

## بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر درک از بیماری بر امید بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

سمیرا طبیبان\* محمد علی سلیمانی\*\* هومن بخشنده\*\*\* مرضیه اصغری\*\*\*\*

نوع مقاله:  
مقاله اصیل

### چکیده

**زمینه و هدف:** ارتقای امید در بیماران همودیالیزی از اهمیت بالایی برخوردار است. روش‌های متفاوتی برای افزایش امید بیماران مزمن توصیه شده است. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر درک از بیماری بر امید در بیماران تحت درمان با همودیالیز است.

**روش بررسی:** این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده (IRCT2016103130609N1) در مورد ۱۲۰ بیمار همودیالیزی بستری در بخش همودیالیز بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین از آذر تا بهمن ماه سال ۱۳۹۵ انجام یافته است. نمونه‌ها به روش تخصیص تصادفی در دو گروه شاهد و مداخله قرار گرفتند. پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری، امید هرث و پرسشنامه خلاصه شده درک از بیماری، قبل از اجرای مداخله تکمیل شدند. گروه مداخله، آموزش مبتنی بر درک از بیماری را در سه جلسه ۳۰ دقیقه‌ای قبل از شروع همودیالیز دریافت کردند. ۴ هفته بعد مجدداً پرسشنامه امید هرث و درک از بیماری توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی‌تست و ANCOVA در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که قبل از مداخله بین نمرات امید دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشته (p=۰/۵۸۹)، اما پس از مداخله در گروه آزمون (۳۶/۵۴±۲/۹۸) به طور معناداری نسبت به گروه شاهد (۲۳/۸۸±۳/۷۶) افزایش یافته است (p<۰/۰۰۱).

**نتیجه‌گیری:** نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که مداخله آموزشی درک از بیماری در افزایش امید بیماران تحت درمان با همودیالیز مؤثر است. لذا انجام این مداخله در بیماران همودیالیزی توصیه می‌شود.

نویسنده مسئول:  
مرضیه اصغری؛ مرکز  
آموزشی درمانی  
پژوهشی قلب شهید  
رجایی

e-mail:  
asghary\_marzieh@  
yahoo.com

**واژه‌های کلیدی:** امید، درک از بیماری، همودیالیز، نارسایی مزمن کلیه

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۶ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۶ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۶/۹/۸

### مقدمه

نارسایی مزمن کلیه یکی از بزرگ‌ترین مشکلات سلامتی در دنیا محسوب می‌شود (۱). شیوع نارسایی کلیه در جهان ۲۴۲ نفر در هر یک میلیون نفر گزارش شده است (۲). این آمار در ایران ۳۵۷ نفر در هر یک میلیون نفر می‌باشد (۳) و پیش‌بینی می‌شود که در سال

۱۴۰۰ تعداد مبتلایان به ۹۵۰۰۰ نفر برسد که حدود ۵۰٪ از این بیماران تحت درمان با همودیالیز قرار خواهند گرفت (۴).

همودیالیز به عنوان درمان اصلی نارسایی مزمن کلیه شناخته می‌شود. همودیالیز اگرچه توانسته طول عمر و امید به زندگی را در این بیماران افزایش دهد، ولی با مشکلات جسمی و روان‌شناختی متعددی همراه است (۵). مشکلات جسمی و روان‌شناختی که باعث

\* استادیار گروه آموزشی نفرولوژی مرکز آموزشی درمانی پژوهشی قلب شهید رجایی، تهران، ایران  
\*\* استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران  
\*\*\* دانشیار گروه آموزشی اپیدمیولوژی مرکز آموزشی درمانی پژوهشی قلب شهید رجایی، تهران، ایران  
\*\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مرکز آموزشی درمانی پژوهشی قلب شهید رجایی، تهران، ایران

کاهش کیفیت زندگی، بستری شدن مکرر و افزایش هزینه‌های درمان و مراقبت بهداشتی می‌شود (۶). مهم‌ترین مشکلات روان‌شناختی در بیماران همودیالیزی اضطراب، افسردگی و در مراحل شدیدتر ناامیدی است (۷). اختلالات روان‌شناختی باعث عدم تحمل فعالیت می‌شود، استقلال فرد در انجام فعالیت‌های معمول زندگی را از بین می‌برد و فرد را در مراقبت از خود وابسته می‌سازد (۸). پیامد اصلی این وابستگی محدودیت در وظایف شغلی، خانوادگی و اجتماعی است که باعث اختلال در سلامت روان، ایجاد یأس و ناامیدی در بیمار همودیالیزی می‌شود (۹).

امید شامل مؤلفه‌های قدرت اراده، قدرت راهیابی یا تفکر، برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف و تشخیص موانع است (۱۰). در مورد اهمیت امید که به عنوان یک بخش تأثیرگذار در فعالیت‌های فرد شناخته می‌شود، از آن به عنوان عاملی که اثر مثبت بر غم و اندوه و عدم اطمینان داشته و ابزار قدرتمندی در مبارزه با ناتوانی در برابر بیماری است، یاد می‌شود (۱۱). تقویت امید باعث افزایش آگاهی، سلامت روان و شناسایی راه‌های مقابله با مشکلات می‌شود (۱۲). بر این اساس افراد امیدوار حتی اگر در مراحل پیشرفته بیماری باشند و امیدی برای بهبودی در آن‌ها وجود نداشته باشد، باز هم از اهداف دیگری مانند صرف وقت بیشتر با خانواده و لذت بردن از فرصت‌های باقی‌مانده برای خود استفاده می‌کنند (۱۳). افراد امیدوار در مواجهه با بیماری، بیش‌تر بر مشکل تمرکز کرده و در حل آن فعالانه‌تر عمل می‌کنند. همچنین در مراحل تشخیص و درمان بیماری،

پیشانی کم‌تر و تطابق بیش‌تری از خود نشان می‌دهند (۱۴). افزایش امید در بیماران همودیالیزی هم باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی می‌شود (۱۵). همچنین کیفیت زندگی در این بیماران با افزایش امید بهبود می‌یابد (۱۶) بنابراین انجام مداخلاتی در جهت افزایش و تقویت امید به خصوص در بیماران مزمن، امری ضروری به نظر می‌رسد (۱۷).

بیماران همودیالیزی همراه با همودیالیز مجبور به استفاده از داروهای زیادی هستند که این خود عاملی برای عدم تمایل آن‌ها برای استفاده از داروهای بیش‌تر می‌باشد و اغلب قادر به پرداخت هزینه‌های اضافی برای خرید داروهای جدید نیستند (۱۵ و ۱۸). از این رو مداخلات غیردارویی برای کاهش عوارض روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد. از جمله مداخلات غیردارویی که برای افزایش امید استفاده می‌شود می‌توان به روش آموزش مدیریت استرس در این بیماران اشاره کرد (۱۹). استفاده از روش معنادرمانی هم در این بیماران نتایج مثبتی به دنبال داشته است (۲۰). همچنین افزایش سلامت معنوی در بیماران مزمن با افزایش امید در این بیماران همراه بوده است (۲۱). رفتار درمانی شناختی نیز از جمله اقدامات انجام یافته در زمینه افزایش امید است (۲۲). در چند دهه اخیر به اقدامات غیردارویی بر کنترل پیامدهای روان‌شناختی بیماران مزمن تأکید شده است. از جمله روش‌هایی که اخیراً مورد توجه قرار گرفته است می‌توان به مداخله آموزشی درک از بیماری اشاره کرد (۱۳).

درک از بیماری، درک شناختی سازمان یافته یا اعتقاداتی است که بیماران در مورد

پیامدهای منفی روان‌شناختی بیماران مزمن و همچنین استفاده از مداخلاتی که بیمار در محوریت مداخله قرار داشته باشد، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مداخله آموزشی درک از بیماری بر امید بیماران تحت درمان با همدیالیز انجام یافته است.

### روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده است. جامعه پژوهش را بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که در بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین در سال ۹۵ تحت همدیالیز بودند تشکیل می‌دادند. برای تعیین حجم نمونه با توجه به این که مطالعه مشابه در این زمینه وجود نداشت یک مطالعه مقدماتی با حضور ۱۰ نفر از بیماران انجام یافت. با در نظر گرفتن ضریب تأثیر ۰/۲۸ و همچنین  $\alpha=0/05$ ، توان آزمون ۰/۸ حجم نمونه ۱۰۳ نفر به دست آمد که با در نظر گرفتن ۲۰٪ احتمال ریزش نمونه، حداقل نمونه مورد نیاز برای انجام مطالعه ۱۲۰ نفر برآورد شد. معیار ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، سابقه حداقل ۱۲ ماه همدیالیز، هوشیار و آگاه به زمان و مکان، تمایل به شرکت در مطالعه، حداقل دو جلسه همدیالیز در هفته، توانایی تکمیل پرسشنامه و شرکت در جلسات، نداشتن بیماری روانی شناخته شده براساس خوداظهاری و سوابق پزشکی موجود در پرونده بیمار و نداشتن سابقه فوت عزیزان در ۶ ماه اخیر بود. در صورت عدم تمایل بیمار به شرکت در جلسات بعدی مداخله آموزشی، ادامه دیالیز در مرکز دیگر، مهاجرت به شهر دیگر، از مطالعه خارج می‌شد (نمودار کانسورت ۱).

بیماری خود دارند (۲۳). فردی که ادراک مثبت از بیماری خویش داشته باشد، قادر است به طور واقع‌بینانه و صحیح علایم و نشانه‌ها و ابعاد دیگر بیماری را درک و تحلیل نماید که این ادراکات می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامتی و رفتارهای سازگاری که بیمار برای مدیریت بیماری به آن‌ها نیاز دارد و همچنین بر پیامدهای بیماری تأثیرگذار باشد (۲۴). مداخله آموزشی درک از بیماری به عنوان عامل مهم در درمان و پایبندی به درمان بیان می‌شود. پایبندی درمانی مانند حضور در جلسات همدیالیز، پایبندی به داروهای تجویز شده، محدودیت مصرف مایعات و رژیم غذایی خاص است (۱۳). تبعیت از رژیم درمانی باعث کاهش مرگ و میر و ناتوانی و عوارض ناشی از همدیالیز می‌شود که به دنبال آن در بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی در آن‌ها مؤثر خواهد بود (۲۵). اثربخشی روش آموزشی مداخله درک از بیماری در بیماری‌های مزمن مانند دیابت (۲۶)، قلب و عروق (۲۷)، جراحی قلب (۲۸)، بیماری COPD و آسم (۲۹)، آرتریت روماتوئید و هانتینگتون (۳۰) بررسی شده است که به اهمیت درک از بیماری در کیفیت زندگی، افسردگی و پایبندی به درمان و نتایج بالینی اشاره دارد. اما مطالعه‌ای در زمینه درک از بیماری در بیماران همدیالیزی و تأثیر آن بر امید این گروه از بیماران انجام نگرفته است.

با توجه به اهمیت درک از بیماری در بیماران مزمن و تأثیر آن در کنترل پیامدهای روان‌شناختی و تمایل محققان به استفاده از روش‌های در دسترس و کم هزینه برای تعدیل

۱۲۰ بیماری که براساس معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند به صورت تصادفی و به طور مساوی به دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۶۰ نفر) تخصیص یافتند. روش تصادفی سازی در این مطالعه استفاده از بلوک های تصادفی متعادل شده (balanced block randomization) با بلوک های ۴ تایی بود. پس از تهیه توالی تصادفی (random sequence)، این لیست با استفاده از روش پاکت های دربسته (sealed envelope) مخفی سازی شد (concealment) و در نهایت ۱۲۰ پاکت دربسته حاوی توالی تصادفی هر بیمار در اختیار محقق اصلی قرار گرفت. فرآیند تخصیص تصادفی و مخفی سازی لیست توسط یکی از نویسندگان که در فرآیند انتخاب، درمان و جمع آوری اطلاعات دخالتی نداشت انجام پذیرفت (نمودار کانسورت ۱).

ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و بیماری: سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا به نارسایی مزمن کلیه، وضعیت اقتصادی، منبع اصلی درآمد، مدت زمان انجام همودیالیز، تعداد دفعات انجام دیالیز در هفته، میزان حضور در فعالیتهای اجتماعی و میزان حمایت اجتماعی بود.

پرسشنامه دوم شاخص امید هرث (Herth hope index: HHI) بود. این شاخص دارای ۱۲ گویه بر مبنای لیکرت ۴ درجه ای است. برای گزینه کاملاً مخالف امتیاز ۱، مخالف ۲، موافق ۳، و کاملاً موافق امتیاز ۴ در نظر گرفته می شود. در مورد سؤال ۳ و ۶ نمره گذاری به صورت معکوس است. امتیازات کلی شاخص امید هرث بین ۱۲ تا ۴۸ و امتیاز بالاتر بیانگر

وضعیت امید بهتر است. روایی و پایایی این شاخص نیز در جمعیت ایرانی در مطالعه بالجانی و همکاران مورد تأیید قرار گرفته و آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین شده است (۳۱).

ابزار سوم، پرسشنامه درک از بیماری است. این پرسشنامه ۹ سؤالی، برای ارزیابی ادراک عاطفی و شناختی بیماری است. ۵ سؤال اول تجسم شناختی بیماری را بررسی می کند که شامل پیامدها (سؤال ۱)، طول مدت (سؤال ۲)، کنترل فردی (سؤال ۳)، کنترل درمان (سؤال ۴ و ۷) و ماهیت (سؤال ۵) و دو سؤال نیز تجسم عاطفی بیماری را بررسی می کند که شامل نگرانی (سؤال ۶) و پاسخ عاطفی (سؤال ۸) است و سؤال ۹ پاسخ باز و در مورد علت بیماری است. نمره دهی سؤالات ۳ و ۴ و ۷ به صورت معکوس است. دامنه نمره سؤالات از ۰ تا ۱۰ است. هرچه نمره به ۱۰ نزدیک تر باشد نشانگر درک بالای فرد از بیماری است. روایی و پایایی این پرسشنامه نیز در جمعیت ایرانی در مطالعه سیدرسولی و همکاران انجام یافته و آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شده است (۳۲).

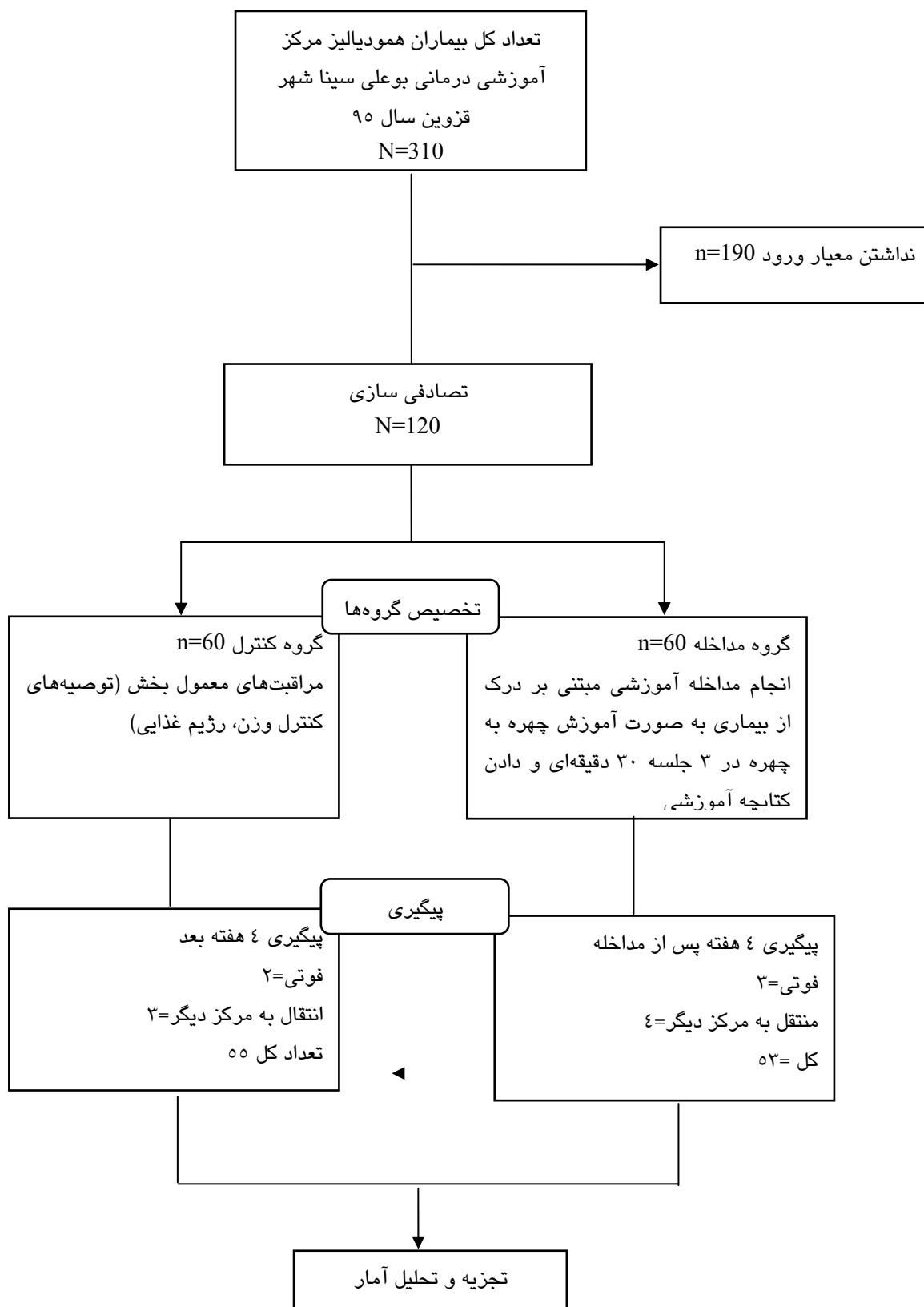
قبل از امضای فرم رضایت نامه کتبی در مورد اهداف و روش مطالعه، داوطلبان به بودن مشارکت در پژوهش، خروج از مطالعه در صورت عدم تمایل، اطمینان به این که مداخله بر درمان های رایج تأثیری ندارد، رعایت اصل محرمانه بودن اطلاعات و اعلام نتایج به صورت کلی، به بیماران توضیح داده شد. این مطالعه در کمیته اخلاق و پژوهش مرکز قلب شهید رجایی تصویب (Rhc.ac.ir.1395.24) و در مرکز کارآزمایی بالینی با کد IRCT2016103130609N1 ثبت شده است.

پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی، هر دو گروه پرسشنامه‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری، درک از بیماری و امید، به علت زیاد بودن سؤالات و خسته شدن بیمار به صورت شفاهی توسط پژوهشگر تکمیل شد.

برای ارایه آموزش به نمونه‌ها ابتدا نیازهای آموزشی تعیین و براساس آن برنامه آموزشی طراحی شد. سپس پژوهشگر طی سه جلسه ۳۰ دقیقه‌ای به صورت چهره به چهره و فردی قبل از شروع در هر نوبت از همودیالیز در بالین بیمار (پس از کسب اجازه از بیمار) شروع به اجرای مداخله درک از بیماری می‌کرد. در جلسه اول آموزش براساس ۵ بعد درک بیماری و همچنین تأثیری که درک بیماری بر پیامدهای روان‌شناختی دارد، پایه‌ریزی شد. این ابعاد عبارت بود از: ۱- ماهیت بیماری (برچسب و علائم مربوط به بیماری مانند خستگی، ضعف، دفورمیتی اندام) ۲- علت آغاز بیماری ۳- مدت زمان یا درک فرد در مورد طول بیماری ۴- پیامد و یافته‌های مورد انتظار فرد از بیماری ۵- مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود بیماری. برای مداخله درک از بیماری از تکنیک‌های خودکنترلی، تشویق کلامی، طراحی هدف (مثال افزایش وزن بین جلسات همودیالیز)، بازخورد و ارزیابی رفتارها، استفاده از تجربیات افراد موفق در زمینه بیماری استفاده شد. همچنین به بیمار گفته شد که پژوهشگر به مدت دو ماه در بخش دیالیز در تمامی نوبت‌های کاری حضور دارد در صورت داشتن هر گونه سؤال می‌تواند با پژوهشگر مطرح کند.

در جلسه دوم پس از مرور آموزش‌های جلسه قبل، از بیمار خواسته می‌شد تا از احساسات و ابهامات بیماری خود صحبت کند. مداخلات منحصر به فرد و براساس نیاز بیمار تنظیم گردید. آموزش به منظور تغییر درک نادرست و منفی که ممکن بود نسبت به بیماری داشته باشد، طراحی شد. به بیماران گفته شد در صورتی که سؤالی از جلسه قبل باقی‌مانده است که بی‌پاسخ مانده، می‌توانند از پژوهشگر سؤال نمایند. در انتهای جلسه دوم کتابچه آموزشی شامل شناسایی و تعریف بیماری، مواردی که بیماران در رژیم غذایی باید رعایت کنند، فعالیت، ورزش، توضیح مختصر در مورد یافته‌های آزمایشگاهی و توصیه‌های روان‌شناسی برای افزایش امید که توسط پژوهشگر و تحت نظر متخصصین در زمینه مطالعه تهیه و تنظیم شده بود، در اختیار بیمار قرار گرفت. در جلسه سوم (ارزشیابی و اختتام) ابتدا مرور آموزش‌های گذشته مرور شد، بعد از بیمار در مورد تأثیر آموزش‌ها و تجربیات جدید سؤال و مشکلات و موانع برای هر بیمار بررسی شد. ۴ هفته بعد مجدداً برای ارزیابی مداخله آموزشی انجام گرفته پرسشنامه امید و درک از بیماری توسط هر دو گروه شاهد و مداخله تکمیل شد.

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمارهای توصیفی و آزمون‌های آماری  $t$ -test و ANCOVA برای مقایسه دو گروه استفاده شد. سطح معناداری  $p < 0/05$  در نظر گرفته شد.



نمودار کانسورت ۱- روند انتخاب بیماران در مطالعه حاضر

## یافته‌ها

اثر بخشی مداخله آموزشی بر میزان امید بیماران این دو متغیر به عنوان کوواریت در نظر گرفته شدند.

قبل از مداخله، دو گروه به لحاظ میانگین نمره امید تفاوت آماری معناداری نداشتند ( $p=0/089$ )، اما پس از مداخله تفاوت آماری معناداری ( $p<0/001$ ) بین دو گروه مشاهده شد (جدول شماره ۲).

توزیع متغیرهای جمعیت شناختی و بیماری نمونه‌های مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است. همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد توزیع متغیر مدت زمان انجام همودیالیز و درک از بیماری در دو گروه قبل از مداخله با هم اختلاف معناداری داشتند. بنابراین برای بررسی

**جدول ۱-** توزیع فراوانی مشخصات فردی و بیماری بیماران تحت همودیالیز در دو گروه شاهد و مداخله، مرکز بوعلی سینای شهر قزوین در سال ۱۳۹۵

| سطح معناداری a | گروه شاهد<br>تعداد (درصد) | گروه مداخله<br>تعداد (درصد) | مشخصات فردی و بیماری |                             |
|----------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|
|                |                           |                             | مرد                  | زن                          |
| 0/853          | 26 (60)                   | 25 (58/3)                   | مرد                  | جنس                         |
|                | 24 (40)                   | 25 (41/7)                   | زن                   |                             |
| 0/528          | 3 (5)                     | 6 (10)                      | مجرد                 | وضعیت تأهل                  |
|                | 50 (83/3)                 | 47 (78/3)                   | متأهل                |                             |
|                | 7 (11/7)                  | 6 (10)                      | بیوه                 |                             |
|                | -                         | 1 (1/7)                     | جداشده               |                             |
| 0/331          | 18 (30)                   | 18 (30)                     | بیسواد               | تحصیلات                     |
|                | 26 (60)                   | 40 (66/7)                   | ابتدایی              |                             |
|                | 6 (10)                    | 2 (3/3)                     | دانشگاه              |                             |
| b سطح معناداری | میانگین (انحراف معیار)    | میانگین (انحراف معیار)      | -                    | -                           |
| 0/485          | 61/02 (14/16)             | 59/18 (14/53)               | -                    | سن (سال)                    |
| 0/014          | 2/37 (1/6)                | 3/5 (3/06)                  | -                    | مدت زمان انجام دیالیز (ماه) |
| 0/011          | 51/12 (5/98)              | 52/97 (7/00)                | -                    | درک بیماری                  |

a=chi Squer, b=t-test

**جدول ۲-** توزیع فراوانی میانگین و انحراف معیار امید مطالعه قبل و بعد از آزمون در دو گروه کنترل و مداخله، مرکز بوعلی سینای شهر قزوین در سال ۱۳۹۵

| سطح معناداری                | امید          |              | مراحل انجام مداخله                  |
|-----------------------------|---------------|--------------|-------------------------------------|
|                             | گروه مداخله   | گروه شاهد    |                                     |
| 0/35 <sup>a</sup> , 0/089   | 33/88 (3/76)  | 34/23 (3/31) | قبل آزمون<br>میانگین (انحراف معیار) |
| 21/75 <sup>b</sup> , <0/001 | 36/54 (2/98)  | 33/98 (3/25) | بعد آزمون<br>میانگین (انحراف معیار) |
| -                           | -2/65 (3/44)  | 0/08 (3/94)  | اختلاف میانگین                      |
| -                           | -5/97; <0/001 | 0/641; 0/870 | سطح معناداری                        |

a=آزمون تی مستقل

b=مدت زمان انجام دیالیز و درک از بیماری به عنوان کوواریت; ANCOVA آزمون

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه که با هدف بررسی تأثیر مداخله آموزشی مبتنی بر درک از بیماری در بیماران همودیالیزی انجام یافته است، نشان داد که ارایه مداخله آموزشی درک از بیماری بر ارتقای امید در بیماران همودیالیزی تأثیر معنادار داشته است. طبق نظریه خودتنظیمی که توسط Leventhal و همکاران ارایه شد هر بیمار درک منحصر به فردی از بیماری دارد که بر پیامدهای سلامتی تأثیرگذار است (۳۳). نقش مثبت مداخله آموزشی درک بیماری در رفتارهای سلامتی، پیامدهای عملکردی و سازگاری روانی افراد شناخته شده است و از پیامدهای منفی شامل شک و تردید در مورد بیماری جلوگیری می‌کند (۳۴ و ۳۵). طبق مطالعه انجام یافته توسط Chilcot و همکاران از مداخله آموزشی درک از بیماری به عنوان عامل مهمی در کاهش افسردگی بیماران همودیالیزی یاد شده است (۳۶). در مطالعه Knowles و همکاران با افزایش درک از بیماری اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی کاهش پیدا کرده است (۳۷) مطالعات یاد شده به کاهش تأثیر پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب بیماران همودیالیزی پراخته‌اند، تفاوت مطالعه حاضر با مطالعات بالا در این نکته است که مطالعه حاضر جهت افزایش امید بیماران بوده که وجه مثبت دارد و مطالعات یاد شده برای کاهش اضطراب و افسردگی انجام یافته است.

این مداخله در سایر بیماری‌های مزمن هم انجام یافته است. در مطالعه Broadbent و همکاران که در بیماران قلبی انجام یافته مداخله

درک از بیماری توانسته بود اضطراب و نگرانی همسران این بیماران را کاهش دهد (۳۸). Rizou و همکاران در مطالعه خود که به بررسی تأثیر درک از بیماری در کنترل پیامدهای روان‌شناختی بیماران صرع پرداخته بودند، به اهمیت این موضوع که درک از بیماری بر کنترل و کاهش پیامدهای روان‌شناختی تأثیر مثبت دارد، تأکید کردند (۳۹). در مطالعه دیگری که توسط Hudson و همکاران انجام یافت این بار به درک منفی از بیماری و تأثیر آن در اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی پرداخته شد که پژوهشگران به اصلاح درک در این بیماران به عنوان عامل مهم در پیامدهای روان‌شناختی اشاره کردند (۴۰). در مطالعه De Gucht و همکاران که در بیماران با سندرم خستگی مزمن انجام یافت، نتایج حاکی از تأثیر مثبت درک از بیماری بر فعالیت فیزیکی، کاهش شدت خستگی و همچنین بهبود پیامدهای سلامتی و بالینی بوده است (۴۱). در مطالعه سیدرسولی و همکاران مداخله ارتقادهنده ادراک بیماری تنها توانست ابعاد محدودی از کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را بهبود بخشد (۳۲).

به طور کلی نتایج حاصل از این مطالعه که بر طبق نیاز آموزشی بیماران انجام یافته حاکی از تغییرات مثبت در امید می‌باشد. در ارزیابی این مطالعه فقط به متغیر امید پرداخته شده و به متغیرهای دیگری که می‌توانسته تحت تأثیر قرار بگیرد پرداخته نشده است، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به جنبه‌های بالینی بیماران نیز توجه شود. همچنین تأثیر مداخله آموزشی درک از بیماری بر پایبندی به درمان

و تأثیر این مداخله در تعداد دفعات بستری در بیمارستان، از جمله مواردی است که می‌تواند موضوع تحقیقات بعدی باشد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مراقبت ویژه نویسنده اول در مرکز قلب

شهید رجایی تهران می‌باشد (Rhc.ac.ir.1395.24). بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی مرکز قلب شهید رجایی، همچنین دکتر سعید پهلوان شریف، کارکنان محترم بخش دیالیز بیمارستان بوعلی سینای قزوین، بیماران بخش همودیالیز و کلیه عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری رساندند، تقدیر و تشکر می‌شود.

## منابع

- 1 - Kiuchi MG, Mion D Jr. Chronic kidney disease and risk factors responsible for sudden cardiac death: a whiff of hope? *Kidney Res Clin Pract.* 2016 Mar; 35(1): 3-9.
- 2 - Esmaili H, Majlessi F, Montazeri A, Sadeghi R, Nedjat S, Zeinali J. Dialysis adequacy and necessity of implement health education models to its promotion in Iran. *Health Sciences.* 2016; 5(10): 116-21.
- 3 - Tayyebi A, Shasti S, Ebadi A, Eynollahi B, Tadrissi SD. [The relationship between blood pressure and dialysis adequacy in dialysis patients]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing.* 2012; 5(1): 49-52. (Persian)
- 4 - Tayyebi A, Babahaji M, Sadeghi Shermeh M, Ebadi A, Eynollahi B. [Effect of Hathayoga exercise on dialysis adequacy]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing.* 2012; 4(4): 183-190. (Persian)
- 5 - Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. *Handbook of dialysis.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- 6 - Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int.* 2001 Apr; 59(4): 1599-613.
- 7 - Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis.* 2000 Apr; 35(4 Suppl 1): S132-40.
- 8 - Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? *Eur J Heart Fail.* 2005 Jun; 7(4): 572-82.
- 9 - Gilbar O, Or-Han K, Plivazky N. Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among end-stage renal disease patients. *J Psychosom Res.* 2005 Jun; 58(6): 471-6.
- 10 - Snyder CR, Ilardi SS, Cheavens J, Michael ST, Yamhure L, Sympton S. The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research.* 2000 Dec; 24(6): 747-62.
- 11 - Hsu TH, Lu MS, Tsou TS, Lin CC. The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. *J Pain Symptom Manage.* 2003 Sep; 26(3): 835-42.
- 12 - Field RM, Duffy J. Harnessing the power of hope: happier law students to grow a healthier profession. *Proctor.* 2012; 32(6): 53-4.
- 13 - Kim Y, Evangelista LS. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrol Nurs J.* 2010 May-Jun; 37(3): 271-80.
- 14 - Majani G. *Introduzione alla psicologia della salute.* Trento: Edizioni Erickson; 1999.
- 15 - Rahimipour M, Shahgholian N, Yazdani M. Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015 Nov-Dec; 20(6): 694-9.
- 16 - Billington E, Simpson J, Unwin J, Bray D, Giles D. Does hope predict adjustment to end-stage renal failure and consequent dialysis? *Br J Health Psychol.* 2008 Nov; 13(Pt 4): 683-99.
- 17 - Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American Family Physician.* 2001; 63(1): 81-88.
- 18 - Huertas-Vieco MP, Perez-Garcia R, Albalade M, de Sequera P, Ortega M, Puerta M, et al. Psychosocial factors and adherence to drug treatment in patients on chronic haemodialysis. *Nefrologia.* 2014 Nov 17; 34(6): 737-42.
- 19 - Hossein Rezaei H, Abbaszadeh A. [Assessment of application nursing method for pain relive in medical-surgical depended ward on Kerman University of medical sciences]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences.* 2002; 10(3): 16-21. (Persian)

- 20 - Morasei F, Aghajani M. [The effect of counseling with spirituality approach on hope in patients with chronic renal failure]. *Complementary Medicine Journal of Faculty of Nursing & Midwifery*. 2014; 4(2): 776-86. (Persian)
- 21 - McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 2003 May 10; 361(9369): 1603-7.
- 22 - Hudson JL, Moss-Morris R, Game D, Carroll A, McCrone P, Hotopf M, et al. Improving distress in dialysis (iDiD): a feasibility two-arm parallel randomised controlled trial of an online cognitive behavioural therapy intervention with and without therapist-led telephone support for psychological distress in patients undergoing haemodialysis. *BMJ Open*. 2016 Apr 12; 6(4): e011286.
- 23 - Kaptein AA, Scharloo M, Helder DI, Kleijn WC, van Korlaar IM, Woertman M. Representations of chronic illness. In: Cameron LD, Leventhal H. *The self-regulation of health and illness behavior*. London: Routledge; 2003. P. 97-118.
- 24 - Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *J Psychosom Res*. 2009 Mar; 66(3): 211-20.
- 25 - Durose CL, Holdsworth M, Watson V, Przygodzka F. Knowledge of dietary restrictions and the medical consequences of noncompliance by patients on hemodialysis are not predictive of dietary compliance. *J Am Diet Assoc*. 2004 Jan; 104(1): 35-41.
- 26 - Lawson VL, Bundy C, Lyne PA, Harvey JN. Using the IPQ and PMDI to predict regular diabetes care-seeking among patients with type 1 diabetes. *Br J Health Psychol*. 2004 May; 9(Pt 2): 241-52.
- 27 - Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens*. 2004 Sep; 18(9): 607-13.
- 28 - Juergens MC, Seekatz B, Moosdorf RG, Petrie KJ, Rief W. Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *J Psychosom Res*. 2010 Jun; 68(6): 553-60.
- 29 - Kaptein AA, Scharloo M, Fischer MJ, Snoei L, Cameron LD, Sont JK, et al. Illness perceptions and COPD: an emerging field for COPD patient management. *J Asthma*. 2008 Oct; 45(8): 625-9.
- 30 - Graves H, Scott DL, Lempp H, Weinman J. Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. 2009 Nov; 67(5): 417-23.
- 31 - Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. [Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2011; 17(3): 27-37. (Persian)
- 32 - Seyyedrasoly A, Parvan K, Rahmani A, Rahimi Zh. [Effect of illness perception promoting intervention on quality of life of hemodialysis patients: a clinical trial]. *Journal of Preventive Care in Nursing & Midwifery*. 2014, 3(2): 1-12. (Persian)
- 33 - Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common-sense representation of illness danger. In: Rachman S. *Contributions to medical psychology*. Vol 2. New York: Pergamon Press; 1980. P. 7-30.
- 34 - Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*. 2003; 18(2): 141-84.
- 35 - Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*. 2002; 17(1): 17-32.
- 36 - Chilcot J, Norton S, Wellsted D, Davenport A, Firth J, Farrington K. Distinct depression symptom trajectories over the first year of dialysis: associations with illness perceptions. *Ann Behav Med*. 2013 Feb; 45(1): 78-88.
- 37 - Knowles S, Swan L, Salzberg M, Castle D, Langham R. Exploring the relationships between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity in a chronic kidney disease cohort. *Am J Med Sci*. 2014 Oct; 348(4): 271-6.
- 38 - Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006 Jun; 60(6): 631-7.
- 39 - Rizou I, De Gucht V, Papavasiliou A, Maes S. Illness perceptions determine psychological distress and quality of life in youngsters with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2015 May; 46: 144-50.
- 40 - Hudson JL, Bundy C, Coventry PA, Dickens C. Exploring the relationship between cognitive illness representations and poor emotional health and their combined association with diabetes self-care. A systematic review with meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2014 Apr; 76(4): 265-74.
- 41 - De Gucht V, Garcia FK, den Engelsman M, Maes S. Do changes in illness perceptions, physical activity, and behavioural regulation influence fatigue severity and health-related outcomes in CFS patients? *J Psychosom Res*. 2017 Apr; 95: 55-61.

# Effect of an illness perception-based intervention on hemodialysis patients' hope: A clinical trial study

Samira Tabiban\* (MD) - Mohammad Ali Soleimani\*\* (Ph.D) - Hooman Bakhshande\*\*\* (MD) - Marzieh Asghary\*\*\*\* (B.Sc).

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: May 2017  
Accepted: Aug. 2017  
e-Published: 29 Nov. 2017

**Background & Aim:** Promoting hope in hemodialysis patients is very important. Various methods have been suggested in order to raise hope in patients with chronic diseases. The aim of this study was to investigate the effect of an illness perception-based intervention on hope in patients with hemodialysis.

**Methods & Materials:** This is a randomized clinical trial (IRCT2016103130609N1) on 120 hemodialysis patients admitted in the dialysis department of Bou Ali Sina hospital in Qazvin from December to February 2016. The samples were randomly assigned into control and intervention groups. Before the intervention, questionnaires including demographic information, the Herth hope scale and a summarized form of illness perception were completed. The intervention group received the illness perception-based intervention in three sessions of 30 minutes each, prior to hemodialysis. Four weeks later, the Herth hope scale and illness perception questionnaire were re-completed by the both groups. Data were analyzed by descriptive statistics, *t*-test and ANCOVA using the SPSS software version 23.

**Results:** Results showed no statistically significant differences in hope scores between the two groups ( $P=0.5589$ ) but after the intervention, hope scores significantly increased in the experimental group ( $36.54 \pm 2.98$ ) compared to the control group ( $33.88 \pm 3.76$ ) ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** The result of the present study indicated the illness perception-based intervention was effective in enhancing hope in the patients underwent hemodialysis. Therefore, this intervention is recommended for hemodialysis patients.

Corresponding author:  
Marzieh Asghary  
e-mail:  
asghary\_marzieh@  
yahoo.com

**Key words:** hope, illness perception, hemodialysis, chronic renal failure

### Please cite this article as:

- Tabiban S, Soleimani MA, Bakhshande H, Asghary M. [Effect of an illness perception-based intervention on hemodialysis patients' hope: A clinical trial study]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2017; 23(3): 266-276. (Persian)

\* Assistant Professor, Dept. of Nephrology, Research Center Heart of Shahid Rajaei, Tehran, Iran

\*\* Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

\*\*\* Associate Professor, Dept. of Epidemiology, Research Center Heart of Shahid Rajaei, Tehran, Iran

\*\*\*\* MSc. Student in Nursing, Research Center Heart of Shahid Rajaei, Tehran, Iran