



The Impact of Family-Based Empowerment Pattern on Hemodialysis Patients

Atieh Okhli^{1,*}, Reza Masoudi²

¹ Department of Nursing, Gonbad Kavoods Branch, Islamic Azad University, Gonbad Kavoods, Iran

² Associate Professor, Community-Oriented Nursing Midwifery Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

* **Corresponding author:** Atieh Okhli, Department of Nursing, Gonbad Kavoods Branch, Islamic Azad University, Gonbad Kavoods, Iran. E-mail: a_okhli@yahoo.com

Received: 17 Nov 2018

Accepted: 13 Jan 2019

Abstract

Introduction: Chronic renal failure is an advanced and irreversible impairment of renal function, which affects 2 to 3 percent of the world's population today. The number of patients with kidney transplant failure is estimated to be about 25,000, according to a report from the Center for the Transplantation of Specific Diseases. Annually, about 4,000 new patients are added to this population, with dialysis as the most commonly used treatment. Nearly 50% of these kidney patients are hemodialysis patients in Iran. Hemodialysis patients have many complications due to the chronic nature of the disease, which can decrease their self-efficacy and quality of life. Improving and supporting these patients requires active participation of the family. Therefore, the aim of this study was to improve the family-centered empowerment of hemodialysis patients in Golestan province.

Methods: This experimental study was carried out on 70 hemodialysis patients in Gonbad-e-Kavoods city who were randomly divided into two groups of control and control after being matched for dialysis, education, age and sex. The family-centered empowerment model in the test group was performed in 6 sessions of 60-90 minutes. Data gathering tool was Sherer general self-efficacy questionnaire. Data analysis was done by SPSS21 software using independent t-test, paired T-test and Analysis of variance.

Results: Independent t-test between the intervention and control groups did not show any significant difference. ($P = 0.97$), but independent t after intervention showed significant difference between the two groups ($P < 0.01$).

Conclusions: Implementation of family-centered empowerment model with the participation of family members will increase self-care and promote lifestyle in hemodialysis patients. It is recommended that the patient receive the health care in the family home. Due to the low cost and safety and the impact of the family-centered empowerment model, it is recommended to use this model on other variables of nursing care or other chronic patients.

Keywords: Empowerment Pattern, Hemodialysis Patients, Family-centered, Self-efficacy



تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز

عطیه اخلی^{۱*}، رضا مسعودی^۲

^۱ گروه پرستاری، واحد گنبد کاووس، دانشگاه آزاد اسلامی، گنبد کاووس، ایران

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات مامایی پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

* نویسنده مسئول: عطیه اخلی، گروه پرستاری، واحد گنبد کاووس، دانشگاه آزاد اسلامی، گنبد کاووس، ایران. ایمیل:

a_okhli@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۲۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۲۶

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه اختلال پیشرفته و برگشت ناپذیر عملکرد کلیه می‌باشد که امروزه ۲ تا ۳ درصد مردم دنیا به آن مبتلا می‌باشند. براساس امار ارائه شده از سوی مرکز پیوند بیماری‌های خاص تعداد بیمارانی که دچار نارسایی پیوند کلیه هستند حدود ۲۵۰۰۰ نفر می‌باشد. سالانه حدود ۴۰۰۰ بیمار جدید به این تعداد اضافه می‌گردد در این بین دیالیز به عنوان رایجترین روش درمانی در این بیماران به شمار می‌آید، تقریباً بیش از ۵۰ درصد این بیماران کلیوی در ایران تحت درمان با همودیالیز می‌باشند. بیماران همودیالیزی به دلیل ماهیت مزمن بیماری دچار عوارض و مشکلات زیادی هستند که می‌تواند موجب کاهش خودکارآمدی و کیفیت زندگی آنان گردد. بهبود و حمایت از این بیماران نیازمند مشارکت فعال خانواده می‌باشد. بنابراین این مطالعه با هدف تاثیرالگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز استان گلستان انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۷۰ نفر از بیماران همودیالیزی شهر گنبدکاووس که بعد از همسان سازی از نظر تعداد دفعات دیالیز، تحصیلات، سن و جنس به صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. الگوی توانمندسازی خانواده محور در گروه آزمون در ۶ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر بود. تجزیه تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار آماری SPSS 21 با آزمون آماری تی مستقل، تی زوجی و آنالیز واریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: آزمون تی مستقل بین گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله اختلاف معنی داری را نشان نداد ($P = 0/97$) ولی تی مستقل بعد از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی داری را نشان داد ($P > 0/01$).

نتیجه گیری: اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور با مشارکت اعضای خانواده موجب افزایش خودمراقبتی و ارتقاء سبک زندگی بیماران همودیالیزی می‌گردد. لذا با توجه به کم هزینه و ایمن بودن و تأثیر گذاری الگوی توانمندسازی خانواده محور پیشنهاد می‌گردد از این الگو بر روی سایر متغیرهای مراقبت پرستاری و یا سایر بیماران مزمن استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: الگوی توانمندسازی، بیماران همودیالیزی، خانواده محور، خودکارآمدی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بیماری‌های خاص تعداد بیمارانی که دچار نارسایی پیوند کلیه هستند حدود ۲۵۰۰۰ نفر می‌باشد [۵]. سالانه حدود ۴۰۰۰ بیمار جدید به این تعداد اضافه می‌گردد [۳] در این بین دیالیز به عنوان رایجترین روش درمانی در این بیماران به شمار می‌آید [۶] تقریباً بیش از ۵۰ درصد این بیماران کلیوی در ایران تحت درمان با همودیالیز می‌باشند [۷]. تخمین زده شده که حدود ۱/۴ میلیون نفر در دنیا تحت درمان با همودیالیز

نارسایی مزمن کلیه اختلال پیشرفته و برگشت ناپذیر عملکرد کلیه می‌باشد [۱] که امروزه ۲ تا ۳ درصد مردم دنیا به آن مبتلا می‌باشند [۲]. میزان شیوع آن در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر جمعیت می‌باشد. هر سال حدود ۸ درصد به این میزان افزوده می‌شود [۳]. هم اکنون حدود ۲۶/۳ میلیون نفر در سراسر دنیا از بیماری نارسایی مزمن کلیه رنج می‌برند [۴]. براساس امار ارائه شده از سوی مرکز پیوند

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی با دو گروه آزمون و کنترل بر روی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مراکز همودیالیز شهر گنبد کاووس در استان گلستان در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. محیط این پژوهش دو بیمارستان شهید مطهری و خاتم الانبیاء گنبد کاووس بود. شرایط ورود به این مطالعه بیماران همودیالیزی که از زمان شروع دیالیز آنها بیش از ۶ ماه گذشته باشد، هفته‌ای ۲ تا ۳ بار تحت دیالیز قرار داشتند، خانواده این بیماران توانایی درک و پذیرش آموزش‌های ارائه شده را دارا بودند. سپس محقق بعد از یکسان سازی واحدهای پژوهش از نظر جنس، سن، مدت دیالیز در هفته نمونه‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. حجم نمونه این مطالعه با کمک نرم افزار آماری G*Power و براساس مقاله سالارو همکاران (۱۳۹۷) با اندازه اثر ۰/۰۹۶، توان آزمون ۹۵ درصد در سطح معنی داری ۰/۰۵ به تعداد ۳۱ نفر برای هر گروه محاسبه شد که محقق جهت افزایش تعمیم پذیری هر گروه را ۳۵ نفر در نظر گرفت. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی (سن، مدت زمان دیالیز، دفعات دیالیز در هفته، جنس بیمار، جنس خانواده، سطح تحصیلات والدین و بیمار) و پرسشنامه خودکارآمدی شرر و ادامز در سال ۱۹۸۳ تهیه شد که دارای ۱۷ گویه می‌باشد. براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالف از نمره ۱۷ تا ۸۵ نمره گذاری شد. نمره بالای ۵۰ نشان دهنده خودکارآمدی بالا و نمره زیر ۵۰ خودکارآمدی ضعیف می‌باشد [۱۹]. در این پرسشنامه سؤالات ۱۳، ۸، ۹، ۳، ۱۱، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و بقیه سؤالات به طور معکوس نمره ۱ تا ۵ می‌گرفتند [۲۰]. روایی صوری این پرسشنامه توسط ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان و دانشگاه آزاد اسلامی گلستان مورد تأیید قرار گرفت. همچنین روایی سازه این پرسشنامه با ضریب همبستگی (۰/۶۸) پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ [۱۹]. همچنین در مطالعه مردامنش و همکاران (۱۳۹۴) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ مورد تأیید قرار گرفت.

در این مطالعه محقق بعد از تأیید طرح در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان و مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی گلستان با معرفی به مراکز دیالیز شهرستان گنبد کاووس ضمن بیان اهداف پژوهش به مسئولین بیمارستان و سرپرستاران بخش و جلب مشارکت آنها، ابتدا لیستی از بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز همودیالیز مطهری گنبد و خاتم الانبیاء گنبد تهیه نمود. از بین کسانی که شرایط مطالعه را داشتند به صورت تصادفی دو گروه آزمون و کنترل را مشخص نمود. که محقق قبل از اجرای مطالعه و تکمیل فرم‌های پیش آزمون، ابتدا هدف از اجرای این پژوهش را به شرکت کنندگان در این مطالعه توضیح داد و ضمن اخذ رضایت نامه کتبی، در خصوص بی خطر بودن مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. سپس محقق پس از همسان سازی بیماران از نظر سن، جنس، مدت و تعداد دیالیز در هفته بیماران را به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم نمود. در گروه کنترل مراقبت‌های روتین بخش برای بیمار و خانواده بیمار به اجرا در می‌آمد. در گروه آزمون محقق علاوه بر آموزش کامل بیماری‌های نارسایی مزمن کلیه، رژیم غذایی، رژیم دارویی و سیستم‌های حمایتی، به مدت ۴ جلسه فردی ۲۰-۳۰ دقیقه‌ای و ۳ جلسه گروهی ۴۵ تا ۳۰ دقیقه‌ای

هستند [۸]. این بیماران به دلیل مراجعه مکرر و بستری شدن‌های متعدد و نیاز به مراقبت‌های مخصوص، دارای محدودیت‌های زیادی در زندگی خود و خانواده می‌باشند [۸].

بیماران همودیالیزی با عوامل تنش زایی چون از دست دادن شغل، درآمد ناکافی، عدم امنیت اجتماعی، وابستگی به دستگاه دیالیز، محدودیت‌های غذایی و تغییر در سبک زندگی و وابستگی به سایر اعضای خانواده دچار مشکلات زیادی می‌باشند [۳، ۹]. این وابستگی به دیگران موجب کاهش اعتماد به نفس، احساس تنهایی و اختلال در سلامت روان بیماران می‌گردد [۱، ۱۰].

نتایج مطالعات به طور نگران کننده‌ای نشانگر خودکارآمدی ضعیف در بیماران همودیالیزی می‌باشد [۷]. در این بین حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی نقش بسیار مهمی در افزایش خودکارآمدی بیماران همودیالیزی دارد [۳، ۷، ۸]. زیرا امروزه با افزایش بیماری‌های مزمن، کمبود فضای فیزیکی در حوزه درمانی توجه به الگوی توانمندسازی با محوریت خانواده، رکن اساسی در حوزه آموزش پزشکی و پرستاری به شمار می‌آید [۱۱].

توانمندسازی فرصت‌هایی است که توسط تیم حرفه‌ای به اعضای خانواده داده می‌شود تا موجب افزایش توانایی و افزایش مهارت‌های اعضای خانواده برای رفع نیازهای بیماران می‌شود [۴]. زیرا خانواده به عنوان مهمترین رکن اساسی یک جامعه می‌باشد که مسئول ارائه مراقبت‌های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان بیمار می‌باشد [۱۲]. در الگوی توانمندسازی خانواده محور می‌توان با افزایش آگاهی، شناخت و درگیر نمودن خانواده در فرآیند تصمیم گیری موجب بهبود سلامت در بیمار شد [۱۳].

بسیاری از صاحب نظران معتقد هستند توانمندسازی خانواده محور فرآیندی پویا، مثبت و تعاملی است که در اثر ارتباط با دیگران شکل می‌گیرد که این امر سبب کنترل، پیشگیری بیماری و کاهش هزینه‌های درمانی می‌گردد [۱۴]. الگوی توانمندسازی خانواده محور با تأکید بر تهدید درک شده (از طریق شدت و حساسیت درک شده)، ارتقاء خودکارآمدی (از طریق افزایش مهارت‌های لازم) و افزایش عزت نفس (به کمک خودیاری، خودکنترلی و خودکارآمدی) قادر به توانمندسازی افراد در گروه‌ها می‌شود [۱۵].

در این مدل ضمن احترام به عقاید فرهنگی و ارزش‌های خانواده با درک نیازهای خانواده و بیمار موجب افزایش استقلال و جلوگیری از وابستگی بیمار و خانواده به بیمارستان می‌گردد [۱۶]. مروری بر مطالعات نشان می‌دهد این الگو بر دانش والدین کودکان تالاسمی [۱۷] کیفیت زندگی مادران کودکان بستری [۱۵] کیفیت زندگی بیماران دیالیزی [۳، ۱۱] کیفیت زندگی و خودکارآمدی نوجوانان دیابتی [۱۸] عزت نفس بیماران مولتیپل اسکلروزیس [۱۶] کیفیت زندگی بیماران فشارخون [۱۳] تأثیر دارد. بنابراین از آنجایی که بهترین منبع برای انتقال اطلاعات بین تیم بهداشتی و بیماران دیالیزی خانواده بیماران بوده و با توجه به این که بسیاری از منابع و مطالعات نشان دهنده اثربخشی این الگو بر سایر بیماران می‌باشد [۳].

محققان بر آن شدند این مطالعه را باهدف تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز استان گلستان انجام دهند.

فاکتورهای بیماری، پیش آگهی و درمان به بحث و پرسش پاسخ می‌پرداخت. در ارزشیابی نهایی ۳ ماه بعد از مداخله محقق ضمن بررسی خودکارآمدی بیماران به بررسی اطلاعات و دانش و نگرش خانواده بیماران می‌پرداخت.

در خاتمه محقق بعد از جمع آوری پیش آزمون و پس آزمون و وارد نمودن اطلاعات در نرم افزار آماری SPSS16 توسط آمار توصیفی و آمار استنباطی (تی زوجی و تی مستقل) در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل نمود.

یافته‌ها

میانگین سن واحدهای پژوهش در گروه آزمون $8/23 \pm 55/6$ و گروه کنترل $10/32 \pm 54/43$ که از نظر آماری اختلاف معنی داری نداشت ($P=0/27$). در گروه آزمون میانگین سن خانواده $44/66 \pm 10/2$ و در گروه کنترل $44/43 \pm 10/9$ که از نظر آماری اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P=0/87$). از نظر جنسیت در گروه آزمون و کنترل و خانواده بیماران به صورت مساوی بودند. به طور متوسط هر دو گروه ۲/۵ سال تحت درمان با دیالیز بودند. از نظر تحصیلات نیز بین دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد. زیرا دو گروه سطح تحصیلات مشابه ای داشتند

نتایج مطالعه در گروه کنترل قبل از مداخله میزان خودکارآمدی را $8/89 \pm 59/94$ و بعد از مداخله $7/99 \pm 59/22$ نشان داد که آزمون تی زوجی بین دو گروه اختلاف معنی داری را نشان نداد ($P=0/97$). نتایج در گروه آزمون میزان خودکارآمدی را قبل از مداخله $10/66 \pm 56/06$ و بعد از مداخله $7/82 \pm 64/26$ که آزمون تی زوج اختلاف معنی داری را نشان داد ($P>0/01$).

همچنین آزمون تی مستقل بین دو گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله اختلاف معنی داری را نشان داد ($P>0/01$). ولی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P=0/46$). آزمون آنالیز واریانس بعد از حذف اثر پیش آزمون اختلاف معنی داری را نشان داد ($P>0/01$, $\text{Eta} = 0/31$) طوری که ۲۶ درصد تغییرات پیش آزمون به دلیل متغیر مستقل یا همان آموزش بود (جدول ۱).

در گروه‌های ۵ تا ۶ نفره در بخش همودیالیز اجرا نمود. در این جلسات علاوه بر آموزش مراقبت‌های روتین با در اختیار قرار دادن فیلم، انیمیشن، جزوه و پیگیری‌های تلفنی و حضور محقق در بخش و پاسخگویی به سؤالات بیماران به مدت ۳ ماه این مراقبت‌ها را پیگیری و تکرار می‌نمود.

گام اول: درک تهدید شده

در گام اول محقق با هدف ارتقاء سطح دانش و ایجاد حساسیت در یک جلسه فردی و یک جلسه گروهی به بررسی آناتومی، فیزیولوژی، عملکرد و نقش کلیه، عوارض، پیش آگاهی، درمان و رژیم غذایی، سبک زندگی و آشنایی با ریسک فاکتورهای بیماری پرداخت.

گام دوم: ارتقا خودکارآمدی

در گام دوم محقق با هدف افزایش خودکارآمدی در یک جلسه فردی و یک جلسه گروهی با ارائه عکس، فیلم‌های آموزشی در خصوص نحوه مراقبت از بیمار به خانواده‌ها آموزش داد. همچنین در این مرحله آموزش‌های مهارت استرس، ارتقاء سبک زندگی نظیر (کنترل رژیم غذایی، سیگار، فشارخون، تزریق انسولین یا دارو) آموزش داده شد.

گام سوم: خودباوری

این مرحله با هدف افزایش خودباوری و اعتماد به نفس در یک جلسه فردی و یک جلسه گروهی با حضور خود بیماران روی توانمندی‌ها و عزت نفس بیماران کار شد که در این قسمت هدف محقق جلب مشارکت خانواده در فرآیند مراقبتی و ایجاد انگیزه در آنها بود. در این مرحله محقق در حین آموزش‌های خانواده به بیمار در کنار وی حضور داشت و به هرگونه ابهام پاسخ می‌داد.

گام چهارم: ارزشیابی

ارزشیابی به دو شیوه فرآیندی و نهایی انجام می‌شد. که در ارزشیابی فرآیندی پژوهشگر به صورت پرسش و پاسخ در خصوص مفهوم دیالیز، فیزیولوژی بیماری، عوامل خطر، طبقه بندی بیماری، ریسک

جدول ۱: تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی بیماران همودیالیزی

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	Eta
مدل اصلاح شده	۳/۵۱۰	۱	۳/۵۱۰	۵/۸۳۷	$P = 0/018$	۰/۳۱
جداکننده پس آزمون	۱۲۹/۲۴۱۶۶۸	۱	۱۲۹/۲۴۱۶۶۸	۴۴۴/۲۷۶۴	$P > 0/01$	۰/۵۷۷
گروه	۳/۵۱۰	۱	۳/۵۱۰	۵/۸۳۷	$P = 0/018$	۰/۳۱
خطا	۵۷۱/۵۹۴۴	۶۴				
جمع	۲۴۸۱۲۳	۶۶	۸۷/۴۲۰			
کل	۸۷۱/۶۴۵۴	۶۵				

افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دیابتی می‌گردد [۱۸]. سالار و همکاران (۱۳۹۶) الگوی توانمندسازی خانواده محور موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌گردد. طوری که تعداد جلسات و زمان آموزش موجب افزایش مهارت‌های خودمراقبتی و جلب مشارکت فعالانه بیمار و اعضای خانواده می‌شود [۳]. خرمی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود تحت عنوان بررسی اثربخشی برنامه آموزشی خانواده محور بر دانش مراقبین بیماران همودیالیزی نشان داد

نتایج مطالعه نشان داد آموزش توانمندسازی خانواده محور موجب افزایش خودکارآمدی بیماران همودیالیزی می‌گردد لذا می‌توان گفت الگوی توانمندسازی خانواده محور در بیماران مزمن امری جدی و الزامی می‌باشد. که در صورت استفاده از این آگو می‌توان ضمن افزایش خودکارآمدی میزان سازگاری و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را افزایش داد. نتایج این مطالعه همسو با پژوهش سرگزئی و همکاران (۱۳۹۶) می‌باشد که آموزش الگوی توانمندسازی خانواده محور موجب

همودیالیزی می‌گردد [۹]. زیرا در الگوی خانواده محور پرستاران خانواده‌ها را راهنمایی می‌کنند و کمک می‌نمایند تا بر موانع و مشکلات فائق آیند و با ارائه و تدارک خدمات مراقبتی احساس مسئولیت را در آنها ایجاد می‌نمایند همچنان با گوش دادن به نیازهای آموزشی خانواده سعی در رفع موانع مراقبت‌های بهداشتی دارند [۱۶، ۲۳]. بنابراین می‌توان گفت مراقبت‌های خانواده محور به عنوان یکی از مفاهیم اصلی پرستاری در قرن حاضر می‌باشد که در آن خانواده به عنوان نقطه اصلی در تمامی مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌آید [۱۸]. از محدودیت‌های این مطالعه حضور عضو فعال خانواده در کنار بیمار برای شرکت در جلسات گروهی بود که به سبب ازدحام احتمالی در بعضی از اوقات مانع تشکیل جلسات گروهی و بحث‌های گروهی می‌شد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که بیماران همودیالیزی به دلیل ماهیت مزمن بیماری و مشکلات ناشی از همودیالیز نظیر بستری شدن‌های مکرر، فرآیند طولانی درمانی دچار خودکارآمدی و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به بیماران مزمن دیگر می‌باشند که در اینجا به دلیل نقش زیادی خانواده در فرآیند درمان و بستری می‌توان گفت استفاده از ظرفیت و توانمندی‌های خانواده بیمار کمک زیادی در بهبود و ارتقاء سبک و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌نماید. لذا با توجه به نتایج این مطالعه و اثربخش بودن الگوی توانمندسازی خانواده محور پیشنهاد می‌گردد از این الگو در مطالعات گسترده‌تر و سایر محیط‌های بالینی و بیماری‌های مزمن نیز استفاده گردد. همچنین پژوهشگران می‌توانند از این الگو بر روی سایر متغیرهای روانی و فیزیکی بیماران همودیالیزی استفاده نمایند.

سپاسگزاری

ضمن تشکر و قدردانی از مسئولین بیمارستان شهید مطهری و خاتم الانبیاء گنبد کاووس که در این پژوهش همکاری و مساعدت لازم را نمودند. این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی با شماره ثبت ۲۳۸۱۰۴۰۳۹۴۲۰۰۸ و کد اخلاق IR.MUI.REC.1395.4.32 و کد ثبت کارآزمایی بالینی ۳۴۷۵۰ می‌باشد.

تعارض و منافع

در این مطالعه هیچ تعارض و منافی وجود نداشت.

آموزش خانواده محور موجب بهبود شرایط جسمانی و روحی بیماران همودیالیزی و کاهش هزینه‌های درمانی می‌گردد [۲۱]. نوری و همکاران (۱۳۹۴) آموزش خانواده محور موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران مزمن می‌گردد [۱۳] با توجه به نتایج این مطالعه و پژوهش‌های همسو می‌توان گفت اجرای مراقبت‌های خانواده محور باعث احساسات مثبت در کارکنان، افزایش درک و فهم، مشارکت خانواده‌ها و کاهش اضطراب بیماران و کنترل بر محیط فردی و افزایش خودکارآمدی و عزت نفس بیماران می‌گردد [۱۲].

الگوی توانمندسازی خانواده محور به افراد و خانواده‌ها کمک می‌کند تا نیازهای آموزشی مراقبین را شناسایی کنند و با کسب دانش و مهارت خودمراقبتی، موقعیتی را که در آن قرار دارند را تغییر دهند [۱۸]. از مزایای برنامه توانمندسازی خانواده محور می‌توان به افزایش و رشد اعتماد به نفس والدین، توانایی دستیابی بهتر به نتایج درمانی، احساس کنترل بر زندگی و احساس امیدواری به آینده را اشاره نمود [۱۵]. روش مراقبت خانواده محور بیمار و خانواده را توانمند می‌سازد و با تقویت استقلال و ارائه مراقبت‌های حمایتی سبب بهبود سبک زندگی بیماران می‌گردد [۱۶]. این روش درمانی به کمک ایجاد تعامل با اعضای خانواده و درک نیازهای مراقبین موجب افزایش توانمندسازی خانواده‌ها و تقویت احساس کنترل بر زندگی بیمار و خانواده بیمار می‌گردد [۴]. بنابراین با افزایش خودکارآمدی بیماران دیالیزی شاهد کنترل وزن بین جلسات همودیالیز، کاهش بستری شدن‌های مکرر، کاهش قطع عضو، کنترل عوارض بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی خواهیم بود [۵]. افزایش خودکارآمدی در بیماران همودیالیزی موجب افزایش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی می‌گردد [۲۲]. همچنین خودکارآمدی بالا در بیماران همودیالیزی موجب افزایش انگیزه در بیماران برای پیگیری مراقبت و درمان می‌گردد [۷].

از آنجایی که بهترین منبع برای انتقال اطلاعات بین تیم بهداشتی و بیماران همودیالیزی خانواده بیمار می‌باشد. حمایت‌های خانوادگی موجب افزایش رضایتمندی بیماران همودیالیزی می‌گردد [۱۱]. طوری که مداخلات آموزشی که توسط مراقبین و اعضای خانواده بیمار همودیالیزی انجام می‌شود موجب افزایش توانمندی و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌گردد [۳]. از آنجایی که نقش خانواده در حمایت و مراقبت از بیماران همودیالیزی مهم می‌باشد می‌توان گفت با افزایش توانمندسازی خانواده بیماران می‌توان بارمراقبتی ناشی از بیماری مزمن را کاهش داد [۸]. در این بین حمایت‌های اجتماعی و توانمندسازی خانواده موجب افزایش خودکارآمدی در بیماران

References

- Sharif Nia SH, Nazari R, Qorbani M, Akhoondzade G, Hojjati H. The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients. *Crit Care Nurs J*. 2012;5(1):e7045.
- Taheri N, Akhundzade G, Heydari B, Sharifnia S, Hojjati H. Praying rate in hemodialysis patients of Golestan province. *Crit Care Nurs J*. 2010;3(2):e7123.
- Salar AR, KermanSaravi F, Navidian A, Taheri B. The effect of a family-centered empowerment model on quality of life in dialysis patients. *J Iran Instit Health Sci Res*. 2018;17(9):179.
- Minooei MS, Ghazavi Z, Abdeyazdan Z, Gheissari A, Hemati Z. The Effect of the Family Empowerment Model on Quality of Life in Children with Chronic Renal Failure: Children's and Parents' Views. *Nephrourol Mon*. 2016;8(4):e36854. doi: 10.5812/numonthly.36854 pmid: 27713868
- Royani Z, Rayyani M, Vatanparast M, MahdaviFar M, Goleij J. The relationship between self-care and self-efficacy with empowerment in patients undergoing hemodialysis. *Mil Caring Sci*. 2015;1(2):116-22. doi: 10.18869/acadpub.mcs.1.2.116
- Alshamsi FE, Chaaban A, Alrukhaimi M, Bernieh B, Bakoush O. Provision of renal care for patients with end stage kidney disease in persistent vegetative state, in

- United Arab Emirates: a national survey of renal physicians. *Libyan J Med.* 2018;13(1):1490610. doi: [10.1080/19932820.2018.1490610](https://doi.org/10.1080/19932820.2018.1490610) pmid: 29979643
7. Baghaie-lakeh M, Bozorgzade M, Paryad E, Ehsan Kazemnejad L, Sefati A. Predictive Factors of Self-Efficacy in Patients Receiving Hemodialysis. *J Health Care.* 2016;18(2):101-10.
 8. Nagasawa H, Sugita I, Tachi T, Esaki H, Yoshida A, Kanematsu Y, et al. The Relationship Between Dialysis Patients' Quality of Life and Caregivers' Quality of Life. *Front Pharmacol.* 2018;9:770. doi: [10.3389/fphar.2018.00770](https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00770) pmid: 30061835
 9. Kiajamali M, Hosseini M, Estebarsari F, Nasiri M, Ashktorab T, Abdi A, et al. Correlation between social support, self-efficacy and health-promoting behavior in hemodialysis patients hospitalized in Karaj in 2015. *Electron Physician.* 2017;9(7):4820-7. doi: [10.19082/4820](https://doi.org/10.19082/4820) pmid: 28894541
 10. Hojjati H, Taheri N, Akhundzade G, Heydari B, Sharifnia SH. Resorting to pray rate in hemodialysis patients of Golestan province. *Iran J Crit Care Nurs.* 210;3(2):75.
 11. Salahi S, Javanbakhtian R, Hasheminia A, Habibzadeh H. The effect of family-centered empowrment model on quality of life of hemodialysis patients. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci.* 2012;10(1):0-.
 12. Hedayati B. Effect of Family-Based Empowerment Model on the Self-Efficacy of Hypertensive Elderly People. *Salmand.* 2018;13(1):86-97. doi: [10.21859/sija.13.1.86](https://doi.org/10.21859/sija.13.1.86)
 13. Noori R, Alami A, Delshad Noghabi A. Effect of Family-centered Empowerment Model on Quality of Life in Patients with Hypertension. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2015;25(127):100-7.
 14. 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. *J Nurs Educ.* 2015;4(1):8-22.
 15. Zafar Ramzani Z, Alhani F, Anoosheh M. The effect of Family Centered Empowerment Model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI. *J Health Promot Manage.* 2014;3(3):7-15.
 16. Masoodi R, Soleimani MA, Alhani F, Rabiei L, Bahrami N, Esmaeili SA. Effects of family-centered empowerment model on perceived satisfaction and self concept of multiple sclerosis patients care givers. *Koomesh.* 2013;14(2):240-8.
 17. Hakim A, Palizban E, Ahmadi Angali K. The effect of family-centered empowerment model on the Level of parents' knowledge of children with ostomy. *Iran J Pediatr Nurs.* 2015;1(4):22-31.
 18. Sargazi Shad T, kerman saravi F, Navidian A. Effect of the Family-Centered Empowerment Model on Quality of Life and Self-Efficacy in Adolescents With Type 1 Diabetes Referring to the Ali Asghar's Clinic in Zahedan , 2016. *Iran J Endocrinol Metab.* 2018;19(5):330-9.
 19. Shaker Devlagh A, Aminpoor M. Optimism-Pessimism and Self-Efficacy in the Patients with Multiple Sclerosis. *J Health Care.* 2015;17(1):47-56.
 20. Moradi Manesh F, Babakhani K. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Self-Efficacy and Quality of life in Women with Breast Cancer: A clinical Trial. *Iran QJ Breast Dis.* 2018;10(4):7-17.
 21. khorami markani a, sahelis, sakhaei s, khalkhali hr. Assessment The Effect of family centered care educational prpgram on home care knowlwdge among care givers of patients with chronic renal failure under uemodialysis. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci.* 2015;13(5):386-94.
 22. Kim K, Kang GW, Woo J. The Quality of Life of Hemodialysis Patients Is Affected Not Only by Medical but also Psychosocial Factors: a Canonical Correlation Study. *J Korean Med Sci.* 2018;33(14):e111. doi: [10.3346/jkms.2018.33.e111](https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e111) pmid: 29607636
 23. Hojjati H, Sarbani A, Alimmohammadzadeh K. The Relationship between Daily Spiritual Experiences and Perceived Stress in the Spouses of War Veterans with Post-traumatic Stress. *J Mil Med.* 2017;19(2):135-42.