases 2003; 42(2): 713-21.

24- Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: Assessment and treatment. Nephrol Dial Transplant 2000; 15: 1911-13.

۲۵- جنتی یدا...، بررسی عوامل موثر بر افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز، پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

(روانپرستاری ـ مدیریت)، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۷۱.

26- Tsay S, Healstead M. Self-care, self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. International Journal of Nursing Studies 2002; 39: 245-51.

27- Singer M, Hopman W, MacKenzie T. Physical functioning and mental health in patients with chronic medical conditions. Quality of life research 1999; 8: 687-91.

28- Hays RD, Kallich JP, Mapes DL, Conos SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life(KDQOL Tm) instrument. Qual Life Res 1994; 3: 329-38.

29- Hays RD, Kallich JP, Mapes DL, Conos SJ, Carter WB. Kidney disease quality of life short form(KDQOL-SF), Version 1.2. Santa Monica, CA: RAND Corporation 1995; 79: 28.

30- Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT. Quality of life in patients on chronic dialysis: Self-assessment 3 months after the start of treatment. Am J Kidney Dis 1997; 29: 584-92.

31- Wadhwa NK, Akhtar A. Sleep disorders in dialysis patients. Semin Dial 1998; 11: 287-97.

۳۲- عسگرپور حسین، بررسی میزان کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به هموفیلی مراجعه کننده به مرکز درمانی هموفیلی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸٤.

33- Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez-Gomez JM, Moreno F, et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. J Nephrol 2003 Nov-Dec; 16(6): 886-94.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]

Effects of Applying Continuous Care Model on Quality of Life in Hemodialysis Patients

A. Rahimi, MSc [I] ****F. Ahmadi, Ph.D.*** [II] ***M. Gholyaf, M.D.*** [III]

Abstract

Background & Aim: 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 continuous care model on quality of life in Hemodialysis(HD) patients in Hamedan in 2005.

Patients & Methods: Thirty-eight HD patients selected as before & after groups for the purpose of this research were investigated over the period of six months. Data collection tools included: KDQOL-SF^{Tm}(a specific scale for dialysis patients), QOL demographic questionnaire and control check lists. In the first phase of the research(before), orientation stage was performed in control group, and until the end of the period QOL questionnaire and control check lists were completed only. Immediately after this time the researcher started to have some manipulations over the same group that had been considered as case. SPSS software V(13), descriptive statistics, paired t-test and chi-square statistical test were applied to analyze the collected data.

Results: Data analysis showed that with paired t-test, there was a significant relationship between applying continuous care model and general dimensions of HD patients' QOL($P<0.05$). Paired t-test also revealed that there was a significant relationship between applying continuous care model and specific dimension of HD patients' QOL($P<0.05$), except work ability dimension($P=0.083$).

Conclusion: According to these findings, applying CCM 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 continuous care model can't promote quality of life's level in hemodialysis patients was rejected, while model effectiveness in these patients was confirmed.

Key Words: 1) Continuous Care Model(CCM) 2) Quality of Life(QOL) 3) Chronic Disease 4) End Stage Renal Disease 5) Hemodialysis

I) *MSc in Nursing Education, Department of Nursing, Tarbiat Modaress University. Tehran, Iran.*
II) *Associate Professor. Department of Nursing, Tarbiat Modaress University. Tehran, Iran.(*Corresponding Author)*
III) *Assistant Professor of Nephrology Department. Nephrologist. Hamedan University of Medical Sciences and Health Service. Hamedan, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-15]