



Impact of Nurse-Led Continuous Care on Sleep Quality and Hope in Hemodialysis Patients

Morteza Moradifaradonbeh¹, Saeid Yaser², Ali Tayebi³, Batool Nehrir^{4*}

1- BScN in Nursing, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, PhD in Nursing Education, MSc in Critical Care Nursing, Trauma Research Center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Science, Tehran, Iran .

3- Assistant Professor, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Associate Professor, Department of Nursing, Nursing Research Center, Clinical Research Institute, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Batool Nehrir, Associate Professor, Department of Nursing, Nursing Research Center, Clinical Research Institute, School of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran .

Email: rnehrir1739@yahoo.com

Received: 2024/11/25

Accepted: 2025/3/16

Abstract

Introduction: Hemodialysis (HD) patients suffer from psychological symptoms such as hopelessness and low sleep quality. The study aimed to investigate the effect of nurse-led continuous care on hope and sleep quality in HD patients.

Methods: In a quasi-experimental study conducted at Baqiyatallah Hospital, 60 hemodialysis patients were randomly assigned to either the control or intervention group. The control group received standard care, whereas the intervention group engaged in a series of three educational sessions and received a comprehensive booklet. Furthermore, the intervention group received a follow-up telephone call after thirty days to promote adherence to the prescribed regimen. Data collection for the study incorporated the utilization of the Miller Hope questionnaire along with demographic data questionnaires. Subsequently, the collected data were subjected to both descriptive and inferential statistical analyses.

Results: The intervention group demonstrated significantly better sleep quality scores compared to the control group. However, there was no statistically significant difference observed in the levels of hope between the two groups ($p>0.05$).

Conclusion: The implementation of nurse-led patient education and telephone follow-up proves to be a cost-effective approach that significantly enhances the quality of sleep in hemodialysis patients.

Keywords: Hemodialysis patients, Nurse-led care, Continuous care, Sleep quality, Hope.



تأثیر مراقبت مستمر تحت هدایت پرستار بر کیفیت خواب و امید در بیماران همودیالیزی

مرتضی مرادی فرادنبه^۱، یاسر سعید^۲، علی طیبی^۳، بتول نحیر^{۴*}

۱- کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات تروما، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، پژوهشکده بالینی، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: بتول نحیر، دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، پژوهشکده بالینی، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران.

ایمیل: rnehrr1739@yahoo.com

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۲/۲۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۹/۵

چکیده

مقدمه: در حال حاضر توجه و مدیریت پیامدهای ناگوار بیماری های مزمن با فرایند درمان طولانی از جمله نارسایی کلیه که تجربه همودیالیز به صورت مداوم را دارند ضروری است. ناامیدی و اختلال خواب از جمله مواردی است که در جامعه بیماران همودیالیزی شایع و نیازمند مداخله مناسب است. مدیریت مناسب این اختلالات می تواند پیامدهای بهبودی را در این بیماران به دنبال داشته باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر امیدواری و کیفیت خواب بیماران همودیالیزی انجام شد.

روش کار: این یک مطالعه نیمه تجربی است که در بیمارستان بقیه الله (عج) شهر تهران انجام شد. بر این اساس تعداد ۶۰ بیمار همودیالیزی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله تحت آموزش به مدت سه جلسه یک ساعت و بیست دقیقه ای بر اساس محتوای آموزشی طراحی شده قرار گرفته و سپس محتوای آموزشی در قالب کتابچه در اختیار بیماران قرار داده شد، به علاوه پیگیری تلفنی نیز انجام شد. گروه کنترل مراقبت های معمول انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل فرم ثبت اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ و پرسشنامه امیدواری میلر بود. بررسی داده ها در سه مرحله قبل، بعد و یک ماه بعد از مداخله در هر دو گروه انجام شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲، آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کای اسکور، آزمون تی مستقل، آزمون تی زوجی و آنالیز واریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** از نظر ویژگی های جمعیت شناختی بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت. نتایج آزمون تی زوجی و آنالیز واریانس با اندازه ها تکراری تفاوت آماری معناداری را بین نمره امید در دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد ($p > 0.05$). نتایج آزمون تی زوجی و آنالیز واریانس با اندازه ها تکراری تفاوت آماری معناداری را بین نمره خواب در دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد. ($p > 0.05$) به طوری که در گروه مداخله به نسبت گروه کنترل وضعیت خواب بیماران بعد از مداخله بهتر بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر انجام مداخلات آموزشی با محتوای متناسب برای بهبود کیفیت خواب بیماران همودیالیزی پیشنهاد می شود. این موضوع می تواند در بحث آموزش به بیمار و دوره های آموزش مداوم برای توانمند سازی پرستاران در این حوزه مد نظر قرار گیرد. از طرفی انجام مطالعات بیشتر با تمرکز بر امید و محتوای تخصصی متناسب با این مفهوم پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: همودیالیز، بیمار، آموزش، پیگیری، امیدواری، کیفیت خواب.

بیماری های مزمن از اصلی ترین دلایل مرگ و میر انسان است. این بیماری ها پیامدهای روانپزشکی متعددی دارند و بروز اختلالات روانپزشکی به دنبال ایجاد بیماری های جسمی شایع است (۱). نارسایی کلیه به صورت حاد و مزمن دیده می شود. در نوع حاد آن فرد مجبور به دیالیز می شود، توانایی های جسمی وی کاهش می یابد و دچار انواع آسیب های روانشناختی مانند، بی خوابی، ناامیدی، افسردگی، اضطراب، کاهش عزت نفس، و از دست دادن خودکارآمدی می شوند. همودیالیز یکی از راه های درمانی و نجات از مرگ زودرس این بیماران است که در عین حال بیمار را در طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار می دهد (۲-۷). در آمریکا بیش از ۲۳ میلیون نفر، نوعی از نارسایی کلیوی دارند که از آنها بیش از ۸۷۱۰۰۰ نفر، بیماری کلیوی شدید و غیرقابل برگشت دارند. هر ساله تقریباً ۱۰۰۰۰۰ مورد جدید از نارسایی کلیوی تشخیص داده می شود. شیوع نارسایی کلیوی مزمن تقریباً ۴ درصد در سال افزایش می یابد و بیشترین سرعت را در بیماران بالای ۶۵ سال و افرادی که دیابت و افزایش فشار خون دارند، دارا است (۸).

از جمله مفاهیمی که در رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از آن نقش مهمی دارد امید و امیدواری است (۹). یکی از ابعاد روانشناختی بسیار مهم و مرتبط با موضوعاتی مانند خودمراقبتی، انطباق پذیری با بیماری و رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی است (۱۰). در پژوهش هان و کیم (۲۰۰۱) به این نتیجه دست یافتند که بیماران تحت درمان به روش همودیالیزی که نمره امید آنها در پرسشنامه امیدواری پایین بود میزان خودمراقبتی پایین تری به نسبت بیمارانی داشتند که سطح امید و امید به زندگی آنها بالاتر بود (۱۱). ملو و همکاران در پژوهش خود با بررسی متغیر امید در بیماران دارای نارسایی کلیه چنین مطرح نمودند که امیدواری پایه اولیه و ابتدایی انگیزشی برای افراد مبتلا به بیماری مزمن مانند سرطان بدخیم و بیماران نارسایی کلیه می دانند و رویکردهایی که بتواند عامل امید را افزایش دهد برای این بیماران توصیه می کنند (۱۲).

یکی دیگر از چالش های بیماران کلیوی مشکلات مربوط به خواب است. نارضایتی از کیفیت خواب در تمامی مراحل

بیماری های کلیوی در بیماران شایع است. نارضایتی از کیفیت خواب با مشاهده نشانه های آپنه خواب، بی خوابی و خواب آلودگی شدید در طول روز است (۱۳). درد پاها و دست ها در بیماران مرحله آخر نارسایی کلیه بسیار شایع است و اغلب وجود این اختلالات باعث بی خوابی و کاهش کیفیت خواب می شود (۱۴). اختلال خواب به شکل بی خوابی از جمله عواملی است که معمولاً در افراد تحت درمان همودیالیز موجب آزار و اذیت بسیار زیاد این بیماران می شود که در نهایت سبب کاهش کیفیت زندگی و افسردگی در آنها می گردد و بدین سبب می تواند سطوح انگیزشی در فرد را برای بیماری یا خودمراقبتی از بین ببرد (۱۵). علاوه بر این، پژوهش های مختلف کیفیت کم خواب را در پیش بینی مرگ و میر بیماران نارسایی کلیه عامل بسیار قوی و مهمی تلقی کرده اند (۱۶، ۱۷).

مطالعات نشان می دهند که با بهبود وضعیت کیفیت زندگی، افزایش امیدواری، موجب کاهش اضطراب و ارتقاء پارامترهای حیاتی در درمان بیماران همودیالیزی می شود (۱۸، ۱۹).

با مطالعه نتایج پژوهش های فوق و ادبیات پژوهشی مرتبط با بیماران همودیالیزی چنین استنباط می گردد که درمان بیماران دیالیزی بدون مشارکت بیمار و فعالیت های مراقبت از خود نمی تواند به اندازه کافی موثر باشد. در کنار درمان های پزشکی برای افراد دارای نارسایی کلیه، درمان هایی که بتواند عامل بی خوابی و امید را در بیماران همودیالیزی افزایش داده و بدین سبب آنها را از جهت جسمی و روحی آماده اخذ یا ادامه درمان نماید ضروری به نظر می رسد. از سوی دیگر، نوع و روش ارایه درمان به بیماران نیز می تواند عامل اساسی و مهم در اثربخشی محتوای درمانی باشد. پرستاران به عنوان اعضای کلیدی تیم درمان، با ارائه مراقبت مستمر، آموزش، و حمایت روانی می توانند در بهبود کیفیت خواب، افزایش امید به زندگی، و تقویت توانایی تطابق روانی بیماران نقش مؤثری داشته باشند. از سوی دیگر، ارتقای کیفیت زندگی این بیماران از طریق مداخلات پرستاری می تواند به کاهش هزینه های درمانی و بهبود کارایی سیستم بهداشت و درمان منجر شود. این پژوهش همچنین با توسعه دانش در حوزه مراقبت پرستاری می تواند زمینه ساز پژوهش های کارآمدتری برای بیماران

مزمّن گردد. با توجه به موارد عنوان شده این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر امیدواری و کیفیت خواب بیماران همودیالیزی انجام شد.

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی بر روی بیماران تحت همودیالیز یک بیمارستان انجام شد. حجم نمونه بر اساس پژوهش شجاعی و همکاران با نوسگرم آلمن، $\alpha=5\%$, $\beta=10\%$ ، $power=90\%$ تعداد ۶۰ نفر محاسبه شد (۲۰). بیماران تحت همودیالیز به صورت در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی ساده در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. جهت شرکت در مطالعه رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد. گروه مداخله تحت آموزش متناسب با محتوای تعیین شده قرار گرفتند در حالی که در گروه کنترل اقدامات معمول انجام شد. آموزش در قالب سه جلسه انجام و سپس کتابچه طراحی شده در اختیار بیماران قرار گرفت.

در ابتدا طرح درس مناسب با جلسات آموزشی تهیه و به تایید تیم تحقیق رسید. در طرح درس ارائه شده برای سه جلسه، هر جلسه شامل یک ساعت و ده دقیقه آموزش و پانزده دقیقه پرسش و پاسخ بود.

محتوای آموزش جلسه اول شامل: توضیحات کلی در مورد کلیه و عملکرد آن، علل ایجاد نارسایی مزمّن کلیه، روشهای درمان نارسایی مزمّن کلیه، رژیم غذایی مناسب بیماران همودیالیزی، مشکلات رژیم غذایی در این بیماران و چگونگی مصرف فراورده های پتاسیم و فسفر در این بیماران بود.

محتوای آموزش جلسه دوم شامل: چگونگی مصرف مایعات و روشهای اندازه گیری آن، کنترل مصرف مایعات و تشنگی، ویتامین ها و مکمل های معدنی، کم خونی در مددجویان همودیالیزی، مکمل های کلسیم، مراقبت از پوست و کاهش خارش، کنترل گرفتگی عضلات و مراقبت از کاتترها و فیستول بود.

محتوای آموزش جلسه سوم شامل: انجام ورزش و فعالیت، اختلالات خواب، افسردگی، نحوه مصرف داروها، تفسیر برگه آزمایش، نمونه برنامه غذایی و محاسبه وزن ایده آل بود.

محتوای کتابچه آموزشی بعد از تهیه، توسط متخصصین آشنا به بیماران کلیوی و اعضای هیئت علمی مورد تایید قرار گرفت که به پیوست است. کتابچه آموزشی در اختیار مددجویان قرار گرفت و شماره تلفن های همراه آنان در اختیار مجری طرح بود. یک شماره همراه مشخص نیز به مددجویان داده شد تا در صورت داشتن هرگونه سوالی از مجری طرح پرسیده شود.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل فرم ثبت اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ و پرسشنامه امیدواری میلر بود. ارزیابی در سه مرحله؛ قبل، بعد و یک ماه بعد در هر دو گروه انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲، آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کای اسکور، تی مستقل، تی زوجی، آنالیز واریانس یکطرفه و آنالیز واریانس با اندازه های تکراری) انجام شد.

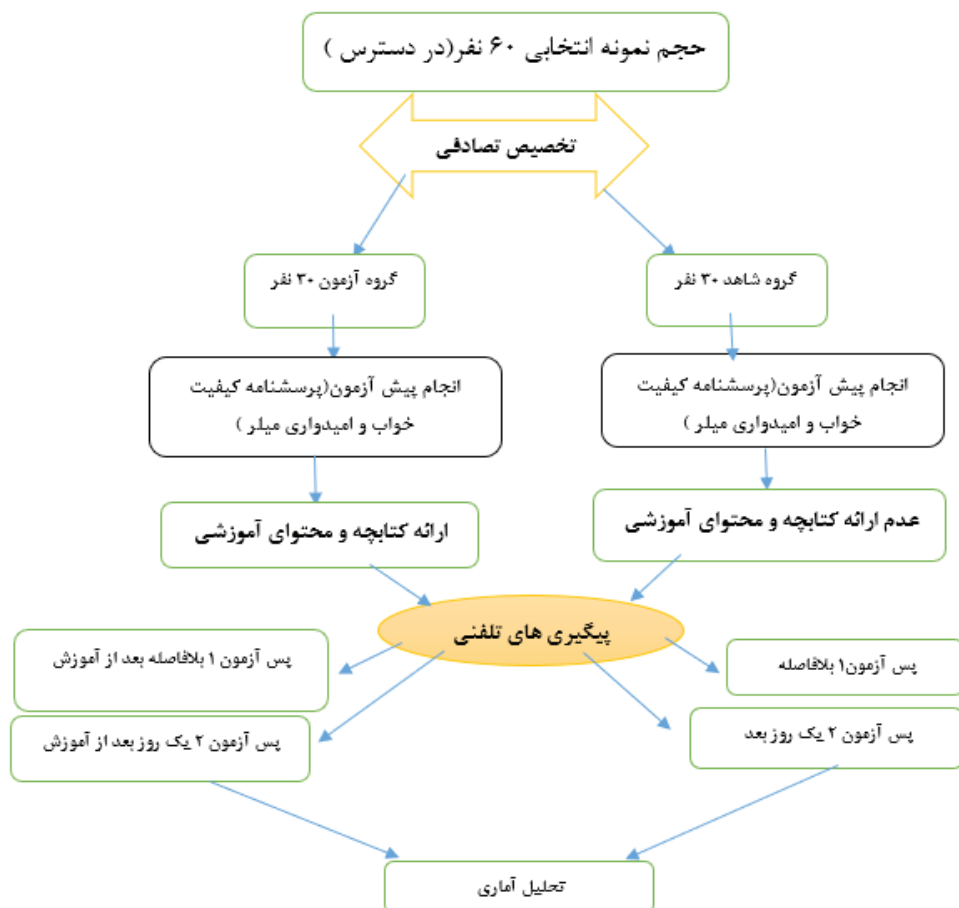
پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ در سال ۱۹۸۹ توسط دکتر بویس و همکارانش در موسسه روانپزشکی پیتزبورگ ساخته شد. این پرسشنامه در اصل دارای ۹ گویه است اما چون سوال ۵ خود شامل ۱۰ گویه فرعی است بنابراین کل پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود. این پرسشنامه دارای ۷ زیرمقیاس است که عبارتند از:

کیفیت ذهنی خواب، تاخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب آور و اختلالات عملکردی روزانه.

بویس و همکاران که این پرسشنامه را برای اولین طراحی و ضریب آلفای کرونباخ برای روایی ابزار را ۰/۸۳ عنوان کردند (۲۱).

پرسشنامه امیدواری میلر که در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز ساخته شد. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سوال بود که در نسخه های بعدی به ۴۸ سوال افزایش یافت. این پرسشنامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) نمره گذاری می شود. حداقل نمره هر فرد ۴۸ و حداکثر آن ۲۴۰ است و هر چه فرد نمره بیشتری بگیرد دارای امید بیشتری است (۲۲).

در زیر دیگرام مراحل روش کار ارائه می گردد.



یافته ها

شاهد (۵۸/۰۳(۱۵/۵۰) سال بود. در گروه آزمون بیشترین فراوانی جنسیت را مردان (۷۰ درصد) و در گروه شاهد زنان (۵۳/۳ درصد) تشکیل دادند. ویژگی های جمعیت شناختی واحدهای پژوهش در جدول ۱ و ۲ آورده شده است.

یافته های بدست آمده نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن در گروه آزمون (۵۱/۱۲(۵۵/۹۰ سال و در گروه

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی کمی بیماران همودیالیزی در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر	گروه	آزمون	شاهد	آزمون آماری تی مستقل مقدار معنی داری
		میانگین (انحراف معیار)		
سن (سال)	۵۵/۹۰(۱۲/۵۱)	۵۸/۰۳(۱۵/۵۰)	t=۰/۵۹ P=۰/۵۵ df=۵۸	
تعداد فرزند	۳/۱۷(۲/۱۹)	۳/۴۷(۱/۵۹)	t=۰/۶۰ P=۰/۵۴ df= ۵۸	
دفعات دیالیز در هفته	۲/۹۳(۰/۳۶)	۳/۰۳(۰/۴۹)	t=۰/۸۹ P=۰/۳۷ df= ۵۸	
قد (cm)	۱۶۶/۳۷(۹/۳۷)	۱۶۵/۲۷(۱۰/۹۸)	t=۰/۴۱ P=۰/۶۷ df=۵۸	
وزن (Kg)	۶۹/۰۷(۱۱/۷۵)	۷۳/۹۰(۱۴/۴۹)	t=۱/۴۱ P=۰/۱۶ df= ۵۸	
زمان دیالیز (ساعت)	۳/۹(۰/۳۰)	۴(۰)	t=۱/۷۹ P=۰/۰۷ df=۵۸	

جدول ۲. ویژگی های جمعیت شناختی کیفی بیماران بستری در بخش همودیالیز در دو گروه آزمون و شاهد

متغیر	گروه	آزمون شاهد		آزمون آماری کای دو مقدار معنی داری
		فراوانی (درصد)		
جنس	زن	۹ (۳۰)	۱۶ (۵۳/۳)	$\chi^2 = 3/36$ $P = 0.58$ $df = 1$
	مرد	۲۱ (۷۰)	۱۴ (۴۶/۷)	
	بی سواد	۱ (۳/۳)	۰ (۰)	
	ابتدایی	۲ (۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	
سطح تحصیلات	راهنمایی	۶ (۲۰)	۴ (۱۳/۳)	$\chi^2 = 4/64$ $P = 0.46$ $df = 5$
	دیپلم	۸ (۲۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	
	فوق دیپلم	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰)	
	لیسانس و بالاتر	۱۱ (۳۶/۷)	۹ (۳۰)	
	بیکار	۲ (۶/۷)	۲ (۶/۷)	
	خانه دار	۶ (۲۰)	۱۲ (۴۰)	
شغل	بازنشسته	۱۷ (۵۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)	$\chi^2 = 5/92$ $P = 0.31$ $df = 5$
	آزاد	۲ (۶/۷)	۴ (۱۳/۳)	
	دولتی	۱ (۳/۳)	۱ (۳/۳)	
	نظامی	۲ (۶/۷)	۰ (۰)	
وضعیت تاهل	متاهل	۲۷ (۹۰)	۲۴ (۹۰)	$\chi^2 = 0.00$ $P = 1$ $df = 1$
	مجرد	۳ (۱۰)	۳ (۱۰)	
	خوب	۲ (۱۰)	۳ (۱۰)	
	متوسط	۲۵ (۸۳/۳)	۲۲ (۷۳/۳)	
درآمد	ضعیف	۲ (۶/۷)	۵ (۱۶/۷)	$\chi^2 = 1/47$ $P = 0.47$ $df = 2$
	استیجاری	۱۰ (۳۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	
	سازمانی	۰ (۰)	۲ (۶/۷)	
	پدري	۲ (۶/۷)	۳ (۱۰)	
مسکن	شخصی	۱۸ (۶۰)	۲۱ (۷۰)	$\chi^2 = 5/002$ $P = 0.17$ $df = 3$
	بله	۲۱ (۷۰)	۲۱ (۷۰)	
	خیر	۹ (۳۰)	۹ (۹)	
نوع بیماری	دیابت	۱۳ (۴۳/۳)	۹ (۳۰)	$\chi^2 = 1/34$ $P = 0.71$ $df = 3$
	فشارخون	۸ (۲۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	

میانگین و انحراف معیار نمره امید در بیماران همودیالیزی در طول سه مرحله ارزیابی تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد ($P > 0/05$). آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه های تکراری تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمون و شاهد نشان نداد ($P = 0/52$). (جدول ۳)

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره امیدواری در بیماران همودیالیزی بین دو گروه آزمون و شاهد در طول سه مرحله اندازه-گیری

ANOVA	گروه شاهد	گروه آزمون	متغیر
آزمون آماری تی مستقل	میانگین (انحراف معیار)		
P=۰/۵۲	۱۶۸/۲۷(۱۲/۵۴)	۱۶۵/۵۳(۱۲/۲۹)	قبل از آزمون
	۱۶۹/۵۷(۱۳/۳۲)	۱۷۱/۲۰(۱۵/۳۶)	بلافاصله بعد از آزمون
	۱۷۰/۱۷(۱۳/۴۶)	۱۶۹/۴۰(۱۴/۱۱)	روز بعد از آزمون

معنی داری را در نمره خواب دو گروه نشان داد ($P < 0.05$).

میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت خواب در بیماران همودیالیزی در طول سه مرحله ارزیابی تفاوت آماری

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره خواب در بیماران همودیالیزی بین دو گروه آزمون و شاهد در طول سه مرحله اندازه گیری

ANOVA	آزمون آماری تی مستقل	گروه شاهد		گروه
		میانگین (انحراف معیار)		متغیر
F=۱۳/۷۸	P=۰/۰۲۸	۱۰/۶۶(۴/۳۰)	۸/۱(۴/۴۹)	قبل از آزمون
	P<۰/۰۰۱	۱۲/۳۳(۴/۹۷)	۷/۰۳(۴/۳۸)	بلافاصله بعد از آزمون
P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	۱۲/۷۷(۵/۱۶)	۷/۱(۴/۸۰)	روز بعد از آزمون

که در آموزش چهره به چهره بیمار شرکت داشتند بیشتر می شد و پی گیری های مستمرتری انجام می گرفت. از طرفی می توان در مطالعات آینده با تمرکز بیشتر محتوای تخصصی را با هدف افزایش امید در این بیماران طراحی و مورد بررسی قرار داد.

بر اساس نتایج حاصله از این پژوهش نمره کیفیت خواب در بیماران همودیالیزی تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمون و شاهد نشان داد به طوری که بیماران تحت آموزش در گروه آزمون به نسبت نمره خواب بهتری در سه مرحله ارزیابی داشتند. نتایج این پژوهش با مطالعات برزو و همکاران (۲۸) همسو و با مطالعات معصومی و همکاران (۲۹)، ثابت و همکاران (۳۰)، وانگ و همکاران (۳۱)، کابالرو و همکاران (۳۲) ناهمسو بود. البته متغیرهای تأثیرگذار کیفیت خواب مانند سن، شغل، شاخص توده بدنی، مدت زمان خواب و استفاده از داروهای خواب آور را در این بیماران نباید از نظر دور داشت.

شاید بدلیل این که در مطالعه حاضر و در کتابچه آموزشی طراحی شده تأکید بر اصلاح رژیم غذایی، مراقبت از پوست و کاهش خارش، انجام ورزش و فعالیت و نکاتی برای کاهش مشکلات و بهبود خواب شده بود. از طرفی نوع مداخلات انجامی و نحوه ارزیابی نیز می تواند در نتایج به دست آمده تأثیر گذار باشد و دلیلی بر اختلاف نظر بین نتایج مطالعات مختلف باشد.

این پژوهش هم در مسیر انجام، محدودیت های متعددی داشت که به آن اشاره می کنیم: حجم نمونه کم، ویژگی های روانی متفاوت واحدهای پژوهش، تفاوت های فردی مشارکت کنندگان، اعتماد به صحبت های مشارکت کنندگان با توجه به پی گیری های تلفنی. پیشنهاد می گردد که از واحدهای مورد مطالعه ارزیابی تأثیر پی گیری تلفنی در مراقبت های بعدی و در شرایط مختلف و با حجم نمونه

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر امیدواری و کیفیت خواب بیماران همودیالیزی انجام شد. بر اساس نتایج بدست آمده نمره امید در بیماران همودیالیزی در طول سه مرحله ارزیابی بین دو گروه آزمون و شاهد افزایش معناداری را نشان نداد. نتایج این مطالعه با پژوهش های نوغانی و همکاران (۲۳)، نیساک و همکاران (۱۹) همسو و با مطالعات الویا و همکاران (۱۸)، پورغلامی و همکاران (۲۴)، پاسیار و همکاران (۲۵)، توسلی و همکاران (۲۶)، رامبد و همکاران (۲۷) ناهمسو بود. یکی از دلایل ناهمسوئی مطالعات فوق، تفاوت در نوع مداخله، زمانهای پی گیری طولانی تر، جلسات آموزشی بیشتر و تعدد افراد آموزش دهنده و پی گیری کننده بود. تفاوت مطالعه الویا با پژوهش حاضر تأکید بر انجام نماز در طول دیالیز بود که به عنوان یک مداخله موثر در افزایش امید در بیماران نقش داشت. در تحقیق پاسیار داشتن جلسات متعدد آموزش چهره به چهره و اصلاح رفتار و پاسخ به سوالات توسط چند همکار پژوهشی انجام می شد. در مطالعه پورغلامی هم بدلیل زمان مداخله طولانی (۴ ماهه)، مدت زمان آموزش ۸ هفته ای حضوری به همراه جزوه آموزشی مکتوب و ارائه تمام مداخلات در جهت کاهش استرس بیمار موجب افزایش امیدواری و کاهش درد و رنج بیمار دیالیزی شد. در مطالعه رامبد با توجه به کیفی بودن آن، بیماران همودیالیزی امید را به عنوان هم تهدید و هم فرصت ذکر کرده بودند. اگر امید بتواند آنها را در انتظار و آرزوی یک اتفاق خاص قرار دهد به عنوان فرصت و اگر فرد را در معرض احساسات منفی قرار دهد به عنوان یک تهدید تلقی می شود.

بنظر می رسد در پژوهش حاضر برای اثربخش بودن آموزش بر میزان امیدواری بهتر بود زمان مداخله و تعداد همکاری

بزرگتر و فراوانتر و در زمان های متعددی بررسی انجام شود. در طراحی مطالعه نیز به دلیل خطر آلودگی اطلاعاتی گروه آزمون و کنترل، تخصیص تصادفی امکانپذیر نبود؛ هر چند تلاش شد با تخصیص تصادفی روز زوج و فرد به گروههای آزمون و کنترل به صورت تصادفی تا حدی تلاش شد این مشکل برطرف شود.

نتیجه گیری

پی گیری مراقبت های تلفنی کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز را به دلیل عدم محدودیت زمانی و مکانی و عدم نیاز به مسافرت افزایش می دهد و هزینه های اضافی و دسترسی به موقع به اطلاعات و آموزش اقلام مراقبتی را برای بیماران مزمن منظور می نماید. تجربیات پرستاران و پی گیری تلفنی برای آموزش، مشاوره، پیگیری و پاسخگویی به سوالات احتمالی بیماران با بیماری های مزمن مانند نارسایی کلیه اثربخشی خدمات مراقبتی را افزایش می دهد. به واسطه افزایش تعداد افراد مبتلا به نارسایی کلیه در جامعه و نیاز دائمی آنها به آموزش، مشاوره، و پیگیری مراقبت تلفنی می تواند به عنوان یک روش بهینه استفاده شود.

بیماران دیالیزی گاهی به دلیل عدم آگاهی و درک کافی مشکل تبعیت ضعیف دارند و گاهی نیز به دلیل خسته شدن از رژیم سخت به خصوص در مورد رعایت محدودیت مایعات و رژیم غذایی، تبعیت ناکامل را تجربه می کنند. بنابراین آموزش و مشاوره پرستاری، درک و آگاهی بیماران را بهبود می بخشد و پیگیریهای مکرر نیز باعث مقید شدن بیماران در اجرای دستورات و دلگرمی آنان در منزل

می شود. به نظر می رسد هر چند با افزایش آگاهی و درک بیماران، دفعات پیگیری کاهش می یابد، اما باید به این نکته توجه داشت که این بیماران هرگز نباید به حال خود رها شوند و پیگیریهای منظم به عنوان یک مراقبت پرستاری در منزل بایستی ادامه یابد، زیرا به دلیل سیر طولانی بیماری، دوره هایی از تبعیت ضعیف حتی در بیماران آگاه و دارای تبعیت کامل دیده می شود. با توجه به اینکه پرستاران سهم بسیار زیادی در مراقبت و آموزش بیماران دارند به مدیران و مسئولین و سیاستگذاران در حوزه آموزش پیشنهاد می شود طراحی راهبردهایی را برای ارزیابی دقیق و کل گرای این گروه از بیماران مد نظر قرار دهند.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با کد IR.BMSU.REC.1400.055 تاییدیه اخلاقی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران را دریافت کرد. رضایت کتبی آگاهانه از همه شرکت کنندگان قبل از ورود آنها به مطالعه اخذ شد

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله مراتب قدردانی خود را از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش اعلام می دارند. هم چنین از همکاری ها، راهنمایی ها و مشاوره های ارزشمند معاونت محترم پژوهش و فن آوری (واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه ...) نهایت تشکر را نیز داریم.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ تعارض منافی را ذکر نکردند.

References

1. Makvand Hosseini S, Kiyan Ersi F, Moemeni A. Effectiveness of motivational interviewing on treatment adherence in dialysis patients in Hajar hospital of Shahrekord2013. journal of shahrekord university of medical sciences. 2015;17(4):17-24(persian).
2. Russcher M KB, Nagtegaal JE, Ittersum FJ, Pasker-de Jong P, Hagen EC, et al. Long-term effects of melatonin on quality of life and sleep in haemodialysis patients (Melody study): a randomized controlled trial. British journal of clinical pharmacology. 2013;76(5):668-79. <https://doi.org/10.1111/bcp.12093>
3. Melo GAA SR, Silva MFC, Galvão MTG, Silva VM, Caetano JÁ. Religiosity and Hope in Patients with Chronic Renal Failure: Coping Strategies. International Archives of Medicine. 2016;9.
4. Hekmatpou D HF, Delavar M. Effect of Chamomile on sleep quality of hemodialysis patients: A clinical trial. Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery. 2015;5(3):1224-33.
5. García-Llana H RE, Del Peso G, Selgas R. The role of depression, anxiety, stress and adherence to treatment in dialysis patients' health-related quality of life: a systematic review of the

- literature. *Nefrologia*. 2014;34(5):637-57.
6. Brekke FB AA, Østhus TBH, Dammen T, Waldum B, Os I. Sleep complaints, depression and quality of life in Norwegian dialysis patients. *Clinical nephrology*. 2013;80(2):88-97. <https://doi.org/10.5414/CN107916>
7. Alidoušt-Ghahfarokhi F K-E, F. Effectiveness of Motivational Interviewing on Depression and Hope on Dialysis Patients in Hajar Hospital of Shahrekord in 2013. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(4):85-93. 2016.
8. Omidpanah N, Akbari J. Oral Manifestations in Patients with End Stage Renal Disease Undergoing Hemodialysis. *Journal of Mashhad Dental School*. 2019;43(4):312-22.
9. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of advanced nursing*. 2000;32(6):1431-41. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01619.x>
10. Van Kuiken DM. The role of hope in self-care in person with heart failure: University of Cincinnati; 2009.
11. Han KH, Kim MH. A study on the relationship between hope and self-care agency in hemodialysis patients. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2001;4(2):137-45.
12. Melo GAA, Silva RA, Silva MFC, Galvão MTG, Silva VM, Caetano JÁ. Religiosity and Hope in Patients with Chronic Renal Failure: Coping Strategies. *International Archives of Medicine*. 2016;9.
13. Pierratos A, Hanly PJ. Sleep disorders over the full range of chronic kidney disease. *Blood purification*. 2011;31(1-3):146-50. <https://doi.org/10.1159/000321859>
14. De Santo R, Perna A, Di Iorio B, Cirillo M. Sleep disorders in kidney disease. *Minerva urologica e nefrologica= The Italian journal of urology and nephrology*. 2010;62(1):111-28.
15. Mucsi I, Molnar MZ, Rethelyi J, Vamos E, Csepanyi G, Tompa G, et al. Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on chronic dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2004;19(7):1815-22. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfh130>
16. Brekke FB, Amro A, Østhus TBH, Dammen T, Waldum B, Os I. Sleep complaints, depression and quality of life in Norwegian dialysis patients. *Clinical nephrology*. 2013;80(2):88-97. <https://doi.org/10.5414/CN107916>
17. Elder SJ, Pisoni RL, Akizawa T, Fissell R, Andreucci VE, Fukuhara S, et al. Sleep quality predicts quality of life and mortality risk in haemodialysis patients: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2007;23(3):998-1004. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm630>
18. Eloia S, Ximenes M, Eloia S, Galindo Neto NM, Barros LM, Caetano JÁ. Religious coping and hope in chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2021;55. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0368>
19. Nisak K, Safrina L, Mawarpury M. Dynamics of Hope in Hemodialysis Patients in Rsudza Banda Aceh. *SKIC-MHS 2018 - The 2nd Syiah Kuala International Conference on Medicine and Health Sciences* 2020. p. 265-70. <https://doi.org/10.5220/0008791702650270>
20. Shojae A, Nahrir B, Naderi N, Zareian A. Effect of patient education and telephone follow up by the nurse on the level of hope in patients suffering from heart failure. *2 Journal of Nursing Education*. 2013;2(1):16-26.
21. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989;28(2):193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
22. Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*. 1988;37(1):6-10. <https://doi.org/10.1097/00006199-198801000-00002>
23. Noghani F, Ghadirian F, Sharifnia S, Fereydooni Sarijeh P. The Study of Hope and Self-Efficacy in Hemodialysis Patients. *Military Caring Sciences Journal*. 2020;7(3):234-42. <https://doi.org/10.29252/mcs.7.3.234>
24. Poorgholami F, Abdollahifard S, Zamani M, Kargar Jahromi M, Badiyepeymaie Jahromi Z. The effect of stress management training on hope in hemodialysis patients. *Global journal of health science*. 2016;8(7):165. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n7p165>
25. Pasyar N, Rambod M, Jowkar M. The effect of peer support on hope among patients under

- hemodialysis. *International journal of nephrology and renovascular disease*. 2020;13:37. <https://doi.org/10.2147/IJNRD.S240756>
26. Tavassoli N, Darvishpour A, Mansour-Ghanaei R, Atrkarroushan Z. A correlational study of hope and its relationship with spiritual health on hemodialysis patients. *Journal of education and health promotion*. 2019;8:146-51. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_461_18
27. Rambod M, Pasyar N, Parviniannasab A. A qualitative study on hope in iranian end stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *BMC nephrology*. 2023;24(1):281. <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03336-6>
28. Borzou S, Babaei N, Gholyaf M, Molavi Vardanjani M, Tapak L. The effect of telephone follow-up on quality of life in hemodialysis patients. *Nephro-Urology Monthly*. 2020;12(2). <https://doi.org/10.5812/numonthly.104178>
29. Masoumi M, Emami Naini A, Aghaghazvini R, Amra B, Gholamrezaei A. Sleep quality in patients on maintenance hemodialysis and peritoneal dialysis. *International journal of preventive medicine*. 2013;4(2):165.
30. Sabet R, Naghizadeh M, Azari S. Quality of sleep in dialysis patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2012;17(4):270.
31. Wang R TC, Chen X, Zhu C, Feng W, Li P, et al. Poor sleep and reduced quality of life were associated with symptom distress in patients receiving maintenance hemodialysis. *Health and quality of life outcomes*. 2016;14(1):125. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0531-6>
32. Caballero-Castañeda L, Flores-Méndez Y, Juárez-Sánchez J, Nieves-Ruiz E. Sleep quality in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2023;61(Suppl 2):S213-S9.