بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران دیالیزی

علیرضا سالار[1]، فتیحه کرمان ساروی[1*]، علی نویدیان[1]، بنت الهدی طاهری[1]

۱. مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

نشریه پایش
سال هفدهم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۷ صص ۱۹۰-۱۷۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۵ اسفند ۹۶]

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی محسوب می شود و غالبا بیماران مبتلا به بیماری مزمن، کیفیت زندگی پائین تر از جمعیت عمومی دارند. بهبود و حفظ کیفیت زندگی این بیماران نیاز به حمایت جدی خانواده دارد، لذا پژوهش حاضر با هدف تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور برکیفیت زندگی بیماران دیالیزی انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه به صورت نیمه تجربی بر روی ۱۰۰ بیمار تحت همودیالیز مراجعه کننده به بخش دیالیز بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان انجام شد. نمونه گیری به روش در دسترس و سپس تخصیص تصادفی انجام شد. برای گروه مداخله الگوی توانمندسازی خانواده محور بر طبق گامهای الگو در چهارمرحله، تهدید درک شده به روش بحث گروهی، خود کارآمدی به روش مشکل گشایی، عزت نفس به روش مشارکت آموزشی و ارزشیابی در طی چهار جلسه اجراشد. ابزار جمع آوری داده ها در این مطالعه، فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیالیزی بود. پرسشنامه کیفیت زندگی در سه مرحله قبل از مداخله، یک و دو ماه بعد از اتمام مداخله در هر دو گروه تکمیل گردید. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار۲۲ spss و آزمون های آماری کای دو، تی مستقل و تحلیل واریانس با اندازه های تکراری انجام شد.

یافته ها: میانگین نمره بعد اختصاصی (P= ۰/۰۱) و نمره کل کیفیت زندگی (P=۰/۰۰۵) در یک و دو ماه بعد از اتمام مداخله و میانگین نمره بعد عمومی کیفیت زندگی در دو ماه بعد از مداخله (P=۰/۰۰۶) درگروه مداخله با گروه کنترل تفاوت آماری معنی داری داشت. آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد که تغییرات نمره کیفیت زندگی در دو گروه یکسان نبوده و بیانگر افزایش نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل است (P<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه گیری: اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در بیماران تحت درمان با همودیالیز توانست کیفیت زندگی بیماران را ارتقاء بخشد. لذا به کارگیری این الگو توسط پرستاران جهت مشارکت خانواده و بیمار در مراقبت‌های درمانی ضروری است.

کلیدواژه: همودیالیز، کیفیت زندگی، الگوی توانمندسازی خانواده محور
کداخلاق: IR.ZAUMS.REC.1395.237

* نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
تلفن: ۰۵۴۳۳۴۴۱۴۱۵
E-mail: F_kermansaravi@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

مقدمه

بیماری مزمن کلیه یکی از مشکلات عمده سلامت همگانی محسوب می شود[۱]. بنیاد ملی کلیه، بیماری مزمن کلیه را به صورت آسیب کلیه با میزان تصفیه گلومرولی کمتر از ۶۰ میلی لیتر در دقیقه به ازای ۱/۷۳ متر مربع از سطح بدن به مدت سه ماه یا بیش تر تعریف می نماید[۲]. این اختلال، یک اختلال پیشرونده و برگشت ناپذیر است که در نهایت به اورمی منجر می شود[۳]. میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر جمعیت است و سالانه حدود ۸ درصد به این میزان اضافه می شود این میزان در جوامع مختلف متفاوت است[۴]. در کشور ما نیز رشد موارد جدید نارسایی کلیه معادل ۲۲/۶ درصد در سال است به طوری که سالانه حدود ۴۰۰۰ بیمار جدید به تعداد بیماران ما اضافه می گردد[۵]. از روش های رایج درمان جایگزینی کلیه، می توان به همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه اشاره کرد[۶]. سالانه آمار بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران حدود ۱۵درصد افزایش می یابد[۷]. همودیالیز، رایج ترین روش دیالیز است و هدف عمده آن تا حد امکان نزدیک کردن زندگی بیمار کلیوی به زندگی عادی است[۸] . همودیالیز یکی از اقدامات درمانی موثر برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه است. این شیوه درمانی با این که طول عمر این بیماران را زیاد می کند، مشکلات متعددی را نیز به دنبال دارد[۹]که می تواند باعث تنش شود و اثرات منفی روی کیفیت زندگی آنها بر جای بگذارد[۱۰]. این بیماران باید سه بار در هفته و هر بار به مدت ۴-۳ ساعت دیالیز شوند[۱۱]. در حقیقت، بیماران تحت درمان با همودیالیز نسبت به سایر افراد، بیشتر دچار افسردگی و اضطراب هستند و از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند[۱۲]. بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه با تنش های گوناگون جسمی، روانی رو به رو می باشند که کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. این بیماران اگر برای تامین سلامت نسبی خود تحت درمان با همودیالیز قرار گیرند عوامل تنش زایی چون از دست دادن شغل و درآمد، عدم امنیت اجتماعی، وابستگی به ماشین همودیالیز و محدودیت در مصرف مایعات و رژیم غذایی باعث تغییر بیشتر شیوه زندگی آنان می شود [۱۳]. همودیالیز اگرچه باعث تخفیف علائم و نشانه های نارسایی مزمن کلیه می شود اما با مشکلات و عوارض متعددی ازجمله پرفشاری خون، بی اشتهایی، کم خونی، عدم تمرکز حواس، استئودیستروفی، خارش و... همراه است که کیفیت زندگی بیماران را مختل می سازد[۱۴]. تعاریف متعددی در رابطه با کیفیت زندگی وجود دارد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را قصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می کنند در رابطه با اهداف، استانداردها و نگرانی های آنان تعریف کرده است[۱۵]. طی دو دهه گذشته، علاقه مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن افزایش چشم گیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به صورت یک هدف در آمده است[۱۶]. ارزیابی کیفیت زندگی کمک می کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی تر مورد توجه قرار گیرد[۱۷]. وقتی هدف از مراقبت، ساختن زندگی راحت، عملکردی و رضایت بخش برای بیمار است، اهمیت مطالعه کیفیت زندگی در بیماریهای مزمن، افزایش می یابد[۱۸]. بیماران همودیالیزی به دلیل داشتن درمان های دارویی، رژیم غذایی خاص، محدودیت مایعات، کسب توانایی جسمی و روحی جهت سازگاری با این موقعیت نیازمند به آموزش مداوم هستند [۱۹]. بنابراین استفاده از روش هایی برای افزایش کیفیت زندگی آنها ضروری است. از طرف دیگر روش موثر جهت بهبود کیفیت زندگی توانمند سازی است که اشاره به امکانات و قدرت هایی دارد که در درون و پیرامون افراد وجود دارد و ترجیحا مشکلات و نقایص را شناسایی و آنها را مدیریت می کند[۲۰]. یکی از شیوه های مؤثر توانمندسازی بیماران مزمن، اجرای الگوی توانمندسازی خانواده - محور است[۲۱]. بهترین منبع برای انتقال اطلاعات بین تیم بهداشتی و بیماران دیالیزی خانواده بیماران بوده، از این جهت بسیاری از نتایج مطالعات نیز همسو با این تئوری است به طوری که مداخلات آموزشی و مراقبتی همراه با پیگیری در خانواده بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی، با ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مواجه است[۲۲]. مطالعه برامن و همکاران بیانگر آن بود که بین رضایت مندی بیماران دیالیزی و حمایت خانوادگی آنان ارتباط قوی وجود دارد[۲۳]. همچنین مطالعه نجفی و همکاران با عنوان توانمندسازی با محوریت خانواده در بیماران تالاسمی با ارتقاء کیفیت زندگی آنها همراه بوده است[۲۴]. بنابراین پایش کیفیت زندگی بهترین ابزار بررسی سطح سلامت بیماران دیالیزی و میزان پاسخ این بیماران به روش های درمانی و مراقبتی است[۲۵]. لذا با توجه به اهمیت مقوله کیفیت زندگی و پایین بودن سطح آن در بیماران دیالیزی و نظر به اینکه مطالعات انجام شده جهت بررسی رابطه توانمندسازی خانواده محور و کیفیت زندگی این بیماران

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

محدود است، پژوهش حاضر با هدف تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مراجعه کننده به مرکز دیالیز بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان در سال ۹۶-۱۳۹۵ اجرا شده است.

مواد و روش کار

این مطالعه نیمه تجربی بر روی بیماران دیالیزی مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان امام علی (ع) زاهدان در سال ۹۶-۱۳۹۵ انجام شد. حجم نمونه با استفاده از نتایج مقاله مشابه حدود اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون آماری ۹۰٪ در هر گروه، تعداد ۳۸ نفر برآورد گردید که با در نظر گرفتن ریزش احتمالی تعداد نمونه ها در هر گروه ۵۰ نفر و در مجموع ۱۰۰ نفر تعیین شد[۲۶]

$$N=\frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}}+Z_{1-\beta})^2(S_1^2+S_2^2)}{(X_1-X_2)^2}=۳۸$$

$X_1=$ ۵۳/۷۷ $S_1=$۸/۲۷ $Z_{1-\beta}=$ ۱/۶۴

$X_2=$ ۴۶/۱۷ $S_2=$ ۱۰/۲۲ $Z_{1-\alpha/2}=$ ۱/۹۶

واحد های پژوهش به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی بر اساس شیفت مراجعه(بیماران گروه مداخله از شیفت عصر و بیماران گروه کنترل از شیفت صبح)، در دو گروه مداخله و کنترل(هر گروه ۵۰ نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: "نداشتن معلولیت ذهنی" ، "برخورداری از توانایی شنیداری، گفتاری و برقراری رابطه"، "انجام دیالیز دو یا سه بار در هفته"، گذشتن حداقل شش ماه از دیالیز، بیمار یا خانواده از اعضای تیم بهداشتی – درمانی نیستند و اخیرا یا همزمان آموزش رسمی درباره مراقبت از خود ندیده اند بود و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: وقوع یا پیشرفت بیماری همزمان، در طول مداخله و غیبت بیمار و خانواده بیش از یک جلسه بود. ابزار جمع آوری داده ها در این مطالعه شامل فرم مشخصات دموگرافیک بیمار(سن، جنسیت، طول مدت ابتلا به بیماری مزمن کلیه، طول مدت دیالیز) و نسبت مراقب اصلی و پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیالیزی(Kidney Disease Quality Of Life –Short Form) است. ابزار کیفیت زندگی بیماران دیالیزی توسط یکانی نژاد و همکاران وی در سال ۲۰۰۹ ترجمه شده است[۲۷]. این پرسشنامه شامل ۸۰ گویه است که ۳۶ گویه آن مربوط به بعد عمومی و ۴۴ گویه مربوط به بعد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی بود. بعد عمومی شامل ۸ حیطه سلامت عمومی(۶ گویه)، عملکرد جسمانی(۱۰ گویه)، درد جسمی(۲ گویه) ۱، ایفای نقش عاطفی(۳ گویه)، عملکرد اجتماعی(۲ گویه) ، سرزندگی(۴ گویه) ، سلامت روان(۵ گویه) و ایفای نقش جسمی(۴ گویه) بود. بعد اختصاصی شامل ۱۲ حیطه بار بیماری کلیه(۴ گویه) ، عملکرد شناختی(۳ گویه)، کیفیت تعاملات اجتماعی(۳ گویه)، علائم(۱۲ گویه)، اثر بیماری کلیه(۸ گویه)، عملکرد جنسی(۲ گویه) خواب(۴ گویه)، حمایت اجتماعی(۲ گویه)، وضعیت کاری(۲ گویه) ، رضایت بیماران (۱ گویه)، رضایت از مراقبت پرسنل بخش(۲ گویه) و درجه بندی کلی سلامت (۱ گویه) بود. این پرسشنامه در جمعیت ایرانی توسط یکانی نژاد و همکاران اعتبارسنجی شده و آلفای کرونباخ در ابعاد مختلف پرسشنامه از ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده است[۲۷]. نتایج مطالعات خارج از کشور نیز نشان می دهد این ابزار از قابلیت ثبات بالایی برخوردار است. در مطالعه ای که جهت بررسی روایی ابزار توسط کاترین کلرسی و همکاران انجام شده آلفای کرونباخ از ۹۶/۸ تا ۱۰۰ درصدگزارش شده است[۲۸]. پایایی این ابزار در این مطالعه با روش بازآزمایی سنجیده شد. بدین صورت که پرسشنامه کیفیت زندگی در دو نوبت با فاصله ۲ هفته به ۲۰ نفر از بیماران همودیالیزی داده شد و سپس نمرات پرسشنامه ها با هم مقایسه شد، ضریب پایایی ۰/۸۷ بدست آمد. پژوهشگر پس از کسب مجوزهای ضروری و با مراجعه به بخش دیالیز بیمارستان امام علی (ع) ضمن ارائه اهداف مطالعه و چگونگی اجرای پژوهش از بیماران جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آورد. سپس بیمارانی که تمایل به شرکت داشتند بر مبنای معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و به شیوه در دسترس، از بیماران جهت شرکت در مطالعه رضایت کتبی اخذ شد. در ابتدا ابزارهای پژوهش در هر دو گروه تکمیل شد، سپس گروه مداخله به ۶ گروه(۸-۶) نفره تقسیم شده و سپس برنامه زمان بندی شده طی ۴ جلسه ۹۰ دقیقه ای به مدت ۴ هفته، به صورت جلسات گروهی، با مشارکت فعالانه بیمار و یکی از اعضای خانواده(حداقل مراقب اصلی خانواده) به صورت بحث و تبادل نظر و پرسش و پاسخ، توسط پژوهشگر در بخش دیالیز بیمارستان امام علی (ع) با استفاده از وسایل کمک آموزشی، از جمله تخته وایت برد، پاورپوینت انجام شد و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

گام اول(درک تهدید): این گام در دو جلسه ۹۰ دقیقه ای توسط پژوهشگر به روش سخنرانی و بحث گروهی با هدف افزایش دانش و شناخت و بدنبال آن درک تهدید از طریق آگاه شدن نسبت به ماهیت و عوارض، عوامل تشدید کننده بیماری، عوامل تغذیه ای، ورزش و عوامل موثر در کنترل بیماری اجرا شد.

گام دوم (مشکل گشایی): این مرحله به روش بحث گروهی طی دو جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد. در این بخش بیماران عملا با اشکلاتشان و فرآیند حل مشکل مواجه گردیدند و از تجربیات یکدیگر در راستای حل مشکلات ناشی از بیماری و کنترل بهتر آن بهره بردند. در این مرحله بهترین راه جهت حل مشکلات بیماران انتخاب و در مورد سبک تغذیه، فعالیت سالم و صحیح جسمانی و ارتباط آن با کنترل بیماری ودیالیز و نکات مربوطه به روش سخنرانی آموزش داده شد.

گام سوم(مشارکت آموزشی): افزایش عزت نفس و خودکنترلی از طریق مشارکت آموزشی به صورت انتقال مطالب آموزشی در جلسات بحث گروهی از بیمار به عضو فعال خانواده.

گام چهارم (ارزشیابی): ارزشیابی فرآیند برای ارزیابی مراحل الگو قبل از شروع هر جلسه با پرسش و پاسخ در مورد مباحث مطرح شده جهت اطمینان از یادگیری مطالب جلسه صورت گرفت. ۱ ماه بعد از اتمام جلسات آموزشی پرسش نامه کیفیت زندگی توسط گروه مداخله و همزمان در گروه کنترل تکمیل شد. و ارزشیابی نهایی پس از گذشت دو ماه بعد از اتمام مداخله در دو گروه با تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی انجام گردید. در طول این مدت پژوهشگر به صورت تلفنی با بیماران جهت پاسخ دهی به مشکلات در ارتباط بود. 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. داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ واردشده و سپس مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. ابتدا فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار با آمار توصیفی محاسبه شد. برای مقایسه میانگین دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل و مقایسه میانگین‌های قبل، یک و دو ماه بعد از مداخله در گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری و برای مقایسه فراوانی متغیرهای کیفی دو گروه از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. با استفاده از آزمون شاپیرو - ویلک نرمال بودن داده‌های به‌دست‌آمده کنترل شد. سطح معنی‌دار در این مطالعه ۰/۰۵ منظور شد.

یافته‌ها

یافته های حاصل از مطالعه نشان داد که دو گروه مداخله وکنترل از نظر مشخصات فردی (سن، جنسیت، طول مدت بیماری، طول مدت دیالیز) همسان هستند و ازنظر آماری تفاوت معنی داری ندارند اما در متغیر" نسبت مراقب اصلی"، تفاوت معنی داری وجود داشت (P=۰/۰۰۶). در خصوص مقایسه میانگین نمرات حیطه های بعد عمومی پرسشنامه کیفیت زندگی در قبل از مداخله بین گروه‌ها، نتایج آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد اما تفاوت میانگین‌های نمرات در حیطه های سلامت روان، عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی وسرزندگی در دو گروه مداخله وکنترل در یک و دو ماه بعد از مداخله معنی‌دار بود(جدول۲). به عبارتی نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله در حیطه های فوق درجهت مثبت افزایش داشت. اگرچه در حیطه های (درد جسمانی، محدودیت در نقش به علت مشکلات جسمانی، محدودیت در نقش به علت مشکلات احساسی، سلامت عمومی) تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در خصوص حیطه های بعد اختصاصی پرسشنامه کیفیت زندگی نتایج نشان داد که نمرات دو گروه قبل از مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری را ندارند اما تفاوت میانگین‌های نمرات در حیطه های خواب و سلامت کلی در دو گروه مداخله وکنترل در یک ودو ماه بعد از مداخله معنی‌دار بود و حیطه حمایت اجتماعی فقط در دو ماه بعد از مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری داشت (P=۰/۰۰۵). (جدول شماره ۳). در سایر حیطه های این بعد(علائم، اثر بیماری کلیه، بار بیماری کلیه، وضعیت کاری، عملکرد شناختی، کیفیت تعاملات اجتماعی، عملکرد جنسی، رضایت بیماران، تشویق کارکنان بخش) نیز تفاوت معنی داری مشاهده نشد. مقایسه نمره کل بعد عمومی واختصاصی در دو گروه در یک و دو ماه بعد از مداخله معنی دار بود همچنین مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در سه زمان اندازه گیری نشان داد که بین دو گروه مداخله وکنترل تفاوت معنی داری در یک (P=۰/۰۳) و دو ماه (P=۰/۰۰۵) بعد از مداخله وجود دارد(جدول شماره ۴). آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد که تغییرات نمره کیفیت زندگی در دو گروه یکسان نبوده وبیانگر افزایش نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل (P<۰/۰۰۱) است. نتایج اثرتعامل" زمان" و " مداخله" در این آزمون نیز نشان داد که این دو متغیر بر میانگین نمره کل کیفیت زندگی تاثیر داشته وتفاوت آماری معنی داری در فواصل زمانی اندازه گیری شده دارند (P=۰/۰۰۱) (جدول شماره۵).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

جدول۱:توزیع فراوانی مشخصات فردی بیماران تحت دیالیز مراجعه کننده بخش دیالیز بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان در گروههای مداخله و کنترل

		مداخله	کنترل	سطح معنی داری
		(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	
سن		۴۸/۱۸ (۱۵/۷۸)	۴۷/۲۴ (۱۶/۱۴)	t=۰/۲۹۴ P*=۰/۷۶
طول مدت بیماری		۳۴/۵۶ (۲۶/۷۹)	۲۱/۱۴ (۲۷/۸۸)	t=۰/۵۹۲ P*=۰/۵۵
طول مدت دیالیز		۵۲/۰۸ (۵۵/۰۴)	۴۶/۶۸ (۳۳/۵۶)	t= ۲/۴۵۴ P*=۰/۱۶
		فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	
جنسیت	مذکر	(۵۰/۹)۲۹	(۵۱/۲)۲۸	X^2=۰/۰۴۱ P^{**}=۰/۸۴
	مونث	(۴۸/۸)۲۱	(۴۹/۱)۲۲	
نسبت مراقب اصلی	همسر	(۷۰/۸)۱۷	(۲۹/۲) ۷	X^2=۱۴/۵۲ P**=۰/۰۰۶
	مادر	(۳۳/۳) ۱	(۶۶/۷) ۲	
	فرزند	(۵۱)۲۵	(۴۹)۲۴	
	خواهر یا برادر	(۵۰) ۷	(۵۰) ۱۷	

*آزمون تی مستقل
**آزمون کای دو

جدول ۲: مقایسه میانگین حیطه های بعد عمومی کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی قبل، ۱ و ۲ ماه پس از اجرای مداخله توانمدسازی خانواده محور در گروه مداخله و کنترل

		قبل از مداخله	۱ ماه بعد از مداخله	۲ ماه بعد از مداخله
سلامت روان	مداخله	۱۸ (۵/۷۹)	۲۰/۲۸ (۱/۳۵)	۲۰/۰۱(۲/۶۹)
	کنترل	۱۶/۱۸ (۴/۲۳)	۱۷/۲۶ (۵/۸۰)	۱۷/۴۲ (۵/۷۲)
	سطح معنی داری*	۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳
عملکرد جسمانی	مداخله	۱۸/۹۲(۲/۸۵)	۲۲/۶۰ (۲/۵۶)	۲۱/۳۰ (۴/۴۳)
	کنترل	۱۷/۹ (۵/۷۸)	۱۸/۱۸ (۵/۸۲)	۱۸/۲۶ (۵/۸۹)
	سطح معنی داری*	۰/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۴
عملکرد اجتماعی	مداخله	۶/۱۸ (۱/۵۲)	۶/۰۴ (۰/۹۰۲)	۶/۶ (۱/۶۲)
	کنترل	۶/۸۲ (۱/۳۲)	۵/۴۰ (۱/۴۹)	۵/۵۴(۱/۱۶)
	سطح معنی داری*	۰/۰۷۶	۰/۰۱۱	<۰/۰۰۱
سرزندگی	مداخله	۱۵/۰۶ (۲/۲۹)	۱۵/۳۲ (۱/۸۳)	۱۶/۰۶(۲/۴۰)
	کنترل	۱۴/۸۴ (۴/۵۶)	۱۳ (۵/۰۸)	۱۳/۲۴ (۴/۹۸)
	سطح معنی داری*	۰/۲۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱

*آزمون تی مستقل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

جدول ۳: مقایسه میانگین حیطه های بعد اختصاصی کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی قبل، ۱ و ۲ ماه پس از اجرای مداخله توانمدسازی خانواده محور در گروه مداخله و کنترل

		قبل از مداخله	۱ ماه بعد از مداخله	۲ ماه بعد از مداخله
خواب	مداخله	۱۴/۶۶ (۲/۳۴)	۱۶/۲۲ (۱/۵۴)	۱۵/۷۰ (۲/۲۱)
	کنترل	۱۳/۱۸ (۴/۴۶)	۱۳/۵۲ (۳/۷۵)	۱۲/۹۲ (۴/۳۲)
	سطح معنی داری*	۰/۳۷	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
سلامت کلی	مداخله	۴/۷۰ (۱/۷۶)	۷/۰۲ (۱/۱۱)	۶/۶۶ (۱/۷۶)
	کنترل	۴/۳۴ (۲/۸۶)	۴/۶۸ (۲/۷۵)	۴/۷۸ (۲/۹۶)
	سطح معنی داری*	۰/۴۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	مداخله	۶/۲۲ (۱/۴۶)	۶/۷۲ (۱/۲۹)	۶/۷۲ (۱/۱۹)
	کنترل	۵/۸۰ (۱/۹۳)	۶/۱۸ (۱/۹۷)	۵/۷۸ (۱/۹۹)
	سطح معنی داری*	۰/۲۲	۰/۱	۰/۰۰۵

* آزمون تی مستقل

جدول ۴: میانگین ابعاد عمومی و اختصاصی کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل بیماران دیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان

* آزمون تی مستقل

			قبل از مداخله	یک ماه بعد از مداخله	دو ماه بعد از مداخله
بعد عمومی		مداخله	۹۴/۳۸ (۷/۹۱)	۹۸/۰۴ (۴/۷۵)	۹۹/۳۲ (۶/۷۲)
		کنترل	۸۸/۲۴ (۱/۴۹)	۸۹/۶۶ (۲۲/۱۴)	۹۰/۲۶ (۲۱/۹۷)
	سطح معنی داری*		P=۰/۰۶	P=۰/۰۱	P=۰/۰۰۶
			t=۱/۸۹	t=۲/۶۱	t=۲/۷۸
بعد اختصاصی		مداخله	۱۲۱/۲۴ (۱۱/۶۳)	۱۳۸/۳۴ (۱۱/۶۲)	۱۲۷/۵۶ (۱۴/۳۸)
		کنترل	۱۱۴/۱۲ (۲۹/۶۴)	۱۱۸/۹۶ (۳۲/۳۴)	۱۱۵/۵۴ (۲۹/۲۷)
	سطح معنی داری*		P=۰/۱۱	P<۰/۰۰۱	P=۰/۰۱
			t=۱/۵۸	t=۳/۹۸	t=۲/۶۰
نمره کل		مداخله	۲۳۲/۷۲ (۱۴/۷۴)	۲۱۹/۲۸ (۱۳/۶۲)	۲۲۶/۸۸ (۱۵/۶۲)
		کنترل	۲۰۷/۲۰ (۴۹/۷۱)	۲۰۳/۷۸ (۴۹/۹۲)	۲۰۵/۸۰ (۴۹/۳۵)
	سطح معنی داری*		P=۰/۰۱	P=۰/۰۳	P=۰/۰۰۵
			t=۳/۴۸	t=۲/۱۱	t=۲/۸۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری کیفیت زندگی قبل، یک و دو ماه بعد از توانمندسازی خانواده محور در گروه مداخله و کنترل

	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	اندازه تاثیر	سطح معنی دار	توان آزمون
زمان	۱۳۸۴۶۸۶۷/۶۸	۱	۱۳۸۴۶۸۶۷/۶۸	۳۹۸۷/۵۵۹	<۰/۰۰۱	۱
گروه	۳۹۳۵۳/۶۵۳	۱	۳۹۳۵۳/۶۵۳	۱۱/۳۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۱۵
تعامل زمان و گروه	۱۰۰۸/۸۰۷	۱	۱۰۰۸/۸۰۷	۱۲/۴۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳۸
خطا	۳۴۰۳۰۶/۶۶۷	۹۸	۳۴۷۲/۵۱۷			

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور با بهبود کیفیت زندگی همراه بوده است، بطوریکه نمره کیفیت زندگی درگروه مداخله افزایش داشته و نسبت به گروه کنترل معنی دار بود، می توان گفت، تعداد جلسات آموزشی و مدت زمان در نظر گرفته شده جهت آموزش بیماران و خانواده‌های آنان، فرصت کافی در جهت یادگیری مطالب و مهارت‌های خود مراقبتی، بحث و تبادل‌نظر و مشارکت فعالانه بیمار به همراه عضو فعال خانواده، در تماس بودن پژوهشگر به‌صورت تلفنی با بیماران و پاسخ‌دهی به مشکلات بیماران ازجمله نکات قابل‌ذکر در دستیابی به نتایج مثبت در این مطالعه است. بر این اساس، صالحی و همکاران نیز اثر مدل توانمندسازی خانواده محور را بر روی کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز بررسی کردند، آنها در یافته های خود بیان کردند که آموزش بیماران دیالیزی و خانواده آنها از طریق الگوی توانمندسازی خانواده محور می تواند کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد[۲۹]، که با نتایج مطالعه حاضر همسو است، با این تفاوت که در مطالعه آنها از پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی استفاده نشده و آموزش به صورت کلی و در قالب گروه های ۱۰ نفره طی ۴ جلسه انجام گردید، در حالی که در مطالعه حاضر آموزش بر اساس گام های الگوی توانمندسازی خانواده محور انجام گردید، و پرسشنامه اختصاصی بیماران دیالیزی استفاده شد. همچنین در مطالعه صالحی اثرات الگو در فواصل قبل و بلافاصله بعد از اتمام مداخله مورد بررسی قرار گرفت و این در حالی است که در مطالعه حاضر در فواصل قبل، یک و دو ماه بعد از اتمام مداخله مورد بررسی قرار داده شد و نتایج پژوهش نشان داد که آموزش بر اساس الگوی توانمندسازی خانواده محور با توجه به پیگیری های مداوم در فواصل زمانی گفته شده توانسته است کیفیت زندگی را در فواصل طولانی تری از شروع آموزش ها در یک و دو ماه بعد از مداخله افزایش دهد. در حالی که مطالعه اتک و همکاران در مداخله آموزش خانواده محور که به صورت گروهی در بیماران مبتلا به دیابت انجام دادند با بهبودی نسبی در برخی از حیطه های کیفیت زندگی همراه بود که از نظر آماری این نتایج معنی دار نبود[۳۰]، دلیل تفاوت در نتایج این مطالعه جلسات محدود آموزش همراه با مدت زمان کوتاه و عدم پیگیری کافی ذکر شده، که منجر به دستیابی به نتیجه متفاوت شده است. مسعودی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که توانمندسازی خانواده محور مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس باعث افزایش دانش، نگرش و عملکرد آنان می گردد و این امر به طور غیر مستقیم منجر به افزایش توان خودمراقبتی مددجو شده و مراقب را در امر مراقبت یاری می رساند. توجه به افزایش آگاهی، درک و مهارت مراقبت کننده، وی را در امر مراقبت کارآمد یاری داده و منجر به بهبود مراقبت و افزایش کیفیت زندگی آنها می شود[۳۱]. که با مطالعه حاضر همسو بوده ونشان دهنده موثر بودن الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران با بیماری های مزمن است. تفاوت مطالعه فوق با مطالعه حاضر این است که آموزش جهت تنها مراقبین بیماران بوده در حالی که در مطالعه ما آموزش به بیمار و مراقب اصلی وی داده شده که موجب تاثیر بیشتر مداخله می گردد. علاوه بر این ماری و همکاران در مطالعه خود با عنوان تاثیر حمایت و توانمندی خانواده بر والدین بیماران با تشخیص اوتیسم نشان دادند که تشکیل جلسات آموزشی جهت والدین این بیماران بطور متوسط بعضی از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

ابعاد توانمندی در خانواده را افزایش داده است[۳۲]. مارکانی و همکاران نیز در مطالعه خود با هدف بررسی اثربخشی برنامه آموزشی خانواده محور بر دانش مراقبت در منزل مراقبین بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز مطرح کردند که مراقبت های خانواده محور می تواند زمینه خوبی را جهت بهبود جسمی و روحی بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی تحت درمان با همودیالیز ایجاد کرده و راه گشایی جهت کاهش هزینه های ناشی از درمان و کیفیت زندگی بیماران است[۳۳]. نتایج مطالعه حاضر با افزایش در نمره کیفیت زندگی در مراحل یک و دو ماه بعد از مداخله همراه بود که با نتایج مطالعه رزازان و همکاران[۳۴]، پرویزی[۳۵]، حیدری[۳۶]، تیموری[۳۷]، کریمی[۳۸]، داددوست[۳۹] که بر کیفیت زندگی بیماری های مزمن از جمله تالاسمی ماژور و مولتیپل اسکلروزیس و دیابت نوع ۲، با اثرات مثبت قابل توجهی همراه بوده است همسو است. طل و همکاران نیز مداخلات توانمندسازی را در بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری های مزمن موثر می دانند[۴۰]. در مطالعه حاضر نتایج مقایسه کیفیت زندگی در ابعاد عمومی و اختصاصی هم نشان داد که افزایش معنی دار در نمره کیفیت زندگی گروه مداخله در یک و دو ماه بعد از آموزش در هر دو بعد وجود دارد و این افزایش در مقایسه با گروه کنترل معنی دار است. در راستای این نتیجه در مطالعه قوامی و احمدی و همکاران نیز مقایسه میانگین بعد اختصاصی کیفیت زندگی واحدهای مورد مطالعه در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری از لحاظ آماری نشان داد[۴۱،۴۲]. همچنین در مطالعه بالجانی و همکاران نیز اجرای برنامه خودمدیریتی در بیماران دیالیزی با افزایش کیفیت زندگی در ابعاد عمومی و اختصاصی همراه بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد[۴۳]. همچنین طبق نتایج، اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور باعث افزایش نمره حیطه های سرزندگی، سلامت روان، عملکرد جنسی و عملکرد اجتماعی از بعد عمومی گردید. قویدل و همکارانش نیز در مطالعه خود تحت عنوان بکارگیری مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران دیالیزی نشان دادند که اجرای مراقبت بصورت مشارکتی باعث بهبود حیطه های سرزندگی، عملکرد جسمانی و سلامت روان می شود[۴۴]. اگرچه در مطالعه آنها از پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی استفاده نشده است. اوغلو و همکاران در مطالعه خود طی یک برنامه ۱۲ هفته ایی نشان دادند که میانگین نمرات بعد از مداخله در ابعاد عملکرد فیزیکی ($P<۰/۰۰۱$)، جسمی و روانی کیفیت زندگی ($P=۰/۰۰۹$) به طور معنی داری تغییر نموده است[۴۵]. طبق نتایج مطالعه حاضر در حیطه های خواب، سلامت کلی و حمایت اجتماعی از بعد اختصاصی کیفیت زندگی تفاوت آماری معنی داری دیده شد که بر این اساس در مطالعه کوروش نریمانی و همکاران نیز در حیطه حمایت خانوادگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش امتیاز خوب کسب کرده اند که حاکی از برخورداری از حمایت خانوادگی مطلوب است[۸]. همچنین مطالعه احمدی و همکاران با عنوان تاثیر مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی افزایش کیفیت زندگی در حیطه های خواب، حمایت اجتماعی و سلامت کلی را نشان داد[۴۲]. با توجه به نتایج پژوهش حاضر الگوی توانمند کردن خانواده محور در بیماران همودیالیزی با افزایش نمره کیفیت زندگی بیماران مواجه بوده است بنابراین می توان گفت که توانمندسازی خانواده بیماران مبتلا به بیماری مزمن، امری الزامی و جدی است که زمینه را برای انتقال مراقبت از تیم سلامت به خانواده بیمار شیفت می دهد. بنابراین باید مراقبین بیماران را در زمینه بیماری و نیازهای مراقبتی بیمار آموزش داده و آنان را تقویت کنند که این تقویت، زمینه توانمند کردن بیمار و قدرت سازگاری آن را با بیماری افزایش خواهد داد. از طرفی مطالعات بیانگر آن بوده که آموزش به خود بیمار نقش موثر در تغییر رفتار او نداشته چون بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز به علت وجود سندرم اورمیک و عوارض ناشی از بیماری خود در یادگیری و تمرکز مشکل جدی دارند و بسیاری از مداخلات آموزشی با تاثیر آنچنانی مواجه نبوده است[۴۶].مطالعه اکی لوند باعنوان "مطالعه زندگی بیماران دیالیز باوبدون سرپرست" بیانگر آن بود که حمایت خانوادگی نقش بسیاری قوی در پذیرش بیماری از طرف بیمار داشته و همچنین عامل قوی در ارتقاء وحفظ کیفیت زندگی آنان است و بیمارانی که دارای خانواده بوده واز حمایت مالی و عاطفی خانواده برخوردار بودند ضمن عملکرد مناسب ترفیزیکی از وضعیت روحی و روانی مناسب ترنیز برخوردار بوده اند[۴۷]. بنابراین در حوزه درمان و مراقبت، توانمند کردن خانواده به خصوص در بیماری های مزمن امری اجتناب ناپذیر است و با توجه به روند افزاینده بیماریهای مزمن و کمبود فضای فیزیکی در حوزه درمانی، توجه به الگوی توانمندسازی با محوریت خانواده رکن اساسی در حوزه آموزش پزشکی و پرستاری است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در بیماران تحت درمان با همودیالیز، توانست کیفیت زندگی بیماران را ارتقاء بخشد. بنابراین افزایش دانش اعضای خانواده در زمینه نیازهای خود مراقبتی بیماران مزمن، بهترین منبع برای حمایت بیمار و تقویت سازگاری آن با شرایط موجود و حفظ کیفیت زندگی آنها است. لذا به کارگیری این الگو توسط پرستاران جهت مشارکت خانواده و بیمار در مراقبت‌های درمانی ضروری است.

سهم نویسندگان

علیرضا سالار: نظارت بر طرح، مشارکت در تحلیل داده ها، ویراستار علمی و تایید نهایی مقاله

فتیحه کرمان ساروی: نظارت بر طرح، مشارکت در تحلیل داده ها، ویراستار علمی و تایید نهایی مقاله

علی نویدیان: مشاوره آماری و انجام آنالیز داده ها

بنت الهدی طاهری: اجرای طرح، جمع آوری داده ها و تدوین پیش نویس مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری با شماره ثبت ۸۰۱۰ در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان است. بدین وسیله نویسندگان از همکاری و حمایت مالی معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و همکاری صمیمانه پرستاران بخش دیالیز بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع)، بیماران شرکت‌کننده و همچنین خانواده های محترم تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع

1. Johnson CA, et al. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults: Part I. Definition, disease stages, evaluation, treatment, and risk factors. American Family Physician 2004;3:70:5

2. Burrows-Hudson S, Chronic Kidney Disease: An Overview: Early and aggressive treatment is vital. AJN The American Journal of Nursing 2005; 105: 40-49

3. Smeltzer Suzanne, Bare Brenda G. Brunner s text book of medical surgical nursing. 1st Edition, lippincott Williams and Wilkin:Philadelphia, 2004

4. Braunwald E, et al. Harrison's principles of internal medicine. 11th Edition, McGraw-Hill Book Company: New York, 2001

5. Sajadi A, Farahani B, Zanjani E, Durmanesh B, Zare M. Factors Affecting Fatigue in Chronic Renal Failure Patients Treated with Haemodialysis. Journal of Critical Care Nursing 2010; 3:33-8[Persian]

6. Monfared A, Ourangpour R, Kohani M. Evaluation of hemodialysis adequency on patients undergoing hemodialysis in razi hospital in rasht. Iran Journal of Nursing 2004;17: 44-49[Persian]

7. Baraz-Pardenjani S, Mohammadi E, and Boroumand B. The effect of self–care teaching by video ape on physical problems and quality of life in dialysis patients. Iran Journal of Nursing 2008; 21: 121-33[Persian]

8. Narimani K, et al. A study of The effect of self - care traaining on the hemodialysis patient quality of life. Daneshvar Biomedical Research 2009;16: 63-70[Persian]

9. Hagren B, et al. Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. Journal of Clinical Nursing, 2005; 14: 294-300

10. Horigan A.E, et al. Fatigue in hemodialysis patients: a review of current knowledge. Journal of Pain and Symptom Management 2012; 44: 715-724

11. Chilcot J, Wellsted D, and Farrington K. Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. Journal of Psychosomatic Research 2010; 68: 203-212

12. Idier L, et al. Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: systematic review. International Journal of Nursing Studies 2011; 48: 1570-1586

13. Suet-Ching W.L, et al. The quality of life for Hong Kong dialysis patients. Journal of Advanced Nursing 2001; 35: 218-227

14. Blake P.G, et al. Is total creatinine clearance a good predictor of clinical outcomes in continuous ambulatory peritoneal dialysis? Peritoneal dialysis International 1992; 12: 353-358

15. Najafi M, et al. Quality of life in coronary artery disease: SF-36 compared to WHOQOL-BREF. The Journal of Tehran University Heart Center 2008; 3: 101-106[Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

16. Hasanpour-Dehkordi A, et al, A survey on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hagar hospital. Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences 2007; 9: 78-84[Persian]
17. Mahmoudi G, Shariati A, and Behnampour N, Relationship between quality of life and coping among hemodialysis patients in hospitals. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2003;5: 43-52[Persian]
18. Mousavi B, et al., Quality of life in war related bilateral lower limb amputees: Results of a national project from Iran. Payesh 2009; 8:303-310[Persian]
19. Klang B, Björvell H, and Clyne N. Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge. Journal of Advanced Nursing 1999; 29: 869-876
20. Sigurdardottir A.K, and Jonsdottir H. Empowerment in diabetes care: towards measuring empowerment. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2008; 22: 284-291
21. Alanis F, et al .Designing and evaluation of family centered empowerment model in preventing iron Medicaldeficiency anemia. 2003; [PhD Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University, Faculty of Sciences[Persian]
22. Cormier-Daigle M, and Stewart M. Support and coping of male hemodialysis-dependent patients. International Journal of Nursing Studies 1997; 34: 420-430
23. Berman E, et al.Religiosity in a hemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with life, and adherence. American Journal of Kidney Diseases 2004; 44: 488-497
24. Kargar Najafi M, et al. Effect of family-centered empowerment model on knowledge and attitude of motherwith thalassemia children and quality of life of thalassemia patients 8-6 years old [dissertation]. Kerman: The International Center of Bam, 2010 [Persian]
25. Germin-Petrović D, et al. Health-related quality of life in the patients on maintenance hemodialysis: the analysis of demographic and clinical factors. Collegium antropologicum. Iran Journal of Nursing 2011; 35: 687-693
26. Baghiani M, et al. Effects of education on self-care behavior and the benefits and drawbacks of doing it in dialysis patients. Bimonthly Journal of yazd 2014; 5: 103-114[Persian]
27. Yekaninejad M, et al. Validity and reliability of the kidney disease quality of life-short from (kdqol – sftm 1.3) in iranian patients .Journal of North Khorasan University of Medical Sciences 2012;4:261-272[Persian]
28. Klersy C, et al. Italian translation, cultural adaptation and validation of KDQOL-SF, version 1.3, in patients with severe renal failure. Journal of Nephrology 2007; 20: 43-51
29. Salahi S, et al. The effect of family–centered empowerment model on quality of life of hemodialysis patients. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty 2012; 10:61-67[Persian]
30. Atak N, Gurkan T , and Kose K. The effect of education on knowledge, self management behaviours and self efficacy of patients with type 2 diabetes. Australian Journal of Advanced Nursing 2008; 26: 66[Persian]
31. Masoodi R, et al. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2010; 17: 87-97 [Persian]
32. Banach M, et al. Family support and empowerment: Post autism diagnosis support group for parents. Social Work with Groups 2010; 33: 69-83
33. khorami markani, et al. Assessment the effect of family centered care educational program on home care knowledge among care givers of patients with chronic renal failure under hemodialysis. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty 2015; 13: 386-394 [Persian]
34. Razzazan N, et al. Effect of self-management empowering model on the quality of life in adolescents and youths with major thalassemia. Journal of Nursing Education 2014; 3: 48-59[Persian]
35. Parvizi F,et al. Effect of family empowerment model based on the quality of life for children with hemophili In the Master Science Degree in Nursing Education pediatric Nursing. Tehran, Tarbiat modarest University. Iran, 2005[Persian]
36. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. [The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents]. Iran Jornal of Pediatr, 2007; 17: 87-94[Persian]
37. Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. [The effect of family-centered empowerment model on the Qualityof life of school age asthma children]. Iranian Journal of Nursing Research (IJNR), 2011; 6: 63-52[Persian]
38. Karimi Monaghi H, Haresabadi M, Froghipor M, Zarifnegad GH, Mazlom SR, Alhany F. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of Life of patient with multiple sclerosis. Journal of Mashhad School of Nursing & Midwifery 2009; 9: 8-14[Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

39. Dad dost L,et al . [The effect of family centered empowerment model on the Quality of Life of schoolage epilepsy children]. MSc. Thesis in Nursing rehabilitation and science university, 2008[Persian]
40. TOL A, et al. Empowerment Approach to promote quality of life and self-management among Type 2 diabetic patients.Journal Health System Research, 2011;7:158-168[Persian]
41. Ghavami H, et al. Effectivness of Applying Continuous Care Model on Quality of Life Level in Diabetic Patients.The Journal of Medical Sciences, 2005;16:22-27[Persian]
42. Rahimi A, Ahmadi F, and. Gholyaf M, Effects of applying continuous care model on quality of life in hemodialysis patients. Razi Journal of Medical Sciences 2006; 13: 123-134[Persian]
43. bajani s,Rahimi Z, and Sasan A.The effect of self-management programs on the quality of life in patients undergoing hemodialysis. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty 2014; 12: 815-824[Persian]
44. Ghavidel F, et al. Effect assessment of applying the partnership care model on quality of life in hemodialysis patients reffering to Be'sat Hospital of IRI Air Force. Ebnesina 2009; 12: 22-27[Persian]
45. Levendoghlu F, et al. Atwelve week exerxise program imporves the psychological status quality of life and work capacity inhemodialisis patients. Iran Journal of Nursing 2004; 17: 826-832
46. Iliescu EA, et al. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. Nephrology Dialysis Transplantation 2003; 18: 126-132
47. Ekelund M.L, Andersson S.I. "I need to lead my own life in any case"—A study of patients in dialysis with or without a partner. Patient Education and Counseling 2010; 81: 30-36

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

ABSTRACT

The effect of a family-centered empowerment model on quality of life in dialysis patients

Alireza Salar [1], Fatihe KermanSaravi [1*] , Ali Navidian [1], Bentohoda Taheri [1]

1. Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Payesh 2018; 17(2): 179-190
Accepted for publication: 17 February 2018
[EPub a head of print-24 February 2018]

Objective (s): Chronic Renal Failure (CRF) is one of the major public health problems, and since in most patients with chronic disease, quality of life is lower than the general population, and improving and maintaining quality of life in these patients requires serious family support, this study was to determine the effect of a family-centered empowerment model on quality of life in dialysis patients referring to a teaching hospital in Zahedan, Iran.
Methods: This quasi-experimental study was performed on 100 hemodialysis patients referring to the dialysis department of a teaching hospital. Patients were randomly allocated to intervention and control groups. The intervention group received the family-centered empowerment model in four steps: perceive threat, self-efficacy through problem solving, self-esteem through educational participation and evaluation in four sessions. The data collected by Kidney Disease Quality of Life -Short Form questionnaire at baseline and one and two months after intervention by both groups. Data were analyzed by SPSS version 22 using Chi-square, independent t-test, ANOVA with repeated measures.
Results: There was a significant difference between intervention group and control group in the mean score of specific dimensions (P = 0.01) and total quality of life (P = 0.005) in one and two months after the intervention and the mean score of the general dimensions of quality of life in two months after the intervention (P = 0.006). The repeated measures analysis of quality of life showed that changes in quality of life score in the two groups were not the same and this indicated that the increase in the quality of life score in the intervention group was significantly higher than the control group (P <0.001).
Conclusion: The implementation of the family-centered empowerment model could improve the quality of life of patients in hemodialysis patients.
Key Words: Hemodialysis, Quality of Life, Family-centered Empowerment Model

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.7.3]

[*] Corresponding author: Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
Tel: 05433441415
E-mail: F_kermansaravi@yahoo.com