10.22034/10.4.362
Volume 10, Issue 4, Winter 2023 (Serial Number: 38)
OPEN ACCESS
Original Article

Comparison of the Effect of "Face-to-Face Training" and "Telephone Follow-up by a Nurse" on Self-Efficacy of Hemodialysis Patients

Ahmadi. F[1]
*Takarli. F[2]
Afkari. P[3]
Khazaei. S[4]

1- MSc of Nursing Intensive Care, Nursing Office, Diputy of Treatment, Hamadan University Of Medical Scienses, Hamadan,Iran

2- (*Corresponding Author) MSc in Community Health, Instructor, Nursing Department, Tuyserkan Branch, Islamic Azad University, Tuyserkan, Iran, Email: ftakarli2013@gmail.com

3- BSc of Nursing, Tuyserkan Branch, Islamic Azad University, Tuyserkan, Iran

4- Ph.D. in Epidemiology, Assistant Professor, Health Sciences Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Abstract

Introduction: Exploring different intervention methods is crucial to improve the self-efficacy of patients undergoing hemodialysis.

Objective: This study aimed to assess the effects of face-to-face and distance education on the self-efficacy of patients undergoing hemodialysis.

Materials and Methods: In the current quasi-experimental study, 180 hemodialysis patients from Imam Reza Kermanshah Hospital in 2021 were chosen through convenience sampling and then randomly divided into three groups: Face-to-face training, telephone follow-up, and control. The face-to-face training group participated in 8 sessions, each lasting 45 minutes. The telephone follow-up group received the same educational content twice a week for four weeks, delivered through face-to-face training with phone calls lasting 10 to 15 minutes. After the training concluded, demographic information (age, gender, marital status, number of children, education, occupation, financial support), disease specifics (duration of illness, number of dialysis sessions), and self-efficacy questionnaires were filled out by all three groups. Data analysis was performed using SPSS 23 software, utilizing paired t-test, analysis of covariance, and one-way analysis of variance, with a significance level of 0.05.

Results: The paired t-test showed a significant difference in mean self-efficacy score before the intervention across all three groups ($P<0.001$). After the intervention, covariance analysis, accounting for pre-intervention self-efficacy score, found that patients in the face-to-face training group had an average of 38.09 units higher than those in the control group, whereas patients in the non-attendance group had an average of 43.05 units higher than the control group. These disparities in self-efficacy scores were statistically significant ($P<0.001$)

Conclusion: Tele-nursing, when combined with face-to-face training, is effective in enhancing the self-efficacy of patients.

Keywords: Education, Face-to-Face Training, Tele-nursing, Self-efficacy, Hemodialysis

IRCT No.: IRCT20120215009014N411

Ahmadi F, Takarli F, Afkari P, Khazaei S. Comparison of the Effect of "Face-to-face Training" and "Telephone Follow-up by a Nurse" on Self-efficacy of Hemodialysis Patients. Military Caring Sciences. 2023; 10 (4) .362-373.

Submission: 07/06/2022 Revised: 18/11/2022 Accepted: 21/11/2022 Published: 31/12/2023

©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]
[DOI: 10.22034/10.4.362]

مقایسه تأثیر "آموزش حضوری" و "پیگیری تلفنی توسط پرستار" بر خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز

فروزان احمدی[۱]، *فاطمه تکرلی[۲]، پریا افکاری[۳]، سلمان خزایی[۴]

چکیده

مقدمه: بررسی روش‌های مداخله‌ای جهت بهبود شاخص خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز ضروری است.

هدف: مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش حضوری و غیرحضوری بر خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز انجام شد.

مواد و روش‌ها: در پژوهش نیمه تجربی حاضر، ۱۸۰ بیمار تحت همودیالیز از بیمارستان امام رضا کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ به صورت در دسترس انتخاب و به روش تصادفی ساده در سه گروه آموزش حضوری، پیگیری تلفنی و کنترل قرار گرفتند. در طی ۴ ماه برای بیماران گروه آموزش حضوری ۸ جلسه آموزشی به مدت ۴۵ دقیقه برگزار شد. بیماران گروه پیگیری تلفنی، به مدت ۴ هفته هر هفته ۲ بار و در هر تماس بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه تحت آموزش غیرحضوری با همان مضامین آموزشی قرار گرفتند. ۴ هفته پس از پایان آموزش، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تحصیلات، شغل و حمایت مالی)، پرسشنامه اطلاعات مربوط به بیماری (مدت ابتلا، دفعات دیالیز در هفته) و پرسشنامه خودکارآمدی شرر توسط همه گروه‌ها تکمیل گردید. از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳، آزمون تی زوجی، آنالیز کوواریانس و آنالیز واریانس یک طرفه جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد.

یافته‌ها: آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله در هر سه گروه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری داشت (P< ۰/۰۰۱). بعد از مداخله تحلیل کوواریانس تعدیل بر نمره خودکارآمدی قبل از مداخله، نشـــان داد که بیماران گروه آموزش حضوری در مقایســـه با بیماران گروه کنترل به طور متوســـط ۳۸/۰۹ واحد و بیماران گروه آموزش غیرحضوری در مقایســـه با همین گروه به طور متوسط ۴۳/۱۵ واحد نمره خودکارآمدی بیشتری داشتند. این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار بود (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: استفاده از تله نرسینگ در کنار آموزش چهره به چهره بر خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز مؤثر است.

کلمات کلیدی: آموزش، آموزش چهره به چهره، تله نرسینگ، خودکارآمدی، همودیالیز

کد کارآزمایی بالینی: IRCT۲۰۱۲۰۲۱۵۰۰۹۰۱۴ N۴۱۱

مجله علوم مراقبتی نظامی سال دهم ■ شماره ۴ ■ زمستان ۱۴۰۲ ■ شماره مسلسل ۳۸ ■ صفحات ۳۷۳-۳۶۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۱۷
تاریخ ویرایش: ۱۴۰۱/۰۸/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۳۰
تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۰/۱۰

مقدمه

نارســـایی کلیوی مزمن یک اختلال پیشرونده غیر قابل بازگشت است که در آن توانایی بدن برای حفظ تعادل مایع و الکترولیت از بین می‌رود و منجر به اورمی یا ازوتمی می‌گردد (۱). میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون جمعیت اســـت و ســـالیانه حدود ۸ درصد به این میزان اضافه می‌شـــود. بیمارانی که به مرحله انتهایی بیماری کلیوی می‌رسند، برای زنده ماندن به انجام درمان‌های جایگزین کلیه شامل همودیالیز و پیوند کلیه نیاز دارند. اگرچه همودیالیز می‌تواند موجب طول عمر بیمار گردد، اما می‌تواند عوارض مختلفی به همراه داشته باشد (۲). بیماران تحت همودیالیز، طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصـــادی و اجتماعی را تجربه می‌کنند که به تغییرات مهمی در شـــیوه زندگی فرد منجر می‌گردد. کاهش سطح انرژی، نیاز مکرر به همودیالیز و مشکلات سلامتی همراه با آن، احساس افسردگی،

۱ - کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، معاونت درمان، دفتر پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲ - کارشـــناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، مربی، گروه پرستاری، واحد تویسرکان، دانشگاه آزاد اسلامی، تویسرکان، ایران (نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک: ftakarli2013@gmail.com
۳ - کارشناس پرستاری، پرستار، واحد تویسرکان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران
۴ - دکترای اپیدمیولوژی، استادیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]
[DOI: 10.22034/10.4.362]

عـــدم توانایی در انجام کارهـــا و فعالیت‌های عادی روزمره همگی بیمار را تحت تأثیر قرار داده و زندگی عادی او را مختل می‌سازد (۲). بدین ترتیب بیمار تحت دیالیز نیازمند تغییر در سبک زندگی و کســب توانایی در انجام فعالیت‌ها و خودکارآمدی در دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب اســت. خودکارآمدی از مفاهیم کلیدی در بیمـــاران مبتلا به بیماری مزمن اســت (۳) و به معنی ایمانی اســت که شخص به خود دارد. خودکارآمدی یا خود اثربخشی در حقیقت احساس فرد در توانایی انجام وظایفش با مهارت بالاست. این افراد احســاس می‌کنند قابلیت و تبحر لازم برای انجام دادن موفقیت آمیز کار را دارند. افراد توانمند شــده نه تنها احســاس شایستگی، بلکه احســاس اطمینان و برتری شخصی می‌کنند و معتقدند که می‌توانند برای رویارویی با چالش‌های تازه، بیاموزند و رشد بیابند (۴). افراد با نمره خودکارآمدی بالاتر تمایل بیشتری به مشــارکت در فعالیت‌های بهداشــتی، بهبود توانایی سازگاری، افزایــش توانمندی، تبعیت از رژیم درمانــی، خودمراقبتی و باور داشــتن به کنترل مؤثر رویدادهای زندگی خود هســتند (۵-۷) و خودکارآمدی پایین با کاهش کارکرد شــناختی رفتاری همراه است. نتایج مطالعات به طور نگران‌کننده‌ای نشانگر خودکارآمدی ضعیف در بیماران دیالیزی بوده است (۸).

آموزش بــه بیمار و پیگیری بــه عنوان وظیفه‌ای مهــم و یکی از استانداردهای کیفیت مراقبت‌های پرستاری به شمار می‌آید و جهت حفظ سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سطح سلامت بیماران ضروری می‌باشــد. پرستاران با توجه به تماس بیشتر با مددجویان، آگاهی از مجموعه مشــکلات و وقت بیشــتری کــه با آن‌ها صرف می‌کننــد، می‌توانند عمده‌ترین نقش را در آموزش آن‌ها ایفا نمایند (۹). آموزش‌دهندگان بهداشت بر تدابیر توانمندسازی به عنوان یک راهکار عملی اصلی در ارتقاء بهداشــت تأکید دارند. یکی از اجزای کلیدی توانمندســازی که توســط آموزش‌دهندگان بهداشت مورد توجه قرار گرفته است، فرآیند مشــارکت افراد برای ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی است. آموزش حضوری به آموزشی گفته می‌شود که در آن، به حضور توأم استاد و فراگیر نیاز است و طی آن آموزش‌دهنده و آموزش‌گیرنده مستقیم و بدون واســطه با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند. عدم حضور همه آموزش‌گیرندگان، نبود امکانات مناسب جهت تشــکیل کلاس‌های حضوری و کمبود زمان از مشکلات این روش آموزشــی اســت که آموزش‌دهنده و آموزش‌گیرندگان را به سمت آموزش غیرحضوری سوق می‌دهد (۱۰).

امروزه ارتباطات ســیار فرصت‌هایــی را پدید آورده‌اند که موجب شده است مراقبت‌ها از انحصار کلینیک و بیمارستان‌ها خارج شده و به محل زندگی روزانه بیماران در خانه منتقل گردند (۱۱). تله مدیسین (Tele-Medicine) به ارائه خدمات پزشکی و بهداشتی از راه دور گفته می‌شــود که در حیطه پرستاری تحت عنوان تله نرســینگ (Tele-Nursing) شناخته می‌شــود (۱۲). امروزه با پیشرفت فناوری، روش تله نرسینگ (استفاده از فناوری اطلاعات و ارتبــاط از راه دور در پرســتاری) با ارائه مراقبت با اســتفاده از وســایل ارتباطی از قبیل اینترنت، تلفن، فیلــم ویدیویی و غیره می‌تواند باعث تسهیل دسترسی به مراقبت مؤثر در منزل، کاهش هزینه‌ها، بهبود روابط بین مددجو و پرستار، کاهش معاینات مکرر و حذف موانع مربوط به زمان و مکان گردد (۱۳). تله نرســینگ به ارائه آموزش، مشــاوره، پیگیری و مراقبت‌های پرستاری از راه دور گفته می‌شود که در این نوع پرستاری از فناوری ارتباط از راه دور شامل کانال‌های الکترومغناطیسی برای انتقال صدا، اطلاعات و ســیگنال‌های ویدیویی با استفاده از وسایل ارتباطی نظیر تلفن و اینترنت بهره می‌گیرد (۱، ۱۴). استفاده از تله نرسینگ پرستار را بــه انجام اقداماتــی نظیر پایش مددجو، آمــوزش، جمع‌آوری اطلاعــات، انجام مداخلات پرســتاری، کنتــرل درد و حمایت از خانواده مددجویان قادر می‌ســازد (۱۵). تله نرســینگ به عنوان روشی برای ارائه خدمات پرستاری بدون توجه به محدودیت‌های زمانــی و مکانی، امــکان آموزش به مددجویان و مشــاوره از راه دور را فراهم ســاخته است (۱۶). پرســتاری تلفنی به مددجو و خانواده وی کمک می‌کند که با دانش و آگاهی بیشــتر و اعتماد به نفس به صورت فعال در منزل مراقبت‌های لازم را انجام داده و از برنامه درمانی تجویزی تبعیت نمایند (۱۷). در مطالعه شــهرام بــراز و همکاران آموزش حضــوری و غیرحضوری هر دو منجر به افزایش کیفیت زندگی در این بیماران شده است (۱۸). در مطالعه مندالوند و همکاران آموزش و پیگیری از طریق ارســال پیامک به طور معناداری ســبب افزایش نمــره خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز شده است (۱۹).

از آنجا که اکثر مطالعات انجام گرفته در جهت ارزیابی آموزش‌های حضوری می‌باشــد؛ لذا، مطالعه‌ی حاضر با هدف مقایســه تأثیر آموزش حضوری و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر خودکارآمدی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]
[DOI: 10.22034/10.4.362]

بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به این مرکز بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال، تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلال روانی شناخته شده، دسترسی به تلفن همراه یا ثابت در منزل و داشتن سابقه همودیالیز بیش از شش ماه بود. معیارهای خروج از مطالعه انصراف بیمار از ادامه همکاری، انتقال به مرکز دیگر، عدم پاسخگویی به تماس بیش از سه مرتبه و شرکت همزمان در پژوهش در نظر گرفته شد. حجم نمونه با استفاده از مطالعه بشارتی و همکاران (۲۰) که میانگین نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۳/۸۲±۲۹/۱، ۵/۲±۲۶/۱۲ بوده است و با در نظر گرفتن توان ۹۰ درصد آزمون و فاصله اطمینان ۹۵ درصد حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر در هر گروه ۶۰ نفر (جمعاً ۱۸۰ نفر) تعیین شد.

نمونه‌ها به روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود وارد مطالعه شدند و سپس به روش تصادفی در سه گروه آموزش

$$n = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = \frac{(۵^۲ + ۵^۲)(۱.۹۶ + ۱.۲۸)^۲}{(۳)^۲} \cong ۶۰$$

حضوری (گروه الف)، آموزش غیرحضوری (تله نرسینگ) (گروه ب) و گروه کنترل (پ) قرار گرفتند. در گروه آموزش حضوری، بیماران بعد از دیالیز در اتاق جداگانه که در واحد دیالیز بیمارستان تعبیه شده بود آموزش می‌دیدند. در ارتباط با انتقال اطلاعات نیز به دلیل فاصله نسبتاً زیاد بین تخت‌ها حین دیالیز ارتباط کلامی بین بیماران برقرار نبود. افراد در گروه آموزش حضوری پس از اتمام دیالیز، ۸ جلسه آموزشی توسط همکار پژوهش در اتاق آموزشی به صورت جداگانه با مضامینی که در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است، به مدت ۴۵ دقیقه تحت آموزش به روش سخنرانی و پرسش و پاسخ قرار گرفتند. افراد در گروه آموزش حضوری پس از اتمام دیالیز، ۸ جلسه آموزشی با مضامینی که در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است، به مدت ۴۵ دقیقه تحت آموزش قرار گرفتند. افراد در گروه تماس تلفنی پرستار، به مدت ۴ هفته هر هفته ۲ بار و طول مدت مکالمه به طور متوسط در هر بار تماس بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه تحت آموزش غیرحضوری با همان مضامین قرار گرفتند؛ اما این نکته به بیماران گفته شد

جدول ۱- مضامین آموزشی جلسات حضوری و غیرحضوری

جلسه	عنوان	موارد آموزش
۱	**زندگی با دیالیز**	تشویق بیمار برای داشتن برنامه جدید و نوع جدید زندگی که بتوان در کنار همودیالیز به سایر کارها از جمله مسافرت، تحصیل، ورزش و فعالیت جنسی خود بپردازند. آموزش راهکارهایی جهت ارتقاء کیفیت زندگی
۲	**خستگی**	آموزش روش‌های حفظ انرژی بیشتر، کنترل بیشتر بر زندگی، تشویق جهت شروع برنامه ورزشی منظم و ...
۳	**کنترل وزن و تعادل مایعات**	عوارض تجمع مایعات در بدن، علائم تجمع مایعات، آموزش راه کارهایی برای کنترل دقیق و بهتر مایعات
۴	**راهنمای تغذیه**	درمان و مدیریت تغذیه، اهمیت محدودیت مصرف سدیم، پتاسیم و مایعات، معرفی مواد غذایی حاوی سدیم و پتاسیم و ...
۵	**فشارخون**	تعریف فشارخون بالا، علائم افزایش فشارخون، عوارض عدم کنترل فشار بالا، راه‌های غیردارویی کنترل فشارخون و ...
۶	**مراقبت از فیستول و کتتر وریدی**	تعریف فیستول و نحوه عملکرد آن، موارد احتیاطی در مراقبت از فیستول توضیح کتتر و اجزای آن، نحوه مراقبت از کتتر
۷	**کنترل عفونت**	پاسخ به نگرانی‌های عمده این بیماران در ارتباط با احتمال ابتلا به عفونت‌های ویروسی با انجام دیالیز. آموزش روش‌هایی جهت جلوگیری از ابتلا به عفونت، توصیه به انجام واکسیناسیون‌های مورد تائید پزشک
۸	**نحوه مصرف داروها**	اشاره به داروهای مصرفی بیمار و آموزش نکات پرستاری هر کدام جهت بیمار

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]

[DOI: 10.22034/10.4.362]

که پرستاری تلفنی به صورت آزاد است به گونه‌ای که بیماران در صورت داشتن هرگونه سؤال می‌توانند با پژوهشگر به صورت تلفنی یا پیامک ارتباط برقرار کنند. گروه کنترل در این مدت فقط آموزش‌های معمول خود را دریافت کردند (جدول ۱).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه اطلاعات فردی مبتنی بر دو قسمت خصوصیات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، شغل، حمایت مالی)، اطلاعات مربوط به بیماری (طول مدت ابتلا، تعداد دفعات دیالیز در هفته، نوع داروهای مصرفی) و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (Sherer) بود. این پرسشنامه توسط شرر و همکارانش ساخته شد و دارای ۲۳ گویه است که ۱۷ گویه آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ گویه دیگر مربوط به خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است. در این پژوهش از مقیاس ۱۷ گویه ای استفاده شده است. پرسشنامه خودکارآمدی عقاید فرد مربوط به توانایی‌اش برای غلبه بر موقعیت‌های مختلف را اندازه گیری می‌کند. گزینه‌های هر گویه در این پرسشنامه بر پایه مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. بالاترین نمره خودکارآمدی در این مقیاس ۸۵ و پایین‌ترین ۱۷ است. از ۳۴-۱۷ خودکارآمدی ضعیف، ۵۱-۳۵ خودکارآمدی متوسط، ۶۸-۵۲ خودکارآمدی خوب، ۸۵-۶۵ خودکارآمدی خیلی‌خوب محسوب می‌شود. امتیازات بالاتر بیانگر خودکارآمدی قوی‌تر و امتیازات پایین‌تر بیانگر خوکارآمدی ضعیف‌تر است (۲۱). در مورد روایی و پایایی پرسشنامه خودکارآمدی عمومی، شرر و همکارانش آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ به دست آوردند. روایی و پایایی این پرسشنامه در نمونه‌های ایرانی نیز مورد تائید قرار گرفته است. بختیاری براتی برای سنجش روایی سازه‌ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات به دست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی مقیاس بیرونی و درونی راتر (Rotter)، خرده مقیاس کنترل شخصیتی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو (Marlowe) و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ (Rosenberg) همبسته کرد که همبستگی پیس بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱ و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تائید سازه مورد نظر بود. همچنین ضریب پایای مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است. در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ سنجیده شد که عدد ۰/۷۸ نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه بود. با توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه شفاهی از واحد پژوهش، پرسشنامه‌ها در ابتدا و ۴ هفته پس از پایان آموزش توزیع و پس از تکمیل جمع آوری گردید. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنف (Kolmogorov–Smirnov Test) استفاده شد که بر اساس آن داده‌ها نرمال بودند ($P< ۰/۰۵$). مقایسه سه گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای دموگرافیک و بالینی کمی شامل سن و طول مدت بیماری با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه و از نظر متغیرهای دموگرافیک و بالینی کیفی شامل جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، تعداد فرزند، حمایت مالی، تعداد دفعات همودیالیز، ابتلا به سایر بیماری‌ها و داروهای مصرفی با استفاده از آزمون کای-دو (در صورت لزوم دقیق فیشر) انجام شد. اهداف و سؤالات مورد پژوهش و بررسی اثر مداخله با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه، آنالیزکواریانس و آزمون تی زوجی انجام گردید. تمامی ۱۸۰ بیمار تا پایان مطالعه در مطالعه باقی ماندند. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و در سطح اطمینان ۹۵ درصد انجام شده است. با توجه به آنکه ریزش، عدم تمکین درمان یا خروج از آنالیز بین گروه‌ها مشاهده نشد.

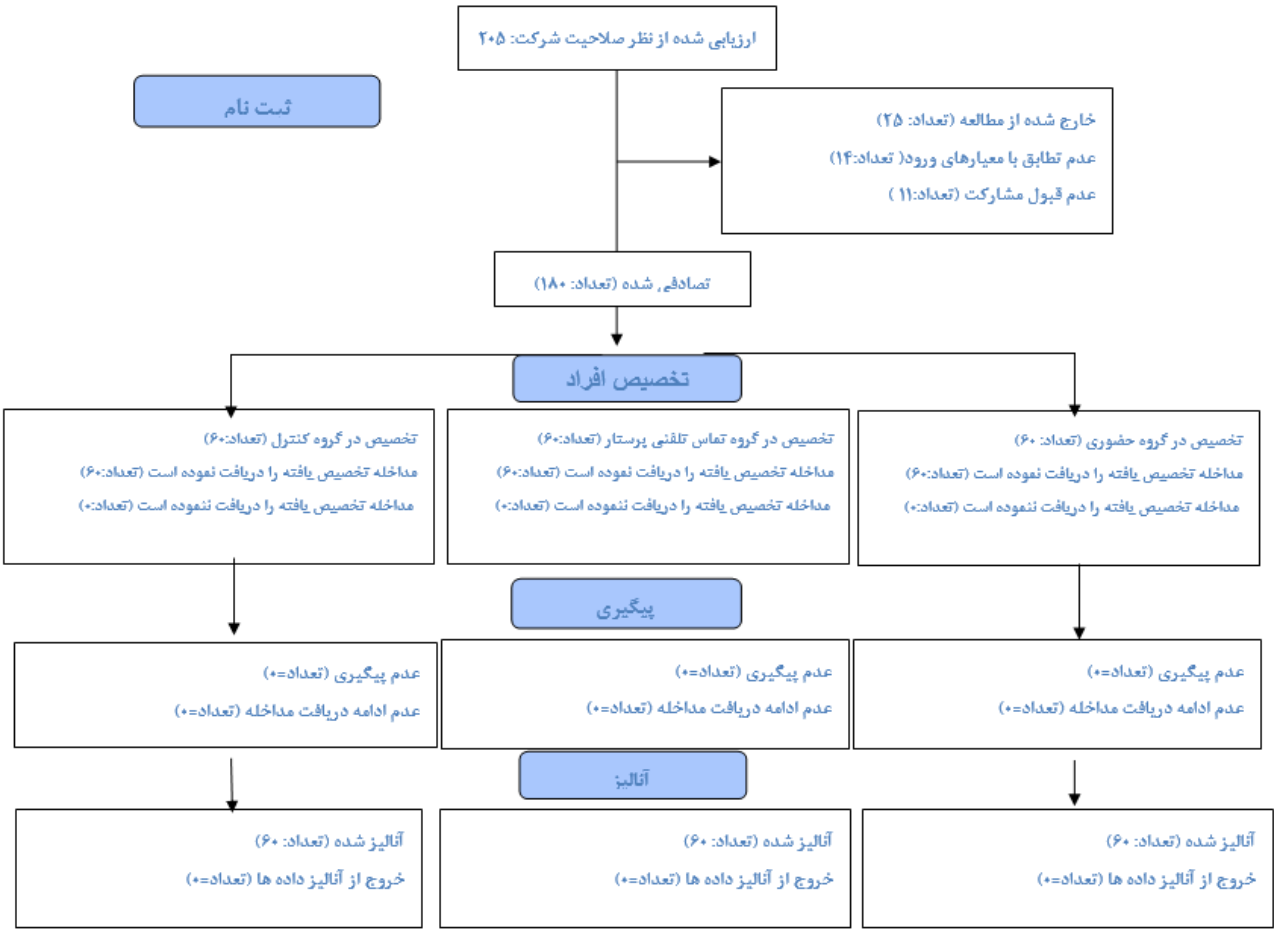
این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.۱۴۰۰,۶۸۲ تصویب شد. در این مطالعه، نکات اخلاقی بیانیه هلسینکی از جمله توضیح اهداف برای بیماران، کسب رضایت آگاهانه کتبی از شرکت کنندگان، دادن حق انتخاب به بیماران برای ورود به مطالعه و خروج از آن در هر زمان، محرمانه بودن اطلاعات، رعایت صداقت در انتخاب افراد مورد مطالعه و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، ارائه نتایج پژوهش به بیماران و مسئولین محیط پژوهش در صورت درخواست، قدردانی از کلیه بیماران و مسئولین ذی‌ربط که همکاری داشتند، رعایت اصول نشر اخلاق در پژوهش و انتشار یافته‌های مطالعه طبق اصول کمیته بین المللی اخلاق نشر (COPE) از دیگر تعهدات اخلاقی پژوهشگران بود که رعایت گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۲۰۵ بیمار مورد بررسی اولیه قرار گرفتند

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]
[DOI: 10.22034/10.4.362]

که از این تعداد ۱۴ بیمار، معیارهای ورود به مطالعه را نداشـــتند و ۱۱ بیمـــار نیاز رضایت نامه ورود به مطالعه را امضا نکردند. لذا، تعداد ۱۸۰ بیمار به صورت تصادفی به سه گروه مطالعه تخصیص داده شـــدند و در هر گروه تعداد ۶۰ بیمار بررسی شد. هیچ گونه مورد با قطع پیگیری گزارش نگردیـــد و تمام بیماران وارد آنالیز نهایی شدند (شکل ۱).



شکل ۱- فرایند انجام مطالعه

بر اســـاس نتایج بیشتر بیماران در هر سه گروه مورد مطالعه مرد، متأهل، با تحصیلات زیر دیپلم، خانه‌دار و برخوردار از حمایت مالی بودند همچنین بیشتر بیماران در هر سه گروه مورد مطالعه ۳ و ۴ بار همودیالیز در هفته داشـــتند. بیماران گروه آموزش حضوری و گروه غیرحضوری به ترتیب کمترین و بیشترین میانگین سنی را داشتند. بیماری قلبی و عروقی شایع‌ترین بیماری در سه گروه بود. با اســـتفاده از آزمون آماری کای-دو توزیع فراوانی سه گروه مورد مطالعـــه از نظر متغیرهای بالینی تعداد دفعات همودیالیز، ابتلا به بیماری قلبی و عروقی، ابتلا بـــه بیماری کلیوی، ابتلا به بیماری غدد تفاوت معنی‌دار آماری نداشـــتند ($P<0/05$). بیماران گروه آمـــوزش حضوری و گروه کنترل به ترتیب بیشـــترین و کمترین طول مدت همودیالیز را داشتند. سایر اطلاعات در جدول ۲، ۳ و ۴ نشان داده شده است.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]
[DOI: 10.22034/10.4.362]

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی و مطلق واحدهای پژوهش در سه گروه بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی کیفی

متغیر	دسته بندی	حضوری (n= ۶۰)		کنترل (n= ۶۰)		تماس تلفنی پرستار (n= ۶۰)		آماره آزمون	سطح معنی داری*
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنسیت	مرد	۳۳	۵۵	۳۴	۵۶/۷	۳۹	۶۵	۱/۴۲*	۰/۴۹۱
	زن	۲۷	۴۵	۲۶	۴۳/۳	۲۱	۳۵		
وضعیت تأهل	مجرد	۱۵	۲۵	۱۴	۲۳/۳	۹	۱۵	۴/۳۱ **	۰/۳۷۳
	متأهل	۴۳	۷۱/۷	۴۲	۷۰	۵۰	۸۳/۳		
	مطلقه	۲	۳/۳	۴	۶/۷	۱	۱/۷		
تعداد فرزند	یک فرزند	۸	۱۷/۸	۱۰	۲۱/۳	۸	۱۵/۷	۱/۹۵*	۰/۷۴۵
	دو فرزند	۱۴	۳۱/۱	۱۹	۴۰/۴	۱۸	۳۵/۳		
	بیشتر از دو فرزند	۲۳	۵۱/۱	۱۸	۳۸/۳	۲۵	۴۹		
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۸	۴۶/۷	۲۹	۲۸/۳	۲۷	۴۵	۳/۵۷*	۰/۴۶۷
	دیپلم	۲۲	۳۶/۷	۱۶	۲۶/۷	۲۴	۴۰		
	بالای دیپلم	۱۰	۱۶/۷	۱۵	۲۵	۹	۱۵		
شغل	خانه دار	۲۴	۴۰	۲۲	۳۶/۷	۱۷	۲۸/۳	۵/۵۷**	۰/۷۰۵
	کارمند	۱۳	۲۱/۷	۱۴	۲۳/۳	۱۳	۲۱/۷		
	کارگر	۱۰	۱۶/۷	۹	۱۵	۱۵	۲۵		
	بیکار	۸	۱۳/۳	۱۱	۱۸/۳	۱۳	۲۱/۷		
	بازنشسته	۵	۸/۳	۴	۶/۷	۲	۳/۳		
حمایت- مالی	بلی	۴۴	۷۳/۳	۳۲	۵۳/۳	۳۸	۶۳/۳	۵/۱۷*	۰/۰۷۵
	خیر	۱۶	۲۶/۷	۲۸	۴۶/۷	۲۲	۳۶/۷		

*آزمون کای اسکوئر ** آزمون دقیق فیشر

جدول ۳- توزیع فراوانی نسبی و مطلق واحدهای پژوهش در سه گروه بر حسب متغیرهای بالینی کیفی

متغیر	دسته بندی	حضوری (n= ۶۰)		کنترل (n= ۶۰)		غیرحضوری (n= ۶۰)		آماره آزمون	سطح معنی داری
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
تعداد دفعات همودیالیز	۱ و ۲	۱۳	۲۱/۷	۲۳	۳۸/۳	۱۶	۲۶/۷	۴/۲۷	۰/۱۱۸
	۳ و ۴	۴۷	۷۸/۳	۳۷	۶۱/۷	۴۴	۷۳/۳		
ابتلا به بیماری قلبی عروقی	خیر	۲۴	۴۰	۲۸	۴۶/۷	۲۳	۳۸/۳	۰/۹۶۰	۰/۶۱۹
	بلی	۳۶	۶۰	۳۲	۵۳/۳	۳۷	۶۱/۷		
ابتلا به بیماری کلیوی	خیر	۴۹	۸۱/۷	۵۰	۸۳/۳	۴۵	۷۵	۱/۴۶	۰/۴۸۲
	بلی	۱۱	۱۸/۳	۱۰	۱۶/۷	۱۵	۲۵		
ابتلا به بیماری غدد	خیر	۳۸	۶۳/۳	۳۷	۶۱/۷	۴۱	۶۸/۳	۰/۶۳	۰/۷۳۰
	بلی	۲۲	۳۶/۷	۲۳	۳۸/۳	۱۹	۳۱/۷		

*آزمون کای اسکوئر

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]

[DOI: 10.22034/10.4.362]

جدول ۴- توصیف و مقایسه واحدهای پژوهش در سه گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای سن و طول مدت بیماری

متغیر	حضوری (n= ۶۰)		کنترل (n= ۶۰)		تماس تلفنی پرستار (n= ۶۰)		آماره آزمون	سطح معنی داری *
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
سن (سال)	۵۳/۱۵	۱۵/۵۴	۵۳/۷۸	۱۶/۲۸	۵۳/۸۲	۱۶/۰۴	۰/۰۳	۰/۹۶۷
طول مدت بیماری (سال)	۴/۴۶	۴/۳۸	۳/۰۹	۳/۲۳	۴/۱۰	۴/۰۴	۲/۰۱	۰/۱۳۷

*آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد نمره خودکارآمدی بیماران در دو گروه حضوری و تماس تلفنی با پرستار بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به طور متوسط افزایش داشت اما میانگین نمره خودکارآمدی بیماران در گروه کنترل بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش داشت. با استفاده از آزمون تی زوجی افزایش در نمره خودکارآمدی دو گروه آموزش حضوری و تماس تلفنی با پرستار و همچنین کاهش در نمره خودکارآمدی گروه کنترل از نظر آماری معنادار بود (P< ۰/۰۵).

جدول ۵- مقایسه نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله واحدهای پژوهش در سه گروه مورد مطالعه

گروه	حضوری (n= ۶۰)				کنترل (n= ۶۰)				تماس تلفنی با پرستار (n= ۶۰)			
زمان مشاهده	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
قبل از مداخله	۲۶	۶۴	۴۱/۷۵	۸/۶۳	۲۱	۶۱	۳۳/۶۳	۹/۶۷	۲۶	۵۴	۳۴/۱۲	۶/۲۴
بعد از مداخله	۵۱	۸۱	۶۸/۲۸	۶/۵۹	۲۳	۴۰	۲۹/۶۲	۴/۱۲	۵۸	۸۰	۷۲/۸۰	۴/۵۶
آماره آزمون			-۱۸/۹۸				۳/۲۵				-۴۲/۱۳	
*P_value			<۰/۰۰۱				۰/۰۰۲				<۰/۰۰۱	

*آزمون تی زوجی

در ادامه نتایج به دست آمده، بیماران گروه آموزش حضوری بیشترین میانگین نمره خودکارآمدی و بیماران گروه کنترل کمترین میانگین نمره خودکارآمدی را قبل از مداخله داشتند. با استفاده از تحلیل واریانس یک طرفه تفاوت معنی‌دار آماری بین میانگین نمره خودکارآمدی بیماران سه گروه مورد مطالعه قبل از مداخله وجود داشت (P< ۰/۰۰۱). این تفاوت در مقایسه نمره خودکارآمدی بیماران بعد از مداخله با استفاده از تحلیل کواریانس تعدیل گردید. به منظور مقایسه میانگین نمره خودکارآمدی بیماران سه گروه مورد مطالعه بعد از مداخله از تحلیل کواریانس تعدیل بر نمره خودکارآمدی قبل از مداخله بیماران انجام شد. بعد از مداخله، بیماران گروه آموزش حضوری در مقایسه با بیماران گروه کنترل (در شرایط یکسان از نظر نمره خودکارآمدی قبل از مداخله) به طور متوسط ۳۸/۰۹ واحد نمره خودکارآمدی بیشتری داشتند و بیماران گروه آموزش غیرحضوری در مقایسه با بیماران گروه کنترل (در شرایط یکسان از نظر نمره خودکارآمدی قبل از مداخله) به طور متوسط ۴۳/۱۵ واحد نمره خودکارآمدی بیشتری داشتند. این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار بود (P< ۰/۰۰۱)، (جدول ۶ و ۷).

جدول ۶- مقایسه واحدهای پژوهش در سه گروه مورد مطالعه از نظر نمره خودکارآمدی قبل از مداخله

گروه	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون تحلیل واریانس	سطح معنی داری*
حضوری (n= ۶۰)	۲۶	۶۴	۴۱/۷۵	۸/۶۳	۱۸/۰۲	<۰/۰۰۱
کنترل (n= ۶۰)	۲۱	۶۱	۳۳/۶۳	۹/۶۷		
تماس تلفنی با پرستار (n= ۶۰)	۲۶	۵۴	۳۴/۱۲	۶/۲۴		

* آنالیز واریانس یک طرفه

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]

[DOI: 10.22034/10.4.362]

جدول ۷- مقایسه واحدهای پژوهش در سه گروه مورد مطالعه از نظر نمره خودکارآمدی بعد از مداخله

پارامتر	ضرایب رگرسیونی	خطای استاندارد	آماره آزمون والد	سطح معنی داری*
عرض از مبدأ	۲۷/۲۵	۰/۳۳	۶۷۹۶/۵۲	<۰/۰۰۱
نمره خودکارآمدی قبل از مداخله	۰/۰۷	۰/۰۱	۶۰/۱۸	<۰/۰۰۱
گروه				
حضوری	۳۸/۰۹	۰/۲۰	۳۷۴۷۵/۷۵	<۰/۰۰۱
غیرحضوری	۴۳/۱۵	۰/۱۸	۵۵۸۲۴/۰۹	<۰/۰۰۱
کنترل (مرجع)	---	---	---	---

* آنالیز کواریانس

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر "آموزش حضوری" و "پیگیری تلفنی توسط پرستار" بر خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز انجام گرفت. بر اساس نتایج، آموزش حضوری و پیگیری تلفنی پرستار موجب بهبود نمرات خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز پس از مداخله گردید که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. در جست‌وجوهای صورت گرفته توسط پژوهشگر، مطالعاتی که تأثیر مداخله بر متغیر خودکارآمدی بیماران همودیالیز را بررسی کند، به تعداد کمی یافت شد که این موضوع می‌تواند از مزیت‌ها و نقاط قوت مطالعه حاضر باشد.

در مطالعه‌ای که توسط مدانلو و همکاران تحت عنوان تأثیر آموزش و پیگیری از طریق ارسال پیامک بر خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز انجام گرفت، نتایج نشان داد که آموزش حضوری موجب بهبود خودکارآمدی بیماران گردید که این افزایش از لحاظ آماری معنادار بود (۱۹). در مطالعه دیگری که توسط حیدرزاده و همکاران انجام گرفت، نتایج نشان داد که آموزش حضوری به روش همتا موجب افزایش خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز گردید (۲۲). در مطالعه فوق از روش آموزش همتا جهت آموزش بیماران استفاده گردیده است در حالی که در مطالعه حاضر پژوهشگر به عنوان آموزش دهنده حضور داشته است. علی‌رغم وجود تفاوت در روش کار، نتایج مشابهی در دو مطالعه به دست آمده است. در مطالعات دیگری تأثیر روش آموزش حضوری بر خودکارآمدی سایر بیماران بررسی شده است. برای مثال در پژوهش گل‌محمدی و همکاران آموزش حضوری با تکیه بر خودمراقبتی موجب بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد گردید (۲۳). در مطالعه دیگری که بر روی بیماران مبتلا به دیابت انجام شد، آموزش موجب بهبود خودکارآمدی بیماران گردید (۲۴). به نظر می‌رسد ماهیت مزمن بیماری‌ها (چه بیماران تحت همودیالیز و چه موارد بالا) نیازمند مداخلات آموزشی است که بتواند خودکارآمدی این بیماران را افزایش دهد.

نمره خودکارآمدی بیماران در گروه غیرحضوری بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله به طور متوسط افزایش داشت. با استفاده از آزمون تی‌زوجی افزایش در نمره خودکارآمدی گروه غیرحضوری معنی‌دار آماری بود ($P>0/05$). به بیان دیگر استفاده از روش آموزش غیرحضوری (تله نرسینگ) موجب افزایش خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز گردید. به نظر می‌رسد بیشترین کاربرد پرستاری تلفنی مربوط به مراقبت و پایش مددجویان در منزل می‌باشد. به کارگیری پرستاری تلفنی در ارائه مراقبت، نه تنها در کاهش هزینه‌ها و تسهیل دسترسی به مراقبت مؤثر است، بلکه باعث بهبود رابطه بین بیمار و ارائه دهندگان مراقبت و بهبود کیفیت زندگی این بیماران به علت دسترسی به اطلاعات ضروری و حیاتی در مواقع لزوم می‌شود. در این روش پیگیری، در وقت مددجویان صرفه جویی شده و با حمایت پرستار از بیمار، بدون نیاز به طی کردن مسافت‌های طولانی باعث کاهش هزینه‌های درمانی نیز می‌گردد. علاوه بر این پرستاری تلفنی باعث کاهش مراجعات به بخش اورژانس و افزایش ارتباط بین بیماران و پرستاران نیز می‌شود (۲۵). پرستاری تلفنی به مددجو و خانواده وی کمک می‌کند که با دانش، آگاهی و اعتماد به نفس بیشتر به صورت فعال در منزل مراقبت‌های لازم را انجام داده و از برنامه درمانی تجویزی تبعیت نمایند (۱۷). در مطالعه‌ای که توسط پورغلامی و همکاران انجام شد، تأثیر آموزش خودمراقبتی

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]

[DOI: 10.22034/10.4.362]

از طریـــق تلفن بر خودکارآمدی بیماران تحـــت همودیالیز مورد بررســـی قرار گرفت. نتایج نشـــان داد که این روش موجب بهبود خودکارآمـــدی بیماران گروه مداخله گردیـــد (۲۶). در مطالعات فـــوق روش کار با مداخله حاضر متفاوت اســـت؛ اما نتایج تقریباً مشـــابهی حاصل شده است که نشـــان می‌دهد خودکارآمدی در بیماران تحت همودیالیز تحت تأثیر بیماری مزمن قرار گرفته که نیازمند مداخلات آموزشی اســـت. در مداخله آموزشی از راه دور هماننـــد مطالعه حاضر (تله نرســـینگ) و مطالعات فوق (پیامک) بیمار با اســـتفاده از تکنولوژی جدیـــد و در منزل آموزش دیده و خودکارآمدی بالایی به دست می‌آورد. در مطالعه وانگ (Wang) که با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه توانمندسازی بیماران مبتلا بـــه دیابت نوع دو بر نتایج بالینی و آزمایشـــگاهی در هنگ کنگ انجام شـــد اجرای برنامه توانمندسازی با روش آموزش حضوری، در بهبود نتایـــج بالینی و کاهش میـــزان هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) مؤثر بود (۲۷).

در مقایسه نمرات خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز سه گروه مورد مطالعه، آموزش حضوری مؤثرتر از آموزش غیرحضوری (تله نرسینگ) بوده اســـت. به نظر می‌رســـد همچنان آموزش چهره به چهره و ارتباط چشـــمی مؤثرتر اســـت. هرچند افزایش نمرات خودکارآمدی در بیماران تحت آموزش تله نرسینگ وجود داشته اســـت. در نتایج به دست آمده تفاوت میانگین نمرات بیماران دو گروه تله نرســـینگ و کنترل بعد از مداخله معنادار بوده اســـت. همســـو با مطالعه حاضـــر کتســـانی (Kotsani) و همکاران در یونـــان مطالعه‌ای با تأثیر تله‌نرســـینگ روی مدیریت بیماری در مددجویـــان مبتلا بـــه دیابت نوع ۱ انجام دادنـــد. در این مطالعه کارآزمایی بالینی مددجویان به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. گروه کنترل مراقبت‌های روتین کلینیک را دریافت کردند. در گروه مداخله تله نرســـینگ توســـط پرستار متخصص هفته‌ای یک‌بار به مدت ســـه ماه انجام شـــد. محتوای برنامه تله نرســـینگ شـــامل آموزش خودمراقبتی، رعایت رژیم غذایی، ورزش، سبک زندگی ســـالم و ایجاد انگیزش بود. مقادیر آزمایشـــگاهی قندخون ناشتا، قند خون قبل از غذا، قند خون بعد از غـــذا و میزان هموگلوبین گلیکوزیله در ابتدا و ســـه ماه بعد از مداخله در هر دو گروه اندازه‌گیری شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها تغییرات معناداری در گروه مداخله در مقادیر آزمایشگاهی بعد از مداخله یافت شـــد (۲۸). این مطالعه نشان داد در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱، تله نرســـینگ و مراقبت از راه دور تأثیر بسزایی در کنترل و مدیریت دیابت داشـــته است. با وجود تفاوت در گروه هدف و روش کار، نتایج مشابهی در دو مطالعه به دست آمده است که می‌تواند نشان دهنده تأثیر مثبت تله نرسینگ در بیماری‌های مزمن باشد.

در نتایج به دســـت آمده تفاوت میانگین نمرات بیماران دو گروه آموزش حضوری و کنترل بعد از مداخله معنادار بوده اســـت. در آموزش حضوری آموزش دهنده و بیمار با یکدیگر ارتباط مستقیم دارنـــد و همین موضوع باعث افزایش تعامل بین آن‌ها می‌شـــود. برقراری ارتباط چشمی، کلامی و استفاده از زبان بدن در آموزش حضوری و چهره به چهره می‌تواند بازدهی آموزش را افزایش دهد. همســـو با نتایج مطالعه حاضر در این قسمت، پژوهش آقاخانی و همکاران بود که با هدف بررســـی تأثیـــر آموزش خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران بستری مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام شد، آموزش چهره به چهره موجب افزایش خودکارآمدی بیماران گروه مداخلـــه گردید (۲۹). هرچند در مطالعه فوق گروه هدف و همچنین محتوای مطالعه با مطالعه حاضر متفاوت است اما نتایج مشابهی حاصل شده است.

در ادامه نتایج به دست آمده، پس از مداخله میزان خودکارآمدی بیماران گروه مداخله حضوری افزایش بیشتری نسبت به بیماران با مداخله تله نرســـینگ داشـــت. در پژوهش انجام شـــده توسط شـــجاعی و همکاران با عنوان بررســـی مقایسه آموزش به بیمار و پیگیری تلفنی توسط پرستار بر میزان اضطراب بیماران مبتلا به نارســـایی قلبی انجام گرفت، بین میزان اضطراب بیماران دو گروه آموزش حضوری و پیگیری تلفنی پس از مداخله اختلاف معنادار آماری وجود داشت (۳۰).

از جملـــه محدودیت‌هـــای مطالعـــه حاضر عدم همـــکاری بیمار جهت شـــرکت در مطالعه که با صحبت کردن و تشـــریح مزایای آموزش‌های خودکارآمدی بیماران جهت همکاری و ادامه مطالعه ترغیب شـــدند و ضعف عده‌ای از بیماران در خواندن و نوشتن که با همکاری همراهان بیمار و آموزش دهنده پرسشـــنامه‌ها تکمیل شـــد. از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به سه گروهی بودن (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل)، حجم نمونه مناســـب و استفاده از پرسشنامه استاندارد با پایایی مناسب اشاره کرد.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]

[DOI: 10.22034/10.4.362]

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین خودکارآمدی بیماران سه گروه آموزش حضوری، تله نرسینگ و کنترل پس از مداخله اختلاف معنادار آماری وجود داشت و میزان تأثیر مداخله حضوری بیشتر از تله نرسینگ بوده است. به نظر می‌رسد استفاده از روش‌های جدید مشاوره‌ای همچون تله‌نرسینگ در کنار سایر روش‌های سنتی مانند آموزش چهره به چهره بر میزان خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز مؤثر است. از روش‌های فوق می‌توان به طور ساده، آسان، ارزان قیمت و قابل اجرا در تمام مراکز درمانی و یا به صورت انفرادی در منزل به کار برد و می‌توان انتظار داشت که استفاده از این روش‌ها بتواند گامی مهم در جهت ارتقاء خودکارآمدی بیماران تحت همودیالیز باشد. این پژوهش می‌تواند پایه‌ای برای پژوهش‌های آینده باشد. لذا، پیشنهادهایی مانند مقایسه تأثیر آموزش به روش همتا و سایر روش‌های جدید آموزش بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ارائه می‌گردد که امید است با انجام مطالعات بیشتر در این زمینه، دانش موجود توسعه یافته و در عمل جهت این بیماران به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان است که با شماره ۱۴۰۱۰۲۰۶۸۸۳ در تاریخ ۱۴۰۱/۰۲/۱۵ تصویب شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تویسرکان و بیماران عزیزی که همکاری لازم را داشتند، کمال تشکر و قدردانی را نمایند.

تضاد منافع

بدین وسیله کلیه نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. Brunner LS. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
2. Taheri BAH, Salar A. The effect of family empowerment model on self-care in hemodialysis patients of zahedan, Iran. Health Scope. 2021; 10(1): 90-95. (Persian). https://brieflands.com/articles/healthscope-90951.html DOI:10.5812/jhealthscope.90951
3. Pranata S, Wu SF, Chu CH, Nugroho KH. Precision health care strategies for older adults with diabetes in Indonesia: A Delphi consensus study. Medical Journal of Indonesia. 2021; 30(3): 221-7. DOI:10.13181/mji.oa.215525
4. Ban M. Relationship between Depression, Self-efficacy and Treatment Adherence in Peritoneal Dialysis Patients. J Korea Converg Soc. 2021; 12(6): 279-287. DOI:10.15207/JKCS.2021.12.6.279
5. Davari L, Eslami A, Hasanzadeh A. Evaluation of self-care and its relationship with perceived self-efficacy in patients type 2 diabetes in Khorramabad City. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2015; 16(6): 402-10. (Persian) URL: https://ijem.sbmu.ac.ir/browse.php?a_id=1653&sid=1&slc_lang=en
6. Kazemi S, Didarlo A, Khalkhali H, Feizi A. Studying the relationship between self-efficacy and dietary adherence, in patients under hemodialysis. J Nurse Midwifery. 2018; 15(11): 835-42. (Persian). https://www.sid.ir/EN/JOURNAL/ViewPaper.aspx?ID=581668
7. Lai P-C, Wu S-FV, Alizargar J, Pranata S, Tsai J-M, Hsieh N-C, editors. Factors influencing self-efficacy and self-management among patients with pre-end-stage renal disease (Pre-ESRD). Healthcare; 2021: 9(3): 266. DOI: 10.3390/healthcare9030266 PMID: 33801477 PMCID: PMC8000963
8. Smaeli M, Alikhani M, Hosseini F. The quality of life and self efficacy of the patients under hemodialysis. Iran Journal of Nursing. 2005; 18(41-42): 77-8. (Persian). URL:https://ijn.iums.ac.ir/article-1-20-fa.html
9. Wang J, Yue P, Huang J, Xie X, Ling Y, Jia L, et al. Nursing intervention on the compliance of hemodialysis patients with end-stage renal disease: A meta-analysis. Blood purif. 2018; 45(1-3): 102-9. DOI:10.1159/000484924
10. Alikari V, Tsironi M, Matziou V, Tzavella F, Stathoulis J, Babatsikou F, et al. The impact of education on knowledge, adherence and quality of life among patients on haemodialysis. Qual Life Res. 2019; 28(1): 73-83. DOI:10.1007/s11136-018-1989-y PMID: 30178430
11. Ralston JD, Hirsch IB, Hoath J, Mullen M, Cheadle A, Goldberg HI. Web-based collaborative care for type 2 diabetes: A pilot randomized trial. Diabetes Care. 2009; 32(2): 234-9. DOI:10.2337/dc08-1220 PMID: 19017773 PMCID: PMC2628685
12. Gottlieb LN, Feeley N, Dalton C. The collaborative partnership approach to care-a delicate balance: Revised reprint: Elsevier Health Sciences; 2005.
13. Shahsavani A, Kiani F. Investigating the effect of telenursing on health promoting behaviours of haemodialysis patients in education hospitals in Zahedan in 2017-2018. J. Evolution Med Dent Sci. 2019; 8(44): 3326-31. (Persian). DOI:10.14260/jemds/2019/722
14. Ranegger R, Hackl WO, Ammenwerth E. A proposal for an austrian Nursing Minimum Data Set (NMDS). Appl cli inform. 2014; 198(2): 253-47. DOI: 10.4338/ACI-2014-04-

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]
[DOI: 10.22034/10.4.362]

RA-0027

15. Baghiani MM, Taheri G, Fallahzadeh H, Parsa M. The effect of instructional designed SMS based on Health Belief Model (HBM) on adoption of self-care behavior of patients with type II diabetes. Modern Care Journal. 2014; 11(1): 10-18. (Persian) URL: https://www.magiran.com/paper/1279097/the-effect-of-instructional-designed-sms-based-on-health-belief-model-hbm-on-adoption-of-self-care-behavior-of-patients-with-type-ii-diabetes?lang=en
16. Bikmoradi A, Masmouei B, Ghomeisi M, Roshanaei G. Impact of tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study in Iran. Int J Med Inform. 2016; 86: 43-48. (Persian). DOI:10.1016/j.ijmedinf.2015.12.001 PMID: 26725694
17. Place J, Farret A, Del Favero S, Bruttomesso D, Renard E. Assessment of patient perceptions about web telemonitoring applied to artificial pancreas use at home. J diabetes sci technol. 2014; 8(2): 225-9. DOI: 10.1177/1932296814525540 PMID: 24876571 PMCID: PMC4455392
18. Baraz S, Mohammadi I, Boroumand B. A comparative study on the effect of two methods of self-care education (direct and indirect) on quality of life and physical problems of hemodialysis patients. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2006; 9(1): 71-22. (persian). http://jams.arakmu.ac.ir/browse.php?a_id=253&sid=1&slc_lang=en
19. Modanloo S, Zolfaghari M, Dehghankar L, Mohamammadi Y, Mohammadkhani Ghiasvand A. Assessment the effect of Small Message Service (SMS) follow up on self efficacy in dialysis patients. Iran J Nurs Res. 2014; 8(4): 61-71. (persian). http://ijnr.ir/article-1-1307-en.html
20. Besharti N, Jafari F, Zarei F. Comparison of the effect of verbal and nonverbal education based on self-efficacy theory on the self-efficacy of osteoporosis prevention behavior in brides who were referred to pre-marriage counselling center in Zanjan in 2017. Iran J Health Educ Health Promot . 2018; 6(4): 358-366. (Persian) DOI:10.30699/acadpub.ijhehp.6.4.358
21. Mohammad Amini Z, Narimani M, Brahmand T, N S. Relationship between emotional intelligence and self-efficacy compartion of mental health in students habits excellent student Psychology Research Branch Islamic Azad University (Isfahan). 2008; 10: 35-36. (Persian)
22. Heydarzadeh n, Rezaee M, habibzadeh h. Effect of Peer Education on Self-efficacy of Dialysis Patients Referring to Educational-medical Centers in Urmia in 2019. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2020; 9(3): 719-27. (Persian). http://jcnm.skums.ac.ir/browse.php?a_id=1219&sid=1&slc_lang=en
23. Golmohamadi F, Aghakhani N, Khadem Vatan k, Alinejad V. The effect of self-care education on the self efficacy in myocardial infraction hospitalized patiants in Seyid Al-Shohada educational & treatment center, Urmia 2017. Nursing and Midwifery Journal. 2018; 16(6): 412-22. (Persian). URL: http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3314-en.html
24. Mohamadinejad F, Pedram Razi S, Aliasgharpour M, Tabari F, Kazemnejad A. Effect of patient education program on self-efficacy in patients with diabetes. Iranian Journal of Nursing Research. 2015; 10(1): 35-41. (Persian). URL: http://ijnr.ir/browse.php?a_id=1479&sid=1&slc_lang=en
25. Smith K, Herman M, Smith C. The role of catastrophizing beliefs in effective chronic pain treatment. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy. 2015; 33(3): 308-24. DOI:10.1007/s10942-015-0220-0
26. Poorgholami F, Jahromi MK. Effects of self-care education with telephone follow-up on self-efficacy level in hemodialysis patients. Biosci Biotechnol Res Asia. 2016; 13(1): 375-81. (Persian). URL:http://www.biotech-asia.org/vol13no1/effects-of-self-care-education-with-telephone-follow-up-on-self-efficacy-level-in-hemodialysis-patients/
27. Wong CK, Wong WC, Lam CL, Wan YF, Wong WH, Chung KL, Dai D, Tsui EL, Fong DY. Effects of Patient Empowerment Programme (PEP) on clinical outcomes and health service utilization in type 2 diabetes mellitus in primary care: An observational matched cohort study. PloS one. 2014; 9(5): e95328. DOI: 10.1371/journal.pone.0095328 PMID: 24788804 PMCID: PMC4006782
28. Kotsani K, Antonopoulou V, Kountouri A, Grammatiki M, Rapti E, Karras S, et al. The role of telenursing in the management of diabetes type 1: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2018; 80: 29-35. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2018.01.003 PMID: 29353709
29. Aghakhani N, Golmohamadi F, Khademvatan K, Alinejad V. The effect of self-care education on the self efficacy in myocardial infarction hospitalized patients in Seyeid Al-Shohada educational & treatment center, Urmia. Nursing and Midwifery Journal. 2018; 16(6): 412-22. (Persian)
30. Shojaee A, Tahrir B, Naderi N, Zareian A. Effect of patient education and telephone follow up by the nurse on the level of hope in patients suffering from heart failure. Journal of Nursing Education. 2013; 2(1): 16-26. (Persian). URL:https://jne.ir/browse.php?a_id=95&sid=1&slc_lang=en

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2025-05-13]

[DOI: 10.22034/10.4.362]