مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و نهم، شماره دوازدهم، اسفند ۱۴۰۰
تاریخ دریافت:۱۳۹۹/۱۲/۲۱
تاریخ پذیرش:۱۴۰۰/۰۴/۰۷

تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور برمیزان تبعیت از رژیم غذایی در بیماران تحت همودیالیز

مهدی ابراهیمی[۱]، طاهره بلوچی بیدختی[۲]، ایوب اکبری[۳]، رسول سلیمانی مقدم[۴*]

مقاله پژوهشی

مقدمه: تبعیت از رژیم غذایی، محدودیت مایعات در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی که تحت همودیالیز قرار دارند امری ضروری می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین الگوی توانمندسازی خانواده محور و تبعیت از رژیم غذایی در بیماران تحت همودیالیز صورت گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی بود که بر روی ۶۰ بیمار تحت همودیالیز (۳۰ نفر در هر گروه) در سال ۱۳۹۵ در مشهد انجام شد. نمونه‌ها به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون، قرار گرفتند. در گروه آزمون الگوی توانمندسازی خانواده محور وگروه کنترل مراقبت‌های رایج اجرا شد. ابزار مطالعه پرسش‌نامه جمعیت شناختی و تبعیت از رژیم غذایی بود که قبل و ۶ هفته بعد از مطالعه توسط افراد شرکت‌کننده در تحقیق تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 16 و آزمون‌های آماری تی مستقل، کای اسکوئر، من ویتنی و با سطح معنی‌داری $p<۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: در مجموع ۶۰ بیمار (۲۴مرد و ۳۶ زن) با میانگین سنی ۱۶/۷۷±۵۰/۹۳ سال وارد مطالعه شدند. میانگین نمره تبعیت از رژیم غذایی و مایعات قبل از مداخله بین دوگروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری نداشت در حالیکه بعد از مداخله در گروه آزمون افزایش یافته بود که از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: گروهی که از الگوی توانمندسازی خانواده محور پیروی می‌کردند، در مقایسه با گروه کنترل از رژیم غذایی و مایعات بیشتر تبعیت کردند، لذا انجام اقداماتی در جهت مشارکت خانواده بیماران احتمالاً با افزایش پذیرش تبعیت از رژیم غذایی و مایعات و بهبود نتایج درمان همراه خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: توانمندسازی خانواده محور، تبعیت از رژیم غذایی، همودیالیز

IRCTID: IRCT20190530043773N1

ارجاع: ابراهیمی مهدی، طاهره بلوچی بیدختی، اکبری ایوب، سلیمانی مقدم رسول. **تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور برمیزان تبعیت از رژیم غذایی در بیماران تحت همودیالیز.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۴۰۰؛ ۲۹ (۱۲): ۴۴۰۴-۴۳۹۳.

۱-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲-گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۳-دانشجوی دکتری پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۴-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۵۶۳۲۲۱۳۲۱۱، پست الکترونیکی: rasool.solaimani@yahoo.com، صندوق پستی:۹۷۱۷۸۵۳۵۷۷

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

مقدمه

بیماری مزمن کلیوی (CKD) یک فرآیند پاتولوژیک با علل متعدد است که نتیجهٔ آن کاهش توقف ناپذیز تعداد و کارکرد نفرون‌ها است و در بسیاری از موارد منجر به بیماری کلیوی مرحلهٔ انتهایی (ESRD) می‌شود (۱). مرحلهٔ انتهایی بیماری کلیوی نشان دهندهٔ وضعیتی بالینی است که برای ادامهٔ حیات بیمار، استفاده از درمان‌های جایگزین کلیه ضروری است، که در حال حاضر همودیالیز شایع‌ترین درمان جایگزین در این بیماران می‌باشد (۲). شیوع و بروز بیماری کلیوی در جهان در سال ۲۰۱۵ حدود ۲۴۲ مورد در هر یک میلیون نفر بود و بروز آمار سالانه آن ۸٪ است یعنی حدود ۲۹۰۰۰ نفر، که ۱۴۰۰۰ نفر از آن‌ها با همودیالیز درمان می‌شوند. بر اساس آمار موجود در ایران به‌طور متوسط هر ساله ۱۴۰۰-۱۲۰۰ نفر به بیماری نارسایی‌کلیه مبتلا می‌شوند بر اساس گزارش وزارت بهداشت تعداد بیماران تحت درمان با همودیالیز در کشور تا پنج سال آینده دو برابر خواهد شد (۳). بیماران نارسایی مزمن کلیه همزمان با انجام دیالیز تحت یک رژیم پیچیده درمانی و تغییرات وسیع و اساسی در سبک زندگیشان قرار می‌گیرند و با محدودیت‌های زیادی در زمینه رژیم دارویی، غذایی و مایعات رو به‌رو می‌شوند. یکی از سخت‌ترین چالش‌هایی که بیماران تحت همودیالیز با آن روبرو هستند، تبعیت از محدودیت‌های رژیم غذایی و مایعات می‌باشد (۴). رفتارهای خودمراقبتی در بیماران تحت درمان با همودیالیز شامل کنترل مصرف مایعات، رژیم غذایی و دارو، مشارکت در امر مراقبت، ارتباط مؤثر، خودکارآمدی و حفظ نقش می‌باشد (۵). مطالعات نشان می‌دهد که عوامل مختلفی از قبیل سن، جنس، کفایت دیالیز، طول دوره همودیالیز، میزان آگاهی در رابطه با بیماری و درمان آن، استعمال دخانیات، حمایت اجتماعی و میزان آگاهی از دستورالعمل خاص بیماران همودیالیزی با عدم تبعیت از رژیم غذایی و مایعات در این بیماران مرتبط می‌باشد (۶). توانایی تطبیق با تبعیت از رژیم غذایی، مایعات و دارو برای بسیاری از بیماران مشکل بوده و انحراف از آن به پیامدهای خطرناکی منجر می‌شود. کمبود آگاهی و دانش ناکافی در زمینه‌های رژیم غذایی مناسب، میزان مصرف مایعات در این بیماران باعث بروز مشکلات گوناگونی شده و سرانجام منجر به عوارض مختلف و مرگ و میر خواهد شد (۷). تقریباً ۶۰٪ بیماران تحت همودیالیز وضعیت تغذیه ضعیفی دارند. سطح بالای اوره ممکن است منجر به ایجاد علائمی مانند کاهش اشتها، تهوع، استفراغ یا از دست دادن حس چشایی گردد (۸). رعایت محدودیت‌ها می‌تواند باعث ایجاد یک تضاد و تنش در زندگی با همودیالیز شود و برای بیمار طاقت‌فرسا باشد که خود منجر به ایجاد واکنش‌های متفاوتی خواهد شد، هم چنین این بیماران با تغییراتی در مفهوم از خود و خودباوری، اختلال در نقش خانواده و از دست دادن ارزش و مقام خود نیز روبرو می‌شوند (۹). همودیالیز باعث بر هم‌خوردن زندگی فرد و تغییر روند زندگی بیمار و خانواده او می‌گردد و با تأثیر بر جریان زندگی خانوادگی فرد، بر اجتماع نیز تأثیرات منفی به دنبال خواهد داشت (۱۰). از آنجائی که خانواده به عنوان واحد اصلی اجتماع محسوب می‌شود و با توجه به نفوذی که بر روی اعضای خود دارد، از قدیم مورد توجه حرفه پرستاری بوده است لذا، مراقبت پرستاری باید خانواده بیمار را هم در برگیرد. مراقبت خانواده- محور (Family-centered care) یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به عنوان نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی به رسمیت می‌شناسد (۱۱). توانمندسازی خانواده محور، درگیر کردن مددجو و خانواده‌اش در تصمیم‌گیری برای ارتقاء سطح سلامتی است تا با تصمیم‌گیری قدرتمندانه به خودشان کمک کنند که با احساس مفید و ارزشمند بودن میتوانند بر وضعیت سلامتی خود کنترل داشته و تغییرات مثبتی را درآن ایجاد کنند و بدین ترتیب با مراقبت از خود به اهدافشان برای بهبود سلامتی دسترسی یابند (۱۲). الگوی توانمندسازی خانواده محور به عنوان یکی از الگوهای مبتنی بر فلسفه مراقبتی خانواده محوری، به طور همزمان دانش، مهارت، ارزش و اعتقادات بیمار و خانواده را می‌تواند ارتقاء دهد. هدف اصلی این الگو توانمند شدن سیستم خانواده در جهت ارتقاء سلامت می‌باشد. مراحل اصلی این الگو شامل درک تهدید، مشکل‌گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی می‌باشد (۱۳). این

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

الگو حاصل یک تحقیق کیفی از نوع گراندد تئوری است که توسط خانم دکتر الحانی (۱۴)، پس از طی مراحل تشکیل مفاهیم، توسعه مفاهیم، مشخص کردن فرآیند روانی-اجتماعی مسئله و منتج شدن متغیر مرکزی (توانمندسازی خانواده محور)، مراحل الگوسازی برای ایجاد یک الگوی کاربردی را گذرانده است و تاکنون برای بیماری‌های مزمن (MI (Myocardial infarction))، دیابت، صرع، بیماری مزمن کلیه، آسم، اماس) آزمون شده است و نتایج ارزشمندی به‌دست آمده است. باید توجه داشت پژوهشگرانی که از این الگو استفاده کرده‌اند، اجرای این الگو برای رده‌های سنی مختلف و سایر بیماری‌های مزمن را به عنوان یکی از پیشنهادات خود برای مطالعات آینده مطرح کرده‌اند. بنابر ضرورت‌های بیان شده و اهمیت موضوع از جنبه‌های مختلف و با توجه به اینکه بر اساس بررسی‌های محقق مطالعه‌ای در زمینه تاثیر توانمندسازی خانواده محور بر میزان تبعیت از رژیم غذایی در بیماران تحت همودیالیز انجام نشده است، لذا پژوهشگر بر آن شد تا تاثیر توانمندسازی خانواده محور بر میزان تبعیت از رژیم غذایی در بیماران تحت همودیالیز را بررسی نماید. امید است این تحقیق پایه‌ای برای ارائه خدمات بهتر و پژوهش‌های بعدی فراهم سازد.

روش بررسی

این پژوهش کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی‌سازی شده یک سوکور است که جامعه آن را بیماران تحت همودیالیز مزمن مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۶۵-۱۸، حداقل سواد خواندن و نوشتن، ابتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی که به‌طور ثابت تحت برنامه درمان با همودیالیز باشد، عدم ابتلا به اختلالات شناختی، شنوایی و بینایی، هفته‌ای دو تا سه بار و هر بار به مدت ۳ تا ۴ ساعت تحت دیالیز بودن، حداقل ۳ ماه و حداکثر ۲ سال تحت درمان بودن با دیالیز، امکان حضور یک نفر از اعضای خانواده به عنوان عضو فعال خانواده و بیمار، عضو فعال خانواده از پرسنل بهداشتی نباشد و ندیدن آموزش رسمی خانواده بیمار در مورد تبعیت از رژیم غذایی، مایل به شرکت در این پژوهش باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: انصراف از پژوهش در هر مرحله‌ای، هرگونه پیشامدی که مانع ادامه مداخله شود، حداقل دو جلسه غیبت در جلسات آموزشی را داشته باشد، در حین انجام مطالعه به بیماری‌هایی که منجر به بستری وی در بیمارستان شود، مبتلا گردد. سپس شناسایی بیمارانی که از رژیم غذایی خود تبعیت می‌کردند و تبعیت نمی‌کردند براساس متوسط نتایج پارامترهای آزمایشگاهی سدیم، پتاسیم، فسفر و آلبومین در ۳ ماه گذشته انجام شد، به طوری‌که بیمارانی که دارای میانگین پتاسیم و فسفر ۳/۵-۵/۵ میلی اکی والان در لیتر، آلبومین بین ۵/۵-۳/۵ گرم در دسی لیتر و سدیم ما بین ۱۴۵-۱۳۵ میلی اکی والان در لیتر بودند، تحت عنوان تبعیت‌کننده از محدودیت‌های رژیم غذایی در نظر گرفته شدند و بقیه بیماران که دارای شرایط فوق نبودند در گروه مقابل قرار گرفتند. حجم نمونه بر اساس جدول کوهن با در نظرگرفتن یک میزان اثر بزرگ برابر با ۰/۸ حجم نمونه برای هر گروه ۲۶ نفر برآورد گردید، و با احتمال ریزش تعداد نمونه‌ها در هر گروه ۳۰ نفر و در مجموع ۶۰ نفر (از افرادی که از رژیم‌غذایی خود تبعیت نکرده بودند) تعیین شد. برای اجرای پژوهش محقق پس از کسب مجوزهای ضروری و با مراجعه به بخش دیالیز بیمارستان‌های ذکر شده، ضمن ارائه اهداف مطالعه و چگونگی اجرای پژوهش از بیماران جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آورد و رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. واحدهای پژوهش براساس معیارهای ورود و به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و سپس با تصادفی سازی ساده و براساس جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) تقسیم و مورد بررسی قرار گرفتند. جهت کورسازی واحدهای پژوهش از تخصیص به گروه کنترل و مداخله بی‌اطلاع بودند. برای تکمیل پیش آزمون، محقق به صورت پرسیدن تک تک سوال‌ها به‌صورت چهره به چهره از بیمار اقدام نمود، و در حضور محقق تکمیل و در صورت داشتن سؤال توسط محقق پاسخ داده می‌شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه شامل فرم مشخصات دموگرافیک بیمار (سن، جنس، طول مدت ابتلا به بیماری مزمن کلیه، طول مدت دیالیز) و پرسش‌نامه تبعیت از رژیم غذایی بود. پرسش‌نامه تبعیت از رژیم غذایی در مطالعه کوشیار و همکاران (۱۵) به

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

صورت پژوهشگر ساخته تهیه شده و در مطالعه حاضر نیز جهت سنجش تبعیت از رژیم غذایی به‌کار برده شد. که شامل ۱۲ سوال به‌صورت مقیاس لیکرت (هرگز، به ندرت، اغلب اوقات، همیشه) بود. دامنه نمره کل آن از ۳۶-۰ می‌باشد. پایایی پرسش‌نامه تبعیت از رژیم غذایی با استفاده از روش همسانی درونی آلفای کرونباخ بر روی ۱۰ نفر از واحدهای پژوهش با ضریب ۰/۷۱۷ تایید شد. در ابتدا ابزارهای پژوهش در هر دو گروه تکمیل گردید. سپس برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور در چهار جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یکبار در هفته، مبتنی بر چهار گام تهدید درک شده، مشکل‌گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی در گروه‌های ۶ تا ۷ نفره‌ای در بخش دیالیز بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) با استفاده از وسایل کمک آموزشی، از جمله تخته وایت برد، پاورپوینت، با حضورحداکثر۲ نفر از اعضای خانواده یا مراقب اصلی خانواده و بیمار تشکیل شد. در طی مداخله خانواده بیمار چندین نقش را بر عهده داشتند که شامل همراهی بیمار برای شرکت در مطالعه، کمک به بیمار جهت فراگیری مطالب در نظر گرفته شده، کمک به بیمار در اجرای هر چه بهتر مطالب ارائه شده و از طرفی کسب اطلاعات کافی و لازم که می‌تواند بیمار را همراهی و کمک کند، بود. جلسات به‌صورت حضوری و چهره به چهره همراه با بحث و تبادل نظر و پرسش و پاسخ میان پژوهشگر، بیمار و اعضای خانواده انجام گرفت. جلسه اول و دوم بحث گروهی مبتنی بر گام تهدید درک شده الگوی توانمندسازی خانواده محور بود که در جلسه اول در مورد بیماری و فرآیند آن، پیش‌آگهی، علائم، عوارض، عوامل خطر و کوتاهی در پیروی از برنامه درمان و در جلسه دوم در مورد روش‌های سبک تغذیه (در بیماران دیابتی رژیم دیابتی و در بیماران فشارخونی رژیم مربوط به فشارخون توسط متخصص تغذیه برنامه‌ریزی و باهماهنگی و بازبینی متخصص نفرولوژی در اختیار آن‌ها قرار داد شد)، فعالیت سالم و صحیح جسمانی و ارتباط آن با کنترل بیماری و دیالیز و نکات مربوطه، به روش سخنرانی آموزش داده شد. جلسات سوم و چهارم جلسات مشکل‌گشایی، بر اساس مراحل مشکل‌گشایی بود. این مراحل شامل: تشخیص مشکل (فرآیند بیماری، عوامل به‌وجود آورنده بیماری، عوارض ناشی از بیماری) و تجزیه و تحلیل مشکل با توجه به علل و چگونگی ابتلا، تبیین اهداف، ارائه راه‌حل‌ها و انتخاب بهترین راه‌حل و بحث و بررسی در مورد چگونگی اجرای بهترین راه‌حل در جهت نیل به هدف، با توجه به توان و امکانات موجود توسط بیمار و اعضای خانواده اجرا شد. ارزشیابی فرآیند طی مداخله توسط محقق در تمامی جلسات صورت می‌گرفت، بدین صورت که از بیمار و اعضای خانواده در مورد یادگیری مطالب ارائه شده سؤال می‌شد و در مواردی که نیازمند به توضیح و تشریح بهتر مطالب بود دوباره برای آنان بازگو می‌شد. در مدت اجرای پژوهش، پژوهشگر از طریق تماس تلفنی با نمونه‌ها جهت پاسخ به سؤالات و مشکلات احتمالی آنان در ارتباط بود. ارزشیابی نهایی توسط پژوهشگر پس از گذشت یک ماه و نیم از اجرای مداخله صورت گرفت و در این مرحله مجدداً پرسش‌نامه تبعیت از رژیم غذایی توسط بیماران در هر دو گروه تکمیل گردید. پس از پایان مطالعه به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی طی یک جلسه ۲ ساعته تمامی مسائل آموزشی به بیماران گروه کنترل و مراقب اصلی خانواده در مراجعه به بخش دیالیز آموزش داده شد و مواد آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه وتحلیل داده ها با استفاده از نرم‌افزار version 16 SPSS و آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار)، و آزمون‌های آماری من ویتنی، تی تست مستقل، کای اسکوئر، دقیق فیشر انجام گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه ($P<۰/۰۵$) منظور شد.

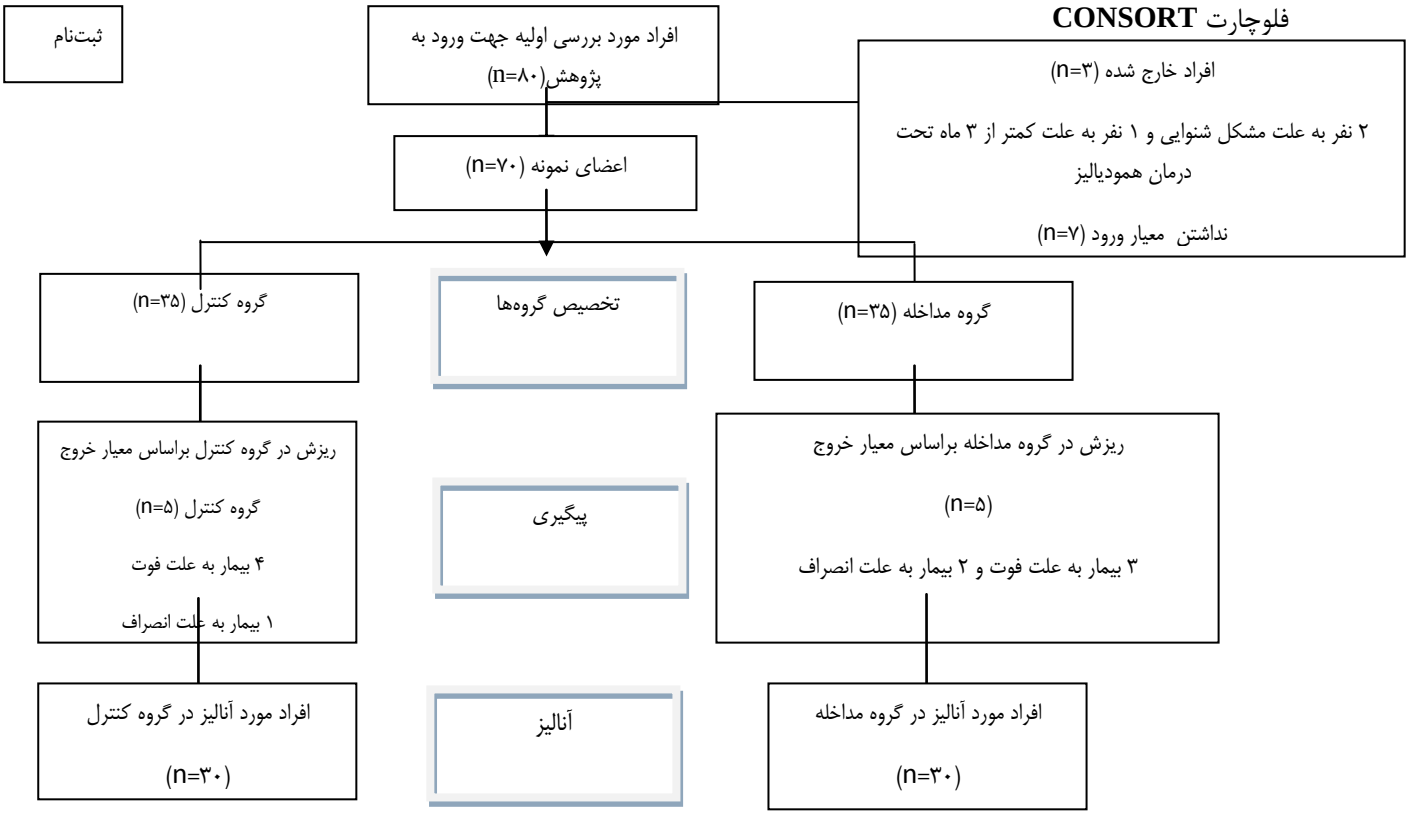
ملاحظات اخلاقی

تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد به شماره IR.GMU.REC.1393.52 دریافت گردید، توضیح اهداف و ماهیت پژوهش و پاسخ به سوالات واحدهای مورد پژوهش در زمینه تحقیق حاضر، آزاد بودن افراد جهت شرکت در مطالعه، اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان از محرمانه ماندن اطلاعات پژوهش، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در مورد عدم وجود خطر و آسیب جسمی، روانی، عاطفی، اختیاری بودن خروج از پژوهش بدون هیچ‌گونه آسیب احتمالی و تغییر در دریافت خدمات پزشکی و پرستاری، بوده است.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

فلوچارت CONSORT



نتایج

میانگین سنی واحدهای پژوهش در گروه کنترل ۵۰/۹۳±۱۶/۷۷ سال و در گروه مداخله ۵۷/۸±۱۳/۸۲ سال بود که از لحاظ آماری معنی دار نبود (p=۰/۰۸۹). بیش از نیمی از واحدهای پژوهش خانم بودند و آزمون کای اسکوئر بین دو گروه تفاوت آماری معناداری از نظر جنس نشان داد (p=۰/۰۰۲). اکثریت افراد در گروه مداخله (۶۶/۶٪) و کنترل (۴۰٪)، دارای تحصیلات در سطح ابتدائی و راهنمایی بودند که براساس نتایج آزمون کای اسکوئر، فراوانی سطح تحصیلات در دو گروه معنی دار (p=۰/۰۳۱) به‌طوریکه سطح تحصیلات گروه آزمون بالاتر از گروه کنترل بود و هم‌چنین اضافه وزن واحدهای پژوهش بعد از مداخله کاهش پیدا کرده بود که براساس نتایج آزمون تی تست مستقل در دو گروه معنی‌دار بودند (p=۰/۰۰۱). تمام واحدهای پژوهش مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل دارای شغل خانه‌داری بودند و دو گروه از نظر سطح درآمد خانوار (p=۰/۴۷)، وضعیت بیمه (p=۰/۵۳۱)، سکونت (p=۰/۶۷۱)، عامل نارسائی (p=۰/۵۸)، تعداد دفعات دیالیز (p=۰/۸)، مدت زمان دیالیز (p=۰/۹)، سوء تغذیه (p=۰/۳۲)، اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند (جدول۱). قبل از انجام مداخله میانگین نمره تبعیت از رژیم غذایی در گروه مداخله ۱۱/۴۳±۳/۶۷ و گروه کنترل ۱۱/۹۳±۴/۷۳ بود و نمره تبعیت از رژیم مایعات در گروه مداخله ۱۱/۶۳±۳/۷۶ و گروه کنترل ۱۱/۵۶±۴/۲۶ بود که بر اساس نتایج آزمون تی تست مستقل این تفاوت از نظر آماری معنی‌داری نبود (P>۰/۰۵) و از این لحاظ همگن بودند. نمره تبعیت از رژیم غذایی بعد نسبت به قبل از مداخله در گروه مداخله ۱/۶۶±۲/۴۶ و گروه کنترل ۱۱/۵۶±۴/۶۷ بود و تبعیت از رژیم مایعات در گروه مداخله ۱/۷±۲/۰۷ و در گروه کنترل ۱۱/۲±۴/۱۶ بود، که براساس نتایج آزمون من ویتنی، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱) (جدول۲). نتایج آزمون آماری ویلکاکسون نشان داد که قبل و بعد از مداخله به ترتیب در گروه کنترل تفاوت آماری معنی‌داری در نمره تبعیت از رژیم غذایی مشاهده نشد (p=۹۱۴) ولی در گروه مداخله نمره تبعیت از رژیم غذایی تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد (p=۰/۰۰۱) (جدول۳).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

جدول ۱:توزیع فراوانی مشخصات فردی بیماران تحت همودیالیز در دو گروه مداخله و کنترل

گروه متغیر		تعداد(درصد) کنترل	تعداد(درصد) آزمون	نتیجه آزمون آماری
*سکونت	شهر	(۹۳/۳)۲۸	(۸۶/۷)۲۶	p=۰/۶۷۱
	روستا	(۶/۷)۲	(۱۳/۳)۴	
**درآمد	بدون درآمد	(۳۳/۳)۱۰	(۲۰) ۶	p=۰/۴۷
	کمتر از حد کفاف	(۵۶/۷)۱۷	(۴۳/۳)۱۳	
	در حد کفاف	(۱۰)۳	(۳۶/۷)۱۲	
**بیمه	بدون بیمه	(۱۳/۳)۴	(۲۳/۴)۷	p=۰/۵۳۱
	خدمات درمانی	(۴۶/۷)۱۴	(۳۳/۳)۱۰	
	نیروهای مسلح	(۶/۷)۲	(۱۳/۳)۴	
	تامین اجتماعی	(۳۳/۳)۱۰	(۳۰)۹	
**عامل نارسایی	دیابت	(۲۶/۷)۸	(۳۳/۳)۱۰	p=۰/۵۸
	فشار خون	(۵۶/۶)۱۷	(۴۳/۳)۱۳	
	سایرموارد	(۱۶/۷)۵	(۲۳/۴)۷	
***تعداد دفعات دیالیز (روز)		۱۱/۱±۰/۸۴	۱۰/۸۳±۱/۵۳	p=۰/۰۸
***مدت زمان دیالیز (ماه)		۲۹/۲۳±۲۹/۷۲	۲۶/۶۳±۳/۳۱	p=۰/۲۲
***سوء تغذیه		۲/۴۳±۳/۸۲	۲/۲۳±۶/۷۲	p=۰/۳۲

*آزمون فیشر **آزمون کای اسکوئر***آزمون من ویتنی سطح معنی داری P<۰/۰۵

جدول۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره تبعیت از رژیم غذایی مورد مطالعه در دو گروه کنترل و مداخله

	گروه متغیر	کنترل معیار±میانگین	مداخله معیار±میانگین	نتیجه آزمون آماری
*نمره تبعیت از رژیم	Diet	۱۱/۴۳±۳/۶۷	۱۱/۹۳±۴/۷۳	p=۰/۳۲
قبل مداخله	Fluid	۱۱/۶۳±۳/۷۶	۱۱/۵۶±۴/۲۶	p=۰/۹۴
**نمره تبعیت از رژیم	Diet	۱۱/۵۶±۴/۶۷	۱/۶۶±۲/۴۶	P<۰/۰۰۱
بعد مداخله	Fluid	۱۱/۲±۴/۱۶	۱/۷±۲/۰۷	P<۰/۰۰۱

*آزمون تی تست مستقل**آزمون من ویتنی

جدول۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره تبعیت از رژیم غذایی مورد مطالعه در گروه کنترل و مداخله

گروه متغیر		قبل مداخله انحرافمعیار±میانگین	بعد مداخله انحراف معیار±میانگین	نتیجه آزمون آماری ویلکاکسون
نمره تبعیت از رژیم کنترل	Diet	۱۱/۴۳±۳/۶۷	۱۱/۵۶±۴/۶۷	p=۹۱۴
	Fluid	۱۱/۶۳±۳/۷۶	۱۱/۲±۴/۱۶	
نمره تبعیت از رژیم مداخله	Diet	۱۱/۹۳±۴/۷۳	۱/۶۶±۲/۴۶	
	Fluid	۱۱/۵۶±۴/۲۶	۱/۷±۲/۰۷	P<۰/۰۰۱

بحث

این مطالعه با هدف ارتباط بین الگوی توانمندسازی خانواده محور و تبعیت از رژیم غذایی در این بیماران صورت گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که بین گروه تبعیت کننده از رژیم غذایی و گروهی که از رژیم غذایی خود تبعیت نمی‌کردند از نظر متغیرهای مداخله‌گر جمعیت شناختی نظیر جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل بیمار، درآمد ماهیانه، وضعیت بیمه و مدت زمان دیالیز که هر یک می‌توانند بر نتایج

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

مطالعه تأثیر بگذارند، ازنظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، به عبارتی هر دو گروه همگن بودند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درآمد ماهیانه اکثریت نمونه‌ها در دو گروه کمتر از حد کفاف بود که این یافته همسو با مطالعه ذوالفقاری و همکاران می‌باشد (۱۶). مقایسه نمرات تبعیت از رژیم غذایی قبل و یک ماه و نیم بعد از مداخله درگروه آزمون بیانگر اثر بخش بودن مداخلات آموزشی مبتنی بر توانمند سازی خانواده محور بر میزان تبعیت از رژیم غذایی در بیماران تحت درمان با همودیالیز بود. در راستای نتایج مطالعه حاضر، نتایج مطالعه مسعودی و همکاران با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر دانش، نگرش و عملکرد مراقبان مبتلایان به ام اس نشان داد آموزش مراقبان بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده محور باعث تغییرات در دانش، نگرش و عملکرد مراقبت کنندگان شد؛ به طوری که هرچه دانش مراقب بالاتر رود عملکرد او نیز بهتر و کارآمدتر خواهد شد (۱۷). در مطالعه‌ای که رضایی و همکاران درباره تأثیر مدل توانمندسازی خانواده محور بر تبعیت از درمان افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دچار مشکلات قلبی انجام دادند، نتایج نشان داد مداخلات توانمندسازی خانواده محور برای افزایش تبعیت از درمان اثری مثبت و خانواده در مدیریت و کنترل بیماری‌های مزمن نقش با اهمیتی دارد (۱۸)، نتایج این مطالعه بیانگر آن بوده که با مشارکت مراقبین در امر مراقبت از بیمار و توانمندکردن آن‌ها زمینه برای مراقبت اثر بخش‌تر برای بیمار فراهم خواهد شد. عابدینی و همکاران در یک مطالعه کارآزمایی بالینی در شهر ارومیه با عنوان بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر شاخص‌های توانمندی بیماران با دریچه مصنوعی قلبی، نشان دادند که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور موجب بهبود شاخص‌های توانمندی در بیماران با دریچه مصنوعی شده است. گرچه مراقبان بیماران مزمن از بار مراقبی شدید رنج می‌برند (۱۹). لذا توانمند کردن مراقبان بیماران همزمان با توانمندکردن خود بیماران زمینه اثر بخشی بهتر در بیماران و کاهش مشکلات مرتبط با بیماری در بیماران بوده است. KOHAN و همکاران در یک مطالعه کار آزمایی بالینی با عنوان تأثیر آموزش و حمایت خانواده محور در ارتقای توانمندی در شیردهی زنان نخست‌زا نشان دادند که آموزش و حمایت خانواده محور در زنان نخست‌زا باعث افزایش معنی‌داری در میانگین نمره توانمندی شیردهی مادران گروه مداخله در دو هفته و دو ماه پس از زایمان نسبت به گروه کنترل شده است. در نتیجه‌گیری محقق بیان می‌کند آموزش و حمایت خانواده محور باعث ارتقاء تغذیه انحصاری با شیر مادر شده است (۲۰). در مطالعه‌ای که آتش‌زاده شوریده و همکاران به بررسی الگوی توانمندسازی خانواده محور در بیماران مبتلا به دیابت پرداختند نتایج حاکی از آن بود که الگوی توانمندسازی خانواده محور و مشارکت خانواده منجر به ارتقاء خودکارآمدی و بهبود سبک زندگی آنان شد. این امر می‌تواند بیانگر آن باشد که مشارکت خانواده در این راستا نقش کمک کننده و تسهیل‌گر دارد (۲۱). مشابه با یافته‌های این مطالعه منصوری و همکاران در بیماران مبتلا به دیابت (۲۲) و نصری و همکاران در بیماران مبتلا به سرطان (۲۳)، کارآیی الگوی توانمندسازی خانواده محور را در بهبود عملکرد بیماران تأیید کرده‌اند. در مطالعه‌ای که بابازاده و همکاران آموزشی مبتنی برالگوی توانمندسازی خانواده محور در بیماران مبتلا به تب مالت انجام دادند نتایج مطالعه نشان داد، اجرای برنامه آموزشی بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده محور نقش مهمی در اصلاح رفتارهای پرخطر در بیماران مبتلا به تب مالت دارد. بنابراین لزوم توجه به اعضای خانواده‌ها در پیشگیری و اصلاح رفتارهای پرخطر ضروری است و بایستی در برنامه‌های آموزشی، اعضای خانواده‌ها نیز درگیر شوند (۲۴). در همین راستا شیخی و همکاران در مطالعه خود بیان کرد که شرکت یکی از اعضای خانواده همراه بیمار در کلاس‌های آموزش دیابت سبب افزایش تأثیر آموزش‌های ارائه شده می‌شود، به طوری که توانمندی خانواده منجر به کارآیی مفید و مؤثر بیماران در مراقبت و پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس بیماری می‌شود (۲۵). الگوی توانمندسازی خانواده محور، بر تداوم رفتارهای خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن مانند ام اس، تالاسمی و دیابت نوع دوم تأکید دارد و در افزایش آگاهی، درک و مهارت مراقبان مبتلایان به این بیماری‌ها نیز مؤثر واقع شده است (۲۶). مطالعه Jonina Sigurgeirsdottir و همکاران با عنوان تجارب بیماران

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

دارای بیماری مزمن انسدادی ریه و نیازهای قابل گزارش خود مدیریتی آن‌ها نشان داد که COPD بر سلامتی جسمی و روانی-اجتماعی بیماران، روابط خانوادگی و خانواده آن‌ها تأثیر بسیار منفی دارد و تنها راه سازگاری با این موقعیت آموزش، حمایت و توانمندی بیماران و خانواده آن‌هاست (۲۷). نتایج پاره‌ای از مطالعات نیز بیانگر تأثیر نداشتن این برنامه مداخله‌ای بوده است؛ از جمله مطالعه Garcia تحت عنوان مداخله خانواده محور در کنترل دیابت نوع ۲، اختلاف معناداری را در شیوه عملکرد خانواده، رفتارهای بهداشتی، پیگیری از رژیم دارویی و آگاهی در زمینه دیابت در دو گروه آزمون و کنترل نشان نداد (۲۸)، مغایرت موجود با مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل اجرا نشدن کامل مداخله و متفاوت بودن جامعه، محیط و فرهنگ نمونه‌های مطالعه شده، متفاوت بودن نوع مطالعه، روش مداخله شامل ارائه آموزش و روش اجرا باشد. هم‌چنین در مطالعه Atak، مداخله آموزشی خانواده محور و گروهی در مبتلایان به دیابت موجب بهبودی نسبی در برخی از حیطه‌های مربوط به خودمراقبتی ازجمله مراقبت از پا و کنترل قند خون شد که از نظر آماری معنادار نبود (۲۹) این یافته با مطالعه حاضر همسو نبود. به نظر محقق طول مدت برنامه آموزشی، پیگیری کافی در دستیابی به نتایج و شرکت خانواده‌ها در مطالعه حاضر می‌تواند دلیل مغایرت باشد. در نتایج مطالعه رزم‌آرای و همکاران بعد از آموزش خانواده محور، میانگین نمرات بعد تبعیت از رژیم دارویی بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (۳۰) که با این مطالعه همسو نبود، به نظر محقق مغایرت موجود می‌تواند به دلیل تفاوت در جامعه پژوهش، تعداد کم جلسات، علاقه و انگیزه نمونه‌ها و پیگیری مداوم باشد. در مورد تبعیت از رژیم غذایی نتایج بعضی مطالعات با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. از جمله، براز و همکاران (۳۱) نشان دادند که اجرای برنامه آموزشی در کاهش مشکلات بیماران در ارتباط با شاخص های آزمایشگاهی و رعایت کردن رژیم غذایی مؤثر بوده است که بیانگر تأثیر مثبت آموزش می‌باشد. نتایج مطالعه حسن زاده و همکاران (۳۲) نشان داد که میانگین نمره نگرش مرتبط با تبعیت از رژیم غذایی و مایعات در پایان هفته دوم و چهارم در دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت ($p>۰/۰۵$) اما در هر یک از گروه‌های آموزش چهره به چهره و ویدئویی، قبل با پایان هفته دوم و همچنین قبل با پایان هفته چهارم بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری داشت ($p<۰/۰۵$) در نتیجه آموزش در افزایش تبعیت از رژیم غذایی و مایعات بیماران همودیالیزی مؤثر بوده است. هم‌چنین، نتایج مطالعه رامبد و همکاران تحت عنوان پیروی از رژیم غذایی و مایعات در بیماران تحت همودیالیز نشان داد که بیشتر این بیماران از رژیم غذایی و دارویی خود تبعیت می‌کرده‌اند (۳۳). علت این امر را در مطالعه حاضر می‌توان به عوامل اقتصادی–فرهنگی بیماران، متاهل بودن بیشتر واحدهای مورد پژوهش و احتمالاً برخورداری از حمایت خانواده در آن‌ها نسبت داد. حیدری و همکاران در پژوهشی که بر روی تبعیت از رژیم غذایی در مبتلایان به نارسایی قلب انجام دادند، یافته‌ها حاکی از افزایش تبعیت از رژیم غذایی بود (۳۴). از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به وجود تفاوت‌های فردی و شخصیتی شرکت کنندگان در مطالعه که می‌تواند بر نحوه پاسخ دهی آن‌ها مؤثر باشد، اشاره کرد که با نمونه‌گیری تصادفی سازی سعی شد که از این محدودیت کاسته شود. هم‌چنین حجم کم واحدهای پژوهش در بیماران دیالیزی می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد محققین جهت تعمیم پذیری بیشتر بر روی جامعه بیشتری این مطالعه را انجام دهند. هماهنگی دشوار جلسات آموزشی و امکان دریافت اطلاعات از منابع دیگر از جمله این محدودیت بود.

نتیجه‌گیری

نتیجه مطالعه فوق بیانگر آن است که دخالت مراقبان بیماران در درک تهدیدات ناشی از بیماری و از طرفی افزایش دانش آن‌ها در ارتباط با بیماری و مراقبت مربوطه، نه تنها همکاری آن‌ها را در مراقبت از بیمار ارتقاء داده بلکه زمینه ساز مراقبت مؤثرتر در بیماران می‌شود. پرستاران باید به‌دنبال راه‌حل‌هایی باشند تا بیماران رژیم غذایی خود را به‌عنوان یک تهدید احساس نکنند بلکه آگاهانه و قدرتمدانه با رژیم درمانی خود به‌عنوان یک چالش مواجه شوند. با کمک مشاوره و آموزش می‌توان به بیماران آموخت که چگونه با استفاده از

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

رفتارهای مشکل گشایانه با بیماری خود مواجه شوند. در کل می‌توان نتیجه گرفت که به‌کارگیری روش فوق برای پرستاران به عنوان روش مبتنی بر تفکر توانمندی و تاکیدی بر امر خود مراقبتی، چشم‌اندازی جدید در امر ارائه آموزش به بیمار و خانواده به شمار می‌رود.

سپاس‌گزاری

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی نویسنده اول می‌باشد و پژوهشگران از تمامی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی گناباد به خاطر موافقت انجام پژوهش و حمایت مالی، صمیمانه تشکر و سپاس‌گذاری می‌کنند. از مدیران پرستاری بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) مشهد که تسهیلات مناسب را جهت جمع‌آوری داده‌ها فراهم نمودند، قدردانی می‌گردد. هم‌چنین از تمامی بیماران همودیالیزی و خانواده آن‌ها که در این مطالعه شرکت نمودند و بدون همکاری آن‌ها انجام این پژوهش میسر نمی‌شد، تقدیر می‌کنیم.

حامی مالی: از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی گناباد به خاطر حمایت مالی طرح تقدیر و تشکر می‌نماییم.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

References:

1- Tantisattamo E, Murray V, Obi Y, Park C, Catabay CJ, Lee Y, et al. ***Association of Pre-ESRD Serum Bicarbonate with Post-ESRD Mortality in Patients with Incident ESRD***. Am J Nephrol 2021; 52(4): 304-17.

*2-*Pergola PE, Devalaraja M, Fishbane S, Chonchol M, Mathur VS, Smith MT, et al. ***Ziltivekimab For Treatment of Anemia of Inflammation In Patients on Hemodialysis: Results From A Phase 1/2 Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial***. J Am Soc Nephrol 2021; 32(1): 211-22.

*3-*Ebrahimi H, Sadeghi M, Khatibi Mr**.** ***the Relationship between Quality of Life with Dialysis Efficacy and Laboratory Parameters in Shahroud'hemodialysis Patients.*** JCCNURSING 2015; 8(2): 109-16.

*4-*Khan A, Khan AH, Adnan AS, Sulaiman SAS, Mushtaq S. ***Prevalence and Predictors of Depression among Hemodialysis Patients: A Prospective Follow-Up Study***. BMC Public Health 2019; 19(1): 531.

*5-*Chiaranai C. ***The Lived Experience of Patients Receiving Hemodialysis Treatment For End-Stage Renal Disease: A Qualitative Study***. J Nurs Res 2016; 24(2): 101-8.

*6-*Mahdavi-Roshan M, Salari A, Ggholipour M, Naghshbandi M. ***Dietary Adherence in People with Cardiovascular Risk Factors Living in Northern Iran***. J Babol University of Medical Sci 2017; 19(10): 62-8.

*7-*Nitoi Lc. ***Influence Of Comorbidities On Qol In Patients On Chronic Renal Replacement The Rapy***. the Medical-Surgical J 2020; 124(1): 55-62.

*8-*Song M-K, Paul S, Plantinga L, Henry C, Turberville-Trujillo L**.** ***Social Networks of Self-Care And Perceived Treatment Burden Among Patients on In-Center Hemodialysis***. Kidney Medicine 2019; 1(3): 97-103.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

9- Soodmand M, Ghasemzadeh G, Mirzaee S, Mohammadi M, Amoozadeh Lichaei N, Monfared A. ***Self-Care Agency and Its Influential Factors in Hemodialysis Patients***. IJN 2019; 32(118): 86-95.

10- Ramezani T, Sharifirad G, Rajati F, Rajati M, Mohebi S. ***Effect of Educational Intervention on Promoting Self-Care in Hemodialysis Patients: Applying the Self-Efficacy the Ory***. J Educ Health Promot 2019; 8: 65.

11- Pahang S, Abkhiz S, Hemmati Maslak Pak M, Khalkhali H. ***The Effect of the Implementation of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life for Kidney Transplant Patients***. the J Urmia Nurs Midwifery Fac 2018; 15(10): 724-32.

12- Baghcheghi N, Ashktorab T, Seyedfatemi N. ***Immersing in Problems: Challenges of Women Living with the Husband on Hemodialysis.*** Nursing Practice Today 2019; 6(4): 190-201.

13- Shoghi M, Shahbazi B, Seyedfatemi N**. *The Effect of the Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on the Care Burden of the Parents of Children Diagnosed with Cancer***. Asian Pacific J Cancer Prevention: APJCP 2019; 20(6): 1757-64.

14- Ghotbi N, Seyed Bagher Maddah S, Dalvandi A, Arsalani N, Farzi M. ***The Effect of Education of Self Care Behaviors Based on Family-Centered Empowerment Model in Type II Diabetes***. J Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery 2014; 23(83): 35-42. [Persian]

15- Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. ***Health Literacy and its Relationship with Medical Adherence and Health-Related Quality of Life in Diabetic Community-Residing Elderly***. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 23(1): 134-43.

16- Zolfaghari M, Sookhak F, Asadi Noughabi A, Haghani H. ***Effect of Cognitive-Behavioral Intervention on Adherence to Dietary and Fluid-Intake Restrictions in Hemodialysis Patients***. J Nursing Education 2013; 2(3): 9-17.

17- Masoodi R, Alhani F, Rabiei L, Majdinasab N, Moghaddasi J, Esmaeili S, et al. ***The Effect of Family-Centered Empowerment Model on Quality of Life and Self Efficacy of Multiple Sclerosis Patients Family Care Givers*** 2013; 7(27): 32-43.

18- Rezaeihossein H, Ranjbar H, Abbaszadeh A. ***Heart Wards' Nursing Staff Performance in Caring of Heart Temporary And Permanent Pacemakers***. Iranian J Critical Care Nursing 2010; 3(3): 119-24.

19- Abedini F, Zareiyan A, Alhani F, Teimouri F. ***the Implementation of Family-Centered Empowerment Model on the Empowerment Parameters of Patients with Prosthetic Heart Valves***. Military Caring Sci 2016; 3(9): 174-83.

20- Kohan S, Heidari Z, Keshvari M, Dolati A. ***Promoting Breastfeeding Empowerment in Primiparus Women: Effect of Family-Center Education and Support***. Daneshvar Med 2016; 24(125): 51-8.

21- Atashzadeh_Shoorideh H, Arshi S, Atashzadeh_Shoorideh F. ***the Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Life Style, Self-Efficacy and Hba1c of Diabetic Patients***. Iranian J Endocrinology and Metabolism 2017; 19(4): 244-51.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

22- Mansouri Z, Mansouri A, Zardosht F, Nazarnia P. ***Effect of Family-Centered Empowerment Model on Glycemic Control and Drug Compliance in Patients with Type II Diabetes***. J Diabetes Nursing 2019; 6(4): 596-606.

23- Nasri HA, Nasiri A, Hosseini SV, Hajhosseini F, Fereidooni S, Mahmoudirad G. ***Investigation of the Effect of the Family-Centered Empowerment Model on the Self-Care Ability of Patients with Colorectal Cancer***. J Birjand Uni Med Sci 2020; 27(4): 355-65.

24- Babazadeh T, Banaye Jeddi M, Shojaeizadeh D, Moradi F, Mirzaeian K, Gheysvandi E. ***Effect of Educational Intervention Based on Family-Centered Empowerment Model in High Risk Behavior Modification among Patients with Brucellosis***. Jorjani Biomedicine J 2016; 4(2): 81-91.

25- Sheikhi HR, Heydari MA, Soleimani M, Sheikhi AR, Mastaelizadeh H, Naderyanfar F. ***the Effect of Family-Centered Education on Self-Care Rate in Patients with Type 2 Diabetes.*** J Advanced Pharmacy Education & Research 2019; 9(S2): 89-93.

26- Torabi M, Aliakbari F, Aein F, Deriss F. ***the Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of the Patients with Permanent Pacemaker ىn Chamran Hospital in Isfahan***. J Clinical Nursing and Midwifery 2018; 7(3): 218-25.

27- Sigurgeirsdottir J, Halldorsdottir S, Arnardottir RH, Gudmundsson G, Bjornsson EH. ***COPD Patients' Experiences, Self-Reported Needs, and Needs-Driven Strategies to Cope with Self-Management***. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2019; 14: 1033-43.

28- García-Huidobro D, Bittner M, Brahm P, Puschel K. ***Family Intervention to Control Type 2 Diabetes: a Controlled Clinical Trial.*** Fam Pract 2011; 28(1): 4-11.

29- Atak N, Köse K, Gürkan T. ***the Impact of Patient Education on Diabetes Empowerment Scale (DES) and Diabetes Attitude Scale (DAS-3) in Patients with Type 2 Diabetes***. Turkish J Med Sci 2008; 38(1): 49-57.

30- Razmaraei S, Hemmati Maslak Pak M, Khalkhali HR. ***the Effect of Family-Centered Education on Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes***. the J Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2016; 14(2): 118-27.

31- Baraz S, Mohammadi E, Boroumand B. ***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***. Arak Med Uni J (Amuj) 2006; 9(1): 7-22.

32- Hasanzadeh F, Shamsoddini S, Karimi Moonaghi H, Ebrahimzadeh S. ***A Comparison of Face to Face and Video-Based Education on Attitude Related to Diet and Fluids Adherence in Hemodialysis Patients***. Horizon Med Sci 2011; 17(3): 34-43.

33- Rambod M, Peyravi H, Shokrpour N, Sareban MT. ***Dietary and Fluid Adherence in Iranian Hemodialysis Patients***. the Health Care Manager 2010; 29(4): 359-64.

34- Heydari A, Heydari A, Vaghee S. ***the Role of Self-Concept Mode of Roy's Adaptation Model on Adherence of Diet Regimen in Heart Failure Patients***. the Horizon of Medical Sci 2012; 17(4): 18-24.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 29| NO 12 | Mar 2022

Received: 7 May 2020
Accepted: 15 Dec 2020

Effect of Family-Centered Empowerment Model on Diet Adherence in Hemodialysis Patients

Mehdi Ebrahim[1], Tahereh Baloochi Beydokhti[2], Ayob Akbari[3], Rasol Soleimani Moghaddam[†4]

Original Article

Introduction: Adherence to diet, fluid restriction is essential in the patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. The aim of this study was to investigate the relationship between family-centered empowerment model and diet adherence in hemodialysis patients.

Methods: This study was a randomized controlled clinical trial that was performed on 60 patients undergoing hemodialysis (30 in each group) in 2016 in Mashhad City. Samples were selected by convenience sampling method and randomly assigned to control and test groups. In the experimental group, the family-centered empowerment model and the common care control group were implemented. A demographic questionnaire and adherence to diet was completed by the research participants before and 6 weeks after the study. Data were analyzed using SPSS software version 16 and independent t-test, Chi-square, Mann-Whitney with a significance level of $p < 0.05$.

Results: A total of 60 patients (24 females and 36 males) with a mean age of 50.93± 16.77 years were included in the study. The mean score of diet adherence before the intervention was not statistically significant between the experimental and control groups, while after the intervention in the experimental group it was increased, which was statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: The group that followed the family-centered empowerment model followed the diet and fluids more than the control group, so taking steps to involve the patients' families is likely to increase acceptance of diet and fluids and improve treatment outcomes.

Keywords: Empowerment Family-center, Food diet adherence, Hemodialysis.

Citation: Ebrahim M, Baloochi Beydokhti T, Akbari A, Soleimani Moghaddam R. **Effect of Family-Centered Empowerment Model on Diet Adherence in Hemodialysis Patients.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2022; 29(12): 4393-4404.

[1]Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[2]School of Nursing and Midwifery- Gonabad University of Medical Science
[3]PhD Student in Nursing, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.
[4]Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
***Corresponding author: Tel:** 05632213211**, email:** rasool.solaimani@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOI: 10.18502/ssu.v29i12.8975]