



The Effect of Implementation of Empowerment Program by Teach-Back Method on the Quality of Life of Patients Undergoing Hemodialysis

Zahra Darvishi¹, Shahla Mohammadzadeh Zarnakesh³, Shiva Salehi^{3*}

1-MSc of Intensive Care Nurses, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

3- Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Shiva Salehi, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: Salehi.shiva@yahoo.com

Received: 29 Oct 2021

Revised: 13 Feb 2022

Accepted: 14 March 2022

Abstract

Introduction: Patients undergoing hemodialysis have a low quality of life due to limitations, stress, and socio-supportive deficiencies that should be considered in nursing interventions. The purpose of this study was to determine the effect of the implementation of an empowerment program on the quality of life of patients undergoing hemodialysis in hospitals affiliated to Kermanshah University of Medical Sciences in 2021.

Methods: The present study was an experimental study with a pre-test-post-test design and its statistical population was patients in hemodialysis wards of Imam Reza and Imam Khomeini hospitals affiliated to Kermanshah University of Medical Sciences in the second half of 2020. Through a convenience sampling method, 70 patients were selected and randomly divided into intervention and control groups. For the intervention group, 6 sessions of empowerment training were held using the teach-back method with a one-month follow-up by telephone. Samples completed a quality of life questionnaire for kidney patients before and after the intervention. Data were analyzed using SPSS21 statistical software using statistical tests.

Results: There was no statistically significant difference between the two groups in terms of demographic variables. The mean scores of patients' quality of life before the intervention in the intervention group was 36.18 ± 3.78 and in the control group was 36.76 ± 3.95 which was not statistically significant ($P = 0.54$) which after the intervention in the intervention group it reached 43.93 ± 3.60 and in the control group it was 36.98 ± 12.4 and this difference was significant and in the intervention group ($P < 0.001$).

Conclusions: Implementing an empowerment program through feedback-based education and telephone follow-up to clear up ambiguities and consolidate learning can be useful and effective in improving the quality of life of patients undergoing hemodialysis, so it is recommended that nurses in their training while empowering patients, be sure to get feedback on the accuracy of the lessons learned.

Keywords: Empowerment, Quality of life, Patient, Hemodialysis, Teach-Back method.

Issn/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Darvishi Z, Mohammadzadeh Zarnakesh SH, Salehi SH The Effect of Implementation of Empowerment Program by Teach-Back Method on the Quality of Life of Patients Undergoing Hemodialysis. JNE. 2022; 11 (2) :79-89.

[Persian].





بررسی تاثیر اجرای برنامه ی توانمندسازی به روش بازخورد محور بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز

زهرا درویشی^۱، شهلا محمد زاده زرنکش^۲، شیوا صالحی^{۳*}

۱- کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۵۳۰۴-۷۴۷۳

۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۲۳۸۳-۲۱۸X

۳- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۱-۶۸۲۹-۵۵۵۲

*نویسنده مسئول: شیوا صالحی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: Salehi.shiva@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۳

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۱۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۷

چکیده

مقدمه: بیماران تحت همودیالیز به خاطر محدودیت ها، فشارهای روانی و کمبودهای حمایتی-اجتماعی کیفیت زندگی پایینی دارند که باید در مداخلات پرستاری به آن توجه شود. هدف این پژوهش تعیین تاثیر اجرای برنامه ی توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بود.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون بوده و جامعه آماری آن بیماران بخش های همودیالیز بیمارستان های امام رضا (ع) و امام خمینی (ره) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در نیمه اول سال ۱۴۰۰ بودند. از طریق روش نمونه گیری در دسترس ۷۰ بیمار انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله، ۶ جلسه ی آموزش توانمندسازی به روش بازخورد محور همراه با پیگیری یک ماهه تلفنی برگزار شد. نمونه ها قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی را تکمیل کردند. داده ها با نرم افزار آماری SPSS21 و با استفاده از آزمون های آماری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک تفاوت آماری معنی داری نداشتند. میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران قبل از مداخله در گروه مداخله $3/78 \pm 36/18$ و در گروه کنترل $3/95 \pm 36/76$ بود که تفاوت آماری معنی داری نداشت ($P=0/54$). بعد از مداخله در گروه مداخله به $3/60 \pm 43/93$ و در گروه کنترل به $4/12 \pm 36/98$ رسید و این تفاوت در گروه مداخله معنی دار بود ($P<0/001$).

نتیجه گیری: اجرای برنامه ی توانمندسازی به روش آموزش بازخورد محور و پیگیری تلفنی جهت رفع ابهامات و تثبیت یادگیری می تواند در ارتقای کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز مفید و موثر باشد لذا توصیه می شود که پرستاران در آموزش های خود ضمن توانمند نمودن بیماران حتما از صحت مطالب آموخته شده بازخورد بگیرند.

کلید واژه ها: توانمندسازی، کیفیت زندگی، بیمار، همودیالیز، روش بازخورد محور.

مقدمه

اتفاق بیقتد [۱]. با توجه به اطلاعات حاصل از پایش های جمعیتی، برآورد می شود که بیش از ۱۵ درصد (۳۷ میلیون نفر) از بالغین در ایالات متحده آمریکا از نارسایی کلیه رنج می برند [۲]. مطالعه ای در ایران شیوع این بیماری را تا ۲۰ درصد نیز گزارش نموده است که در آقایان ۱۱ درصد و در

امروزه یکی از بیماری های مزمن که به طور وسیعی توسعه پیدا کرده نارسایی مزمن کلیه است. این بیماری یکی از دلایل اصلی ناتوانی و مرگ در جهان بوده و محدود به سن خاصی نیست و در کودکی یا پیری ممکن است

زهرآ درویشی و همکاران

توانمندسازی را یک راه موثر در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان دادند به گونه ای که افراد با توانمندسازی بالا به صورت معنی داری کیفیت زندگی بالاتری داشتند [۱۶]. یکی از استراتژی ها و روش های ارتقای توانمندی بیماران، اجرای شیوه های آموزش فردی است [۱۷]. آموزش کمک به بیمار برای انجام رفتارهای مراقبت از خود است. یادگیری رفتارهای خودمراقبتی، فرد را به سمت سلامتی و خوب بودن سوق می دهد [۱۸]. عشونندی و همکاران با استفاده از آموزش چهره به چهره به بیماران تحت همودیالیز، کیفیت زندگی گروه مداخله این بیماران را ارتقا دادند [۱۹].

آموزش به مددجو از مهمترین نقش ها و مسئولیت های پرستاران است که در جهت ارتقاء و بازگرداندن سلامتی و سازگاری با اثرات بیماری عمل می کند [۲۰]. یکی از روش های آموزشی که در راستای توانمندسازی بیماران و برای اطمینان حاصل کردن از درک بیماران از بیماری خود استفاده می شود، روش بازخورد محور است [۱۷]. روش آموزشی بازخورد محور، رویکردی جامع، میان رشته ای و مبتنی بر شواهد است که درک و فهم یادگیرنده را از طریق پرسیدن از آنها ارزیابی می کند [۲۱]؛ در این شیوه آموزش از بیماران خواسته می شود مطلبی را که از آموزش دهنده شنیده و درک کرده اند، با زبان خود بیان کنند [۲۲]. قنبری و همکاران در مطالعه ی خود اعلام کردند آموزش به روش بازخورد محور میزان تبعیت از درمان بیماران تحت همودیالیز را در حیطه های درمان دارویی، محدودیت مصرف مایعات و رژیم غذایی ارتقا داد [۱۹]. این در حالی است که پذیرفته و همکاران با بررسی تأثیر آموزش بازخورد محور بر تبعیت از رژیم غذایی بیماران تحت همودیالیز نشان دادند که آموزش بازخورد محور تأثیری بر تبعیت از رژیم غذایی این بیماران ندارد [۲۳].

با توجه مطالب بیان شده و ادعان مطالعات مختلف به پایین بودن کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و نیز اهمیت توانمندسازی در بهبود توانایی های مراقبت از خود در این گروه از بیماران، و همچنین اثرات متناقض مداخلات مبتنی بر آموزش به روش بازخورد محور تیم تحقیق بر آن شد که در مطالعه ای تأثیر اجرای برنامه توانمندسازی

خانم ها ۱۹ درصد می باشد [۳]. هر ساله ۸ درصد به آمار جهانی آن اضافه می شود [۴]. در این بین دیالیز به عنوان رایج ترین روش درمانی در این بیماران به شمار می آید [۵]. تقریباً بیش از ۵۰ درصد بیماران کلیوی در ایران تحت درمان با همودیالیز می باشد [۶] و تخمین زده شده است که حدود ۱/۴ میلیون نفر در دنیا تحت درمان با همودیالیز باشند [۷].

هرچند همودیالیز باعث افزایش طول عمر بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه می شود، اما باید دقت داشت که همودیالیز فرایندی استرس زا است و باعث فشارهای روحی و مشکلات روانی-اجتماعی زیادی در فرد می شود [۸]. مطالعات نشان می دهند که اختلالات و فشارهای روانی در بیماران تحت همودیالیز در ارتباط با اضطراب، افسردگی و دیگر عوارض، شایع تر از مردم عادی است [۹] که باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می شود [۱۰]. Gerasimoula در کشور یونان در مطالعه ی خود بر روی ۳۲۰ بیمار تحت همودیالیز، کیفیت زندگی آنها را ۱۷ از ۳۰ بدست آورد [۱۱]. معینی و همکاران پس از پایان مطالعه خود که بر روی ۷۴ بیمار همودیالیز انجام شد، اعلام کردند ۹۲ درصد بیماران کیفیت زندگی متوسط و ضعیف داشتند [۱۲]. کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز در مطالعه ی Kim و همکاران در کشور کره ی جنوبی بر روی ۱۵۵ بیمار ۱۰ از ۲۰ ارزیابی شد [۹]. یکی از روش های بهبود کیفیت زندگی و نیز یکی از بخش های مهم در کنترل بیماری های مزمن، توانمندسازی بیماران است [۱۳]. الحانی معتقد است که برنامه صرفاً آموزشی به تنهایی قادر به ارتقاء عملکرد افراد نیست، لذا باید از روشی استفاده شود که به طور همزمان دانش، مهارت، ارزش و اعتقادات، خودباوری و خودکنترلی را ارتقاء داده و آن را به حدی برساند که در کنترل بیماری توسط بیمار کمک کننده باشد، این همان توانمندسازی است [۱۴]. برنامه توانمندسازی در آغاز سال ۱۹۹۰ توسط Anderson & Funnell در مرکز آموزش و تحقیق دیابت در دانشگاه میشیگان معرفی شد. توانمندسازی فرایندی است که به بیمار اجازه می دهد در مورد بیماری خود دانش و مهارت لازم را به دست آورد و در مورد مراقبت از خود تصمیمات آگاهانه بگیرد [۱۵]. Shin و همکاران استفاده از روش های

بیماران تحت همودیالیز مبتنی بر الگوی Anderson & Funnell [۲۴] را بر کیفیت زندگی آنها بسنجد و برای این مهم از شیوه آموزشی بازخورد محور استفاده کند.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون می باشد. جامعه آماری آن بیماران تحت همودیالیز بستری در بخش های همودیالیز بیمارستانهای امام رضا (ع) و امام خمینی (ره) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، در نیمه ی اول سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه بر اساس مطالعه ی Bakarman و همکاران [۲۵] و براساس فرمول تعیین حجم نمونه ی

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

توان آزمون ۰/۹۰، ۳۲ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد که با احتمال ریزش ده درصد، ۳۵ نفر در هر گروه محاسبه شد. نمونه ها بر اساس معیارهای ورود شامل: انجام همودیالیز به دلیل نارسایی مزمن کلیه، شروع همودیالیز حداقل از ۶ ماه گذشته، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم دریافت آموزش توانمندسازی به روش بازخورد محور در ۶ ماه اخیر، نداشتن مورد شناخته شده بیماری روان و عدم سابقه تحصیلات در گروه علوم پزشکی انتخاب شدند. معیارهای خروج هم عدم شرکت در ۱ جلسه از ۶ جلسه آموزشی و فوت یا انتقال به بیمارستان دیگر بود. بعد از انتخاب ۷۰ نفر، مشارکت کنندگان به صورت تصادفی (روزهای زوج در گروه مداخله و روزهای فرد در گروه کنترل) در دو گروه ۳۵ نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه ی اختصاصی کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL: Kidney Disease and Quality of Life) بود. پرسشنامه اول مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش شامل سن، جنس، تاهل، تحصیلات، شغل، بیمه، محل سکونت، طول مدت ابتلا به بیماری، طول مدت همودیالیز، درآمد ماهیانه، بیماری های زمینه ای، تعداد فرزندان و تعداد افراد تحت تکفل را می سنجد. پرسشنامه ی اختصاصی کیفیت زندگی بیماران کلیوی یک ابزار استاندارد شده می باشد که در کل ۷۹ سوال و ۱۹ بعد دارد. ابعاد شامل: بعد

عملکرد جسمی (۱۰ سوال)، محدودیت نقش ایجاد شده توسط مشکلات جسمی (۴ سوال)، محدودیت نقش ایجاد شده توسط مشکلات عاطفی (۳ سوال)، عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، حس خوب بودن عاطفی (۵ سوال)، درد (۲ سوال)، خستگی و انرژی (۴ سوال)، درک سلامت عمومی (۵ سوال) و سلامت فرد (یک سوال)، علایم (۱۲ سوال)، تاثیر بیماری کلیوی بر روی زندگی (۸ سوال)، بار مسئولیت بیماری کلیوی (۴ سوال)، وضعیت شغلی (۲ سوال)، عملکرد شناختی (۳ سوال)، کیفیت تعامل اجتماعی (۳ سوال)، عملکرد جنسی (۲ سوال)، خواب (۴ سوال)، حمایت اجتماعی (۲ سوال)، دلگرمی و حمایت توسط کارکنان بخش دیالیز (۲ سوال) و رضایت بیمار (۱ سوال) بود [۱۲]. نحوه ی امتیاز بندی بر حسب سوالات و گویه ها متفاوت است. مجموع امتیاز برای کل پرسشنامه بین صفر تا ۱۰۰ می باشد. افزایش امتیاز، نشانه افزایش کیفیت زندگی است. امتیاز صفر تا ۳۳ کیفیت زندگی پایین، امتیاز ۳۴ تا ۶۶ کیفیت زندگی متوسط، امتیاز ۶۷ تا ۱۰۰ کیفیت زندگی بالا در نظر گرفته شد. پرسش نامه ی KDQOL-SF اولین بار توسط فردین مهر و همکاران ترجمه شده و روایی صوری و محتوایی آن تایید شد. ساریزاده و همکاران (۱۳۹۷) بعد از تایید روایی جهت سنجش کیفیت زندگی بیماران کلیوی از این پرسشنامه استفاده نموده و با انجام پایایی به روش تعیین ثبات درونی (۰/۹۳) جهت سنجش کیفیت زندگی بیماران کلیوی شهر سمنان از این پرسشنامه استفاده نموده اند [۲۶]. در مطالعه حاضر به روایی انجام شده در مطالعات دیگر استناد شد اما برای پایایی به روش تعیین ضریب آلفای کرونباخ در بین ۲۰ بیمار تحت همودیالیز جامعه پژوهش عمل شد که ۰/۸۹ بدست آمد و این ۲۰ نفر از مطالعه خارج شدند. جهت جمع آوری داده ها، بیماران تحت همودیالیز بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شده و به روش نمونه گیری تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تخصیص یافتند. در هر دو گروه کنترل و مداخله پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی اختصاصی بیماران کلیوی توسط خود بیماران تکمیل شد و در مواردی که بیمار توانایی انجام تکمیل پرسشنامه را نداشت توسط پژوهشگر تکمیل شد. پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک و کیفیت زندگی برای هر دو گروه در زمان اولین ملاقات با بیمار (پیش آزمون) تکمیل

زرها درویشی و همکاران

گرفته شد که شامل ۵ گام کشف مشکل یا مساله، روشن سازی معنا و احساس در مورد مشکل، تعیین اهداف بلند مدت و طراحی برنامه، اقدام، و ارزیابی طرح انجام شده می باشد. زمان نمونه گیری از اوایل خرداد ۱۴۰۰ شروع شده و تا اوایل مهر ۱۴۰۰ به مدت ۴ ماه به طول انجامید (جدول ۱).

شد. مجدداً برای هر دو گروه مداخله و کنترل دو ماه بعد از پیش آزمون پرسشنامه تکمیل گردد (پس آزمون). برای گروه مداخله، آموزش ها به روش بازخورد محور طی ۶ جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت حداقل هر هفته یک جلسه و حداکثر دو جلسه بر حسب شرایط بیمار برگزار شد و در یک ماه نیز پیگیری تلفنی انجام شد. جهت اجرای برنامه توانمندسازی از الگوی Anderson & Funnell [۲۴] بهره

جدول ۱. محتوای جلسات برنامه ی خودمراقبتی

جلسات	محتوای آموزشی	زمان
اول	معرفی پژوهشگر، بیان اهداف پژوهش، جلب رضایت و مشارکت افراد شرکت کننده، آشنا نمودن بیماران با روش آموزشی بازخورد محور و گوش دادن به صحبت ها، احساسات، عقاید و افکار بیماران در مورد بیماری نارسایی کلیه و همودیالیز به منظور تعیین مشکلات و نیازهای آموزشی و شفاف سازی معنای مشکل (گام کشف مشکل یا مساله) و (گام روشن سازی معنا و احساس در مورد مشکل)	۶۰ دقیقه
دوم	طراحی برنامه و تهیه جزوه آموزشی بر اساس نیازهای بیماران و مشکلات آنها، با روش بازخورد محور و بحث گروهی (گام تعیین اهداف بلند مدت و طراحی برنامه)	۴۵-۶۰ دقیقه
سوم	شروع آموزش با معرفی ماهیت بیماری و عوامل خطر و عوارض بیماری نارسایی مزمن کلیه همچنین لزوم درمان همودیالیز به منظور افزایش درک از تهدید بیماری (گام تعیین اهداف بلند مدت و طراحی برنامه) و (گام اقدام)	۴۵-۶۰ دقیقه
چهارم	ادامه اجرای برنامه آموزشی با آموزش سبک صحیح زندگی منطبق با بیماری از نظر ورزش و میزان تحرک و خواب و استراحت، عملکرد جنسی، عملکرد اجتماعی، میزان فعالیت، بهداشت روان، پروسیجرهای عملی در رابطه با نگهداری فیستول، کنترل نبض، تعیین وزن خشک و نحوه تعیین آن، مصرف صحیح دارو، پیشگیری از عفونت، رژیم غذایی (گام اقدام)	۴۵-۶۰ دقیقه
پنجم	مرور جلسات قبل و بازخوانی جزوه آموزشی با کمک گرفتن از خود بیماران جهت ارتقای انگیزه و شناسایی و رفع نقاط ضعف (گام ارزیابی)	۴۵-۶۰ دقیقه
ششم	پرسش و پاسخ به منظور ارزیابی بیماران در زمینه میزان تلاش و نیز مفید بودن مراحل توانمندسازی	۴۵-۶۰ دقیقه

آنالیز واریانس و با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۷۰ بیمار شرکت داشتند که دو نفر از گروه مداخله و یک نفر از گروه کنترل از ادامه پژوهش انصراف دادند و ۶۷ بیمار تا پایان مطالعه باقی ماندند. جهت مقایسه دو گروه مداخله و کنترل از نظر توزیع مشخصات جمعیت شناختی از آزمون های کای اسکوتر، آزمون من-ویتنی و دقیق فیشر استفاده شد که دو گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی و بیماری تفاوت آماری معنی داری نداشتند (جدول ۲).

جهت رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن تایید از طرف کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد تهران با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1399.195 مورخ ۱۳۹۹/۰۶/۲۵ و کسب مجوز اجرا، محقق خود و اهداف پژوهش را برای شرکت کنندگان در پژوهش معرفی کرده و یادآور شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری بوده و تاثیری بر روند درمان آنها ندارد و اطلاعات شرکت کنندگان محرمانه خواهد ماند. تجزیه و تحلیل داده ها، با استفاده از نرم افزار SPSS نگارش ۲۱، آمار توصیفی نظیر جداول آماری، نمودارها و شاخص های میانگین و انحراف معیار و فراوانی و درصد به توصیف داده ها پرداخته شد. آمار استنباطی از آزمون هایی نظیر آزمون تی مستقل و زوجی، آزمون کای دو و

جدول ۲. مقایسه توزیع فراوانی مطلق و درصد فراوانی نسبی مشخصات دموگرافیک بیماران در دو گروه

متغیر	دسته بندی	گروه مداخله		گروه کنترل		آزمون آماری
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
سن	۴۰-۲۵ سال	۱۰	۳۰/۳	۹	۲۶/۵	P=۰/۷۴ من-ویتنی
	۴۱-۵۵ سال	۶	۱۸/۲	۶	۱۷/۶	
	۵۶-۷۰ سال	۱۷	۵۱/۵	۱۹	۵۵/۹	
	انحراف معیار ± میانگین	۱۲/۱۱ ± ۴۹/۵۱		۱۱/۷۱ ± ۵۰/۵۵		
مدت ابتلا به بیماری	۱-۹ سال	۲۰	۶۰/۶	۱۷	۵۰	P=۰/۵۳ من-ویتنی
	۱۰-۱۹ سال	۷	۲۱/۲	۸	۲۳/۵	
	۲۰ سال و بیشتر	۶	۱۸/۲	۹	۲۶/۵	
	انحراف معیار ± میانگین	۸/۲۸ ± ۸/۷۵		۸/۹۰ ± ۱۰/۲۹		
طول مدت همودالیز	۱-۵ سال	۲۷	۸۱/۸	۲۳	۶۷/۶	P=۰/۳۱ من-ویتنی
	۶-۱۰ سال	۳	۹/۶	۵	۱۴/۷	
	۱۱ سال و بیشتر	۳	۹/۶	۶	۱۷/۶	
	انحراف معیار ± میانگین	۴/۳۸ ± ۳/۸۹		۵/۲۵ ± ۵/۱۴		
جنسیت	مرد	۲۷	۸۱/۸	۲۹	۸۵/۳	P=۰/۷۵ دقیق فیشر
	زن	۶	۱۸/۲	۵	۱۴/۷	
وضعیت تاهل	مجرد	۶	۱۸/۲	۹	۲۶/۵	P=۰/۵۷ دقیق فیشر
	متاهل	۲۶	۷۸/۸	۲۴	۷۰/۶	
	بیوه	۱	۳	۱	۲/۹	
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۲	۳۶/۴	۱۳	۳۸/۲	P=۰/۵۶ کای اسکویئر
	دیپلم	۱۷	۵۱/۵	۱۴	۴۱/۲	
	دانشگاهی	۴	۱۲/۱	۷	۲۰/۶	
شغل	خانه دار	۶	۱۸/۲	۵	۱۴/۷	P=۰/۲۹ کای اسکویئر
	آزاد	۱۰	۳۰/۳	۵	۱۴/۷	
	بازنشسته	۹	۲۷/۳	۱۶	۴۷/۱	
	بیکار	۶	۱۸/۲	۵	۱۴/۷	
درآمد	زیر ۱/۲۰۰	۱۵	۴۵/۵	۱۲	۳۵/۳	p=۰/۶۹ کای اسکویئر
	۱/۲۰۰-۲/۵۰۰	۶	۱۸/۲	۷	۲۰/۶	
	بالاتر از ۲/۵۰۰	۱۲	۳۶/۴	۱۵	۴۴/۱	
	ندارد	۶	۱۸/۲	۹	۲۶/۵	
تعداد فرزند	۱	۴	۱۲/۱	۲	۵/۹	p=۰/۸۰ کای اسکویئر
	۲	۷	۲۱/۲	۵	۱۴/۷	
	۳	۱۰	۳۰/۳	۱۰	۲۹/۴	
	۴	۶	۱۸/۲	۸	۲۳/۵	
افراد تحت تکفل	ندارد	۴	۱۲/۱	۴	۱۱/۸	p=۰/۹۵ کای اسکویئر
	۱	۱۱	۳۳/۳	۱۲	۳۵/۳	
	۲	۱۲	۳۶/۴	۱۱	۳۲/۴	
	۳	۴	۱۲/۱	۳	۸/۸	
	۴	۲	۶/۱	۴	۱۱/۸	
بیمه	دارد	۲۵	۷۵/۸	۲۴	۷۰/۶	P=۰/۷۸ دقیق فیشر
	ندارد	۸	۲۴/۲	۱۰	۲۹/۴	
محل سکونت	شهر	۲۵	۷۵/۸	۲۷	۷۹/۴	P=۰/۷۷ دقیق فیشر
	روستا	۸	۲۴/۲	۷	۲۰/۶	

زهرا درویشی و همکاران

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از اجرای برنامه توانمندسازی

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		** نتیجه آزمون مقدار احتمال
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمون	۳۶/۱۸	۳/۷۸	۴۳/۹۳	۳/۶۰	$p < ۰/۰۰۱$
کنترل	۳۶/۷۶	۳/۹۵	۳۶/۹۸	۴/۱۲	۰/۱۲
مقدار احتمال	۰/۵۴		$P < ۰/۰۰۱$		

* نتایج آزمون تی مستقل، ** نتایج آزمون تی زوجی

مقایسه ی نمرات میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی کل در گروه مداخله با استفاده از آزمون تی زوجی نشان داد که تفاوت از زمان پیش آزمون به زمان پس آزمون معنی دار بود ($p < ۰/۰۰۱$)، در گروه کنترل این تفاوت از زمان پیش آزمون به زمان پس آزمون معنی دار نبود ($P = ۰/۱۲$) (جدول ۳).

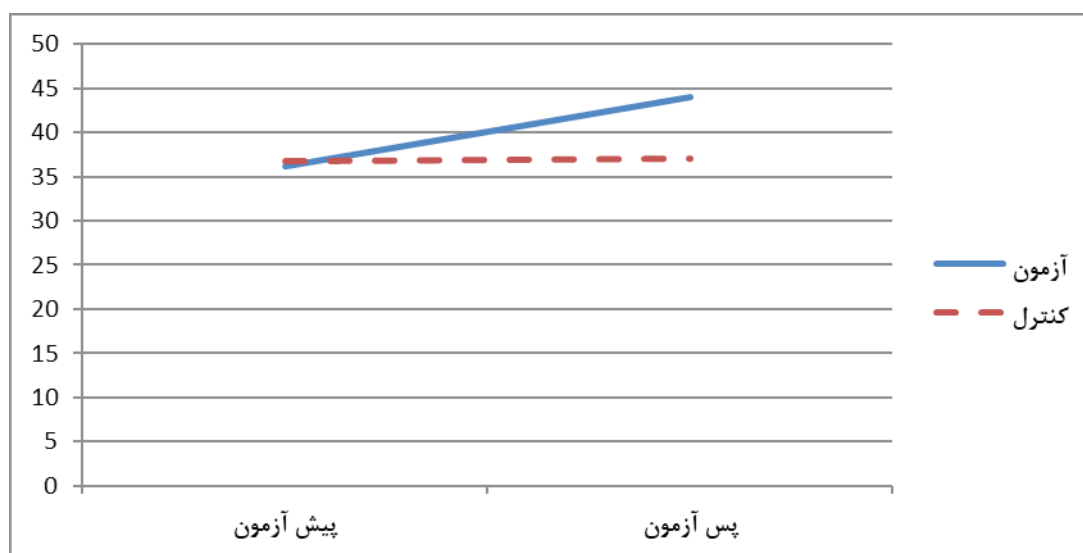
میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی کل قبل از مداخله بر اساس آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p = ۰/۵۴$). بعد از مداخله میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی کل در گروه مداخله به $۴۳/۹۳ \pm ۳/۶۰$ و در گروه کنترل به $۳۶/۹۸ \pm ۴/۱۲$ رسید که بر اساس آزمون من-ویتنی (چون توزیع نمرات میانگین پس آزمون نرمال نبود) این تفاوت معنی دار بود ($p < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی کل در بیماران دو گروه

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۷۴۹/۵۲	۱	۷۴۹/۵۲	۲۰۸/۶۸	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۷۶	۱
گروه	۹۲۶/۷۲	۱	۹۲۶/۷۲	۲۵۸/۰۱	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۸۰	۱
خطا	۲۲۹/۸۷	۶۴	۳/۵۹				

($p < ۰/۰۰۱$) با توجه به اندازه اثر، می توان گفت که ۸۰ درصد تغییرات متغیر وابسته در پس آزمون، ناشی از مداخله می باشد (جدول ۴).

پس از کنترل آماری تفاوت میانگین گروه ها در پیش آزمون، مداخله مربوطه بر میانگین نمره کیفیت زندگی کل بیماران مورد مطالعه پس آزمون اثر گذار بوده است



نمودار ۱. روند تغییر میانگین نمره کیفیت زندگی کل در بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال ۱۴۰۰

نمرات تمام ابعاد ۱۹ گانه قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل همگن بوده و تفاوت آماری معنی داری نداشت اما بعد از مداخله در مورد ابعاد عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، مشکلات عاطفی، عملکرد اجتماعی، خوب بودن عاطفی، خستگی و انرژی، سلامت فردی، علایم بیماری، بار مسئولیت بیماری کلیوی، عملکرد شناختی، کیفیت تعامل اجتماعی، عملکرد جنسی، خواب و حمایت اجتماعی تغییراتی حاصل شده و به صورت معنی داری تحت تاثیر آموزش و پیگیری تلفنی ارتقا یافت، اما در مورد ابعاد دیگر شامل درد، درک سلامت عمومی، تاثیر بیماری کلیوی بر زندگی، وضعیت شغلی، حمایت کارکنان دیالیز و رضایت این گونه نبود و نمرات تغییر معنی داری پیدا نکرد.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه ی توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز انجام شد. نتایج نشان داد که استفاده از برنامه ی توانمندسازی به روش بازخورد محور موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز می شود. این بدین معناست که مطالب آموزش داده شده توسط پرستاران اگر بازخورد محور باشد و اطمینان حاصل شود که توسط بیمار درک و تفهیم شده است اثربخش تر است. به صورت هم راستا با نتیجه پژوهش حاضر، پذیرفته و همکاران (۱۴۰۰) با بررسی تاثیر آموزش بازخورد محور بر تبعیت از رژیم غذایی و محدودیت مایعات بیماران تحت همودیالیز نشان دادند که آموزش بازخورد محور بر تبعیت از محدودیت مایعات بیماران تحت همودیالیز کارایی چشمگیری دارد [۲۳]. محمدی و همکاران با بهره گیری از روش ترکیبی آموزش چند رسانه ای و آموزش بازخورد محور اعلام نمودند که این مداخلات در ارتقای کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی موثرند [۲۷]. در روش بازخورد محور هم می توان دریافت که بیمار آنچه که مدنظر پرستار است درک کرده است و هم اینکه مطالب را فراگرفته است و در امر آموزش فعال بوده است. لذا به نظر می رسد این نکته ی مهم نقطه قوت بازخورد محور است. چون در آموزش های دیگر بازخوردی گرفته نمی شود ممکن است بیمار هم پیگیر نباشد و نتیجت شکست فرایند را به دنبال خواهد داشت. منصوری و همکاران (۲۰۲۰) در یک مطالعه ی نیمه تجربی تحت عنوان بررسی تاثیر مداخلات آموزشی مبتنی بر گروه درمانی حمایتی بر کیفیت زندگی

بیماران تحت همودیالیز مداخلات آموزشی مبتنی بر گروه درمانی حمایتی بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز موثر است [۲۸]. Fadlalmola و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی باهدف تعیین تاثیر برنامه ی آموزشی شامل آموزش در مورد همودیالیز، عوارض، مصرف داروها و پیگیری درمان بر کیفیت زندگی بیماران نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز در گروه آزمون از ۴۵ درصد در زمان پیش آزمون به ۱۰۰ درصد در زمان پس آزمون رسید که این تغییر معنی دار بود ($P=0/001$) [۲۹]. Thojampa و همکاران (۲۰۲۰) در کشور تایلند یک مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه های توانمند سازی بر کیفیت زندگی و طول مدت زندگی سالمندان انجام دادند که در آن کیفیت زندگی سالمندان گروه مداخله قبل از مداخله $91/33 \pm 11/61$ بود که بعد از مداخله به $14/59 \pm 116/03$ رسید و این تغییر از نظر آماری معنی دار بود ($P<0/001$) [۳۰]. اسدی و همکاران (۲۰۲۰) یک مطالعه ی کارآزمایی بالینی با هدف تعیین تاثیر مداخلات آموزشی مبتنی بر توانمندسازی بیماران تحت هورمون درمانی بر کیفیت زندگی آنان انجام دادند که کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه SF-36 در گروه مداخله قبل از مداخله $58/74$ بود و بعد از مداخله افزایش پیدا کرده بود و به $7/18 \pm 62/14$ رسید [۳۱]. Cheng و همکاران (۲۰۱۹) با انجام پژوهشی با هدف تعیین تاثیر مداخلات خودمدیریتی مبتنی بر توانمندسازی بیماران دیابتی بر کیفیت زندگی آنان اعلام کردند که کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله از $2/87$ به $3/13$ و سطح توانمندی از $3/58$ به $3/86$ رسید که از نظر آماری معنی دار بود ($P<0/05$) [۳۲]. مهدی فرانی و همکاران (۱۳۹۸) در یک مطالعه با هدف تعیین تاثیر برنامه آموزش خودمدیریتی بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی سالمندان تحت همودیالیز نشان دادند که برنامه توانمندسازی خودمدیریتی موجب ارتقای خودکارآمدی و کیفیت زندگی سالمندان تحت همودیالیز می شود [۳۳]. پور آقاجانی و همکاران (۱۳۹۸) در یک مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش خود مراقبتی به روش بازخوردی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و با پرسشنامه SF36 نتیجه گرفتند که آموزش خود مراقبتی به روش بازخوردی در بهبود کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی، موثر است [۳۴]. سالار و همکاران (۱۳۹۷) یک مطالعه با هدف تعیین تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران دیالیزی انجام دادند که تغییرات نمره کیفیت زندگی در دو

زهرادریشی و همکاران

در مطالعه ای که توسط سالار و همکاران (۱۳۹۷) با هدف تعیین تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران دیالیزی انجام شد میانگین نمرات ابعاد خواب، سلامت کلی، سلامت اجتماعی و عملکرد اجتماعی بعد از مداخله به طور معنی داری ارتقا پیدا کرد [۳۵]. رضانی و همکاران (۱۳۹۸) با انجام یک مطالعه مداخله ای با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی بر فعالیت فیزیکی و خواب بیماران همودیالیزی نشان دادند که آموزش بیماران همودیالیزی با استفاده از تئوری ها در انجام رفتارهای صحیح فعالیت فیزیکی و خواب تأثیرگذار بود. لذا توصیه می شود که این تئوری در کنار روش های آموزشی سنتی به کار گرفته شود [۳۶].

از محدودیت های پژوهش حاضر همزمان شدن با پاندمی کووید-۱۹ بود که شرایط نمونه گیری را سخت نمود و لذا محقق سعی نمود ضمن اهدای ماسک و حفظ پروتکل های بهداشتی رضایت و اعتماد بیماران جهت شرکت در مطالعه را جلب نماید. همچنین تفاوت های فردی، اجتماعی و فرهنگی شرکت کنندگان می توانست در درک و نحوه پاسخ گویی آنها تأثیر داشته باشد که کنترل آنها خارج از اختیار پژوهشگر می باشد.

نتیجه گیری

برنامه ی توانمندسازی بازخورد محور که شامل آموزش، بحث گروهی، دادن کتابچه و مخصوصا دریافت بازخوردهای پس از آموزش می تواند بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز تأثیر گذاشته و نمره ی کل کیفیت زندگی و اکثر ابعاد آن را ارتقا دهد. ماهیت بیماری کلیوی و همودیالیز، عوارض و محدودیت های آن تمام جنبه های کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد و باعث افت شدید آن می شود. در این راستا استفاده از آموزش با هدف توانمندسازی بیمار و آشنایی آن ها با این مقوله که می توانند با بهره مندی از منابع خود را توانمند سازند بسیار حایز اهمیت بوده و کمک کننده می باشد. مداخله ی حاضر به عنوان یک مداخله ی قابل اجرا، مفید و موثر می تواند در دستور کار پرستاران و مراقبین قرار گیرد تا بتوانند به بیماران تحت همودیالیز کمک نمایند.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی

گروه یکسان نبوده و بیانگر افزایش نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود [۳۵]. مرور مطالعات حاکی از این است که اکثر پژوهشگران برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز از روش و مداخلات آموزشی استفاده نموده اند. ماهیت آموزش و ارتقای اطلاعات بیماران باعث کسب دانش و مهارت و اهتمام بیشتر به انجام رفتارهای خودمراقبتی می شود و از نظر محقق دلیل اصلی توجیه و کسب نتایج یکسان و مشابه بین مطالعه ی حاضر و مطالعات بررسی شده می باشد، اما در مطالعه حاضر از روش بازخورد محور استفاده شد. همچنین گام های اجرای مداخله با استفاده از نظریه ی استاندارد و علمی توانمندسازی اندرسون و فانل بود به علاوه پیگیری یک ماهه هم از طریق تلفن برای تداوم یادگیری انجام شد.

در مورد ابعاد کیفیت زندگی نیز بعد از مداخله در مورد ابعاد عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، مشکلات عاطفی، عملکرد اجتماعی، خوب بودن عاطفی، خستگی و انرژی، سلامت فردی، علایم بیماری، بار مسئولیت بیماری، کلیوی، عملکرد شناختی، کیفیت تعامل اجتماعی، عملکرد جنسی، خواب و حمایت اجتماعی تغییراتی حاصل شده و به صورت معنی داری تحت تأثیر آموزش و پیگیری تلفنی ارتقا یافت و می توان گفت که ابعاد در مطالعه حاضر تغییر زیادی کرد اما در مطالعه افراد دیگر این تغییرات دیده نشد که پیگیری تلفنی یک ماهه می تواند دلیل این کار باشد. اما در مورد ابعاد دیگر شامل درد، درک سلامت عمومی، تأثیر بیماری کلیوی بر زندگی، وضعیت شغلی، حمایت کارکنان دیالیز و رضایت این گونه نبود و نمرات تغییر معنی داری پیدا نکرد. علت عدم تغییر معنی دار در برخی ابعاد مثل درد، درک سلامت عمومی و تأثیر بیماری کلیوی بر زندگی و وضعیت شغلی و حمایت کارکنان دیالیز و رضایت را شاید بتوان اینگونه ذکر کرد که لزوم جلسات آموزشی بیشتر جهت تغییر در درک و استفاده از روشهای مختلف کنترل درد در بیمار، حمایت روانی و عاطفی بیشتر از بیمار و آموزش کارکنان بخش دیالیز در مواجهه و برخورد صحیح با این بیماران و دخیل کردن بیماران و خانواده در تصمیم گیریها برای افزایش میزان رضایت آنان از مراقبت ضروری باشد همچنین معرفی گروههای حمایتی به خانواده و مراکز مددکاری و مشاوره های روانشناسی و آموزش جنبه های روانی نیز می تواند در کمک به این بیماران تأثیر داشته باشد.

ممکن نبود نهایت سپاسگزاری به عمل می آید.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Fasihi M, Heravi-Karimooi M. Evaluation of anxiety and depression in hemodialysis patients with uremic pruritus. *J Crit Care Nurs*. 2019;12(1):15-23.
2. Kritmetapak K, Pongchaiyakul C. Parathyroid hormone measurement in chronic kidney disease: from basics to clinical implications. *international Journal of Nephrology*. 2019;2019. <https://doi.org/10.1155/2019/5496710>
3. Abod K, Mohammed M, Taay YM, editors. Evaluation of total oxidant status and antioxidant capacity in sera of acute-and chronic-renal failure patients. *Journal of Physics: Conference Series*; 2021: IOP Publishing. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/1853/1/012038>
4. Lee H-J, Son Y-J. Prevalence and associated factors of frailty and mortality in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(7):3471. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073471>
5. Bastani M, Ghasemi G. The Effect of selected core stability exercises on restless legs syndrome and quality of life in the elderly undergoing hemodialysis. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2018;12(8):48-58. <https://doi.org/10.29252/qums.12.8.48>
6. Okhli A, Masoudi R. The impact of family-based empowerment pattern on hemodialysis patients in golestan province in 1394. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2019;5(3):8-13.
7. 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. *Frontiers in Pharmacology*. 2018;9:770. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00770>
8. Khoshkhatti N, Bazzazian S, Yazdinezhad A. the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on symptoms of anxiety, depression and stress in renal patients under hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020;14(6):1-10.
9. Kim K, Kang GW, Woo J. The quality of life of hemodialysis patients is affected not only

پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران می باشد. لذا از تحصیلات تکمیلی دانشگاه، کمیته اخلاق، مسئولین دانشکده پرستاری و همکاری صمیمانه ریاست و مدیریت محترم بیمارستان ها، مدیریت محترم پرستاری و بیماران گرانقدری که بدون همکاری آنها این تحقیق

- by medical but also psychosocial factors: a canonical correlation study. *Journal of Korean Medical Science*. 2018;33(14)e111. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e111>
10. Fouladi Ze. Investigation of relationship between positive psychological variables (spirituality and hope) psychopathology (depression, stress, anxiety) and quality of life in hemodialysis patients Isfahan-2012. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2014;11(6):567-77.
 11. Gerasimoula K, Lefkothea L, Maria L, Victoria A, Paraskevi T, Maria P. Quality of life in hemodialysis patients. *Materia socio-medica*. 2015;27(5):305. <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.305-309>
 12. Moeini V, Shiri P, Akhlaghi M. Quality of life and related factors in hemodialysis patients attending to educational hospitals in Zanjan. *Quarterly Journal of Geriatric Nursing*. 2018;1(4):50-9.
 13. Halvorsen K, Dihle A, Hansen C, Nordhaug M, Jerpseth H, Tveiten S, et al. Empowerment in healthcare: A thematic synthesis and critical discussion of concept analyses of empowerment. *Patient education and counseling*. 2020;103(7):1263-71. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.017>
 14. Alhani F, Anoosheh M. The effect of Family Centered Empowerment Model on mothers' QOL of girls under six years old with UTI. *Journal of Health Promotion Management*. 2014;3(3):7-15.
 15. Taheri Z, Khorsandi M, Ghafari M, Amiri M. Empowerment-based interventions in patients with diabetes: a review study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2016;15(5):453-68.
 16. Shin S, Park H. Effect of empowerment on the quality of life of the survivors of breast cancer: The moderating effect of self-help group participation. *Japan Journal of Nursing Science*. 2017;14(4):311-9. <https://doi.org/10.1111/jjns.12161>
 17. Ji Y-N, Liu Y-H, Xie L-L, Li C-Y, Hou Z-H. The effect of empowerment education on depression level and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a meta-analysis. *Frontiers of Nursing*. 2019;6(3):217-26. <https://doi.org/10.2478/FON-2019-0033>
 18. Ghnji S, Peyman N, Meysami Bonab S, Esmaeili

- H. Effect of self-care training program on quality of life and health literacy in the patients with essential hypertension. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2018;60(6):792-803.
19. Oshvandi K, Salavati M, Ahmadi F, Soltanian A. The effect of training on hemodialysis patients' lifestyle promotion. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2018; 26 (3) :165-172. <https://doi.org/10.30699/sjnhmf.26.3.165>
 20. Karimimoneghi H, Dalir Z. teach-back method in patient education. *Strides in Development of Medical Education*. 2016;13(640-643).
 21. Aghamohammadi M, Khatiban M, Soltanian A, Khalili Z. comparison of the effect of two teach-back training and pictorial training methods on medication adherence in heart failure patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2020; 28 (3) :193-204. <https://doi.org/10.30699/ajnm.28.3.193>
 22. Kornburger C, Gibson C, Sadowski S, Maletta K, Klingbeil C. Using "teach-back" to promote a safe transition from hospital to home: an evidence-based approach to improving the discharge process. *Journal of Pediatric Nursing*. 2013;28(3):282-91. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.10.007>
 23. Pazirofteh S, Alilu L, Habibzade H, Rasoli J. the effect of an educational program based on the teach back method on adherence to diet and fluid restriction in hemodialysis patients referring to the educational-treatment centers of urmia medical science university in 2020. *Nursing and Midwifery Jounal*. 2021;19(2):87-96.
 24. Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education and counseling*. 2010;79(3):277-82. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
 25. Bakarman MA, Felimban MK, Atta MM, Butt NS. The effect of an educational program on quality of life in patients undergoing hemodialysis in western Saudi Arabia. *Saudi medical journal*. 2019;40(1):66. <https://doi.org/10.15537/smj.2019.1.23401>
 26. Abedsaeidi G, Amialiakbari S. *Research methods in medical sciences and health*. 2th, editor. Tehran: Jamenegar Publication; 2021. 108 p.
 27. Mohammadi F, Jahromi MS, Bijani M, Karimi S, Dehghan A. Investigating the effect of multimedia education in combination with teach-back method on quality of life and cardiac anxiety in patients with heart failure: a randomized clinical trial. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2021;21(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02357-z>
 28. Mansouri S, Jalali A, Rahmati M, Salari N. Educational supportive group therapy and the quality of life of hemodialysis patients. *BioPsychoSocial medicine*. 2020;14(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s13030-020-00200-z>
 29. Fadlalmola HA, Elkareem EMA. Impact of an educational program on knowledge and quality of life among hemodialysis patients in Khartoum state. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2020;12:100205. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100205>
 30. Thojampa S, Daengthern L, Kumpeera K. The effects of an empowerment program to have a good quality of life and long life for elderly people in Phrae Province, Thailand. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2020;12:100201. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100201>
 31. Asadi M, Tabari F, Haghani S, Heidari ME. The impact of empowerment model-based education on quality of life of transgender people under hormone therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;9(6):2794. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1201_19
 32. Cheng L, Sit JW, Choi K-c, Chair S-y, Li X, Wu Y, et al. The effects of an empowerment-based self-management intervention on empowerment level, psychological distress, and quality of life in patients with poorly controlled type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2019:103407. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103407>
 33. Mehdifarani M, Rejeh N, Heravi M, Marghoub B. The effect of self-management training program on self-efficacy and quality of life of the elderly under hemodialysis. Tehran: Shahed University; 2020.
 34. Pouraghajani M, Bagheri M, Youzbashi S, Sirainayyer M. The effect of teach-back self-care training on quality of life in patients with heart failure. Twentieth Annual Research Congress of Medical Students; Tehran: Twentieth Annual Research Congress of Medical Students; 2020.
 35. Salar A, KermanSaravi F, Navidian A, Taheri B. The effect of a family-centered empowerment model on quality of life in dialysis patients. *journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2019;17(2):179-90.
 36. Ramezani T, Gh S, Gharlipour Z, Sh P, Mohebi S. The effect of educational program on physical activity and sleep in hemodialysis patients: applying the self-efficacy theory. *Journal of Health*. 2019;10(2):156-68. <https://doi.org/10.29252/j.health.10.2.156>