مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره بیست و یکم / فروردین و اردیبهشت 1395 /83-73

بررسی تأثیر روش آرام سازی عضلانی بنسون بر خودکارآمدی بیماران همودیالیزی شهر کرمانشاه در سال 1391

حسین فیضی[1]، بهنام خالدی پاوه[2]، فاطمه حدادیان[3]، منصور رضایی[4]

1. کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران، (مولف مسوول)، تلفن ثابت: h_feyzi65@yahoo.com 087-33734019

2. مربی، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

3. مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

4. استادیار،گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: بیماری کلیوی مرحله آخر یکی از مشکلات عمده سلامتی در سطح جهان می باشد. بیمارانی که این بیماری را دارند، نیاز به دفعات مکرر همودیالیز دارند. فرآیند بیماری و همودیالیز هر دو تأثیرات منفی بر خودکارآمدی این بیماران دارد. هدف از انجام این مطالعه بررسی تأثیر روش آرام سازی عضلانی بنسون بر خودکارآمدی بیماران همودیالیزی بود.

روش بررسی: در یک کارآزمایی بالینی تصادفی 60 بیمار همودیالیزی بستری در بخش همودیالیز بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا با استفاده از پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی بیماران سنجیده شد، سپس بیماران به طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. روش آرام سازی عضلانی بنسون توسط نمونه ها ی گروه آزمون در منزل و به مدت دو ماه، هر روز یک مرتبه انجام گرفت و بر روی گروه کنترل اقدام خاصی صورت نگرفت. بلافاصله در پایان این دوره مجددا" با استفاده از پرسشنامه های مذکور خودکارآمدی بیماران در هر دو گروه آزمون و کنترل بررسی شد و داده های حاصل با استفاده از آزمون t مستقل مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج: میانگین سنی بیماران 14/70±45/31 بود. 44% مرد و 56% زن بودند. نتایج پژوهش نشان داد، تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمرات خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در دو گروه وجود دارد (P=0/01).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که، آرام سازی عضلانی بنسون بر خودکارآمدی بیماران همودیالیزی تأثیر مطلوبی دارد و می توان به عنوان یک روش مفید در ارتقاء سطح خودکارآمدی بیماران در بخش های همودیالیز، اجرا و آموزش داده شود.

واژه های کلیدی: همودیالیز، خودکارآمدی، آرام سازی عضلانی بنسون.

وصول مقاله:93/11/28 اصلاحیه نهایی:94/10/9 پذیرش:94/10/14

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]

مقدمه

در آستانه قرن 21 یکی از برجسته ترین واقعه ای که جوامع و کادر بهداشتی درمانی با آن مواجه است، شیوع روز افزون بیماری های مزمن می باشد (1). بیماری مزمن به عنوان یک وضعیت طبی یا مشکل سلامتی تعریف می شود که با نشانه ها و ناتوانایی هایی همراه است که به اداره طولانی مدت نیاز دارد (2). نارسایی مزمن کلیوی مرحله آخر، اختلال کلیوی پیش رونده و غیر قابل برگشت است که در آن توانایی بدن برای حفظ تعادل مایعات و الکترولیت ها از بین می رود و منجر به اورمی یا ازوتمی می شود (3). بیماری مرحله انتهایی کلیه در سراسر دنیا یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی محسوب می شود (4).

پیش بینی شده است که تا سال 2050 حدود 167 میلیون نفر به بیماری های مزمن مبتلا خواهند شد، از جمله این بیماری ها نارسایی مزمن کلیه است که میزان شیوع آن در جهان 242 مورد در یک میلیون نفر است و سالانه حدود 80 درصد به این میزان افزوده می شود (5). آمارها نشان داده اند که تعداد بیماران مبتلا به مرحله انتهایی بیماری کلیوی در جهان در سال 2006 از مرز 2 میلیون نفر گذشت از این تعداد 1/38 میلیون نفر تحت همودیالیز و 170 هزار نفر تحت دیالیز صفاقی قرار گرفته اند (6). در ایالت متحده در حال حاضر 450000 بیمار دارای بیماری نارسایی مزمن کلیه، یعنی قسمت عمده افرادی که نیاز به دیالیز دارند، وجود دارد (7). بر اساس گزارش های ارائه شده تعداد بیماران ESRD به 2/24 میلیون نفر در ایالات متحده تا سال 2030 خواهد رسید (8). در ایران رشد موارد جدید نارسایی انتهایی کلیه بسیار بالا و معادل 22/6 درصد در سال می باشد. بطوریکه سالانه حدود 4000 بیمار جدید به تعداد بیماران قبلی اضافه می گردد. در ایران بالغ بر 33000 بیمار شناخته شده ESRD داریم ، که به نظر می رسد تا پایان سال 1390 به 40000 نفر افزایش یابد (9).

شایعترین روش درمانی در این بیماران همودیالیز می باشد که می تواند در زندگی بیماران تغییرات چشمگیری از جمله کاهش کارآیی و توانایی انجام فعالیت، ضعف، خستگی، انزوای اجتماعی، عدم تحرک، کاهش اعتماد به نفس و در نهایت نا امیدی نسبت به آینده را ایجاد کند (10). عوارض این بیماری و همچنین بستری شدن مکرر در بیمارستان باعث شده است کیفیت زندگی در بیماران مرحله انتهایی نارسایی کلیه، از کیفیت زندگی افراد عادی و حتی از سایر بیماران مزمن پایین تر باشد (11). از جمله عوامل مؤثر در تغییر و ارتقای کیفیت زندگی، خودکارآمدی یا کارآیی فردی است که بر درک فرد از مهارت ها و توانایی های خود در انجام عملکرد مناسب تأکید دارد (12). همچنین قضاوت و درک افراد در مورد توانمندی های خود نیز تحت تأثیر وضعیت جسمانی است (13). بنابراین باورهای خودکارآمدی فرد از طریق تأثیر بر رفتارهای مرتبط یا تندرستی و کارکرد زیستی، بر احتمال بروز بیماری های مختلف و بر فرآیند بهبود، تأثیر گذار می باشند (14). اسماعیلی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که 73/1 درصد بیماران تحت درمان با همودیالیز در شهر تهران، کیفیت زندگی متوسط و 71/4 درصد خودکارآمدی متوسط دارند (15). این تحقیق نشان داد که ارتباط مستقیم و معنی داری بین دو متغیر کیفیت زندگی و خودکارآمدی وجود دارد (15). احساس خودکارآمدی می تواند کلیه جنبه های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. به عنوان مثال بررسی ها نشان می دهند که هر چه سطح خودکارآمدی بالاتر باشد دامنه امکانات شغلی در نظر گرفته شده بیشتر و علاقه مندی به شغل عمیق تر است (16). تحقیقات انجام شده نشان می دهند افرادی که از توانایی های خود اطمینان دارند فعالانه در برنامه های بهداشتی ارتقاء دهنده سطح سلامتی شرکت می نمایند (17).

در واقع باورهای خودکارآمدی تعیین می کنند که انسان ها چه اندازه برای انجام کارهایشان زمان می گذارند. هنگام

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]

برخورد با دشواری ها تا چه مدت مقاومت می کنند و در برخورد با موقعیت های گوناگون چه اندازه انعطاف پذیرند، هم چنین باورهای خودکارآمدی بر الگوهای اندیشه و کنش های هیجانی افراد اثر می گذارد. بنابراین افراد با خودکارآمدی پایین شاید باور کنند که مشکل حل نشدنی است و این باوری است که تنیدگی، افسردگی و دیدی باریک بینانه برای گره گشایی پرورش می دهد. از سوی دیگر خودکارآمدی بالا در هنگام نزدیک شدن به کار و کنش های دشوار به پدید آمدن احساس آسانی کمک می کند (18).

بسیاری از مردم در آمریکا برای بالا بردن سطح سلامتی و بهبودی از بیماری خود از درمان های مکمل و جایگزین استفاده می کنند، مطالعات در آمریکا نشان می دهد که 50 درصد از بزرگسالان از مکمل ها در قسمتی از برنامه درمانی خود استفاده می کنند. استفاده از مکمل ها در بیماری های مزمن مؤثر بوده و انتشار روز افزونی دارد. مکمل ها انواع مختلفی دارد که از داروهای چینی که قدیمی ترین آنها می باشد تا درمان های جدیدتر شامل یوگا، طب سوزنی، هموپاتی، ناتروپاتی، موسیقی درمانی، انرژی درمانی، فن ماساژ و تعامل فکر با بدن می توان نام برد (19). در مطالعه ای که توسط مسعودی و همکاران وی در سال 1388 در ایران انجام دادند، تأثیر برنامه آرام سازی پیشرونده عضلانی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس را مورد بررسی قرار گرفت، نتایج این مطالعه افزایش معنی داری را در میزان خودکارآمدی و کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی بیماران گروه آزمون نشان داد (20).

هربرت بنسون در سال 1975 از مفاهیمی استفاده کرد که مبتنی بر مراقبه متعالی بوده است، و بر اساس آنها بیمار با اتخاذ یک نگرش انفعالی، اجازه می دهد که آرام سازی خود به خود ایجاد شده و سیر خود را طی کند (21). آرام سازی پیشرونده عضلانی روشی است که برای کاهش تنش و اضطراب طراحی شده است. هدف از اجرای این روش ایجاد آگاهی از تنش و آرامش عضلات و آموزش راهی است که بتوان همه عضلات را آرام نمود (22). آرام سازی پیشرونده عضلانی روشی غیر تهاجمی، کم هزینه و بدون عوارض برای بیمار است که به طور مستقل توسط خود بیمار قابل انجام است (22). پژوهشگر بر آن است که با بررسی تأثیر روش آرام سازی عضلانی بنسون بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان با همودیالیز در شهر کرمانشاه گامی مفید در این راستا بر دارد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی بود(مورخ 92/3/20 و کد: IRCT2012101511122N1) که در سال 1391 در شهر کرمانشاه انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در مراکز دیالیز شهر کرمانشاه می باشد، نمونه ها شامل 60 بیمار همودیالیزی مراجعه کننده به مراکز دیالیز بود، که از میان جامعه پژوهش که شرایط لازم جهت ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب گردیدند. روش نمونه گیری به این صورت بود که ابتدا 60 نفر از بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به صورت هدفمند انتخاب شدند و اسامی آنها بر روی برگه ای نوشته شد و شماره گذاری شدند، سپس به صورت تصادفی بر اساس اعداد زوج و فرد نمونه ها به دو گروه آزمون و کنترل اختصاص داده شدند. تعداد نمونه ها بر اساس مطالعات قبل (20) و با توجه به فرمول محاسبه دو میانگین 52 نفر محاسبه شد. که با نظر مشاور آماری جهت پیش بینی احتمال ریزش نمونه تعداد نمونه ها به 60 نفر ارتقاء داده شد. یعنی در مجموع 60 نفر در دو گروه مداخله و شاهد مورد بررسی قرار گرفت.

معیار های ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، عدم ابتلا به بیماری زمینه ای ناتوان کننده ای که باعث

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]

محدودیت در انجام روش آرام سازی گردد، توانایی برقراری ارتباط، عدم استفاده از هیچ یک از روش های آرام سازی به جز روش آرام سازی عضلانی بنسون در مدت انجام مطالعه، عدم انجام ورزش خاص و عدم استفاده از مواد مخدر بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل به ادامه مداخله، استفاده از دارو های موثر بر بیماری های روانی به طور همزمان، بستری در بیمارستان به هرعلت، عدم انجام سه جلسه مداوم یا پنج جلسه متناوب روش آرام سازی عضلانی، استفاده از سایر روش های درمانی جایگزین کلیه نظیر پیوند کلیه یا دیالیز صفاقی بود.

مراحل آرام سازی بنسون به صورت زیر به بیماران گروه آزمون آموزش داده شد: 1- به آرامی در موقعیتی راحت قرار بگیرید. 2- چشم ها را آهسته ببندید. 3- تمامی عضلات بدن را به طور عمیق شل کنید، از کف پاها شروع کنید و تدریجا" به طرف صورت پیش بروید و این حالت آرامش را در آنها حفظ کنید. 4- در همین حال از راه بینی نفس بکشید. نسبت به تنفس خود آگاه باشید و ضمن خارج کردن آرام هوا از راه دهان کلمه یک را زیر لب تکرار و راحت و عادی نفس بکشید. 5- این کار را برای 20- 15 دقیقه ادامه دهید، سعی کنید تمامی عضلات شما شل باشد، پس از گذشت 20- 15 دقیقه به آرامی چشم هایتان را باز کنید و تا چند دقیقه از جای خود بلند نشوید. 6- نگران نباشید که به سطح عمیقی از آرامش رسیده اید یا نه، بگذارید آرام سازی با آهنگ خودش اتفاق بیفتد. وقتی افکار مزاحم پیش آمد سعی کنید با بی اعتنایی از آنها چشم پوشی کنید.

برای گردآوری داده ها از پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی (GSE) استفاده شد. پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی عمومی دارای 20 گویه با دو خرده مقیاس جداگانه خودکارامدی عمومی و خودکارامدی اجتماعی بود که درسال 1981 به یک مقیاس 10 گویه ای کاهش یافت و تاکنون به 28 زبان دیگر برگردانده شده است. این مقیاس توسط نظامی و همکاران در سال 1996 به فارسی ترجمه شد این پرسشنامه در ایران در مطالعات مختلفی هنجاریابی و اعتبار سنجی شده است که ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه معینی 0/81 (23) و در مطالعه رجبی 0/82 (24) بدست آمده است. خودکارآمدی عمومی با امتیاز یک تا چهار درجه بندی شده است که کمترین و بیشترین آن 10و40 می باشد. در نهایت داده های حاصل با استفاده از نرم افزار spss نسخه 16 و آزمون های آماری من ویتنی، تی زوجی، تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

در بررسی حاضر برای لحاظ نمودن مسائل اخلاقی اجازه نامه رسمی از دانشکده پرستاری مامایی، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و مسولین مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع) جهت انجام این تحقیق گرفته شد. سپس پژوهشگر و طرح پژوهشی به بیماران معرفی شد و رضایت نامه کتبی آگاهانه از بیماران جهت ورود به مطالعه اخذ شد. به نمونه های مورد پژوهش در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. و به بیماران در شرکت یا عدم شرکت در مطالعه اختیار کامل داده شد.

یافته ها

از 60 بیمار مورد مطالعه 43 درصد مذکر و 57 درصد مؤنث بودند. میانگین سنی این افراد برابر با 14/70±45/31 سال (حداقل 17 و حداکثر 75 سال) بود. میانگین سابقه ابتلا به بیماری کلیوی و سابقه درمان با همودیالیز به ترتیب 6/10±5/48 و 2/96±3/19 سال بود. از کل بیماران مورد مطالعه 93 درصد در رابطه با بیماری کلیه خود و راههای کنترل آن آگاهی داشتند، 88 درصد از بیماران تمایل به کسب اطلاعات بیشتر در ارتباط با بیماری خود داشتند. برای 33 درصد از بیماران محدودیت های بیماری قابل تحمل، برای 13 درصد غیر قابل تحمل و برای 54 درصد تا حدی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]

قابل تحمل بود. در جدول 1 ویژگی های کمی نمونه های پژوهش از نظر جمعیت شناختی (سن، مدت بیماری کلیوی و مدت زمان شروع دیالیز) مورد مقایسه قرار گرفتند، در هیچکدام از این ویژگی ها بین دو گروه، تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (جدول 1).

جدول شماره 1: مقایسه ویژگی های جمعیت شناختی در دو گروه

متغیر(سال)	گروه	میانگین و انحراف معیار	T	P
سن	کنترل	45/56±13/59	0/13	0/89
	آزمون	45/06±15/96		
مدت بیماری کلیوی	کنترل	4/96±4/89	-0/65	0/51
	آزمون	6/01±7/16		
زمان شروع دیالیز	کنترل	2/91±3/31	-0/72	0/47
	آزمون	3/47±2/58		

فراوانی نمونه های مورد پژوهش بر حسب ویژگیهای دموگرافیک در (جدول2) آمده است، در این جدول به ویژگی های تأهل، شغل، تحصیلات و میزان درآمد نمونه ها اشاره شده است. از نظر تأهل، شغل، تحصیلات و درآمد، بین دو گروه، تفاوت معنی داری وجود نداشت. از نظر جنس بین دو گروه، تفاوت معنی داری وجود داشت، که به عنوان محدودیت پژوهش در نظر گرفته شد. از نظرآگاهی در ارتباط با بیماری کلیه و قابل تحمل بودن محدودیت های بیماری تفاوت معنی داری مشاهده نگردید. از نظر تمایل به کسب اطلاعات و حمایت خانواده تفاوت معنی دار بود (جدول3). با توجه به اینکه در این مطالعه انتخاب نمونه ها به صورت تصادفی (Randomization) انجام شده بود، لذا تفاوت های معنی دار شده به دست آمده به عنوان محدودیت پژوهش در نظر گرفته شده است (طبق نظر مشاور آماری) و تأثیری در نتایج مطالعه نداشتند.

یافته های مربوط به تعیین خودکارآمدی نشان داد، میزان خودکارآمدی بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در گروه آزمون افزایش یافته، اما این افزایش از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نشان نداد (P=0/06) (جدول 4). همچنین تفاوت معنی داری در میزان خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل وجود نداشت (P=0/13) (جدول 4). دیگر نتایج این مطالعه نشان داد که که میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله بین دو گروه کنترل و آزمون تفاوت معنی داری ندارد (P =0/21)، اما این تفاوت بعد از مداخله معنی دار شد (P<0/001) (جدول 5). میانگین نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی داری وجود داشت (P= 0/01) (جدول 6).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]

جدول شماره 2: توزیع فراوانی نمونه های پژوهش بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی

گروه

متغیر		کنترل		آزمون		P- value
		تعداد	درصد	0/009تعداد	درصد	
جنس	مرد	8	26/7	18	6	0/009
	زن	22	73/3	12	40	
تآهل	مجرد	17	56/7	18	60	0/5
	متأهل	10	33/3	10	43/3	
	همسر فوتی	2	6/7	0	0	
	مطلقه	1	3/3	2	6/7	
شغل	کارگر	**3/3**	**1**	**3/3**	**1**	0/14
	کارمند	**1**	**3/3**	**2**	**6/7**	
	خانه دار	**20**	**66/7**	**10**	**33/3**	
	آزاد	**7**	**23/3**	**15**	**50**	
	محصل	**1**	**3/3**	**2**	**6/7**	
تحصیلات	بی سواد	**11**	**36/7**	**3**	**10**	0/057
	ابتدایی	**6**	**20**	**4**	**13/3**	
	سیکل	4	**13/3**	**7**	**23/3**	
	دیپلم	6	**20**	**14**	**46/7**	
	عالی	3	**10**	**2**	**6/7**	
درآمد	ضعیف	**0**	**0**	**3**	**10**	0/13
	متوسط	12	**40**	**14**	**46/7**	
	خوب	18	**6**	**13**	**43/3**	

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]

جدول 3: توزیع فراوانی نمونه های پژوهش بر حسب متغیرهای مرتبط با بیماری

متغیر		گروه: کنترل تعداد	کنترل درصد	آزمون تعداد	آزمون درصد	P-value
آگاهی در رابطه با بیماری کلیه	بله	27	90	29	96/7	0/13
	خیر	3	10	1	3/3	
تمایل به کسب اطلاعات	بله	24	80	29	96/7	0/04
	خیر	6	20	1	3/3	
حمایت خانواده	بله	30	100	25	83/3	0/02
	خیر	0	0	5	16/7	
قابل تحمل بودن محدودیت های بیماری	بله	10	33/3	10	33/3	0/73
	خیر	5	16/7	3	10	
	تا حدی	15	50	17	56/7	

جدول 4: مقایسه میانگین خودکارآمدی درون گروهی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل و آزمون

متغیر	گروه	زمان بررسی: قبل از مداخله	زمان بررسی: بعد از مداخله	Z	P- value
خودکارآمدی	کنترل	26/59 ±7/18	25/11 ±5/22	-1/48	0/13
	آزمون	28/62 ±6/91	31/20 ±6/41	-1/84	0/06

جدول 5: مقایسه میانگین خودکارآمدی بین گروهی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل و آزمون

متغیر	زمان بررسی	گروه: کنترل	گروه: آزمون	z	P -value
خودکارآمدی	قبل از مداخله	26/33 ±6/99	28/62 ±6/91	-1/26	0/21
	بعد از مداخله	25/11 ±5/22	31 ±6/41	-3/77	<0/001

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]

جدول 6: میانگین امتیازات خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در دو گروه

متغیر	گروه	زمان مداخله	میانگین و انحراف معیار	T	P- value
خودکارآمدی	کنترل	قبل و بعد	5/85± -1/48	-2/43	0/01
	آزمون	قبل و بعد	60/60±2/58		

بحث

یافته ها در پاسخ گویی به سؤال مطرح شده در این پژوهش مؤید تأثیر مثبت روش آرام سازی عضلانی بنسون بر خودکارآمدی بیماران همودیالیزی بود. یافته های پژوهش نشان داد که، میزان خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون افزایش یافته، اما این افزایش از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نشان نداد. هم چنین تفاوت معنی داری در میزان خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل مشاهده نشد. اما در میانگین نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی داری وجود داشت (P= 0/01). در مطالعه مسعودی و همکاران که به بررسی تأثیر برنامه آرام سازی پیشرونده عضلانی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس پرداخته بودند، نشان دادند که، تفاوت معنی داری در میانگین نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل وجود ندارد، که نتیجه این تحقیق در این قسمت با مطالعه ما همخوانی داشت، اما در همین مطالعه نشان داده شد که، تفاوت آماری معنی داری در میانگین نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون وجود دارد (P=0/001) (20)، که با نتایج مطالعه ما تناقض دارد، علت این تناقض شاید در ارتباط با متفاوت بودن نمونه ها باشد، با توجه به اینکه نمونه های این مطالعه شامل مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس می باشند، می تواند تأثیر بهتری در روند اجرای روش آرام سازی و در نهایت نتیجه مطالعه داشته باشد، همچنین مشکلاتی در روند اجرای مطالعه نیز می تواند بر نتایج مؤثر باشد، که در این زمینه نیز بیماران همودیالیزی با مشکلات بیشتری مواجه هستند. اما تفاوت آماری معنی داری در میانگین نمره خودکارآمدی در دو گروه قبل و بعد از مداخله وجود داشت (P=0/001)، که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در تآیید این پژوهش معطری و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان بررسی تآثیر توانمندسازی بر خودکارآمدی، کیفیت زندگی و شاخص های بالینی و آزمایشگاهی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نشان دادند که اختلاف چشمگیری در میزان خودکارآمدی، کاهش استرس، قدرت تصمیم گیری و تمام ابعاد کیفیت زندگی اشاره شده در پرسشنامه قبل و بعد از مداخله در دو گروه وجود دارد (25). در مطالعه اداراکی و همکاران تحت عنوان بررسی تأثیر برنامه ی آموزشی بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مادران نوزادان با بیماری مادرزادی قلب تفاوت آماری معنی داری در کیفیت زندگی (P<0/001) و خودکارآمدی (P<0/001) مادران در دو گروه قبل و بعد از مداخله وجود داشت (26). ایلالی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در تجزیه و تحلیل داده ها بین میانگین امتیازات استرس نمونه های پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد (p<0/001). اما این تفاوت در گروه کنترل معنی دار نبود (27).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]

همودیالیز گرچه یک روش درمانی در بیماران نارسایی کلیوی مرحله آخر محسوب می شود اما این بیماران در طول درمان خود با دیالیز با مشکلات عمده ای از لحاظ جسمی و روانی مواجه می شوند، بنابراین ما در این مطالعه از روش های درمانی طب مکمل همزمان با همودیالیز استفاده کردیم، تا در جهت بهبود خودکارآمدی این بیماران قدمی برداریم. نتایج بدست آمده حاکی از آن بود که روش آرام سازی عضلانی بنسون تأثیر مثبتی بر میزان خودکارآمدی بیماران همودیالیزی داشت. تأثیر روش آرام سازی عضلانی بنسون در مطالعات متعددی بر روی نمونه های مختلفی مورد بررسی قرار گرفته است اما در بیماران همودیالیزی این روش برای اولین با ر در ایران مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به نوع مطالعه توانایی تعمیم پذیری به سایر بیماران همودیالیزی امکان پذیر می باشد.

علی رغم اینکه مطالعه حاضر یک مطالعه ی کارآزمایی بالینی بود و انتخاب نمونه ها نیز به صورت تصادفی انجام شد، با این وجود برخی متغییرها(جنس و حمایت خانواده) در دو گروه تفاوت آماری معنی داری داشتند،که به عنوان محدودیت پژوهش شناخته شد. همچنین به علت اینکه بیماران روش آرام سازی را در منزل و به صورت روزی یکبار انجام می دادند بنابراین کنترل کاملی بر روی نحوه ی انجام روش آرام سازی توسط بیماران وجود نداشت، محقق برای به حداقل رساندن این موضوع روش آرام سازی را به صورت چهره به چهره و مستقیم آموزش می داد، همچنین هر هفته با مراجعه به بخش دیالیز بیمارستان امام رضا(ع) از نحوه ی انجام صحیح روش آرام سازی توسط نمونه های آزمون مطلع می شد و راهنمایی های لازم را به آنها یادآوری می کرد. همچنین شماره تلفن محقق در اختیار بیماران قرار داده شد و در صورت ابهام در مورد روش آرام سازی توضیحات کافی داده می شد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد اجرای روش آرام سازی عضلانی بنسون بر خودکارآمدی بیماران همودیالیزی تأثیر مثبت دارد. از آنجا که اجرای این برنامه بسیار ساده، ارزان، ایمن و تأثیرگذار است و با توجه به اثرات مطلوب آرام سازی عضلانی بنسون، این روش می تواند به عنوان یک روش مفید در بهبود خودکارآمدی بیماران، در بخش های همودیالیز آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش همکاری کردند، از پرستاران مرکز دیالیز بیمارستان امام رضا کرمانشاه، سرپرستار محترم بخش دیالیز (آقای احمدی) و همجنین از گروه پرستاری، معاونت محترم پژوهشی دانشکده و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه ابراز می دارند. این مطالعه حاصل طرح تحیقاتی با شماره 91233 بود.

References

1. Kasper D, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson L, Fauci F. Principles of internal medicine. 16thed, Mcm raw Hill Medical, Newyork, 2005.
2. Nobahar M, Baba Mohamadi H, Soleymani M, Asgari MR, Vafiie A. Comprehensive text book of medical- surgical nursing. 2st ed. Tehran; Boshra 2008: 279, 1087. [In Persian]
3. Tayebi A, Raisifar A, Ebadi A, Eynolahi A, Eynolahi B, Rafeian Z, Keyvanlo F. Review the renal transplantation patients' quality of lifeby using kidney transplantation questionnaire. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2010; 3: 125-28. [In Persian]

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]

4. Rahimi A, Ahmadi F, GHaliaf M. Effect of continuous care model on stress, anxiety and depression in hemodialysis patients. Journal of Medicine 2006; 30:353-95. [In Persisn]
5. Afkand S, Nourozi Tabrizi K, Fallahi Khoshknab M, Reza Soltani P. The impact of Multi-dimensional Model of Psychiatric Rehabilitation Care on hemodialysis patient's depression. J Health Promot Manag 2012; 1: 7-16.
6. Hojat M. Efficiency hemodialysis in the chronic kidney disease. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2009; 2: 61-6. [In Persisn]
7. Harrisson´s Internal Medicine. Hasan Mirzaie B, Ebrahimpoor H.(Persian translator). 2st ed. Tehran; Samat- Andishe Rafie 2010: 133-38.
8. Lo DS, Rabbat CG, Clase CM. Thromboembolism and anticoagulant management in hemodialysis patients: A practical guide to clinical management.Thrombosis Research, Elsevier Ltd. 2006; 118: 385-395.
9. Rahimzadeh A. Anticoagulation. In: Mohsenfar. Hemodialysis Efficiency. Center Manegment Transplantation and Spesific Disease/ Nurse and Hemodialysis. Lahzeh, Tehran, 2006: 91-101, 123-24.
10. Tsay SL, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. Int J Nurs Stud 2002; 39(3): 245-51.
11. Kring DL, Crane PB. Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. Nephrol Nurs J 2009; 36: 15-24, 55.
12. Iskender M. The Relationship between Self-Compassion, Self-Efficacy, and Control Belief about Learning in Turkish University Students. Social Behavior and Personality: an international journal 2009; 37: 711-20.
13. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York, NY: Worth Publishers; 1997; 404-6.
14. Najafi M, Foladjang M. The relationship between selfefficacy and mental health among high school students. Daneshvar Raftar 2007; 14: 69-81. [In Persian]
15. Esmaeli M, Alikhani M, Gholamaragi M, Hosseini F. The quality of life and self efficacy of the patients under hemodialysis. Iran J Nurs 2005; 18: 77-84. [In Persian].
16. SCHultz, Duan. Theories of Personality. Translation: Yosef Karimi, publishing Arasbaran, Tehran, 2000; 248.
17. Bandura, A. Self Efficacy: The exercise of control. New York: Freeman. 1997; 510-12.
18. KHolami S, Hosseyn Chari M. Predict happiness of students according to their perceptions of teacher expectations, Mode of interact with teachers and efficacy. Journal of Teaching and Learning 2010; 3: 84-108.[In Persisn]
19. Taylor C.Fund admentals of nursing. Azizi D, Taghafi A. Khadem Hosseyni H. (Persian translator). 1st ed.Tehran; Hayyan- Abasaleh Publication 2008; 718-30.
20. Masoudi R, Soleimani MA, Moghadasi J, Qorbani M, Mehralian H, Bahrami N. Effect of progressive muscle relaxation program on self-efficacy and quality of life in caregivers of patients with multiple sclerosis**.** Journal of Qazvin University of Medical 2011; 15: 41-47. [In Persisn]
21. Kaplan S. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/ Clinical psychiatry.Rafiei H. (Persian translator). 5st ed. Vol 2. Tehran; Arjmand publication 2008: 391.
22. Ashktorab T, Saeedi M, Saatchi K, Zayeri F, Amir Ali Akbari S. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Sleep Quality of Patients Undergoing Hemodialysis. Iranian Journal of Critical Care Nursing 2012; 5: 23-8. [In Persisn]
23. Rajabi, G. [Reliability and Validity of the General Self-Efficacy Beliefs Scale (GSE-10)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]

Comparing the Psychology Students of Shahid Chamrin University and Azad University of Marvdasht]. New Thought Educate 2(1),2006, PP111-122. [In Persisn]
24. Moeini B, Shafii F, Hidarnia A, Babaii GR, Birashk B, Allahverdipour H. Perceived stress, selfefficacy and its relations to psychological well-being status in Iranian male high school students. Soc Behav Personal. 2008;36:257-66. [In Persisn]
25. Moattari M, Ebrahimi M, Sharifi N, Rouzbeh J. The effect of empowerment on the self-efficacy,quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial. Health and Quality of Life Outcomes 2012; 10:115
26. Edraki M, Kamali M, Beheshtipour N, Amoozgar H, Zare N, Montaseri S. The Effect of Educational Program on the Quality of Life and Self-Efficacy of the Mothers of the Infants with Congenital Heart Disease: A Randomized Controlled Trial. IJCBNM January 2014; 2:51-9. [In Persisn]
27. Elali E, Mahdavi A, Jannati Y, Yazdani Cherati J, Setareh J. Effects of Benson Relaxation Response on Stress Among Hemodialysis Patients. J Mazand Univ Med Sci 2012; 22: 61-68. [In Persisn]

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOI: 10.22102/21.1.73]