

Research Paper

Effect of an Intervention Based on the Family-centered Empowerment Model on the Resilience of Family Caregivers of Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial



Farnaz Kiani¹, *Fatemeh Salmani^{1*}, Mehrdad Azarbarzin¹

1. Department of Nursing, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.



Citation Kiani F, Salmani F, Azarbarzin M. [Effect of an Intervention Based on the Family-centered Empowerment Model on the Resilience of Family Caregivers of Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J.* 2023; 16(10):844-857. <https://doi.org/10.32598/qums.16.10.2737.1>



Received: 30 Sep 2022

Accepted: 26 Nov 2022

Available Online: 01 Jan 2023

Keywords:

Empowerment,
Resilience, Caregivers,
Hemodialysis

ABSTRACT

Background and Objectives Chronic kidney disease is a debilitating disease that can also affect the family caregivers of patients. Increasing awareness and empowering caregivers can improve the physical and mental condition of patients and the resilience of caregivers. This study aims to evaluate the effect of an intervention based on the family-centered empowerment model (FCEM) on the resilience of family caregivers of hemodialysis patients.

Methods This is a randomized controlled clinical trial. Sixty family caregivers of patients in the hemodialysis department of Imam Khomeini Hospital in Kermanshah, Iran were selected by a random sampling method using a random number table. Then, they were randomly divided into two groups of intervention (n=30) and control (n=30). The assessment tools were a demographic form and the Connor-Davidson resilience scale. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data in SPSS software, version 18.

Results The results of independent t-test showed that the mean resilience score at baseline was not significantly different between the two groups (P=0.29). After the intervention, it was significantly increased in the intervention group compared to the control group (P<0.001). In addition, there was a statistically significant difference between pre- and post-intervention scores of resilience in the intervention group (P<0.001), but no significant difference was found in the control group (P=0.17).

Conclusion The FCEM-based intervention increases the resilience of family caregivers of hemodialysis patients. Therefore, it is recommended that the planners in nursing education should make nurses aware of the importance of providing family-centered care to hemodialysis patients' families for increasing their resilience.

* Corresponding Author:

Fatemeh Salmani

Address: Nursing and Midwifery Development Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Najaf Abad, Iran.

Tel: +98 (913) 3260668

E-Mail: f-salmani@iaun.ac.ir



Extended Abstract

Introduction

Chronic kidney disease is an irreversible and progressive loss of kidney function. It is also known as end-stage renal disease where high amounts of nitrogenous waste materials accumulate in the blood, and can cause death if there is no renal replacement therapy. Therefore, the need for dialysis or kidney transplantation is necessary at this stage. This disease can be treated with alternative treatments such as hemodialysis, peritoneal dialysis, and kidney transplantation. Of these, about 90.6% of patients prefer to use hemodialysis. Although this method increases the life span of patients, it can cause many problems. These patients suffer from a high degree of disability, loss of function and family dependence; weekly hemodialysis sessions weaken the patients and disrupt their functional independence; hence, they need more support from others, including caregivers. Family members have the greatest contribution in patient care and disease management, Caregivers devote most of their time to meeting the hemodialysis patient's needs including drug prescription, assistance for hemodialysis, the necessity of lifelong hemodialysis, daily check-ups, compliance with personal hygiene, and having kidney-friendly diet, as well as frequent hospitalizations, which affect the social, economic and psychological status of caregivers and lead to their depression, reduced quality of life, and reduced resilience. Increasing awareness and empowering caregivers of hemodialysis patients can improve the resilience of caregivers and the physical and mental conditions of patients. This study aims to determine the effect of an intervention based on the family-centered empowerment model (FCEM) on the resilience of family caregivers of hemodialysis patients.

Methods

This is a randomized controlled clinical trial. Sixty family caregivers of patients in the hemodialysis department of Imam Khomeini Hospital in Kermanshah, Iran were selected by a random sampling method using a random number table. Then, they were randomly divided into two groups of intervention (n=30) and control (n=30). The inclusion criteria were: Caregiving for at least 4 hours a day and spending the most time with the patient (according to the patients' reports), not having a medical profession or medical education, no mental illnesses or anxiety disorders, willingness to participate in the study, ability to learn, and age 18-65 years. Exclusion criteria were: Death of patient, absence from two intervention sessions, diagnosis of a new disease in the patient, and unwillingness to continue participation.

The assessment tools included a demographic form (surveying age, sex, marital status, educational level, frequency of hemodialysis, history of kidney transplant, caregiver's relationship with the patient, place of residence, patient's occupation) and the Connor-Davidson resilience scale. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the collected data in SPSS software, version 18

Results

The results of independent t-test showed that the mean resilience score at baseline was not significantly different between the two groups ($P=0.29$). After the intervention, it was significantly increased in the intervention group compared to the control group ($P<0.001$). In addition, there was a statistically significant difference between pre- and post-intervention scores of resilience in the intervention group ($P<0.001$), but no significant difference was found in the control group ($P=0.17$).

Discussion

The results of the present study showed that, before the intervention, the mean resilience score of caregivers in the intervention and control groups was not significantly different; it was at a moderate level. After the intervention, it increased highly in the intervention group. Regarding the subscales of resilience, the results showed that the mean scores of personal competence, trust in one's instincts, positive acceptance of change and secure relationships, spirituality and control before the intervention were not significantly different between the two groups. After the intervention, the mean scores of personal competence, trust in one's instincts, positive acceptance of change and secure relationships and spirituality were significantly increased in the intervention group than in the control group. The difference in the control subscale score was not significantly different between the two groups. Furthermore, the results showed that the mean pretest and post-test scores of the subscales of personal competence, trust in one's instincts, positive acceptance, spirituality, and control were significantly different in the intervention group, but no significant difference was found in the control group. This indicates that the FCEM-based intervention was effective in increasing the resilience of caregivers of hemodialysis patients. Therefore, it is recommended to pay attention to the empowerment of family members in the treatment of hemodialysis patients, and interventions such as education, counseling, family therapy should be used to increase resilience of caregivers to improve the quality of patient care and ensure the physical and mental health of caregivers.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study has an ethical approval obtained from [Islamic Azad University of Najafabad Branch](#) (Code: IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.165) and was registered by the Iranian Registry of Clinical Trials (Code: IRCT20211102052943N1).

Funding

This study was extracted from a thesis. It was not funded by any organizations.

Authors contributions

The authors contributed equally to preparation of this article.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the patients and families as well as the personnel of Imam Khomeini Hospital in Kermanshah city for their cooperation in this study.

مقاله پژوهشی

تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز:
یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفیفرناز کیانی^۱، *فاطمه سلمانی^۱، مهرداد آذربزین^۱

۱. گروه پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

Use your device to scan
and read the article onlineCitation Kiani F, Salmani F, Azarbarzin M. [Effect of an Intervention Based on the Family-centered Empowerment Model on the Resilience of Family Caregivers of Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*. 2023; 16(10):844-857. <https://doi.org/10.32598/qums.16.10.2737.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۰۸ مهر ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۰۵ آذر ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۱

زمینه و هدف: نارسایی مزمن کلیوی یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده است که مراقبین خانوادگی را درگیر می‌کند. افزایش آگاهی و توانمند کردن مراقبین بیماران می‌تواند در بهبود وضعیت جسمی و روانی بیمار و مراقبین آن‌ها تأثیر داشته باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز انجام گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی است. ۶۰ نفر از مراقبین خانوادگی بیماران بخش همودیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه با روش نمونه‌گیری تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. سپس با استفاده از روش تصادفی ساده به ۲ گروه آزمایش و کنترل ۳۰ نفره تقسیم شدند. ابزار اندازه‌گیری، شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره تاب‌آوری قبل از مداخله بین ۲ گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنادار نداشت ($P=0/29$)؛ اما بعد از مداخله در گروه آزمایش به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P<0/001$). همچنین قبل و بعد از مداخله میانگین نمره تاب‌آوری مراقبین در گروه آزمایش تفاوت معنادار آماری داشت ($P<0/001$). اما در گروه کنترل اختلاف معنادار نداشت ($P=0/17$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد الگوی توانمندسازی خانواده‌محور باعث افزایش تاب‌آوری مراقبین بیماران می‌شود. از این رو پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزان، طراحان و مجریان آموزش پرستاری، برنامه‌های آموزشی را به نحوی تنظیم کنند که پرستاران با میزان اهمیت پیگیری خانواده‌های بیماران آشنا شوند و با ارائه آموزش‌های صحیح و اصولی در جهت ارائه مراقبت‌های خانواده‌محور برای افزایش تاب‌آوری آن‌ها اقدام کنند.

کلیدواژه‌ها:

توانمندسازی، تاب‌آوری، مراقبین، دیالیز کلیوی

* نویسنده مسئول:

فاطمه سلمانی

نشانی: نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی.

تلفن: ۰۹۸ ۳۲۶۰۶۶۸ (۹۱۳)

رایانامه: f-salmani@iaun.ac.ir

مقدمه

زیادی روبه‌رو هستند. در این میان مراقبین خانواده مقیم، بار بیشتری در رابطه با کسانی که در خانه‌های جداگانه زندگی می‌کنند را تجربه می‌کنند [۱۰، ۱۱]. مراقبین بیشتر وقت خود را برای تأمین نیازهای بیمار اختصاص می‌دهند. نیازهای بیماران از جمله تجویز دارو، همراهی با بیمار برای همودیالیز، لزوم انجام همودیالیز به‌صورت مادام‌العمر، بررسی روزانه، رعایت بهداشت فردی و رژیم غذایی مناسب کلیه و همچنین بستری‌های مکرر بیماران بر وضعیت اجتماعی، اقتصادی و روانی مراقبت‌کننده تأثیر می‌گذارد و به افسردگی، کاهش کیفیت زندگی، کاهش تاب‌آوری مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز منجر می‌شود [۸].

تاب‌آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلا، فشارهای جانکاه، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن بر اثر آن تجارب اطلاق می‌شود. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت و توسعه می‌یابد و به‌عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌شود [۱۲]. تاب‌آوری شامل ۵ مؤلفه است که عبارت‌اند از: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی که تمام این مؤلفه‌ها در درون فرد وجود داشته و نشانه ویژگی‌های درون‌فردی است که باعث می‌شود فرد بتواند در برابر حوادث و ناملازمات زندگی دچار انحراف از سلامتی نشود. سطح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجانات مثبت به‌منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. نتایج تحقیقات در سال‌های اخیر نشان می‌دهد تاب‌آوری یک توانمندی ذاتی نبوده و قابل‌دستیابی و یادگیری است [۱۳]. منابع خانوادگی قوی، مانند جو خانوادگی مثبت، روابط نزدیک در خانواده، تحصیلات والدین و محیط سازمان‌یافته از عواملی هستند که باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود. بنابراین آموزش و توانمندسازی خانواده سهم بالایی در بهبود تاب‌آوری مراقبین و بهبود وضعیت جسمی و روحی بیمار و مراقبین آن‌ها دارد.

کوکپه‌ارا و همکارانش (۲۰۲۰) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر میانجی تاب‌آوری بر رابطه بین عملکرد خانواده و بهزیستی روانی در بیماران همودیالیزی، به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری، رابطه بین عملکرد خانواده، به‌ویژه سازگاری و ارتباط خانواده، و سلامت روانی بیماران دیالیزی را به‌طور کامل تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۴].

از آنجایی که نقش خانواده در حمایت و مراقبت از بیماران تحت همودیالیز مهم است با افزایش توانمندسازی خانواده بیماران، می‌توان عوارض ناشی از بیماری مزمن بر روی بیمار و خانواده را کاهش داد [۱۵]. یکی از الگوهای مفید در آموزش خانواده‌محور، الگوی توانمندسازی خانواده‌محور الحانی و همکاران (۱۳۸۳) است که جهت توانمند کردن سیستم خانواده جهت ارتقای سطح سلامت بیمار ایجاد شده است [۱۶]. توانمندسازی بر پایه توانایی

یکی از مهم‌ترین تغییراتی که در سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایجاد شده است، انتقال اپیدمیولوژیک از بیماری‌های حاد به مزمن است که باعث افزایش تعداد بیماران ناتوان شده است [۱]. نارسایی مزمن کلیه یک سندرم صدمه پیش‌رونده کلیوی غیرقابل‌برگشت است. به‌طوری‌که کلیه‌ها عملکرد کافی برای حفظ حیات فرد را ندارند. نارسایی مزمن کلیوی مرحله نهایی بیماری کلیوی نامیده می‌شود. در این مرحله مقادیر بالایی از مواد زائد نیتروژنی در خون تجمع می‌یابد که در صورت عدم درمان جایگزین کلیوی، موجب مرگ فرد مبتلا خواهد شد [۲]. بنابراین نیاز به همودیالیز و یا پیوند کلیه در این مرحله ضروری است [۳].

این بیماری از اساسی‌ترین علل ایجاد ناتوانی در جهان است و تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری مهم از بُعد ایجاد خسارت‌های اقتصادی و انسانی تبدیل شده است [۳]. میزان رشد تعداد افراد تحت درمان همودیالیز در ایران حدود ۸ درصد است [۴]. طبق مصاحبه با سرپرستار بخش همودیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه و بررسی اسناد موجود، در سال ۱۴۰۰ حدود ۹۰ نفر بیمار ماهانه به‌صورت ثابت جهت انجام همودیالیز به این بخش مراجعه کرده‌اند.

بیماری مرحله آخر کلیوی را می‌توان با درمان‌های جایگزین مانند همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه درمان کرد که ۹۰/۶ درصد بیماران از همودیالیز استفاده می‌کنند. هدف عمده همودیالیز تا حد امکان نزدیک کردن زندگی بیمار کلیوی به زندگی عادی است [۵]. این شیوه درمانی با اینکه باعث افزایش طول عمر این بیماران می‌شود، ولی مشکلات متعددی را نیز به دنبال دارد [۶]. این بیماران از درجه بالای ناتوانی، از دست دادن عملکرد و وابستگی خانوادگی رنج می‌برند و جلسات همودیالیز در طول هفته بیماران را ضعیف کرده و استقلال عملکرد آنان را مختل می‌کند. بنابراین در این شرایط بیماران نیازمند حمایت بیشتر از سوی دیگران هستند که در این بین مراقبین خانوادگی بیشترین سهم را در مراقبت از بیمار و اداره بیماری دارند [۷]. مراقبین خانوادگی، اشخاصی هستند که در طی یک دوره بیماری و درمان آن، بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به او به‌منظور سازگاری و اداره بیماری مزمن دارند [۸].

داشتن نقش مراقب در خانواده، پدیده در حال افزایشی است که کیفیت زندگی میلیون‌ها فرد را متأثر کرده و به یکی از مشکلات سلامت جامعه تبدیل شده است، به‌گونه‌ای که از این مراقبین به‌عنوان افراد در معرض خطر بیماری یا بیماران پنهان یاد می‌شود. مراقبت از ۶۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مزمن برعهده مراقبین خانگی است [۹]. از آنجاکه اعضای خانواده معمولاً کارهای مراقبتی دشوار را بدون هیچ‌گونه دستورالعمل یا آمادگی قبلی انجام می‌دهند، در مراقبت از بیمار با مشکلات و چالش‌های

پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون بود.

مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس پنج‌گانه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) و ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات این ابزار بین حداقل نمره صفر تا حداکثر نمره ۱۰۰ بوده که نمره بالاتر نشانه تاب‌آوری بیشتر است. نقطه برش این پرسش‌نامه امتیاز ۵۰ است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آن‌اند که این آزمون دارای ۵ عامل تصور شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است.

گویه‌های مربوط به هر زیرمقیاس: زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی: (گویه‌های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵) که نمرات آن بین صفر تا ۳۲ است. زیرمقیاس اعتماد به‌غرایز فردی تحمل عاطفه منفی (گویه‌های ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰) که نمرات آن بین صفر تا ۲۸ است. زیرمقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۵، ۸) که نمرات آن بین صفر تا ۲۰ است. زیرمقیاس کنترل (گویه‌های ۱۳، ۲۱، ۲۲) که نمرات آن بین صفر تا ۱۲ است. زیرمقیاس تأثیرات معنوی (گویه‌های ۳، ۹) که نمرات آن بین صفر تا ۸ است.

روایی این ابزار توسط سامانی و همکاران (به روش تحلیل عوامل و روایی هم‌گرا و واگرا انجام شد. پایایی پرسش‌نامه در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) انجام شد که ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کرده است [۲۰].

جهت انجام این مطالعه پژوهشگر پس از تصویب طرح و گرفتن کد اخلاقی از کمیته اخلاق دانشگاه (IR.IAU. NAJAFABAD.REC.1400.165) و کد کارآزمایی بالینی (IRCT20211102052943N1)، به بیمارستان امام خمینی (ره) مراجعه کرد و پس از ارائه معرفی‌نامه و توضیح درمورد اهداف پژوهش به مسئولین مرکز و جلب موافقت و همکاری آن‌ها اقدام به نمونه‌گیری کرد.

به دلیل شرایط کووید-۱۹ جلسات در یک سالن بزرگ و ضدعفونی‌شده (سالن کنفرانس بیمارستان) برگزار شد و مواد ضدعفونی‌کننده و ماسک در اختیار افراد قرار گرفت. همچنین نحوه نشستن افراد به گونه‌ای بود که فاصله اجتماعی رعایت شود. در اولین دیدار با نمونه‌ها، مجدداً هدف از انجام پژوهش توسط پژوهشگر توضیح داده شد و فرم رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی از افرادی که مایل به شرکت در پژوهش بودند اخذ شد. ابتدا پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و تاب‌آوری کونور و دیویدسون توسط نمونه‌ها تکمیل شد.

جلسات گروه آزمایش در برنامه زمان‌بندی‌شده طی ۴ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به مدت ۴ هفته، به‌صورت جلسات گروهی، با

در حل مسئله، خوداتکایی و ایجاد اعتمادبه‌نفس، پایه اصلی ارتقای بهداشتی جامعه است که باعث تغییر در خانواده از طریق ایجاد مشارکت بین پرستار و خانواده به‌واسطه مسئولیت‌پذیری و همکاری می‌شود [۱۷].

بسیاری از برنامه‌های مداخله‌ای برای حمایت از مراقبین، باعث کاهش جنبه‌های منفی و افزایش ابعاد مثبت مراقبتی شده است. در سال‌های اخیر نیز برنامه‌های آموزشی جهت حمایت و آموزش خانواده‌ها طراحی شده‌اند، ولی تمام این برنامه‌ها جامعیت دربر گرفتن مشکلات بیمار و خانواده را ندارد [۱۸]. براساس آنچه بیان شد این مطالعه با هدف بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر تاب‌آوری مراقبین خانوادگی بیماران تحت همودیالیز انجام شده است تا بتوان رویه‌ای مفید جهت توانمند کردن خانواده بیماران تحت همودیالیز و افزایش تاب‌آوری آن‌ها را به کار برد.

روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی است. نمونه پژوهش شامل مراقبین خانوادگی بیماران بخش همودیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. تعداد نمونه ۳۰ نفر در گروه کنترل و آزمایش محاسبه شد که با این تعداد نمونه ۰/۸۰ احتمال می‌رود تفاوتی معادل ۱۲ نمره برای تاب‌آوری بین میانگین‌های دو گروه در سطح $\alpha=0/05$ معنی‌دار شود [۱۹] (فرمول شماره ۱).

$$1. n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} z_{1-\beta})^2 (\sigma + \frac{\sigma^2}{d})^2}{d^2}$$

$$\alpha=0/05 \rightarrow Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1/96$$

$$1-\beta=0/080 \rightarrow Z_{1-\beta}=0/84$$

$$\text{برای فشار مراقبتی: } \alpha_2 \approx 14/7 \rightarrow \text{برای تاب‌آوری: } \alpha_1 \approx 16/7$$

معیارهای ورود به مطالعه: مراقبی که حداقل ۴ ساعت در شبانه‌روز در امر مراقبت از بیمار دخالت داشته و بیشترین زمان را با بیمار (بنا به اظهارنظر بیمار) صرف می‌کند، نداشتن مشاغل درمانی و تحصیلات پزشکی، نداشتن بیماری‌های روانی یا اختلالات اضطرابی در مراقب خانوادگی، تمایل به شرکت در پژوهش، توانایی آموختن، سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال. معیارهای خروج از مطالعه: فوت بیمار، عدم شرکت مراقب خانوادگی در ۲ جلسه از آموزش توانمندسازی، تشخیص بیماری جدید برای بیمار، عدم تمایل به ادامه همکاری در حین پژوهش. ابزار اندازه‌گیری، شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تأهل، تحصیلات، تعداد دفعات انجام همودیالیز، سابقه اقدام برای پیوند کلیه، نسبت مراقب با بیمار، محل زندگی، شغل بیمار) و

1. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RIS)

گام چهارم (ارزشیابی): فرایند ارزشیابی برای ارزیابی مراحل الگو قبل از شروع هر جلسه با پرسش و پاسخ در مورد مباحث مطرح شده جهت اطمینان از یادگیری مطالب جلسه صورت گرفت. همچنین تمرین‌ها نیز در حضور محقق توسط مراقبین انجام می‌شد تا از یادگیری و نحوه صحیح انجام تمرین‌ها اطمینان حاصل شود.

الگوی آموزشی به کار برده شده در این پژوهش، الگوی توانمندسازی خانواده‌محور الحانی و همکاران (۱۳۸۳) بود. هدف این الگو توانمند کردن سیستم خانواده جهت ارتقای سطح سلامت بیمار است و بر مؤثر بودن نقش فرد و اعضای خانواده در سه بُعد انگیزش، روان‌شناختی (خودباوری، خودکنترلی و خودکارآمدی) و ویژگی‌های مشکل (دانش، نگرش و تهدید درک شده) تأکید دارد [۱۶].

در گروه کنترل آموزش‌های معمول و روتین بخش همودیالیز (آموزش‌های معمول که توسط پرستاران و کادر درمان به همراهان و مراقبین بیماران همودیالیزی و خانواده‌های آن‌ها داده می‌شود) به خانواده بیماران ارائه شد. به لحاظ رعایت مسائل اخلاقی بعد از اتمام تحقیق، طی یک جلسه ۲ ساعته تمامی مسائل آموزشی به مراقب اصلی خانواده در گروه کنترل آموزش داده شد و مواد آموزشی در اختیار آنان نیز قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با برنامه نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تی مستقل، تی زوجی و کای اسکوئر و آزمون فیشر) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰ بیمار با توجه به معیارهای ورود، به مطالعه راه یافتند و ریزش نمونه در این مطالعه وجود نداشت. نتایج مطالعه نشان داد میانگین سن بیماران، سن مراقبین، تعداد جلسات دیالیز و مدت زمان تماس مراقب با بیمار بین ۲ گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنادار ندارد ($P > 0/05$) (جدول شماره ۱).

نتایج آزمون کای اسکوئر نشان داد که توزیع فراوانی جنس بیماران، جنس مراقبین، سطح تحصیلات بیماران، سطح تحصیلات مراقبین، سابقه پیوند کلیه و محل زندگی بین ۲ گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار ندارد ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد توزیع فراوانی نسبت مراقبین با بیمار و شغل مراقبین بین ۲ گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار ندارد ($P > 0/05$) (جدول شماره ۲).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره تاب‌آوری قبل از مداخله بین ۲ گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنادار نداشت ($P = 0/29$)؛ اما بعد از مداخله میانگین نمره تاب‌آوری در گروه مداخله به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/001$). همچنین نتایج آزمون تی زوجی نشان داد

مشارکت فعالانه یکی از اعضای خانواده (حداقل مراقب اصلی خانواده) به‌صورت بحث و تبادل نظر و پرسش و پاسخ، توسط پژوهشگر با استفاده از وسایل کمک‌آموزشی، از جمله تخته وایت‌برد و پاورپوینت انجام شد. یک ماه پس از آخرین جلسه مجدداً پرسش‌نامه‌ها توسط مشارکت‌کنندگان در هر ۲ گروه تکمیل شد.

گام اول (درک تهدید): این گام در ۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر به روش سخنرانی و بحث گروهی با هدف افزایش دانش و شناخت و به دنبال آن درک تهدید از طریق آگاه شدن نسبت به ماهیت و عوارض، اختلالات شایع در بیماران، عوامل تغذیه‌ای، ورزش، عوامل تشدیدکننده بیماری و عوامل مؤثر در کنترل بیماری اجرا شد. برای بررسی میزان یادگیری مطالب توسط مراقبین، هم در ابتدای هر جلسه و هم حین آموزش، مطالب آموزش داده شده در جلسات قبل مورد پرسش و پاسخ قرار گرفت.

گام دوم (مشکل‌گشایی یا خودکارآمدی): این مرحله به روش بحث گروهی طی یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در این گام مراقبین خانوادگی بیماران عملاً با مشکلاتشان و فرایند حل مشکل مواجه شدند و از تجربیات یکدیگر در راستای حل مشکلات ناشی از بیماری و کنترل بهتر آن بهره‌مند شدند. در این مرحله بهترین راه جهت حل مشکلات انتخاب و در مورد سبک تغذیه، فعالیت سالم و صحیح جسمانی و ارتباط آن با کنترل بیماری و دیالیز و نکات مربوطه از جمله کاربرد فیستول و کاتتر و نحوه مراقبت از آن‌ها، راه‌های انتقال عفونت، وزن خشک و غیره به روش سخنرانی آموزش داده شد. در این مرحله هم نمونه‌هایی از مشکلات ایجاد شده برای مراقبین بررسی شد و هم محتوای مرتبط با آن‌ها آموزش داده شد.

گام سوم (مشارکت آموزشی یا خودباوری): این مرحله به روش بحث گروهی طی یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در این گام پژوهشگر پس از مشاوره با یک نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دارای صلاحیت، جهت افزایش عزت نفس و خودکنترلی، مطالب و محتوای آموزشی را جهت آموزش گردآوری کرد. مطالب آموزشی در زمینه تاب‌آوری و عوامل رسیدن به آن، ذهن‌آگاهی و روش‌های رسیدن به آن به همراه تمرینات ذهن‌آگاهی، ترس از تغییر و عوامل به‌وجود آورنده آن و راه‌های مقابله با ترس از تغییر، بهداشت روانی و راهکارهای تقویت اعتماد به نفس، به روش سخنرانی در زمینه بیماری همودیالیز در جلسات بحث گروهی به عضو فعال خانواده (مراقبین) آموزش داده شد. همچنین پس از آموزش، تمرین‌های لازم با مشارکت مراقبین انجام شد تا مراقبین از طریق مشاهده، نحوه انجام فعالیت‌ها و آموزش‌ها را بهتر یاد بگیرند. در این مرحله تکنیک‌هایی نیز به مراقب آموزش داده شد که در طی زمان‌هایی که در منزل حضور دارد و از بیمار مراقبت می‌کند انجام دهد.

معنادار آماری نداشت ($P=0/25$). اما بعد از مداخله میانگین نمره زیرمقیاس پذیرش مثبت در گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P=0/02$). نتایج آزمون تی زوجی نیز نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس پذیرش مثبت قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله تفاوت معنادار آماری داشت ($P<0/001$). اما در گروه کنترل میانگین نمره زیرمقیاس پذیرش مثبت قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری نداشت ($P=0/62$).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس تأثیرات معنوی قبل از مداخله بین ۲ گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنادار آماری نداشت ($P=0/06$). اما بعد از مداخله میانگین نمره زیرمقیاس تأثیرات معنوی در گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P=0/003$). نتایج آزمون تی زوجی نیز نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس تأثیرات معنوی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش تفاوت معنادار آماری داشت ($P<0/001$). اما در گروه کنترل میانگین نمره زیرمقیاس تأثیرات معنوی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری نداشت ($P=0/91$).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس کنترل قبل از مداخله بین ۲ گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنادار آماری نداشت ($P=0/11$). همچنین بعد از مداخله نیز میانگین نمره زیرمقیاس کنترل بین ۲ گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنادار نداشت ($P=0/07$). نتایج آزمون تی زوجی نیز نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس کنترل قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش تفاوت معنادار داشت ($P<0/001$). اما در گروه کنترل میانگین نمره زیرمقیاس کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری نداشت ($P=0/81$) (جدول شماره ۴).

میانگین نمره تاب‌آوری مراقبین قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش تفاوت معنادار داشت ($P<0/001$). اما در گروه کنترل میانگین نمره تاب‌آوری قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار نداشت ($P=0/17$) (جدول شماره ۳).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس شایستگی فردی قبل از مداخله بین ۲ گروه مداخله و کنترل اختلاف معنادار آماری نداشت ($P=0/82$). اما بعد از مداخله میانگین نمره زیرمقیاس شایستگی فردی در گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P=0/001$). نتایج آزمون تی زوجی نیز نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس شایستگی فردی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش تفاوت معنادار داشت ($P<0/001$). اما در گروه کنترل میانگین نمره زیرمقیاس شایستگی فردی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری نداشت ($P=0/14$).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی قبل از مداخله بین ۲ گروه مداخله و کنترل اختلاف معنادار آماری نداشت ($P=0/86$). اما بعد از مداخله میانگین نمره زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی در گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P<0/001$). نتایج آزمون تی زوجی نیز نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش تفاوت معنادار داشت ($P<0/001$). اما در گروه کنترل میانگین نمره زیرمقیاس اعتماد به غرایز فردی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنادار آماری نداشت ($P=0/09$).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس پذیرش مثبت قبل از مداخله بین ۲ گروه آزمایش و کنترل اختلاف

جدول ۱. تعیین و مقایسه میانگین سن بیماران و مراقبین، تعداد جلسات دیالیز و مدت زمان تماس مراقب در ۲ گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	آزمون تی مستقل	
			T	P
سن بیماران	آزمایش	۵۰/۵۰ \pm ۱۵/۰۹	۱/۸۵	۰/۰۶
	کنترل	۴۳/۷۷ \pm ۱۲/۹۲		
سن مراقبین	آزمایش	۴۳/۰۷ \pm ۱۱/۳۰	۰/۲۵	۰/۸۰
	کنترل	۴۲/۳۳ \pm ۱۰/۹۹		
تعداد جلسات دیالیز	آزمایش	۲/۷۳ \pm ۰/۴۵	-۰/۸۵	۰/۳۹
	کنترل	۲/۸۳ \pm ۰/۴۶		
مدت زمان تماس مراقب	آزمایش	۲۳ \pm ۲/۸۱	۱/۶۲	۰/۱۱
	کنترل	۲۱ \pm ۵/۵۴		

جدول ۲. تعیین و مقایسه توزیع فراوانی جنسیت بیماران و مراقبین، سطح تحصیلات بیماران و مراقبین، سابقه پیوند کلیه، محل زندگی، نسبت مراقب با بیمار و شغل مراقبین در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	نوع	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		تعداد (درصد)	χ^2	P	آزمون کای اسکوئر / آزمون دقیق فیشر
جنسیت بیماران	مذکر	۱۴ (۴۶/۶۶)	۰/۶۰	۰/۴۳	۱۷ (۵۶/۶۶)
	مؤنث	۱۶ (۵۲/۳۳)			۱۳ (۴۲/۳۳)
جنسیت مراقبین	مذکر	۱۳ (۴۲/۳۳)	۰/۰۶	۰/۷۹	۱۲ (۴۰)
	مؤنث	۱۷ (۵۶/۶۶)			۱۸ (۶۰)
سطح تحصیلات بیماران	ابتدایی	۷ (۲۲/۳۳)	۴/۹۹	۰/۱۷	۲ (۶/۶۶)
	دیپلم	۱۰ (۳۲/۳۳)			۸ (۲۶/۶۶)
	لیسانس	۱۰ (۳۲/۳۳)			۱۳ (۴۲/۳۳)
	بالتر	۳ (۱۰)			۷ (۲۲/۳۳)
سطح تحصیلات مراقبین	ابتدایی	۱۲ (۴۰)	۱/۱۹	۰/۷۵	۱۰ (۳۲/۳۳)
	دیپلم	۱۱ (۳۶/۳۳)			۱۵ (۵۰)
	لیسانس	۶ (۲۰)			۴ (۱۲/۳۳)
	بالتر	۱ (۳/۳۳)			۱ (۳/۳۳)
سابقه پیوند کلیه	بله	۶ (۲۰)	۰/۸۰	۰/۳۷	۹ (۳۰)
	خیر	۲۴ (۸۰)			۲۱ (۷۰)
محل زندگی	شهر	۲۱ (۷۰)	۳/۷۵	۰/۰۶	۲۷ (۹۰)
	روستا	۹ (۳۰)			۳ (۱۰)
نسبت یا بیمار	همسر	۱۰ (۳۲/۳۳)	۸/۶۸	۰/۱۳	۱۵ (۵۰)
	فرزند	۱۴ (۴۶/۶۶)			۵ (۱۶/۶۶)
	پدر	۱ (۳/۳۳)			۱ (۳/۳۳)
	مادر	۲ (۶/۶۶)			۱ (۳/۳۳)
	خواهر	۲ (۶/۶۶)			۵ (۱۶/۶۶)
	برادر	۱ (۳/۳۳)			۳ (۱۰)
شغل مراقبین خانوادگی	خانه‌دار	۱۱ (۳۶/۶۶)	۳/۲۷	۰/۵۶	۹ (۳۰)
	دولتی	۱ (۳/۳۳)			۱ (۳/۳۳)
	آزاد	۵ (۱۶/۶۶)			۶ (۲۰)
	بازنشسته	۳ (۱۰)			۶ (۲۰)
	بیکار	۱۰ (۳۲/۳۳)			۸ (۲۶/۶۶)

جدول ۳. تعیین و مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		آماره آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گروه آزمایش	۵۱/۸۷±۱۰/۳۹	۶۷/۹۶±۷/۸۹	-۸/۶۶	<۰/۰۰۱	P
گروه کنترل	۵۵/۱۰±۱۳/۰۸	۵۷/۳۰±۹/۷۰	-۱/۳۸	۰/۱۷	تی زوجی
آماره آزمون	تی مستقل	P	تی مستقل	P	
	-۱/۰۶	۰/۲۹	۴/۶۲	<۰/۰۰۱	

جدول ۴. تعیین و مقایسه میانگین نمرات زیرمقیاس‌های تاب‌آوری قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش و کنترل

ابعاد	گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		آماره آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
شایستگی فردی	آزمایش	۱۷/۲۳±۴/۵۳	۲۲/۳۱±۳/۰۷	-۵/۱۸	<۰/۰۰۱	P
	کنترل	۱۷/۵۳±۵/۸۱	۱۸/۶۷±۴/۴۹	-۱/۴۹	۰/۱۴	تی زوجی
	آماره آزمون	تی مستقل	P	تی مستقل	P	
		-۰/۲۲	۰/۸۲	۳/۶۲	۰/۰۰۱	
اعتماد به غرایز فردی	آزمایش	۱۳/۶۷±۲/۷۹	۱۸/۳۳±۲/۷۹	-۹/۳۹	<۰/۰۰۱	P
	کنترل	۱۳/۸۳±۴/۶۳	۱۴/۶۷±۳/۸۵	-۱/۷۲	۰/۰۹	تی زوجی
	آماره آزمون	تی مستقل	P	تی مستقل	P	
		-۰/۱۶	۰/۸۶	۴/۲۱	<۰/۰۰۱	
پذیرش مثبت	آزمایش	۱۰/۹۳±۲/۷۴	۱۳/۵۷±۲/۶۴	-۵/۱۱	<۰/۰۰۱	P
	کنترل	۱۱/۸۰±۳/۰۵	۱۲/۱۰±۲/۱۵	-۰/۴۹	۰/۶۲	تی زوجی
	آماره آزمون	تی مستقل	P	تی مستقل	P	
		-۱/۱۵	۰/۲۵	۲/۳۵	۰/۰۲	
تأثیرات معنوی	آزمایش	۴/۸۷±۱/۷۱	۵/۸۳±۱/۴۶	-۶/۵۲	<۰/۰۰۱	P
	کنترل	۴/۶۷±۱/۵۸	۴/۷۰±۱/۴۱	-۰/۱۰	۰/۹۱	تی زوجی
	آماره آزمون	تی مستقل	P	تی مستقل	P	
		۱/۸۷	۰/۰۶	۳/۰۴	۰/۰۰۳	
کنترل	آزمایش	۶/۱۷±۲/۶۲	۸/۱۰±۲/۰۵	-۳/۹۹	<۰/۰۰۱	P
	کنترل	۷/۲۷±۲/۷۰	۷/۱۷±۱/۹۳	۰/۳۳	۰/۸۱	تی زوجی
	آماره آزمون	تی مستقل	P	تی مستقل	P	
		-۱/۵۹	۰/۱۱	۱/۸۱	۰/۰۷	

بحث

بین مادر و فرزند تاب‌آوری مادران در حد بالا گزارش شده است.

همچنین نتایج مطالعه یی و همکارانش (۲۰۱۵) در کشور چین که بر روی ۱۲۵ نفر از والدین کودکان مبتلا به سرطان انجام شد نشان می‌دهد میزان تاب‌آوری در این افراد تقریباً متوسط بود. این نتایج با نتایج پژوهش حاضر همسو است [۲۲]. با توجه به اینکه در این مطالعه نیز خانواده به‌طور طولانی‌مدت درگیر بیماری مزمن کودکان بوده است، می‌توان این مطالعات را با هم مقایسه کرد.

استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در مطالعات مختلفی بر روی فشار مراقبتی [۲۳]، خودکارآمدی [۲۴]، کیفیت زندگی [۲۵] و خودمراقبتی بیماران تحت همودیالیز یا خانواده آن‌ها [۲۶] انجام شده است که تمام این مطالعات به تأثیر مثبت این الگو اشاره دارند. یافته‌های مطالعه ستوده و همکاران (۲۰۱۹) نشان می‌دهد برنامه آموزشی مبتنی بر خانواده می‌تواند به کاهش فشار مراقبتی بیماران تحت همودیالیز منجر شود [۲۷]. نتایج مطالعه ربیعی و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد مراقبت از بیمار همودیالیزی می‌تواند شرایط استرس‌زا را برای مراقبین ایجاد کند و توانمندسازی مراقبین از طریق اجرای مداخلات برای یادگیری و روش‌های مدیریت مراقبت از بیمار، موجب بهبود رفاه آن‌ها خواهد شد. بنابراین می‌توان بار مراقبتی مراقبین را کاهش داد و با اجرای برنامه‌های توانمندسازی می‌توان خودکارآمدی آن‌ها را بهبود بخشید [۱۰]. صالحی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه‌شان به این نتیجه رسیدند که حمایت و افزایش دانش اعضای خانواده در زمینه نیازهای خودمراقبتی بیماران مزمن بهترین منبع برای حمایت بیمار و تقویت سازگاری آن با شرایط موجود و حفظ کیفیت زندگی آن‌هاست [۲۸]. طاهری و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌شان به این نتیجه رسیدند که آموزش و پیگیری خانواده‌محور می‌تواند در بهبود آگاهی، عملکرد و نگرش بیماران همودیالیزی با مشکل خودمراقبتی بسیار مؤثر باشد [۶].

تمام این مطالعات نشان داده‌اند که توانمندسازی خانواده‌محور تأثیرات مثبتی بر روی بیماران همودیالیز و مراقبین آن‌ها دارد که همسو با مطالعه ماست. در مطالعه حاضر نیز نشان داده شد که توانمندسازی مراقبین بیماران همودیالیز با استفاده از الگوی توانمندسازی خانواده‌محور توانسته است نمره کل و نمره تمام ابعاد تاب‌آوری مراقبین را افزایش دهد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر با مطالعه مرادی و همکاران (۱۳۹۸) همسو است در این مطالعه، مرادی نشان داد تاب‌آوری بیماران همودیالیزی با آموزش‌های مرتبط در زمینه همودیالیز افزایش یافته است. با این تفاوت که در مطالعه حاضر مراقبین بیماران همودیالیز با الگوی توانمندسازی خانواده‌محور تحت آموزش قرار گرفتند، اما در پژوهش مرادی آموزش‌ها به بیماران ارائه شد [۲۹]. همچنین نتایج مطالعه کوکیهارا و همکارانش (۲۰۲۰) تحت عنوان «بررسی اثر واسطه‌ای تاب‌آوری بین عملکرد خانواده و بهزیستی روانی در بیماران

همان‌طور که در جداول مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی ملاحظه شد، کلیه اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران در ۲ گروه آزمایش و کنترل همسان بودند و تفاوت معنادار آماری بین ۲ گروه مشاهده نشد. بنابراین عدم وجود اختلاف معنادار در هریک از متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان‌دهنده بی‌تأثیر بودن آن‌ها در تغییرات تاب‌آوری مراقبین دارای بیمار همودیالیز در گروه آزمایش و کنترل است.

نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمره تاب‌آوری مراقبین بیماران بخش همودیالیز قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار آماری داشت. بدین‌صورت که قبل از مداخله میانگین نمره تاب‌آوری مراقبین بیماران همودیالیز در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار آماری نداشت و در حد متوسط بود. ولی بعد از مداخله در گروه آزمایش افزایش زیادی داشت. به‌طوری‌که قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش تفاوت معنادار داشته است که نشان می‌دهد اجرای الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در افزایش میزان تاب‌آوری مراقبین بیماران بخش همودیالیز مؤثر بوده است.

همچنین در ارتباط با زیرمقیاس‌های تاب‌آوری، نتایج نشان داد که میانگین نمره زیرمقیاس‌های شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، پذیرش مثبت، تأثیرات معنوی و کنترل قبل از مداخله بین ۲ گروه اختلاف معنادار نداشت، اما بعد از مداخله میانگین نمره زیرمقیاس‌های شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، پذیرش مثبت و تأثیرات معنوی در گروه آزمایش به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود؛ اما بعد از مداخله میانگین نمره زیرمقیاس کنترل بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری نداشت؛ همچنین نتایج نشان داد میانگین نمره زیرمقیاس‌های شایستگی فردی، اعتماد به‌غرایز فردی، پذیرش مثبت، تأثیرات معنوی و کنترل قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش تفاوت معنادار داشت اما در گروه کنترل اختلاف معناداری نداشت.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان تاب‌آوری مراقبین خانوادگی قبل از مداخله در حد متوسط است. درحالی‌که در مطالعه جعفری و همکاران (۱۴۰۱) با عنوان «بررسی وضعیت تاب‌آوری در مادران کودکان تحت دیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران» میانگین تاب‌آوری مادران در سطح قوی قرار داشت. همچنین میانگین ابعاد شایستگی فردی، استحکام شخصی، اعتماد به‌غرایز شخصی، پذیرش مثبت، کنترل و معنویت در افراد بالا بود [۲۱]. شاید دلیل این مغایرت این باشد که مطالعه حاضر در بزرگسالان انجام گرفته است و مراقبین، از افراد مختلف (برادر، خواهر، مادر، پدر، فرزند و همسر) خانواده بوده‌اند، ولی در مطالعه جعفری مادران فقط در مطالعه شرکت داده شده‌اند و به دلیل رابطه قوی

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از بیماران و خانواده مبتلایان به همودیالیز بیمارستان امام خمینی (ره) کرمانشاه که در انجام این پژوهش با آنها همکاری کرده‌اند، اعلام می‌دارند.

همودیالیزی در ژاپن « نشان داد، تاب‌آوری با عملکرد خانواده، به‌ویژه سازگاری و ارتباط خانواده و سلامت روانی بیماران دیالیزی ارتباط دارد. مطالعه حاضر نشان داد سازگاری خانواده و ارتباطات بالاتر به تاب‌آوری بیشتر و در نتیجه سلامت روانی بهتر منجر می‌شود [۱۴]. نتایج پژوهش‌های بیان شده با نتایج پژوهش حاضر همسو است. این نتایج نشان می‌دهد به‌منظور حفظ سلامت روانی و جسمی بیماران همودیالیز و مراقبت بهتر از آنها، توسعه تاب‌آوری مراقبین یک عامل حیاتی است. ارائه الگوی توانمندسازی به خانواده و مراقبین بیماران همودیالیز در قالب الگوی توانمندسازی خانواده‌محور، می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری مراقبین این بیماران شود و در نتیجه تحمل و گذراندن دوره‌های درمانی برای مراقب و بیمار تسهیل شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد الگوی توانمندسازی خانواده‌محور باعث افزایش تاب‌آوری مراقبین بیماران همودیالیز می‌شود. از این رو پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌های سیستم درمانی به نقش اعضای خانواده در درمان این بیماران توجه شود و مداخلاتی از قبیل آموزش بیمار و مراقب وی، مشاوره، خانواده‌درمانی، گروه‌های حمایتی و خدمات ارجاعی جهت افزایش تاب‌آوری مورد توجه قرار گیرد تا هم کیفیت مراقبت از بیمار بهتر شود و هم سلامت جسمی و روانی مراقب به‌عنوان بیماران پنهان تضمین شود.

محدودیت‌های این پژوهش شامل وضعیت عاطفی افراد مورد پژوهش بود که می‌تواند بر پاسخ‌دهی آنها تأثیرگذار باشد. همچنین مدت‌زمان درگیر بودن با بیماری می‌توانست تاب‌آوری مراقبین را تحت تأثیر قرار دهد که همسان‌سازی آنها در گروه‌ها توسط تخصیص تصادفی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر حاصل پایان‌نامه با کد اخلاق IR.IAU. NAJAFABAD.REC.1400.165 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20211102052943N1 است.

حامی مالی

این تحقیق هیچ کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیر انتفاعی دریافت نکرد. تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Sajadi SA, Ebadi A, Moradian ST. Quality of life among family caregivers of patients on hemodialysis and its relevant factors: A systematic review. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2017; 5(3):206-18. [PMID] [PMCID]
- [2] Mofard M, Shiri H. [Principles of intensive care in ICU-CCU and dialysis (Persian)]. Tehran: Noor Danesh Publications; 2015. [Link]
- [3] Baghcheghi N, Koohestani HR. [Comparison of depression and quality of life between patients on hemodialysis and their spouses (Persian)]. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2020; 28(2):136-43. [DOI:10.30699/ajnmc.28.2.136]
- [4] Mortazavi G, Tabkhi N, Azizi T, Haqshen H. [Iran's dialysis perspective in 2021 (Persian)]. *Dialysis Monthly*, 2021. [Link]
- [5] Cagan O, Unsal A, Celik N, Yilmaz AT, Culha I, Eren HK. Care burden of caregivers of hemodialysis patients and related factors. *Int J Caring Sci*. 2018; 11(1):279-84. [Link]
- [6] Salar A, Kermansaravi F, Navidian A, Taheri B. [The effect of a family-centered empowerment model on quality of life in dialysis patients (Persian)]. *Payesh*. 2018; 17(2):179-90. [Link]
- [7] Rafati F, Mashayekhi F, Dastyar N. Caregiver burden and spiritual well-being in caregivers of hemodialysis patients. *J Relig Health*. 2020; 59(6):3084-96. [DOI:10.1007/s10943-019-00939-y] [PMID]
- [8] Khiali Z, khani M, Dehghan A. [Survey of caregiver burden and its related factors in caregiver of hemodialysis patients referring to Shahid Mohammadi Hospital in Bandar Abbas, 2016 (Persian)]. *Nurs J Vulnerable*. 2018; 5(16):35-46. [Link]
- [9] Salehi Tali S, Zarea K, Hasanpour A. [Victim of situation: Experience familial caregiver with hemodialysis patient. A qualitative study (Persian)]. *J Clin Nurs Midwifery*. 2018; 4(3):158-69. [Link]
- [10] Rabiei L, Eslami AA, Abbasi M, Afzali SM, Hosseini SM, Masoudi R. Evaluating the effect of family-centered intervention program on care burden and self-efficacy of hemodialysis patient caregivers based on social cognitive theory: A randomized clinical trial study. *Korean J Fam Med*. 2020; 41(2):84-90. [DOI:10.4082/kjfm.18.0079] [PMID] [PMCID]
- [11] Oyegbile YO, Brysiewicz P. Family caregiver's experiences of providing care to patients with end-stage renal disease in south-west Nigeria. *J Clin Nurs*. 2017; 26(17-18):2624-32. [DOI:10.1111/jocn.13689] [PMID]
- [12] Yeung WJJ, Li H. Educational Resilience among asian children in challenging family environment. *Soc Indic Res*. 2021; 153:675-85. [DOI:10.1007/s11205-019-02143-7]
- [13] Ryan L, Caltabiano ML. Development of a new resilience scale: The Resilience in Midlife Scale (RIM Scale). *Asian Soc Sci*. 2009; 5(11):39-51. [DOI:10.5539/ass.v5n11p39]
- [14] Kukihara H, Yamawaki N, Ando M, Nishio M, Kimura H, Tamura Y. The mediating effect of resilience between family functioning and mental well-being in hemodialysis patients in Japan: a cross-sectional design. *Health Qual Life Outcomes*. 2020; 18(1):233. [DOI:10.1186/s12955-020-01486-x] [PMID] [PMCID]
- [15] Nagasawa H, Sugita I, Tachi T, Esaki H, Yoshida A, Kanematsu Y, et al. The relationship between dialysis patients' quality of life and caregivers' quality of life. *Front Pharmacol*. 2018; 9:770. [DOI:10.3389/fphar.2018.00770] [PMID] [PMCID]
- [16] Alhani F. [Design and evaluation of the family-oriented prevention of iron deficiency Anemia (Persian)] [PhD dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares Uni-versity; 2003.
- [17] Nasiri S, Heydari N, Rafiee S, Paran M. [Effect of family-centered education on patient's self-care (Persian)]. *Sadra Med J*. 2020; 8(3):311-20. [DOI:10.30476/smsj.2020.81889.1009]
- [18] Torabi M, Hemmati Maslak Pak M, Radfar M, Alinejad V. The impact of care-center group discussion on hemodialysis patients caregiver burnout. *Nurs Midwifery J*. 2017; 15(3):187-98. [Link]
- [19] Hoang VL, Green T, Bonner A. Informal caregivers' experiences of caring for people receiving dialysis: A mixed-methods systematic review. *J Ren Care*. 2018; 44(2):82-95. [DOI:10.1111/jorc.12235] [PMID]
- [20] Mohammadi M, Jazayeri AR, Rafie AH, Joukar B, Pourshahbaz A. Resilience factors in individuals at risk for substance abuse. *J Modern Psycho Res*. 2006; 3(1):203-24. [Link]
- [21] Jafari Z, Abdollah Zargar S, Abdolreza Gharebagh Z. [Investigation of resilience status among mothers of children undergoing dialysis referred to selected hospitals of Medical Sciences Universities of Tehran (Persian)]. *Med Sci*. 2022; 32(1):83-91. [DOI:10.52547/iau.32.1.83]
- [22] Ye ZJ, Guan HJ, Wu LH, Xiao MY, Luo DM, Quan XM. Resilience and psychosocial function among Mainland Chinese parents of children with cancer: A cross-sectional survey. *Cancer Nurs*. 2015; 38(6):466-74. [DOI:10.1097/NCC.0000000000000220] [PMID]
- [23] Abbasi A, Asayesh H, Rahmani H, Shariati A, Hosseini SA, Rouhi G, et al. [The burden on caregivers from hemodialysis patients and related factors (Persian)]. *J Res Dev Nurs Midw*. 2011; 8(1):26-33. [Link]
- [24] Rayyani M, Salsali M, Abbaszadeh A. [Coping strategies in renal transplants recipients: A qualitative study (Persian)]. *J Qualitative Res Health Sci*. 2013; 2(3):208-20. [Link]
- [25] Germin-Petrović D, Mesaros-Devčić I, Lesac A, Mandić M, Soldatić M, Vezmar D, et al. Health-related quality of life in the patients on maintenance hemodialysis: The analysis of demographic and clinical factors. *Coll Antropol*. 2011; 35(3):687-93. [PMID]
- [26] Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patients with end-stage renal disease—a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2004; 41(1):59-65. [DOI:10.1016/S0020-7489(03)00095-6] [PMID]
- [27] Sotoudeh R, Pahlavanzadeh S, Alavi M. The effect of a family-based training program on the care burden of family caregivers of patients undergoing hemodialysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2019; 24(2):144-50. [DOI:10.4103/ijnmr.IJNMR_93_18] [PMID] [PMCID]

- [28] Salahi SH, Javanbakhtian R, Hasheminia AM, Habibzadeh H. [The effect of family-centered empowerment model on quality of life of hemodialysis patients (Persian)]. J Urmia Nurs Midwifery. 2012; 10(1):62-7. [\[Link\]](#)
- [29] Moradi Z, Madani Y, Sadeghi M. [Studying the effectiveness of integrating spiritual and cognitive counseling on resiliency and self-efficacy of hemodialysis patients (Persian)]. J Clin Nurs Midwifery. 2019; 8(3):423-35. [\[Link\]](#)