

تأثیر کاربرد مدل مراقبتی سینرزی بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیز بستری در بیمارستان نمازی شیراز

مینو متقی^۱، فاطمه زارعی^۲

۱. دکتری پرستاری، استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران
۲. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران

افلاک/سال یازدهم/ شماره ۴۰ و ۴۱/ پائیز و زمستان ۱۳۹۷

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی حاصل احساس خوب بودن است. بیماری‌های مزمن کلیوی از جمله بیماری‌هایی هستند که تمام جنبه‌های سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سینرزی، مدلی است که توانایی‌های پرستاران را با ویژگی‌های بیماران در هم می‌آمیزد تا بالاترین نتایج را بدست دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر کاربرد مدل سینرزی بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش کمی، نیمه تجربی و تک‌گروهی بود که در بخش همودیالیز بیمارستان نمازی شیراز انجام شد. تعداد ۳۰ نفر بیمار و ۱۵ نفر پرستار به روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه شدند. مداخله شامل آموزش مدل سینرزی به پرستاران بود. داده‌ها قبل و دو ماه بعد از مداخله، با استفاده از فرم مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ و چک لیست سینرزی جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از آزمون‌های تی زوجی، رگرسیون و همبستگی استفاده شد.

یافته‌ها: آموزش مدل سینرزی به پرستاران باعث بهبود نمرات هشت بعد کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی و دو بعد کلی سلامت جسمانی و سلامت روان در بیماران دیالیزی شد ($p=0/000$).

نتیجه‌گیری: آموزش مدل سینرزی به پرستاران، تأثیر چشمگیری بر افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی داشته دارد و دوره‌های آموزشی این مدل پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، بیماران دیالیزی، مدل سینرزی

آدرس مکاتبه: کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)

پست الکترونیک: fatemehzareei918@yahoo.Com

مقدمه

سلامتی مهمترین مسأله‌ای است که بیش از هر چیز در زندگی انسانها مطرح می‌باشد. سلامتی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی دارای ۳ بعد جسمی، روانی و اجتماعی است. بیماری‌های مختلف از جمله بیماری‌های مزمن سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی افراد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند و با توجه به درمان‌های موجود، طول عمر این بیماران رو به افزایش است (۱). از میان بیماری‌های مزمن، نارسایی مزمن کلیه از جمله رنج‌آورترین دردهای بشری است و به صورت یک اپیدمی در حال گسترش می‌باشد (۲). بیماری مزمن کلیوی، فرآیندی فیزیوپاتولوژیک با علل متنوع است که به کاهش اجتناب‌ناپذیر تعداد و عملکرد نفرون‌ها و معمولاً منجر به ختم بیماری کلیوی مرحله نهایی می‌گردد (۳). روند رو به رشد این بیماران در جهان، بیانگر آن است که تعداد بیماران تحت درمان‌های جایگزین، مثل پیوند کلیه، دیالیز و همودیالیز نیز رو به فزونی است (۴). این بیماری از جمله بیماری‌هایی هستند که نه تنها سلامت جسمی بلکه ابعاد دیگر سلامتی را نیز به مخاطره می‌اندازند. در حال حاضر، این بیماران در صورت عدم دریافت موفق کلیه، با استفاده از روش‌های نوین درمانی از جمله همودیالیز، از مرگ زود رس‌هایی می‌یابند و در عین حال، گرفتار طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی می‌شوند که در مجموع کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). از جمله دلایل افزایش بیماری‌های مزمن کلیوی می‌توان سالمند شدن جمعیت، افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی (۶)، ابتلا به فشار

خون، دیابت، بهبود روش‌های درمانی، پیشرفت‌های صنعتی و تکنولوژی را نام برد (۷). طبق گزارش‌های مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه ایران در سال ۸۶، حدود ۲۹۰۰۰ نفر در کشور مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی بودند که از این تعداد ۱۴۰۰۰ نفر تحت درمان با همودیالیز قرار داشتند. آمار بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران سالانه حدود ۱۵ درصد افزایش می‌یابد (۸). یکی از درمان‌هایی که برای این بیماری وجود دارد، همودیالیز است. عوارض این روش درمانی شامل پرفشاری خون شریانی، بی‌اشتهایی، کم‌خونی، نداشتن قدرت تمرکز حواس برای طولانی مدت، استئودیسستروفی کلیوی، تغییر در عادت ماهانه، کاهش میل جنسی، خارش و عفونت پوست مسیر شریانی-وریدی که همه این موارد کیفیت زندگی بیماران را مختل کرده و باعث افسردگی و گاهی خودکشی در آنها می‌گردد (۹). مشکل عمده بیماران دیالیزی که موجب پیچیده‌تر شدن شرایط کیفی زندگی آنان می‌گردد، مسایل روان-اجتماعی ناشی از بیماری، روش‌های مقابله و تطابق و سازگاری با بیماری است. که تمام موارد بیان شده می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را کاهش دهد. از آنجایی که این بیماران مدت زیادی را در بیمارستان جهت انجام همودیالیز بستری می‌گردند نوع مراقبت‌های پرستاری می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار باشد (۱۱). یکی از مدل‌های ارائه مراقبت پرستاری مدل سینرزی می‌باشد. مدل سینرزی در سال ۱۹۹۳ توسط انجمن پرستاران مراقب ویژه آمریکا مطرح شد. این مدل با بکارگیری راه‌های مختلف باعث پیشرفت صلاحیت‌های پرستار و اطمینان از حداکثر هماهنگی

وی با نیازهای فردی بیماران می‌گردد. مفهوم اصلی این مدل بیانگر این است که نیازها یا خصوصیات بیماران و خانواده‌ها با خصوصیات یا ویژگی‌های پرستاران در تقابل و تأثیرپذیری می‌باشند. سینرزی زمانی برقرار می‌شود که نیازها و خصوصیات بیماران، واحد بالینی با سیستم و با قابلیت‌های پرستاران، هماهنگ گردد (۱۳). در این مدل، هشت خصوصیت پرستاران بخش‌های ویژه شامل قضاوت بالینی، حمایت و طرفداری معنوی و اخلاق، فعالیت‌های مراقبتی، هماهنگی و تعاون، تفکر سیستمی، پاسخ به تضادها، تحقیقات بالینی و تسهیل یادگیری و هشت خصوصیت بیماران این بخش‌ها شامل بازگشت به وضعیت قبل، آسیب‌پذیری، ثبات، پیچیدگی، در دسترس بودن منابع، مشارکت در مراقبت، مشارکت در تصمیم‌گیری و قابلیت پیش بین، مورد تأکید قرار می‌گیرد (۱۰). چک لیست سینرزی خصوصیات بیماران و توانایی‌های پرستاران را در قبال نحوه تعامل با بیماران بیان می‌کند. آموزش این مدل به پرستاران با توجه به واقع‌نگری در مورد توانایی‌های پرستار و بیمار، می‌تواند پرستاران را یاری نماید که علاوه بر خدمات مربوط به انجام وظایف پرستار خویش، در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران نیز بکوشند. بیمارانی که درمان همودیالیزی دریافت می‌کنند کیفیت زندگی پایین‌تری در مقایسه با جمعیت‌های عمومی دارند. عقیده بر این است که کیفیت زندگی معیار مهمی است که اثربخشی مراقبت‌های پرستاری را نشان می‌دهد و پیش بینی وقوع و ناتوانی و مرگ‌ومیر افراد را میسر می‌سازد. اگر چه درمان‌های جایگزین مانند دیالیز به حفظ جان بیماران کمک

می‌کند، اما به حداکثر رساندن کیفیت زندگی بیماران هدف عمده دیالیز می‌باشد. مدل سینرزی در بیماران مبتلا به سندروم حاد کرنر مورد بررسی قرار گرفته و در مشارکت در درمان مؤثر بوده است. این مدل در مشارکت پرستاران بخش ویژه نیز مؤثر بوده است (۱۱). بنابراین با توجه به اهمیت مراقبت پرستاری و کیفیت زندگی بیماران و نیز با توجه به اینکه در مطالعات پیشین به‌ویژه در مطالعات داخلی، تأثیر کاربرد مدل مراقبتی سینرزی بر کیفیت زندگی بیماران مورد توجه و بررسی قرار نگرفته است، (این مدل تنها در بیماران قلبی و پرستاران بخش قلبی مورد مطالعه قرار گرفته است) در این پژوهش سعی شده است تأثیر کاربرد مدل مراقبتی سینرزی بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بستری در بیمارستان نمازی شیراز در سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک پژوهش کمی از نوع نیمه‌تجربی و به صورت تک‌گروهی است که در آن گروه مداخله و کنترل یکی هستند. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران همودیالیزی بیمارستان نمازی شیراز در سال ۱۳۹۳ بود که در زمان انجام پژوهش ۱۰۰ نفر بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری آسان استفاده شد. در نمونه‌گیری آسان، بخشی از جمعیت مورد مطالعه که در دسترس است (افرادی که در شیفت کاری حضور دارند) انتخاب می‌شود. پژوهشگر به بخش همودیالیز بیمارستان نمازی مراجعه و ضمن معرفی خود به گروه مورد پژوهش در این تحقیق و با رعایت اصول اخلاقی تحقیق و

معیارهای ورود (تحت همودیالیزی بودن، مراجعه به بخش دیالیز در طی دوره پژوهش، نداشتن مشکل بینایی، گفتاری و شنوایی و ارتباط مناسب برقرار کند، انجام همودیالیز مرتب (هفته‌ای ۲-۳ بار) و برای پرستاران: تمایل پرستاران برای یادگیری و به کار بردن مدل سینرژي و بیان اهداف تحقیق برای گروه مورد نظر شروع به نمونه‌گیری کرد. در این مطالعه ۳۰ نفر از بیماران و ۱۵ نفر از پرستاران با رضایت و آمادگی در پژوهش همکاری نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه‌ای بود که شامل دو بخش اطلاعات دموگرافیک: (سن، جنس، وضعیت‌تأهل، اشتغال، میزان تحصیلات) و SF-36 و همچنین از چک لیست مدل سینرژي استفاده شد. پرسشنامه SF-36 که توسط وار و شروبون (۱۹۹۲) طراحی شده، ابزاری مناسب برای ادراک فرد از سلامتی خود می‌باشد. این پرسشنامه ۳۶ سؤال را شامل می‌شود که هشت خرده‌مقیاس مرتبط با سلامت را می‌سنجد: عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت‌روان. به طور کلی این پرسشنامه دو رویکرد جسمانی و روانی را می‌سنجد و چک لیست سینرژي به توانایی‌های پرستاران که ۸ بعد و ویژگی‌های بیماران که ۸ بعد را در بر می‌گیرند، مقیاس ۱، ۳، ۵ داده می‌شود. نمره ۵ متعلق به فرد با توانایی بالا و نمره ۱ مربوط به فرد با توانایی کم است. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه SF-36 توسط منتظری و همکاران (۱۲) به اثبات رسیده است (آلفا کرونباخ ۰/۷۷-۰/۹۰). جهت روایی چک لیست مدل سینرژي از روایی صوری

استفاده گردید. در این روش با مراجعه به کارشناسان، متخصصان و اساتید دانشگاه آزاد اصفهان (خوراسگان) و دانشگاه علوم پزشکی شیراز و جمع‌آوری نظرات ایشان اصلاحات انجام و چک لیست اصلاح شد. برای تعیین پایایی، این چک لیست علاوه بر بیمارستان نمازی در دو بیمارستان دیگر توزیع و توسط ده نفر از بیماران و پرستاران تکمیل شد. پایایی چک لیست خصوصیات پرستاران در دو بیمارستان دیگر و بیمارستان نمازی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۹۶ و پایایی چک لیست خصوصیات بیماران به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۹۵ بدست آمد. روش گردآوری اطلاعات در این پژوهش میدانی بود. قبل از آموزش مدل سینرژي فرم رضایت آگاهانه به صورت کتبی تکمیل گردید. پرسشنامه SF-36 و اطلاعات دموگرافیک بعد از تکمیل فرم رضایت آگاهانه از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل شد. چک لیست مربوط به پرستاران از طریق شناخت قبلی و توسط مسئول بخش تکمیل گردید. چک لیست مدل سینرژي برای بیماران نیز بعد از کاربرد مدل از طریق مصاحبه تکمیل شد. هر سؤال چک لیست دارای سه امتیاز ۱، ۳، ۵ می‌باشد که میانگین ۸ سؤال برای هر فرد نمره او را تعیین کرد. بیماران با امتیازات بالا به پرستاران با امتیاز کم و بالعکس تعلق گرفت. برای هر پرستار با توجه به امتیاز آن دو بیمار تعیین گردید (بیمار با امتیاز کمتر برای پرستار با امتیاز بالاتر برای مثال بیمارانی که خصوصیاتشان در سطح یک می‌باشد توسط پرستارانی که سطح توانایی‌شان در سطح پنج می‌باشد مراقبت می‌شوند). سپس در یک کارگاه دو روزه در حدود ۴ ساعت، مدل سینرژي، کاربرد و ویژگی‌های

آن در پرستاران و بیماران تشریح گردید. پس از تعیین بیماران هر پرستار، از آنها خواسته شد تا بر اساس مدل سینرزی از بیمارانشان مراقبت به عمل آورند، بیماران تعیین شده برای هر پرستار در روز اول تا پایان مطالعه تحت مراقبت ایشان می‌باشد و پرستار تعیین شده بیمار را از لحاظ روحی روانی، جسمی، معنوی، اجتماعی، خانوادگی، تغذیه مورد ارزیابی قرار دهد و در صورت هرگونه مشکل و نیاز به پیگیری پزشکی حتماً به پزشک معالج اطلاع دهد. پژوهشگر جهت رفع هر گونه اشکال در اجرای مدل و راهنمایی پرستاران روزانه در محل پژوهش حضور داشت. پس از دو ماه پرسشنامه کیفیت زندگی مجدد تکمیل شد. جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با توجه به اهداف و فرضیه‌ها و روش تحقیق از آزمون‌های تی، رگرسیون و همبستگی استفاده شده است. جهت آزمون فرضیه اصلی پژوهش (کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی قبل و بعد از آموزش مدل سینرزی به پرستاران تفاوت معنی‌داری دارد) از آزمون تی زوجی استفاده شده است. جهت آزمون رابطه بین متغیرهای سن و تحصیلات با کیفیت زندگی از آزمون‌های همبستگی و رگرسیون استفاده شده است. آزمون تی مستقل نیز برای بررسی آزمون تفاوت بین متغیرهای جنسیت و وضعیت‌تأهل با کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفت. اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نحوه توزیع بیماران شرکت‌کننده در مطالعه بر اساس متغیرهای دموگرافیک وضعیت‌تأهل، جنسیت، سن و

تحصیلات مورد مطالعه در جدول شماره یک نشان داده شده و نشان‌دهنده تأثیر متغیرهای دموگرافیک بر مقیاس سلامت‌عمومی به عنوان یک شاخص از کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. بر اساس این جدول با افزایش سطح تحصیلات بیماران کاربرد مدل سینرزی بر کیفیت زندگی آنها مؤثر نیست.

جدول شماره دو بیانگر این است که بر اساس مدل سینرزی کیفیت مراقبت پرستاران در ابعاد حمایت معنوی و همکاری با دیگران در سطح متوسط و در سایر ابعاد در سطح بالا قرار دارند.

نتایج جدول شماره سه بیانگر این نکته است که بیماران فقط در دو بعد بازگشت به وضعیت قبل و توانایی پیش بینی در سطح یک قرار دارند و در سایر ابعاد دارای ویژگی متوسط و متوسط به بالا هستند.

جدول شماره چهار نشان‌دهنده داده‌های مربوط به تحلیل تأثیر کاربرد مدل سینرزی و اختصاص بیماران با سطح پایین به پرستاران با سطح بالا و بالعکس، بر سلامت عمومی بیماران می‌باشد. نتایج جدول بیانگر این موضوع می‌باشد که نمرات کیفیت زندگی قبل و بعد از کاربرد مدل مراقبتی سینرزی در تمام ابعاد تفاوت معنادار دارد.

جدول شماره ۱: آمار توصیفی متغیرهای دموگرافیک بیماران و ارتباط آنها با کاربرد مدل سینرزی بر کیفیت زندگی آنان

متغیر	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	p-value
مردان	قبل	۱۸	۶۴/۸۷	۸/۱۴	-۴/۰۹	۰/۰۰۱
	بعد	۱۸	۶۹/۴۰	۶/۶۱		
زنان	قبل	۱۲	۶۶/۸۳	۸/۵۹	-۲/۸۶	۰/۰۱۶
	بعد	۱۲	۷۰/۳۶	۷/۵۳		
بی سواد	قبل	۸	۶۵/۵۴	۳/۷۹	-۲/۸۲	۰/۰۲۶
	بعد	۸	۷۰/۶۳	۷/۵۳		
تحصیلات ابتدایی	قبل	۳	۶۰/۲۲	۵/۳۳	-۱۶/۲۵	۰/۰۰۴
	بعد	۳	۶۴/۹۳	۴/۸۹		
تحصیلات راهنمایی	قبل	۸	۶۳/۷۵	۸/۳۵	-۲/۵۰	۰/۰۴۱
	بعد	۸	۶۸/۱۲	۹/۲۳		
تحصیلات متوسطه	قبل	۷	۷۳/۷۶	۷/۲۳	-۱/۲۳	۰/۲۶۲
	بعد	۷	۷۶/۳۷	۴/۸۵		
تحصیلات دانشگاهی	قبل	۴	۶۰/۱۶	۱۰/۱۱	-۲/۸۲	۰/۰۶۷
	بعد	۴	۶۷/۴۵	۴/۹۶		
افراد متأهل	قبل	۲۳	۶۷/۱۶	۷/۱۴	-۳/۵۸	۰/۰۰۲
	بعد	۲۳	۷۰/۳۷	۶/۵۶		
افراد مجرد	قبل	۷	۶۰/۷۱	۱۰/۱۵	-۴/۸۰	۰/۰۰۳
	بعد	۷	۶۷/۸۶	۸/۰۹		
سن ۳۰ و کمتر	قبل	۴	۵۷/۵۰	۹/۵۷	-۳/۰۰	۰/۰۵۸
	بعد	۴	۶۵/۰۰	۵/۷۷		
سن ۳۰-۴۰ سال	قبل	۷	۶۵/۰۹	۸/۱۷	-۶/۵۵	۰/۰۰۱
	بعد	۷	۷۱/۷۰	۸/۵۳		
سن ۴۱-۵۰ سال	قبل	۴	۷۵/۰۰	۴/۰۸	۰/۰۰۰	۱
	بعد	۴	۷۵/۰۰	۷/۰۷		
سن ۵۱-۶۰ سال	قبل	۶	۶۵/۱۱	۱۰/۴۹	-۱/۴۰	۰/۲۱۸
	بعد	۶	۶۷/۴۶	۸/۳۰		
سن ۶۰ سال به بالا	قبل	۹	۶۵/۹۲	۲/۹۵	-۳/۰۸	۰/۰۱۵
	بعد	۹	۶۹/۸۸	۳/۵۴		

آزمون همبستگی بین سن و کیفیت زندگی بعد از کاربرد مدل سینرزی: ضریب همبستگی: ۰/۳۲، Sig: ۰/۰۰۱

جدول شماره ۲: فراوانی توانایی های پرستاران شرکت کننده در مطالعه بر اساس ویژگی های مدل سینرزی

ویژگی	سطح ۱		سطح ۳		سطح ۵	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
قضاوت بالینی	۲	۱۳/۳	۶	۴۰	۷	۴۶/۷
حمایت معنوی و اخلاقی	۴	۲۶/۷	۶	۴۰	۵	۳۳/۳
رفتارهای مراقبتی	۳	۲۰	۲	۱۳/۳	۱۰	۶۶/۷
همکاری با دیگران	۳	۲۰	۹	۶۰	۳	۲۰
تفکر سیستمی	۳	۲۰	۵	۳۳/۳	۷	۴۶/۷
پاسخ به تضادها	۲	۱۳/۳	۴	۲۶/۷	۹	۶۰
تحقیقات بالینی	۴	۲۶/۷	۳	۲۰	۸	۵۳/۳
تسهیل یادگیری	۴	۲۶/۷	۳	۲۰	۸	۵۳/۳

جدول شماره ۳: فراوانی توانایی‌هایی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه بر اساس ویژگی‌های مدل سینرزی

ویژگی	سطح ۱		سطح ۳		سطح ۵		میانگین (سطح)
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
بازگشت به وضعیت قبل	۴۰	۷	۲۳/۳	۱۱	۲۶/۷	۳	۱۲
آسیب پذیری	۳۰	۱۰	۳۳/۳	۱۱	۳۶/۷	۳	۹
ثبات	۳۰	۱۳	۴۳/۳	۸	۲۶/۷	۳	۹
پیچیدگی	۳۰	۹	۳۰	۱۲	۴۰	۳	۹
در دسترس بودن منابع	۲۳/۳	۱۳	۴۳/۳	۱۰	۳۳/۳	۳	۷
مشارکت در مراقبت	۳۰	۹	۳۰	۱۲	۴۰	۳	۹
مشارکت در تصمیم‌گیری	۲۰	۱۴	۴۶/۷	۱۰	۲۳/۳	۳	۶
توانایی پیش‌بینی	۴۳/۳	۷	۲۳/۳	۱۰	۳۳/۳	۳	۱۳

جدول شماره ۴: نتایج آزمون مقایسه زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی قبل و بعد از کاربرد مدل سینرزی

متغیر	آزمون	میانگین	انحراف معیار	t	p-value
کارکرد جسمی	قبل	۶۹/۶	۱۹/۵	-۵/۲۱	۰/۰۰۰
	بعد	۸۹/۸	۶/۷		
بهبود نقش بخاطر سلامت جسمی	قبل	۳۹/۶	۴۰/۲	-۶/۲۲	۰/۰۰۰
	بعد	۸۲/۵	۲۰/۹		
بهبود نقش بخاطر سلامت هیجانی	قبل	۳۵/۵	۴۴/۵	-۷/۳۴	۰/۰۰۰
	پس	۹۶/۶	۱۸/۲		
انرژی	قبل	۵۱/۵	۱۰/۵	-۳/۹۰	۰/۰۰۱
	بعد	۶۲/۰	۸/۲		
بهبودی هیجانی	قبل	۴۹/۷	۱۶/۹	-۵/۰۰	۰/۰۰۰
	پس	۶۶/۴	۸/۴		
کارکرد اجتماعی	قبل	۵۰/۴	۲۷/۳	-۴/۶۴	۰/۰۰۰
	بعد	۷۵/۸	۱۴/۲		
کاهش درد	قبل	۶۸/۰	۲۴/۲	-۵/۲۲	۰/۰۰۰
	بعد	۸۸/۷	۱۶/۲		
سلامت عمومی	قبل	۶۵/۶	۸/۲	-۵/۰۴	۰/۰۰۰
	بعد	۶۹/۷	۶/۸		
سلامت جسمی (کل)	قبل	۶۰/۷	۱۸/۰	-۷/۲۵	۰/۰۰۰
	بعد	۸۲/۷	۹/۳		
سلامت روانی (کل)	قبل	۴۶/۸	۲۰/۷	-۶/۹۹	۰/۰۰۰
	بعد	۷۵/۲	۱۰/۱		

بحث

کیفیت زندگی افراد معیار مهمی است که اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد، شناسایی شیوه‌های مناسب ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، می‌تواند رویکردهای مناسبی را برای کاهش عوارض نامطلوب بیماری ایجاد نماید. بر اساس یافته‌ها در این پژوهش، ۶ بعد از ابعاد توانایی‌های پرستاران (قضاوت بالینی، رفتارهای مراقبتی، تفکر سیستمی، پاسخ به تضادها، تحقیقات بالینی و تسهیل یادگیری) در سطح بالایی بوده است و در بعد رفتارهای مراقبتی پرستاران بهترین عملکرد را داشته‌اند؛ به عبارت دیگر در تمامی ابعاد، توانایی‌های پرستاران در سطوح متوسط و بالاتر بوده و یا کیفیت مراقبت آنان در سطح بالایی بوده است. در بعد همکاری با دیگران و حمایت معنوی و اخلاقی پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش در سطح متوسط می‌باشند که به دلیل مراقبت موردی در بخش دیالیز و جدایی خانواده و بیمار در نظام مراقبت بهداشتی در ایران می‌باشد. در مطالعه کریم یار جهرمی (۱۳۹۲) پرستاران در حیطه رفتارهای مراقبتی بهترین عملکرد (۹۷/۹۲) را داشته‌اند که با مطالعه ما هم جهت می‌باشد. (۱۴،۱۳) و با مطالعه خلیفه‌زاده و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان «کاربرد مدل سینرزی در آموزش بالینی دانشجویان پرستاری ویژه کارشناسی ارشد و بیماران مبتلا به اختلالات قلب و عروق» هم خوانی دارد، در این مطالعه نیز در مشارکت و همکاری‌های بین حرفه‌ای مقیاس عملکرد دانشجویان ۳ (متوسط)، بوده است (۱۵). نتایج چک لیست ویژگی‌های بیماران نشان داد غیر از

ویژگی‌های بازگشت به وضعیت قلبی و توانایی پیش‌بینی بیشترین فراوانی در سطح یک قرار دارد. در ویژگی‌های آسیب‌پذیری، پیچیدگی و مشارکت در مراقبت بیشترین فراوانی در سطح پنج قرار دارد. در سایر ویژگی‌ها بیماران در سطح متوسط قرار دارند. در مطالعه کریم‌یار جهرمی (۱۳۹۲) با عنوان بررسی خصوصیات بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونر بر اساس مدل سینرزی، یافته‌ها نشان داد که حداکثر فراوانی بیماران در خصوصیات آسیب‌پذیری و پیچیدگی در سطح ۱، در موارد ثبات و مشارکت در تصمیم‌گیری سطح ۳ و در ویژگی‌های بازگشت، منابع، مشارکت در مراقبت و پیش‌بینی در سطح ۵ قرار داشته‌اند که مشارکت در تصمیم‌گیری فقط با مطالعه ما همسو می‌باشد (۱۴،۱۳). این تفاوت نتیجه می‌تواند به علت آگاهی بیشتر بیماران دیالیزی از بیماری خود نسبت به بیماران قلبی باشد نتایج آزمون مقایسه زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی قبل و بعد از بکارگیری مدل سینرزی نشان داد کاربرد مدل سینرزی، تفاوت معنی‌دار بین وضع تأهل و مقیاس‌های کارکرد جسمی، بهبود نقش بخاطر سلامت جسمی، بهبود نقش تأهل و مقیاس‌های کارکرد اجتماعی و نمره کلی سلامت جسمی وجود نداشته است و تفاوت بین وضع تأهل و مقیاس‌های انرژی، بهزیستی هیجانی کارکرد اجتماعی و نمره کلی سلامت روانی معنی‌دار است. به این معنی که در هر چهار مقیاس انرژی، بهزیستی هیجانی کارکرد اجتماعی و نمره کلی سلامت روانی، افراد متأهل به طور معنی‌دار در مقایسه با افراد مجرد، نمره بالاتری دارند. بعد از کاربرد مدل سینرزی، تفاوت معنی‌دار بین

داشته است که با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشته (۱۹). متغیر سن رفتار متفاوتی را نشان می‌دهد. در تمامی سنین کاربرد مدل سینرزی موجب افزایش میانگین نمرات سلامت عمومی شده است که در گروه سنی ۳۰-۴۰ سال و ۶۰ سال به بالا که بیشترین فراوانی را دارد، معنی‌دار و در سایر گروه‌های سنی معنی‌دار نیست. آزمون همبستگی کیفیت زندگی عمومی و سن نشان می‌دهد که کاربرد مدل سینرزی، بین سن و مقیاس‌های کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار وجود ندارد؛ و افراد با سنین مختلف به طور مشابه، کیفیت زندگی‌شان افزایش یافته است. این یافته از تحقیق با یافته‌های بوکله و همکاران (۲۰۰۸) ناهمسو و با یافته‌های رامبد و همکاران (۱۳۸۷) همسو بوده است. (۱۸-۱۹). داده‌های مربوط به متغیر جنس نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌دار بین زن و مرد در مقیاس‌های کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش مدل سینرزی وجود ندارد، بنابراین جنسیت تأثیری در کیفیت زندگی بیماران دیالیزی قبل و بعد از کاربرد مدل سینرزی نداشته است، در پژوهش نامداری و همکاران (۱۳۹۲)، در میانگین نمره کیفیت زندگی و جنسیت تفاوت معناداری وجود داشته است که با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد (۲۰). این تفاوت نتیجه می‌تواند به علت فرهنگ افراد و اینکه در مطالعه ما کیفیت زندگی به صورت قبل و بعد از مداخله و مقایسه‌ای انجام شده است ولی در مطالعه نامداری و همکاران غیر مقایسه‌ای بوده است.

نتیجه‌گیری

کاربرد مدل مراقبتی سینرزی تأثیر قابل توجهی بر تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی داشت و باعث بهبود

وضع تأهل و مقیاس‌های کیفیت زندگی بجز مقیاس کارکرد جسمی وجود ندارد و تفاوت بین وضع تأهل و کارکرد جسمی معنی‌دار است. در مطالعه موردی هاردین و هوسی (۲۰۰۳) نتایج نشان داد که بعد از کاربرد مدل سینرزی، بیمار، رژیم‌غذایی مناسبی پیدا کرده و روحیه بالاتری نسبت به زندگی پیدا کرده است که با این مطالعه همسو می‌باشد. (۱۶) همچنین در مطالعه صالح مقدم و همکاران (۱۳۸۷) نتایج نشان داد که کیفیت زندگی در زیر بعدهای فیزیکی، روانی، سلامت عمومی بعد از کاربرد مدل سینرزی افزایش چشمگیری داشته‌اند که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد. (۱۷) داده‌های مربوط به متغیر تحصیلات نشان داد که در افراد با تحصیلات بی‌سواد، ابتدایی و راهنمایی، اثر کاربرد مدل سینرزی بر کیفیت زندگی معنی‌دار است اما در تحصیلات بالاتر از راهنمایی بی‌معنی شده است؛ به عبارت دیگر کاربرد این مدل تغییری در نمرات کیفیت زندگی بیماران با تحصیلات بالاتر از راهنمایی ایجاد نکرد. بنابراین هرچه تحصیلات بیماران پایین‌تر باشد کاربرد این مدل مراقبتی برای آنان سودمندتر است. در مطالعه رامبد و همکاران (۱۳۸۷)، کیفیت زندگی با سطح تحصیلات در ارتباط بوده است که با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشته (۱۹) و با مطالعه نامداری و همکاران (۱۳۹۲) هم‌خوانی نداشت (۲۰). بر اساس نتایج این جدول تأثیر تأهل بر کیفیت زندگی در هر دو گروه متأهلین و مجردان معنی‌دار است. بنابراین کاربرد این مدل چه در بیماران متأهل و چه در بیماران مجرد مؤثر می‌باشد. در مطالعه رامبد و همکاران (۱۳۸۷) وضعیت تأهل بر کیفیت زندگی ارتباط معناداری

کیفیت زندگی بیماران در تمام ابعاد شد. در تبیین نتایج فوق باید گفت که بر اساس مدل سینرزی، نیازها یا خصوصیات بیماران با خصوصیات یا ویژگی‌های پرستاران در تقابل و تأثیرپذیری می‌باشند. آموزش این مدل به پرستاران با توجه به واقع‌نگری در مورد توانایی‌های پرستار و بیمار، پرستاران را یاری می‌نماید که علاوه بر خدمات مربوط به انجام وظایف پرستاری خویش، در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران نیز بکوشند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد پژوهشگر با عنوان تأثیر کاربرد مدل مراقبتی سینرزی بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیز بستری در بیمارستان نمازی شیراز در سال ۱۳۹۳ می‌باشد که در تاریخ ۱۳۹۳/۱/۲۷ با شماره ثبت ۲۳۸۱۰۱۰۳۹۲۲۰۰۲ در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) انجام شده است. کد اخلاق پژوهش نیز در تاریخ ۱۳۹۳/۳/۷ با شماره ۴۹۱۳۱۵ صادر شده است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند مراتب امتنان و تشکر صمیمانه خود را از مسئولان و پرستاران دلسوز بخش همودیالیز بیمارستان نمازی شیراز و نیز پرسشگرانی که در این تحقیق ما را یاری نمودند؛ اعلام نمایند.

References

1. Hasanzade M. Evaluating the effect of consulting on quality of life of patients undergoing hemodialysis. Complex of articles of the 1th national conference of dialysis and kidney transplantation nursing. Mashhad, Iran: University of Mashhad 2007; (1): 48-49.
2. Sajadi M, Akbari A, Kianmehr M, Atarodi-Bimarghi A. Investigating the relationship between self-caring and depression in patients under hemodialysis treatment. Publication of Ofoghe-danesh 2007; 14 (1): 13-17.
3. Longo D, Fauci A, Kasper D. Harrison's Principles of Internal Medicine 2010; Am J Kidney Dis; 29 (4): 584-92.
4. Glover C, Banks P, Carson A, Martin CR, Duffy T. Understanding and assessing the impact of end-stage renal disease on quality of life. A systematic review of the content validity of self-administered instruments used to assess health-related quality of life in end stage renal disease 2011; 4 (1):19-30
5. Tayyebi A, Salimi H, Mahmoodi H, Tadrissi D. Comparing quality of life of dialysis and kidney transplantation patients. Journal of special care nursing 2010; 2 (2): 7-8.
6. Jager KJ, Van Dijk PC, Dekker FW, Stengel B, Simpson K, Briggs JD. The epidemic of aging in renal replacement therapy: An update on elderly patients and their outcomes. Clinical Nephrology 2003; 60: 352– 360.
7. Apostolou T. Quality of life in the elderly patients on dialysis. International Urology & Nephrology 2007; 39: 679–683.
8. Rambod M, Rafii F, Hosseini F. Quality of life in patients with end stage renal disease. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Hayat) 2008; 14 (2): 51-61.
9. Miller DC. Handbook of Nursing Design and Social Measurement 2003; 5th ed. Newbury park Co ,980.
10. Kaplow R, Hardin S. Critical Care Nursing Synergy for Optimal Outcomes 2007; 1st ed. Canada: Jones and Bartlette.
11. Baljani E, Rahihmi Zh, Sasan A. The effect of self-management programs on the quality of life in patients undergoing hemodialysis. The journal of Urmia nursing and midwifery faculty 2014; 12 (9): 824-815.
12. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. Determining Persian reliability and validity of SF-36 questionnaire. Research-scientific Journal of Payesh 2005; 5(1): 29-35.
13. Karimyar Jahromi M. Performance quality of special care units' nurses based on synergy model. Iranian Journal of nursing 2013; 26 (82): 74-83.

14. Karimyar Jahromi M. Investigating characteristics of patients with chronic syndrome of coronary disease based on synergy model. *Iranian Journal of nursing* 2013; 6 (2): 127-134.
15. Khalifehzadeh A, Tavasoli A, Golshahi J, Sanei H, Mirdehghan A, Paydar Z, Daneshgar N, *et al.* Synergy Model in clinical teaching of critical care MSc nursing students and cardiovascular diseases patients. *arya atherosclerosis Journal* 1389; 10 (5): 593-601.
16. Hardin S, Hussey L. AACN Synergy Model for Patient Care Case Study of a CHF Patient *Crit Care Nurse* 2003; 23 (1): 73-6.
17. Saleh-moghaddam A, Farsh T. Effect of training nurses on stress level and quality of life of dialysis patients. *Complex of articles of the 1th national conference of dialysis and kidney transplantation nursing.* Mashhad, Iran: University of Mashhad 2007: 58.
18. Bohlke M, Nunes D, Marini S, Kitamura C, Andrade M, Von-Gysel M. Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J* 2008; 126 (5): 252-6.
19. Rambod M. Rafiee F. Hoseini A F. Quality of life of patients with chronic renal disease and related factors. *Iranian Journal of Nursing* 2010; 23 (63): 35-42.
20. Namdar A. Beigizade S. Najafipour S. Quality of life related to health in dialysis patients. *Journal of Medical Sciences University of Jahrom* 2013; 10 (4): 19-27.

The Effect of Synergy Model Application on Quality of life in Patients undergoing Hemodialysis in Namazi Hospital of Shiraz; 2014

Minoo Motaghi¹, Fatemeh Zarei²

1. ph.D, Department of Nursing, Khorasgan (Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2. M.Sc, Department of Nursing, Khorasgan (Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract

Background and Aim: Quality of life is a direct result of the sense of well-being. Chronic kidney disease is a kind of disease that affects all aspects of health. Synergy is a professional model that investigates characteristics of nurses and care needs of patient from different aspects to gain maximum results. This study is done to see the impact of training of synergy model to nurses on the quality of life of dialysis patients in Shiraz Namazi Hospital.

Materials and Methods: This is a quantitative-semi empirical-single group study. Statistical population of this study includes all dialysis patients in Namazi hospital in 1393 (100 people). 30 sample patients and 15 nurses are identified and simple sampling is used. The intervention was education of synergy model in nurses. The data were completed before and after 12 weeks of intervention, using demographic data form, SF-quality of life questionnaire, and synergy checklist. Data were analyzed using t-test, regression and correlation.

Results: The findings of this study showed that education of synergy model in nurses improved the quality of life scores of eight dimensions of dialysis patients including, physical function, physical pain, social function, emotional role, general health and two dimensions of physical health and mental health (P= 0.000).

Conclusion: This study showed that tainting synergy model to nurses has a considerable impact on increasing life quality of Hemodialysis patients.

Keywords: Quality of life, Dialysis patients, Synergy model