

مقایسه تأثیر آموزش بیمار محور و خانواده محور بر تبعیت از درمان بیماران تحت

عمل پیوند کلیه: یک مطالعه نیمه تجربی

افسانه یارمحمدی^۱، شیوا خالق پرست^۱، فیدان شبانی^۱، هومن بخشنده^۲

۱. مرکز تحقیقات پرستاری قلب و عروق، مرکز آموزشی، تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات اپیدمیولوژی قلب و عروق، انستیتو آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، تهران، ایران

چکیده	تاریخ دریافت:
زمینه و هدف: امروزه بی‌توجهی به آموزش و توانمندی بیماران و مراقبین آن‌ها مهم‌ترین نقص در استراتژی‌های درمانی و مراقبتی است که زمینه‌ساز برگشت بیماران به بیمارستان می‌شوند. مطالعه حاضر باهدف مقایسه تأثیر آموزش بیمار محور و خانواده محور بر تبعیت از درمان در بیماران تحت عمل پیوند کلیه انجام شد.	۱۴۰۳/۰۶/۲۲
روش‌ها: این مطالعه به روش نیمه تجربی با مشارکت ۹۶ نفر از بیماران تحت عمل پیوند کلیه در بیمارستان دکتر لبافی نژاد در شهر تهران و یکی از اعضاء درجه یک خانواده بیمار انجام شد. واحدهای پژوهش به روش نمونه‌گیری متوالی وارد مطالعه شدند و به سه گروه (۳۲ نفر) خانواده محور، بیمار محور و کنترل تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه تبعیت از درمان بود. هر دو گروه مداخله آموزش‌هایی در قالب کلاس‌های آموزشی به مدت ۶ هفته دریافت و گروه کنترل فقط آموزش‌های روتین بخش را دریافت کردند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون‌های آماری کروسکال والیس، کای اسکوتر و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۴
نتایج: تفاوت آماری معناداری در حیطه‌های اهتمام، تطابق، چسبیدن و امتیاز کلی بین سه گروه آموزش بیمار محور، خانواده محور و آموزش روتین، بعد از مداخله وجود داشت ($P<0.05$). بین امتیاز کلی نمره تبعیت از درمان و همچنین تمامی حیطه‌ها به جزء تلفیق و تدبیر بین سه گروه مطالعه تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($P<0.05$).	کلیدواژه‌ها: آموزش، خانواده محور، بیمار محور، تبعیت از درمان، پیوند کلیه
نتیجه‌گیری: آموزش بیمار محور و خانواده محور در بیشتر حیطه‌های تبعیت از درمان تأثیر دارد اما آموزش خانواده محور مؤثرتر از آموزش بیمار محور است.	تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه محفوظ است.

مقدمه

بیماری کلیوی مرحله انتهایی، تخریب پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیوی است که به دلیل اثرات سیستماتیک آن دارای عوارض و اختلالات متعددی می‌باشد. در ایران میزان شیوع بیماری ESRD، ۳۸۰ مورد در هر یک میلیون نفر گزارش شده است (۱). رشد سالانه بیماری کلیوی مرحله انتهایی در ایران حدود ۵-۴ درصد است (۲). همودیالیز شایع‌ترین درمان است که تا حدودی علائم بیماری را کاهش داده و سبب بهبود شیوه زندگی بیماران می‌شود ولی کیفیت زندگی و طول عمر بیماران در چنین وضعیتی پایین‌تر از افراد عادی برآورد شده است (۳). پیوند کلیه درمان انتخابی است که منجر به بهبود امید به زندگی و ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش هزینه‌های درمان در بیماران مبتلا به بیماری کلیوی مرحله انتهایی می‌شود (۴). بعد از پیوند کلیه، بیماران وارد یک مسیر جدیدی از زندگی‌شان می‌شوند و نیازمند سازگاری وسیع در تغییرات در سبک زندگی‌شان هستند (۵). یکی از مشکلاتی که در بیماران تحت پیوند کلیه گزارش شده است، وضعیت تبعیت آن‌ها از درمان می‌باشد. پیروی از رژیم درمانی یک نیاز ضروری برای نتیجه درمانی موفقیت‌آمیز به‌طور کلی است و یک نیاز حیاتی‌تر برای موفقیت پیوند عضو است. عدم پایبندی به رژیم‌های دارویی و تغذیه‌ای توصیه‌شده یک مشکل جدی در پیوند اعضا با پیامدهای منفی برای بیماران، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، سیستم‌های بهداشتی، کارفرمایان و جامعه است (۶). مطالعات ارزیابی مداخلات برای بهبود تبعیت از درمان در بیماران کلیوی به‌طور گسترده در چهار حوزه رژیم غذایی، مصرف مایعات، درمان دیالیز و مصرف داروها پرداخته است (۷). یک مطالعه مرور سیستماتیک نشان داد که ۵۵-۳۶٪ بیماران پیوند کلیه، از درمان‌شان تبعیت نمی‌کنند و ۴۵-۳۶٪ از آن‌ها اولین عفونت را در سه سال بعد از پیوند، تجربه می‌کنند (۸). دو بعد مهم تبعیت از درمان، پیروی از رژیم غذایی و محدودیت مایعات است. یکی از رژیم‌های مناسب بیماران پیوند کلیه، تبعیت از رژیم غذایی یا محدودیت پروتئین است. در یک رژیم برنامه‌ریزی‌شده نه تنها

سوءتغذیه اتفاق نمی‌افتد بلکه رژیم‌های با پروتئین کم منجر به کاهش تخریب عملکرد کلیه می‌شود (۹). یکی دیگر از ابعاد تبعیت از درمان، پیروی از محدودیت مایعات ذکر شده در بیمار می‌باشد و عدم پیروی از رژیم مایعات نیز منجر به افزایش وزن بین دو جلسه دیالیز و بروز عوارضی مانند گرفتگی عضلانی، کوتاهی نفس، سرگیجه، اضطراب، نگرانی، ادم ریه و نارسایی قلبی و افزایش شدید فشارخون می‌گردد (۱۰). بیماران مزمن در صورت تبعیت نکردن از برنامه‌های درمانی، گرفتار عواقب وخیم آن، از جمله عود بیماری و پیشرفت ناتوانی می‌شوند و در نتیجه به درمان‌های فوری و بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان نیاز خواهند داشت (۱۱). به‌نحوی که ۴۷-۲۹٪ از بیماران طی ۶-۳ ماه پس از ترخیص اولیه از بیمارستان، دوباره بستری می‌شوند و این در حالی است که ۵۴-۵۰٪ از بستری شدن‌های مکرر آن‌ها با رعایت توصیه‌های درمانی قابل‌پیشگیری است (۱۲). دریافت آموزش یکی از حقوق مهم بیماران است و ابزاری جهت رسیدن به ارتقاء سلامتی و پیشگیری از بیماری‌ها و مجموعه فعالیت‌هایی برنامه‌ریزی‌شده برای کمک به افرادی است که بیماری یا عوارض بیماری را تجربه کرده‌اند می‌باشد و در نهایت موجب تغییر وضعیت بیمار و بهبودی می‌شود (۱۳). آموزش به بیمار براساس نیازهای بیمار تعیین می‌شود و باید به‌گونه‌ای طراحی شود که سبب تغییر رفتار در بیمار شوند؛ بنابراین نیازهای آموزشی از سوی بیمار حائز اهمیت است نه آنچه از نظر کارکنان بهداشتی مهم تلقی می‌شود (۱۴). علی‌رغم مطالعات انبوه درباره آثار مثبت آموزش به بیمار حقایق موجود در بستر بالینی بر نارسایی عملکرد در این حیطه دلالت دارد. مطالعات انجام‌شده در مورد رضایتمندی بیماران از مراقبت‌های پرستاری نشان می‌دهد که بیماران کمترین رضایت را از ابعاد مختلف آموزش به بیمار داشته‌اند (۱۵). متوری پور و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند بسته‌های آموزشی می‌تواند تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بخصوص ابعاد فیزیکی و عفونت پس از

پژوهش شامل این موارد بود: بیماران رضایت کامل جهت شرکت در مطالعه را داشته باشند، در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال باشند، برای اولین بار برای پیوند مراجعه کرده باشد، بیمار با خانواده زندگی کند و سواد کافی جهت خواندن و نوشتن داشته باشد، بیمار و خانواده اختلالات گفتاری، شنیداری، شناختی، حافظه و روانی نداشته باشند و بیمار و خانواده همزمان در مطالعه پژوهشی دیگری شرکت نکنند. معیارهای خروج از پژوهش شامل این موارد بود: بیمار پرستار خصوصی داشته باشد، در طول مطالعه مشکلات اورولوژیکی پیدا کند، عدم امکان شرکت در جلسات حضوری آموزشی در طول دوره پیگیری و فوت در طول مطالعه. پس از تصویب طرح و دریافت کد اخلاق، به بخش پیوند بیمارستان آموزشی و درمانی شهید دکتر لبافی نژاد مراجعه شد و پس از انتخاب نمونه‌ها از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. تکمیل پرسش‌نامه دموگرافیک و تبعیت از درمان، توسط بیمار پیوند شده قبل از مداخله انجام شد. بیماران و خانواده آن‌ها به صورت جداگانه در کلاس‌های آموزشی شرکت کردند. در گروه بیماران (بدون حضور خانواده) و در گروه خانواده محور (خانواده‌های آنان و بیماران)، علاوه بر مراقبت‌های روتین، آموزش‌هایی در قالب کلاس‌های آموزشی به مدت ۶ هفته (دو بار در هفته و هر کلاس به مدت یک ساعته و ۱۵ دقیقه، هر هفته یک جلسه برای بیماران و یک جلسه برای خانواده‌های بیماران) دریافت کردند. آموزش‌ها شامل: کتابچه پیوند به صورت کامل و مجزا در مورد مسائلی از جمله بیماری کلیوی مرحله انتهایی، نحوه انجام عمل پیوند کلیه، خود مراقبت‌هایی مربوط به پیوند کلیه از جمله: تغذیه و نحوه تهیه غذاها، مصرف منظم داروها و عوارض آن‌ها، انجام آزمایش‌ها و سونوگرافی‌های دوره‌ای، زمان مراجعات بعدی به کلینیک پیوند و کلینیک جراحی، مراقبت‌های قبل و بعد از عمل، فعالیت جسمی و جنسی، نحوه واکسیناسیون، شرایط نگهداری حیوان خانگی، زمان سفر رفتن، نحوه و ضرورت استفاده از شکم‌بند بود. در گروه کنترل، آموزش روتین بخش شامل: کتابچه پیوند و آموزش لیست داروها و زمان مراجعات بعدی

جراحی پیوند کلیه را تحت تأثیر قرار دهد (۱۶). نه فقط آموزش دادن به مددجویان بلکه آموزش به خانواده‌های آنان نیز یکی از مسئولیت‌های اساسی اعضای تیم درمانی و به‌ویژه پرستاران است. به علت ارتباط قوی بین خانواده و وضعیت سلامتی اعضای خانواده، آموزش به اعضای خانواده در جهت کنترل بیماری و همچنین پیشگیری می‌تواند بسیار مفید باشد. پرستاران می‌توانند با تکیه بر نقش حمایتی، آموزشی و مشارکتی خانواده، شرایط مناسبی برای تبعیت از رژیم درمانی در بیماران به‌ویژه پس از ترخیص فراهم آورند (۱۷). امروزه بی‌توجهی به آموزش و توانمندی بیماران و مراقبین آن‌ها مهم‌ترین نقص در استراتژی‌های درمانی و مراقبتی است که زمینه‌ساز برگشت این بیماران به بیمارستان می‌شوند؛ بنابراین انجام مداخلاتی مانند آموزش به بیمار و خانواده او باهدف بهبود تبعیت از توصیه‌های درمانی حائز اهمیت است (۱۸). بر طبق جستجوهای به عمل آمده، تاکنون مطالعه‌ای به صورت مقایسه‌ای به بررسی همزمان آموزش بیمار محور و خانواده محور در بیماران پیوند کلیه نپرداخته است. اهمیت آموزش در این بیماران و عدم اجرا آموزش به‌طور دقیق و استراتژیک در بیمارستان‌های کشور و سردرگمی بیماران و خانواده آن‌ها در امر مراقبت از خود، تبعیت از درمان و ارتقاء سطح سلامتی‌شان اهمیت نیاز این موضوع را نشان می‌دهد. مطالعه حاضر باهدف مقایسه تأثیر آموزش بیمار محور و خانواده محور بر تبعیت از درمان در بیماران تحت عمل پیوند کلیه انجام شد.

روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود که تعداد ۹۶ بیمار از بیماران تحت عمل جراحی پیوند کلیه مراجعه‌کننده به بخش پیوند بیمارستان آموزشی و درمانی شهید دکتر لبافی نژاد وابسته به سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران و یکی از اعضای درجه یک خانواده بیمار (پدر، مادر، همسر، فرزند، خواهر، برادر) به روش نمونه‌گیری مستمر در آن شرکت کردند و به روش بلوکی تصادفی با سایز ۶، به ۳ گروه ۳۲ نفره بیمار محور، خانواده محور و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به

۰/۹۲ احراز گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده های توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای مقایسه ی متغیرهای کمی بین سه گروه مورد مطالعه از آزمون Kruskal-Wallis استفاده شد. متغیرهای اسمی بین سه گروه با آزمون Chi square و در صورت لزوم Fisher's exact مقایسه شدند. برای حذف اثر متغیرهای زمینه ای بر ارتباط بین گروه های مداخله و امتیاز پرسشنامه از مدل رگرسیون خطی Multiple Linear Regression استفاده شد. آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-v24 انجام شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

این مطالعه ۹۶ نفر از بیماران تحت عمل جراحی پیوند کلیه مراجعه کننده به بیمارستان دکتر لبافی نژاد وابسته به سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران وارد مطالعه شدند که حداقل سن آنها ۲۷ سال و حداکثر ۶۱ سال بود. میانگین سنی بیماران گروه خانواده محور، بیمار محور و کنترل شرکت کننده در مطالعه به ترتیب ۴۸، ۳۸ و ۵۵/۵ سال بود. ۱۲ نفر (۳۸٪) بیماران گروه خانواده محور تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۱۶ نفر (۵۰٪) بیماران گروه بیمار محور تحصیلات دیپلم و ۱۷ نفر (۵۳٪) بیماران گروه کنترل تحصیلات دیپلم داشتند (جدول ۱).

تفاوت آماری معناداری در امتیاز حیطه های تبعیت از درمان اهتمام، مشارکت، تطابق و تعهد بین سه گروه آموزش بیمار محور، خانواده محور و آموزش روتین (کنترل) قبل از مداخله وجود داشت ($P < 0.05$). تفاوت آماری معناداری در حیطه های اهتمام، تطابق، چسبیدن و امتیاز کلی بین سه گروه آموزش بیمار محور، خانواده محور و آموزش روتین (کنترل) بعد از مداخله وجود داشت ($P < 0.05$). به عبارتی هر دو روش آموزش خانواده محور و بیمار محور در بیشتر حیطه های تبعیت از درمان تأثیرگذار بود (جدول ۲).

بین امتیاز کلی نمره تبعیت از درمان و همچنین تمامی حیطه ها به جزء تلفیق و تدبیر بین سه گروه آموزش بیمار محور، خانواده محور و آموزش روتین (کنترل) تفاوت آماری معناداری

توسط پرستاران بخش پیوند، به بیمار داده شد. لازم به ذکر است آموزش به صورت چهره به چهره (حضوری) و به صورت سخنرانی، بحث گروهی و فیلم آموزشی بود. پرسشنامه تبعیت از درمان ۶ هفته پس از آموزش بیماران و خانواده آنها، تکمیل شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه محقق ساخته مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه تبعیت از درمان بود. مشخصات جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت زمان بیماری، مرحله بیماری، سابقه بیماری های زمینه ای (فشارخون، دیابت و غیره)، سابقه خانوادگی بیماری کلیوی، قد، وزن و نمایه توده بدنی به وسیله پرسشنامه جمعیت شناختی سنجیده شد. پرسشنامه تبعیت از درمان شامل ۴۰ سؤال در حیطه های اهتمام در درمان با ۹ سؤال، تمایل به مشارکت در درمان با ۷ سؤال، توانایی تطابق با ۷ سؤال، تلفیق درمان بازنگری با ۵ سؤال، چسبیدن به درمان با ۴ سؤال، تعهد به درمان با ۵ سؤال و تدبیر در اجرای درمان با ۳ سؤال می باشد. برای هر سؤال (کاملاً موافقم = نمره ۵، موافقم = نمره ۴، نظری ندارم = نمره ۳، مخالفم = نمره ۲، کاملاً مخالفم = نمره ۱ و بدون جواب = نمره ۰) است. حداقل و حداکثر امتیاز در حیطه های اهتمام در درمان ۰-۴۵، مشارکت در درمان ۰-۳۵، توانایی تطابق ۰-۳۵، تلفیق درمان بازنگری ۰-۲۵، چسبیدن به درمان ۰-۲۰، تعهد به درمان ۰-۲۵ و تدبیر در اجرای درمان ۰-۱۵ می باشد. در پژوهش حاضر به منظور تعیین روایی پرسشنامه تبعیت از درمان از روش اعتبار محتوا استفاده شد به این صورت که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید پزشکی و پرستاری قرار گرفت و پس از اصلاحات لازم مورد استفاده قرار گرفت. همچنین به منظور تعیین پایایی پرسشنامه تبعیت از درمان از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ بدین صورت که پرسشنامه مورد نظر توسط افراد واجد مشخصات واحدهای پژوهش تکمیل شد و پس از ده روز توسط همین افراد تکمیل شده و همبستگی بین نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در پژوهش حاضر جهت تعیین پایایی (ثبات) این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و مقدار آن

جدول ۱. مقایسه مشخصات دموگرافیک در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	کنترل N=32	خانواده محور N=32	بیمار محور N=32	P-value
سن	۵۵/۵ (۴۲-۶۱)	۴۸ (۳۳-۵۹)	۳۸ (۲۷-۴۳)	۰/۰۱۸
قد	۱۶۹/۵ (۱۵۸-۱۷۵)	۱۷۰ (۱۶۰-۱۷۶/۵)	۱۷۴ (۱۶۵-۱۸۰)	۰/۱۲۴
وزن	۷۰ (۶۵-۸۲/۵)	۷۰ (۶۲/۵-۸۰/۲۵)	۷۱/۵ (۶۱-۸۷)	۰/۶۷۲
BMI	۲۶/۴ (۲۳/۹-۲۹/۵)	۲۴/۲ (۲۱/۹-۲۵/۹)	۲۴/۶ (۲۱/۶-۲۸/۵)	۰/۱۴۸
مدت زمان	۴۸ (۲۴-۸۴)	۴۸ (۳۶-۱۲۰)	۴۲ (۲۴-۱۲۰)	۰/۹۴۳
جنسیت	زن	۱۴ (٪۴۴)	۹ (٪۲۸)	۰/۰۲۱
	مرد	۱۸ (٪۵۶)	۲۳ (٪۷۲)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۷ (٪۵۳)	۹ (٪۲۸)	<۰/۰۰۱
	دیپلم	۱۲ (٪۳۸)	۱۱ (٪۳۴)	
	دانشگاهی	۳ (٪۹)	۱۲ (٪۳۸)	

همکاران^۳ (۲۰۱۵) در پژوهش خود نشان دادند که مداخله آموزش و مشارکت فعال بیماران باعث بهبود آگاهی و درک بیماران می‌شود و تبعیت از درمان را افزایش می‌دهد (۲۲). در مطالعه بارنت و همکاران^۴ (۲۰۰۸) برنامه آموزشی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی منجر به بهبود وضعیت تبعیت از درمان آن‌ها شده بود (۲۳). نتایج مطالعه نری و همکاران^۵ (۲۰۱۱) نشان داد که تبعیت از رژیم درمان دارویی بسیار ضعیف است که پیچیدگی بیش از حد این رژیم دارویی از جمله علل این مسئله مطرح شده که پس از آموزش این وضعیت بهبود نشان داده است (۲۴). آراد و همکاران^۶ (۲۰۲۱) نیز در مطالعه کار آزمایی بالینی خود که به تأثیر برنامه آموزش بیمار محور بر تبعیت از درمان در بیماران تحت همودیالیز پرداختند به این نتیجه رسیدند که اجرای برنامه آموزش بیمار محور منجر به بهتر شدن تبعیت از درمان در چهار بعد مصرف دارو، محدودیت مایعات، رژیم غذایی و حضور در جلسه دیالیز می‌شود (۲۵).

وجود داشت ($P < 0.05$). به عبارتی روش آموزش خانواده محور بیشتر از روش آموزش بیمار محور تأثیرگذار بود (پی ویلیو ۰/۰۰۰ در مقابل ۰/۰۰۴) (جدول ۳).

بحث

توجه به یافته‌های مطالعه حاضر مشخص گردید که بین سه گروه مورد پژوهش در حیطه‌های اهتمام، مشارکت، تطابق و تعهد تبعیت از درمان قبل از مداخله و در حیطه‌های اهتمام، تطابق، چسبیدن تبعیت از درمان بعد از مداخله وجود داشت. در مطالعه‌ای که به صورت فراتحلیل توسط دیماتئو^۱ انجام شد، مشخص گردید که بیشترین تبعیت از درمان مربوط به بیماری‌های ایدز، سرطان و اختلالات گوارشی و کمترین تبعیت از درمان مربوط به بیماری‌های ریوی، دیابت و اختلال خواب می‌باشد (۱۹). دالس و همکاران^۲ (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان دادند که اجرای یک برنامه آموزشی سواد سلامتی، بسیار می‌تواند آموزنده و مؤثر باشد (۲۰). یافته‌های یک مطالعه مرور سیستماتیک نشان داد که مداخلات آموزشی منجر به افزایش تبعیت از درمان بیماران کلیوی می‌شود (۲۱). علی کاری و

³ Alikari et al

⁴ Barnett et al

⁵ Neri et al

⁶ Arad et al

¹ Dimatteo et al

² Dols et al

جدول ۲. مقایسه امتیاز حیطه‌های تبعیت از درمان بیماران مورد پژوهش در گروه‌های خانواده محور، بیمار محور و کنترل قبل و بعد از مداخله

بعد از مداخله				قبل از مداخله				متغیر
P-value	بیمار محور (۲۹)	خانواده محور (۳۲)	شاهد (۲۴)	P-value	بیمار محور (۳۲)	خانواده محور (۳۲)	شاهد (۳۲)	حیطه‌های تبعیت از درمان
۰/۰۱۴	۹۷ (۱۰۰-۷۸)	۹۲ (۹۹-۸۶)	۷۸ (۹۹-۷۱)	۰/۰۰۲	۸۶ (۹۴-۶۹)	۸۵ (۹۶-۷۸)	۷۵ (۸۳-۶۴)	اهتمام
۰/۰۷۸	۹۱ (۱۰۰-۸۲)	۸۲ (۱۰۰-۷۵)	۸۲ (۱۰۰-۷۵)	۰/۰۰۴	۸۹ (۹۶-۷۵)	۸۹ (۱۰۰-۷۵)	۷۵ (۹۱-۷۵)	مشارکت
۰/۰۰۲	۸۹ (۱۰۰-۷۵)	۷۵ (۸۹-۷۱)	۷۵ (۸۹-۷۱)	<۰/۰۰۱	۸۶ (۹۶-۷۵)	۹۳ (۱۰۰-۷۹)	۷۵ (۷۵-۶۶)	تطابق
۰/۳۸۹	۸۰ (۹۵-۷۰)	۸۵ (۱۰۰-۷۵)	۷۵ (۱۰۰-۷۵)	۰/۷۶۵	۷۵ (۹۰-۷۰)	۸۰ (۹۸-۷۰)	۷۵ (۹۰-۷۵)	تلفیق
۰/۰۰۵	۱۰۰ (۱۰۰-۸۱)	۱۰۰ (۱۰۰-۷۸)	۷۵ (۹۴-۵۶)	۰/۱۷۴	۸۱ (۱۰۰-۷۵)	۹۴ (۱۰۰-۶۶)	۷۵ (۱۰۰-۵۶)	چسبیدن
۰/۲۱۲	۴۰ (۵۰-۲۵)	۴۰ (۵۰-۲۸)	۵۰ (۶۰-۳۳)	۰/۰۱۹	۴۰ (۵۵-۳۰)	۴۵ (۵۸-۳۰)	۵۵ (۷۰-۴۵)	تعهد
۰/۱۱	۱۷ (۲۵-۰)	۲۱ (۳۳-۱۳)	۲۵ (۴۲-۸)	۰/۱۳۲	۳۳ (۴۲-۰)	۲۵ (۴۲-۸)	۴۲ (۶۷-۲۵)	تدبیر
۰/۰۲۷	۷۸ (۸۴-۷۱)	۸۰ (۸۴-۷۴)	۷۰ (۸۰-۶۶)	۰/۰۷۷	۷۶ (۸۱-۶۶)	۷۷ (۸۱-۷۱)	۶۹ (۸۱-۶۷)	امتیاز کلی

جدول ۳. آنالیز چند متغیره جهت بررسی ارتباط امتیاز کلی تبعیت از درمان با حیطه‌های مورد مطالعه

P-value	SE	ضریب رگرسیون	متغیر
۰/۰۱۹	۰/۰۸۳	۰/۲۰۰	امتیاز کلی تبعیت از درمان قبل از مداخله
۰/۳۰۱	۰/۰۵۸	۰/۰۶۱	سن
۰/۷۸۹	۲/۰۰۲	۰/۵۳۹	جنسیت
۰/۰۰۴	۱/۱۰۷	-۳/۲۵۹	تحصیلات
۰/۰۰۴	۲/۰۰۸	۷/۵۲۳	بیمار محور
<۰/۰۰۰۱	۲/۲۲۹	۸/۵۱۰	خانواده محور

خانواده محور به بیماران و مشارکت خانواده‌ها در مساله تبعیت از درمان منجر به افزایش تبعیت از درمان در بیماران مورد پژوهش می‌شود (۳۰). نتایج مطالعه زرخواه و همکاران نشان داد که آموزش خانواده محور در تبعیت بیمار از الگوی تغذیه‌ای مؤثر است (۳۱) که بامطالعه حاضر هم‌خوانی دارد با این تفاوت که بیماران مورد پژوهش در مطالعه حاضر تحت پیوند کلیه بودند ولی بیماران پژوهش زرخواه و همکاران بیماران انفارکتوس میوکارد بودند. یو و همکاران^۹ (۲۰۰۸) در مطالعه خود که به بررسی تأثیر آموزش خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی پرداختند به این نتیجه رسیدند که آموزش خانواده محور باعث بهبود کیفیت زندگی و سطح آلبومین بهتر در بیماران همودیالیزی می‌شود که نتیجه این مطالعه نیز بامطالعه ما همسو بود چراکه در مطالعه ما نیز تبعیت از درمان بهبود پیدا کرد که می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی شود می‌باشد (۳۲). مطالعه عسگری و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۵) که در مطالعه کار آزمایشی بالینی خود به بررسی تأثیر آموزش خانواده محور بر تبعیت از درمان در بیماران همودیالیزی پرداختند به این نتیجه رسیدند که آموزش خانواده محور در تبعیت از درمان، مؤثر از آموزش بیمار محور است که این مطالعه نیز بامطالعه ما همجهت است (۳۳). صادقی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در مطالعه خود که به مقایسه تأثیر آموزش خانواده محور و بیمار محور بر دانش و کنترل متابولیسم بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداختند، نشان دادند که تفاوت معناداری بین گروه مداخله و کنترل وجود داشت و اثرات مثبت الگوی بیمار محور و خانواده محور مشاهده شد (۳۴). کلاه دوز و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان داده شد که آموزش بیماران دیابتی با حداقل حضور یکی از اعضای خانواده‌شان منجر به افزایش دانش و عملکرد بیماران و خانواده هایشان می‌شود (۳۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت با عنایت به اینکه مراقبت یک امر کل‌نگر است و تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار را شامل می‌شود، با ورود

نتایج تمامی مطالعات ذکر شده، با نتایج مطالعات ما هم‌خوانی دارند که خود دلیل بر اثر مثبت آموزش در بهبود وضعیت بیماران بخصوص در تبعیت از درمانشان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که برنامه‌های آموزشی فرصتی جهت بهبود نتایج بالینی پس از پیوند کلیه و کاهش عوارض قابل جبران ایجاد می‌کنند. همچنین برنامه آموزشی منجر به افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد خانواده‌ها می‌شود (۲۶). روش آموزش به بیمار به عنوان روشی ساده، کم‌هزینه و کارآمد در افزایش پایبندی به درمان توصیه می‌شود (۲۷). پرستاران می‌توانند با ارائه آموزش به بیماران و خانواده‌هایشان، نقش مهمی در پایبندی به تبعیت از درمان داشته باشند. بنابراین مشارکت کارکنان درمانی و پیگیری پس از ترخیص بیماران از بیمارستان باید مورد توجه ویژه قرار گیرد.

دومین یافته مطالعه حاضر این بود که هر دو روش آموزش خانواده محور و بیمار محور بر تبعیت از درمان بیماران تحت پیوند کلیه تأثیرگذار است ولی آموزش خانواده محور مؤثرتر است. مطالعات زیادی به بررسی تأثیر آموزش خانواده محور بر جنبه‌های مختلف در بیماران مختلف پرداخته‌اند اما در مطالعات بسیار محدودی این مطالعه در بیماران تحت پیوند کلیه مورد بررسی قرار گرفته است. در اینجا به مطالعات مختلفی که به بررسی تأثیر آموزش خانواده محور بر متغیرهای مختلفی در بیماران مختلف پرداخته‌اند، اشاره می‌شود. سنایی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که توانمندسازی خانواده‌ها منجر به رعایت رژیم درمانی در سه بعد رژیم غذایی، رژیم دارویی و فعالیت بدنی در بیماران تحت درمان جراحی بای پس کرونر می‌شود (۲۸). پدram رازی و همکاران^۷ (۱۳۹۳) تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده در مقایسه با آموزش روتین باعث افزایش آگاهی و کنترل بیماری در بیماران می‌شود (۲۹). اشמיד و همکاران^۸ (۲۰۰۹) در مطالعه خود گزارش کردند که در ۶۷٪ بیماران تحت همودیالیز مزمن مورد پژوهش عدم تبعیت از درمان وجود دارد و آموزش

^۹ Ye et al^{۱۰} Asgari et al^۷ Pedram razi et al^۸ Schmid et al

تحت پیوند کلیه می‌تواند یک استراتژی موفق باشد و همین استراتژی می‌تواند منجر به حضور خانواده در امر مراقبت، جلوگیری از تشدید بیماری و عوارض ناشی از پیوند، کاهش مراجعه بیماران به مراکز درمانی و کاهش هزینه‌های بیمارستانی و درمانی شود. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی مشابه با پیگیری‌های طولانی‌مدت بیماران و خانواده‌های آنان پس از ترخیص انجام شود تا تأثیر آموزش در طولانی‌مدت مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان مقاله از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند تقدیر و تشکر می‌نمایند. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران با کد اخلاق IR.RHC.REC.1402.042 می‌باشد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مشارکت نویسندگان:

- (۱) مفهوم‌پردازی و طراحی مطالعه، یا جمع‌آوری داده‌ها، یا تجزیه و تحلیل و تفسیر داده‌ها: همه نویسندگان
- (۲) تهیه پیش‌نویس مقاله یا بازبینی آن جهت تدوین محتوای اندیشمندانه: همه نویسندگان
- (۳) تأیید نهایی دست‌نوشته پیش از ارسال به مجله: همه نویسندگان

خانواده‌های بیماران در امر مراقبت، احساس آرامش و ارتقا تمامی ابعاد انسانی مرتفع می‌شود. همان‌طور که در بالا نیز بیان شد، تمامی مطالعات انجام‌شده که به بررسی تأثیر آموزش خانواده محور بر تبعیت از درمان پرداخته‌اند، به تأثیرگذار بودن این نوع آموزش اشاره کرده‌اند. با توجه به اینکه پیوند کلیه یک فرآیند پیچیده است و بدون اصلاح سبک زندگی، عدم مصرف دقیق داروها و عدم پایداری طولانی‌مدت به‌طور ناگهانی منجر به بروز مشکلات جدی برای بیمار می‌شود، لذا مشارکت مستقیم بیمار و خانواده‌اش در امر مراقبت از بیمار، منجر به افزایش مشارکت فعال (۳۶) و تغییر مثبت در نگرش بیماران و توانایی‌های خودتنظیمی بیماران می‌شود (۳۷). نتایج مطالعه حاضر به لزوم تغییر در رویکردهای آموزش و پیگیری بیماران اشاره می‌کند. پیشنهاد می‌گردد تغییرات بالینی باید در مطالعات آینده با پیگیری‌های طولانی‌مدت ارزیابی شوند تا تأثیر واقعی آن‌ها بر وضعیت بیماران روشن‌تر شود.

در مطالعه حاضر تفاوت‌های فردی و فرهنگی بیماران و خانواده‌های آنان و همچنین تغییر رفتار ناخواسته بیماران به دلیل حضور پژوهشگر از محدودیت‌های خارج از اختیار پژوهشگر بود. همچنین از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم اندازه‌گیری اندازه اثر و پیگیری طولانی‌مدت بیماران مورد پژوهش بود که افزایش آن می‌تواند به ایجاد زمینه‌ای برای نتایج و استنباط‌های بهتر کمک کند.

نتیجه‌گیری

آموزش بیمار محور و خانواده محور در بیشتر حیطه‌های تبعیت از درمان تأثیر دارد اما آموزش خانواده محور مؤثرتر از آموزش بیمار محور است. آموزش خانواده محور برای بیماران



References

1. Nafar M, Aghighi M, Dalili N, Alipour Abedi B. Perspective of 20 years hemodialysis registry in Iran, on the road to progress. Iran J Kidney Dis. 2020; 14(2):95-101.
2. Ebrahimi H, Sadeghi M, Amanpour F, Dadgari A. Influence of nutritional education on hemodialysis patients' knowledge and quality of life. Saudi journal of kidney diseases and transplantation: an official publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia. 2017;27(2):250-5.
<https://doi.org/10.4103/1319-2442.178253>
3. Madreseh E, Mahmoudi M, Hosseini M, Zeraati H, Najafi I. 2014, The application of joint model for longitudinal and survival data in peritoneal dialysis patients. Sci J Sch Public Health Instit Public Health Res. 11(4):49-64.
<https://doi.org/10.1177/1526924816664081>.
4. Jensen CE, Sørensen P, Petersen KD. 2014, In Denmark kidney transplantation is more cost effective than dialysis. Dan Med J. 61:A4796.
5. Trivedi P, Rosaasen N, Mansell H. 2016, The health care provider's perspective of education before kidney transplantation. Prog Transplant. 26:322-7.
<https://doi.org/10.1097/01.tp.0000258599.65257.a6>
6. Dew MA, DiMartini AF, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Steel J, Unruh M, et al. Rates and risk factors for no adherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. Transplantation. 2007;83:858-873.
<https://doi.org/10.1097/01.tp.0000258599.65257.a6>
7. Matteson ML, Russell C. A systematic review of interventions to increase hemodialysis adherence: 2007-2012. In: Theofilou P, editor. Outcome Assessment in End-Stage Kidney Disease-Measurements and Applications in Clinical Practice: Bentham Science Publish. 2012.
<https://doi.org/10.2174/9781608057351113010012>
8. Gokoel SR, Gombert Handoko KB, Zwart TC, van der Boog PJ, Moes DJ, de Fijter JW. 2020, Medication non adherence after kidney transplantation: A critical appraisal and systematic review. Transplant Rev (Orlando). 34:100511.
<https://doi.org/10.1016/j.trre.2019.100511>
9. Dolansky MA, Hawkins MA, Schaefer JT, Gunstad J, Sattar A, Redle JD, et al. 2017, Cognitive function predicts risk for clinically significant weight gain in adults with heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 32(6):568-575.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000376>
10. Gokoel SR, Gombert Handoko KB, Zwart TC, van der Boog PJ, Moes DJ, de Fijter JW. Medication non adherence after kidney transplantation: A critical appraisal and systematic review. Transplant Rev (Orlando). 2020;34:100511.
<https://doi.org/10.1016/j.trre.2019.100511>
11. Fouque D. Nutritional support in renal failure Tropic 15. Paris, France: European Nutrition and Safety. 2013.
12. Laal N, Shekarriz-Foumani R, Khodaie F, Abadi A, Heidarnia MA. 2017, Effects of patient education and follow up after discharge on hospital readmission in heart failure patients. Research in Medicine. 41(1):24-30.
13. Deccache A, van Ballekom K. 2010, From patient compliance to empowerment and consumer's choice: evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries. Patient Educ Couns. 78(3):282-286.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.012>
14. Shomali M. 2013, Effect of education based on educational needs on weight changes in

patients undergoing haemodialysis. *Prev Care Nurs Midwifery J*.2(2):25-33.

15. Joolae S, Hajibabae F, Jalal EJ, Bahrani N.2011, Assessment of Patient Satisfaction from Nursing Care in Hospitals of Iran University of Medical Sciences. *Hayat*.17(1).

16. Matourypour P, Daliri N, Ghiyasvandian Sh, Zakerimoghdam M.2024, Effects of an Educational Package on Quality of Life and Acute Complications in Kidney Transplant Recipients: A Clinical Trial. *Middle East J Rehabil Health Stud*.11(1): e129235. <https://doi.org/10.5812/mejrh-129235>

17. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnezhad A.2014, The effects of family-based empowerment on family cooperation in following patient treatment regime after coroner arteries bypass surgery. *Mod Care J*.11:14-6.

18. Enhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S.2007, Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *American Journal of Critical Care*. 16(3):222-235. <https://doi.org/10.4037/ajcc2007.16.3.222>

19. DiMatteo MR.2004, Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*.42:200-209. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>

20. Dols JD, Chargualaf KA, Gordon A, et al.2020, Reduction of liver transplant early readmission through nurse led education interventions. *Prog Transplant*.30(1):88-94. <https://doi.org/10.1177/1526924820913511>

21. Tao W.W, Tao X.M,Wang Y, Bi S.H.2020,Psycho-social and educational interventions for enhancing adherence to dialysis in adults with end-stage renal disease: A meta-analysis. *J. Clin. Nurs*.29, 2834-2848. <https://doi.org/10.1111/jocn.15301>

22. Alikari V, Matziou V, Tsironi M, Theofilou P, Zyga S.2015, The effect of nursing counseling on improving knowledge, adherence to treatment and quality of life of patients undergoing hemodialysis. *Int J Caring Sci*.8(2):514-518.

23. Barnett T, Li Yoong T, Pinikahana J, Si-Yen T.2008, Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programme make a difference? *Journal of Advanced Nursing*.61(3):300-306. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04528.x>

24. Neri L, Martini A, Andreucci VE, Gallieni M, Rocca Rey L, Brancaccio D.2011, Regimen Complexity and Prescription Adherence in Dialysis Patients. *American Journal of Nephrology*.34(1):71-76. <https://doi.org/10.1159/000328391>

25. Arad M, Goli R Parizad N, Vahabzadeh D, Baghaei R.2021, Do the patient education program and nurse-led telephone follow-up improve treatment adherence in hemodialysis patients? A randomized controlled trial. *BMC Nephrology*.22 (119). <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02319-9>

26. Faraji O, Ramazani A, Abbaszadeh M, Abdollahzad H, Aliabadi A.2014, The effect of design and evaluation of health education program on knowledge, attitude and performance of patients family members about tuberculosis disease in Zabol. *TOLOO-E-BEHDASHT*.15(2):73-81.

27. Saki M, Najmi S, Gholami M, Ebrahimzadeh F.2021, The effect of patient-centered education in adherence to the treatment regimen in patients with coronary artery disease. *Journal of Vascular Nursing*.40. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2021.10.003>

28. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, Kazemnezhad A.2014, The effects of family-

based empowerment on family cooperation in following patient treatment regime after coroner arteries bypass surgery. *Modern Care Journal*.11(1):19-27(Persian).

29. Pedram Razi SH, Sadeghi M, Nikbakht Nasrabadi AR, Ebrahimi H, Kazemnejad A.2014, The effect of family-centered empowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes. *Knowledge Health*.9(1): 48-54(Persian).

30. Schmid H, Hartmann B, Schiffl H.2009, Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. *Eur J Med Res*.14(5): 185-189.

<https://doi.org/10.1186/2047-783X-14-5-185>

31. Zarkhah S, Ghofranipour FA, Ahmadi F, Doustkami D.2007, Effects of family-centered intervention on dietary patterns in post myocardial infarction. *Pejouhandeh*.11(5): 303-307 (Persian)

32. Yu RL, Liang XL, Fu X.2008, The influence of early-stage family intervention on life quality of HD patients from low function families. *Zhonghua Hu Li Za Zhi*. 4(2): 67-79.

33. Asgari P, Bahramnezhad F, Zolfaghari M, Farokhnezhad Afshar P.2015, Comparison of the impact of family-centered and patient-centered education methods on attitude toward and adherence to diet and fluid restriction in hemodialysis patients. *Medical - Surgical Nursing Journal*.3(4):195-202(Persian).

34. Sadeghi M, Pedram Razi SH, Nikbakht Nasr Abadi AR, Ebrahimi H and Kazemnejad A.2013, The effect of education based on an empowerment model and family -centered empowerment model based on knowledge and metabolic control in patients with type II diabetes. *J Nurs Educ*.2(3): 18 - 27(Persian).

35. Kolahdooz M, Mohammadi NK, Hozoori M.2019, Effect of Nutrition Education in Diabetic Patients and Their Families on Knowledge Attitude and Practice of Diabetic Patients in Neyshaboor. *Res Med*.43(1):35-40.

36. Neale, E.P. Middleton, J; Lambert, K.2020, Barriers and enablers to detection and management of chronic kidney disease in primary healthcare: A systematic review. *BMC Nephrol*. 21, 83.

<https://doi.org/10.1186/s12882-020-01731-x>

37. Choi, E.S. Lee, J.2012, Effects of face-to-face self-management program on knowledge, self-care practice and kidney function in patients with chronic kidney disease before the renal replacement therapy. *J. Korean Acad. Nurs*. 42, 1070-1078.

<https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.7.1070>

A comparison of the effects of patient-centered and family-centered education on treatment adherence in kidney transplant patients: a quasi-experimental study

Afsaneh Yarmohammadi¹, Shiva khaleghparast¹, Fidan Shabani¹,
Hooman Bakhshandeh²

1. Cardiovascular Nursing Research Center, Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center, Iran
University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Cardiovascular Epidemiology Research Center, Rajaie Cardiovascular Medical and Research Institute,
Tehran, Iran

Corresponding author: Shiva Khaleghparast, Cardiovascular Nursing Research Center, Rajaie
Cardiovascular, Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran,
Iran

Submitted: 12 September 2024

Accepted: 14 December 2024

Abstract

Background & Aim: Today, the most significant flaw in treatment and care strategies is the neglect of training and empowering patients and their caregivers. This often leads to patients returning to the hospital. The purpose of this study was to compare the impact of patient-centered and family-centered education on treatment adherence in kidney transplant patients.

Methods: The present study was a quasi-experimental study conducted with the participation of 96 patients undergoing kidney transplantation at Dr. Labafinejad Hospital, which is affiliated with the Social Security Organization of Tehran. The study also included one first-degree family member of each patient. The research units were selected using a consecutive sampling method and were divided into three groups (32 people): family-centered, patient-centered, and control. The data was collected through questionnaires on demographic characteristics and treatment adherence. In the patient-centered and family-centered groups, participants received additional training through educational classes for a period of 6 weeks in addition to routine training. The control group received only routine training at the department. The data was analyzed using SPSS version 24 software and statistical tests such as Kruskal-Wallis, Chi-square, and multiple linear regression.

Results: After the intervention there was a statistically significant difference in the areas of domain, compliance, adherence, and overall score between the three groups ($P < 0.05$). Additionally there was a statistically significant difference in the overall treatment adherence score and all the areas except integration and planning between the three groups of patient-centered, family-centered, and control groups ($P < 0.05$).

Conclusion: Patient-centered and family-centered education affect treatment adherence in most areas, but family-centered education is more effective than patient-centered education.

Keywords:

Education, Family-centered, Patient-centered, treatment adherence, kidney transplant

How to Cite this Article: Yarmohammadi A, khaleghparast SH, Shabani F, Bakhshandeh H. A comparison of the effects of patient-centered and family-centered education on treatment adherence in kidney transplant patients: a quasi-experimental study. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2024;12(3):1-12.