



The Effect of the Self-management Program Based on the 5-A Model on the Level of Stress, Depression and Anxiety of Patients Undergoing Hemodialysis

Seyede Fatemeh Kazemi¹, Mhrdad Azarbarzin^{2*}, Raziye Amini³

1-Master Science Student of Medical- Surgical Nursing- Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C. , Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2- Associate Professor, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3-Professor Assistant, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Corresponding Author: Mhrdad Azarbarzin, Associate Professor, Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Na.C. , Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

E.mail: mehrdadazar@iaui.ac.ir

Received: 2025/05/28

Accepted: 2025/08/4

Abstract

Introduction: Patients undergoing hemodialysis treatment face different complications due to various drug treatments and various problems. One of these side effects is stress, depression and anxiety disorders, and one of the ways to reduce these side effects in hemodialysis patients is to increase the self-care of the patients. Various models have been introduced to increase self-care of patients, and one of these models is the five-A model. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effect of a self-management program based on the Panj-A nursing model on the level of stress, depression and anxiety of patients undergoing hemodialysis in Mahmoudabad Martyrs Hospital, Mazandaran in 2024.

Methods: The present study is a semi-experimental study of two groups, before and after, which was conducted on 30 available hemodialysis patients over 18 years of age who referred to the hemodialysis department of Mahmoudabad Martyrs Hospital in Mazandaran in 1403, who were divided into two groups based on the block division of even and odd days (taking into account the holidays on Fridays). To conduct this study, the patients in the intervention group underwent face-to-face training in the waiting room of the dialysis ward for twelve weeks during five stages according to the study objectives and based on the five-A model. The data collection tool included two parts of the demographic characteristics questionnaire and the DASS-21 questionnaire. Descriptive statistics and independent t, paired t, chi-square and ANCOVA statistical tests were used for data analysis using S.P.S.S software version 20.

Results: The findings of the present study showed that before training in the intervention group, the average score of stress (14.00 ± 2.39), anxiety (12.66 ± 2.58) and depression (15.06 ± 2.60) and in the control group the average score of stress (14.53 ± 1.76), anxiety (11.33 ± 2.22) and depression (16.53 ± 2.32) which there was no statistical significance ($p < 0.001$), but after completing the training, the average score of stress (9.86 ± 1.59), anxiety (9.06 ± 1.66) and depression (10.00 ± 1.51) in the intervention group and in the control group the average score of stress (13.56 ± 1.21), anxiety (12.00 ± 2.13) and depression (16.26 ± 2.91) which the differences was statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusions: The results of this study showed that the implementation of a self-care program based on the 5A model can reduce the stress, anxiety and depression scores of hemodialysis patients. Therefore, it seems that the use of the 5A model in the health system as an effective, quick, accessible and easy intervention can be effective in the health of patients, especially the elderly.

Keywords: Self-management, Five-A model, Stress, Depression, Anxiety, Hemodialysis.



تاثیر برنامه خود مدیریتی بر اساس مدل پنج- آ بر میزان استرس، افسردگی و اضطراب بیماران تحت همودیالیز

سیده فاطمه کاظمی^۱، مهرداد آذربرزین^{۲*}، راضیه امینی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲- دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳- استادیار پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

نویسنده مسئول: مهرداد آذربرزین، دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

ایمیل: mehrdadazar@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۳/۷

چکیده

مقدمه: بیماران تحت درمان با همودیالیز، به علت درمان های دارویی متعدد و مشکلات گوناگون با عوارض متفاوتی مواجه می شوند. یک دسته از این عوارض اختلالات استرس، افسردگی و اضطراب است و یکی از روشهای کاهش این عوارض در بیماران تحت همودیالیز افزایش خودمراقبتی بیماران است. مدل های مختلفی برای افزایش خود مراقبتی بیماران معرفی شده است که یکی از این مدل ها مدل پنج آ است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه خود مدیریتی بر اساس مدل پرستاری پنج- آ در میزان استرس، افسردگی و اضطراب بیماران تحت همودیالیز بیمارستان شهدای محمودآباد مازندران در سال ۱۴۰۳ انجام شده است. **روش کار:** مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی قبل و بعد است که روی ۳۰ نفر از بیماران در دسترس تحت همودیالیز بالای ۱۸ سال مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان شهدای محمودآباد مازندران در سال ۱۴۰۳ که بر اساس تقسیم بلوکی روزهای زوج و فرد (با در نظر گرفتن تعطیلی روزهای جمعه) به دو گروه تقسیم شدند، انجام گردید. برای انجام این مطالعه بیماران در گروه مداخله برای مدت دوازده هفته طی پنج مرحله طبق اهداف مطالعه و بر اساس مدل پنج آ تحت آموزش حضوری در سالن انتظار بخش دیالیز قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها شامل دو بخش پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه DASS-21 بود. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمون های آماری تی مستقل، تی زوجی، کای اسکور و آنکووا با استفاده از نرم افزار S.P.S.S نسخه ۲۰ استفاده گردید.

یافته ها: یافته های مطالعه حاضر نشان داد که قبل از آموزش در گروه مداخله میانگین نمره استرس (2.39 ± 14.00) ، اضطراب (2.58 ± 12.66) و افسردگی (2.60 ± 15.06) و در گروه کنترل میانگین نمره استرس (1.76 ± 14.53) ، اضطراب (2.22 ± 11.33) و افسردگی (2.32 ± 16.53) بود و بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت $(p < 0.001)$ ، اما پس از اتمام آموزش در گروه مداخله میانگین نمره استرس (1.59 ± 9.86) ، اضطراب (1.66 ± 9.06) و افسردگی (1.51 ± 10.00) و در گروه کنترل میانگین نمره استرس (1.21 ± 13.56) ، اضطراب (2.13 ± 12.00) و افسردگی (2.91 ± 16.26) بود که بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری وجود داشت و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود $(p < 0.001)$.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اجرای برنامه خود مراقبتی مبتنی بر مدل پنج- آ می تواند نمره استرس و اضطراب و افسردگی بیماران تحت همودیالیز را کاهش دهد. بنابراین به نظر می رسد به کارگیری مدل پنج- آ در سیستم سلامت به عنوان یک مداخله مؤثر، سریع، در دسترس و آسان می تواند در سلامت مددجویان، به ویژه سالمندان مؤثر باشد.

کلیدواژه ها: خود مدیریتی، مدل پنج- آ، استرس، افسردگی، اضطراب، همودیالیز.

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه به عنوان از دست دادن پیشرونده و غیر قابل برگشت عملکرد کلیه تعریف می شود. این بیماری با کاهش نرخ فیلتراسیون گلومرولی به کمتر از ۶۰ میلی لیتر در دقیقه بر حسب ۱٫۷۳ متر مربع سطح بدن برای سه ماه یا بیشتر، یا وجود آسیب کلیه برای مدت مشابه مشخص می شود. این وضعیت می تواند در طول زمان به آرامی ایجاد شود و اغلب با علائم قابل توجه کمی در مراحل اولیه ایجاد شده و نهایتاً ممکن است منجر به بیماری های کلیوی در مرحله نهایی (End Stage Renal Diseases) شود. یکی از روش های درمانی بیماران با نارسایی مزمن کلیه، استفاده از روش همودیالیز است (۱). تخمین زده می شود در سال ۲۰۳۰ تعداد افرادی که به همودیالیز نیاز خواهند داشت به بیش از دو میلیون نفر خواهد رسید (۲). آمار شیوع دیالیز در دنیا ۲۴۲ بیمار در هر یک میلیون نفر است و سالانه حدود ۸ درصد به این آمار اضافه می شود که با مقایسه رشد جمعیت سالانه دنیا (۱/۰۱ درصد)، این بیماری یک مشکل سلامت مهم در دنیا به شمار می رود (۳). در ایران بیشتر از ۲۲ هزار بیمار تحت درمان با همودیالیز هستند و سالانه ۲۰٪ به این بیماران افزوده می شود (۴). اگرچه همودیالیز طول عمر مبتلایان را افزایش می دهد، اما شیوه زندگی و وضعیت سلامت و نقش های فرد را تحت تأثیر قرار می دهد و در طولانی مدت، کاهش استانداردهای زندگی و مشکلات جسمی و روانی را در پی خواهد داشت و این بیماران به مشکلات روانی-اجتماعی متعدد از جمله اختلالات استرس، افسردگی و اضطراب مبتلا می شوند (۵). مطالعات مختلف انجام شده در ایران و سایر کشورها نشان دهنده شیوع بالای میزان استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران تحت همودیالیز می باشد (۶). نتایج مطالعه دلشاد و همکاران نشان داد ۶۳/۰۵٪ بیماران تحت همودیالیز دچار افسردگی، ۶۵/۲۰٪ دچار اضطراب و ۶۷/۴۰٪ دچار استرس بودند (۷). با توجه به شیوع بالای استرس، افسردگی و اضطراب در بین بیماران کلیوی و از آنجایی که کفایت دیالیز در بیماران همودیالیزی ارتباط آماری معناداری با اختلالات روانی دارد، لذا تشخیص به موقع و درمان مؤثر اختلالات روانی از جمله استرس، افسردگی و اضطراب می تواند پیش آگهی بیماری و بقای بیماران را بهبود دهد (۸) لذا انتخاب روش مقابله ای مناسب در جهت کاهش

میزان استرس، افسردگی و اضطراب و به دنبال آن ارتقاء خود مراقبتی این بیماران با تدوین برنامه های آموزشی و مداخله ای، یک ضرورت اساسی محسوب می شود (۹). در راهنمای مرکز خدمات مراقبت طبی و پزشکی آمریکا در سال ۲۰۰۹ بیماران تحت درمان با دیالیز به عنوان عضوی از تیم مراقبتی و مشارکت کننده کامل در مراقبت از خود در نظر گرفته می شوند. بر مبنای این تعریف در مراقبت از این بیماران بجای تمرکز بر واژه های تمکین و پایبندی، باید به خودمراقبتی بیمار تاکید شود که به وجود آورنده پارادایمی جدید در مراقبت از بیماران تحت دیالیزی باشد (۱۰). در واقع خودمراقبتی یک جزء مهم از کنترل بیماری بوده و فرآیندی نسبی است که رفتارها و انتخاب های هدفمندی را به همراه داشته و منعکس کننده نگرش و دانش هر فرد می باشد (۱۱). بیماران در فرآیند مراقبت از خود می توانند نقش موثری داشته باشند به نحوی که امروزه برنامه های توانمندسازی، بر پایه مراقبت از خود بیماران در مراقبت بیماران گنجانده شده است (۱۲). فعالیتهای خودمراقبتی در بیماران تحت درمان با دیالیز می تواند نقش بسیار چشمگیری در سازگاری بیماران با فرآیند بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش دفعات و طول مدت بستری در بیمارستان، کاهش هزینه های درمانی و مرگ و میر بیماران ایفا نماید. در واقع خودمراقبتی یکی از جنبه های مهم در مدیریت بیماری های مزمن است و تحقیقات نشان داده که توانایی خودمدیریتی یک راه مؤثر برای افزایش خودمراقبتی و بهبود کیفیت زندگی بیماران به شمار می رود (۱۳) به طوری که فعالیت های خودمدیریتی در بیماران دیالیزی نقش مهمی در استقلال این بیماران دارد. خود مدیریتی به معنی ظرفیت و قدرت بیمار برای رفع نیازهای مرتبط با مراقبت از جسم و روان خود است (۱۴).

برای اجرای برنامه خودمدیریتی مدل های مختلفی وجود دارد مانند مدل رفتار برنامه ریزی شده، مدل خودکارآمدی، مدل پذیرش سلامت و ... که یکی از رایج ترین آنها که جهت مشاوره و تغییر رفتار کاربرد دارد، مدل خودمدیریتی پنج-آ است. آموزش «برنامه خودمدیریتی پنج-آ»، یک برنامه مبتنی بر شواهد است که طیف وسیعی از تغییر رفتارها در شرایط و موقعیت مختلف سلامتی در مراقبت اولیه از بیماری مزمن است و شامل مراحل Assess, Advise, Agree, Assist, Arrange می باشد (۱۵).

روش کار

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی قبل و بعد بود که در آن تأثیر متغیر مستقل «مدل خود مدیریتی پنج-آ» بر متغیرهای وابسته «استرس، افسردگی و اضطراب» در بیماران تحت همودیالیز مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش را بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان شهدای محمودآباد مازندران در سال ۱۴۰۳ تشکیل می داد و نمونه پژوهش را تعداد ۳۰ نفر از بیماران تحت درمان همودیالیز در این مرکز که سن بالای ۱۸ سال داشته و بر اساس خود اظهاری فرد مبتلا به بیماری های روانشناختی نبوده و قادر به برقراری ارتباط کلامی بوده و سواد خواندن و نوشتن داشته و بیش از یکسال سابقه درمان متوالی با ماشین همودیالیز داشته تشکیل می داد. حجم نمونه با احتمال خطای نوع اول $\alpha=0.05$ و توان آزمون $1-\beta=0.80$ با استفاده از اطلاعات مطالعه کیوان و همکاران (۲۱) و با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش نمونه ها، در هر گروه ۱۵ نفر و در کل ۳۰ نفر محاسبه شد و افراد با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس نمونه ها بر اساس تقسیم بلوکی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند به این نحو که بیماران مراجعه کننده در روزهای زوج، در گروه آزمون و مراجعه کنندگان روزهای فرد در گروه کنترل قرار گرفتند. روزهای جمعه بخش دیالیز تعطیل می باشد) و بر این اساس نمونه ها تا رسیدن به سطح ۱۵ نفر در هر گروه تخصیص تصادفی (Random Allocation) یافتند.

برای انجام این پژوهش ابتدا کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی به شماره IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1403.175 اخذ گردید و پس از کسب اجازه از مسئولین بیمارستان و ورود به محیط پژوهش از تمامی شرکت کنندگان پس از توضیح علت انجام پژوهش رضایت نامه کتبی اخذ شد. برای جمع آوری اطلاعات این پژوهش از روش گردآوری اطلاعات به صورت میدانی و از طریق تکمیل پرسشنامه ها توسط بیماران استفاده شد. ابزار گردآوری داده ها شامل دو بخش ۱- پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و ۲- پرسشنامه DASS-21 بود. پرسشنامه جمعیت شناختی: شامل اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات بود.

مدل مداخله ای پنج-آ به وسیله کارگروه خدمات پیشگیری آمریکا و توسط Glasgow با هدف بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران در سال ۲۰۰۳، توسعه یافت (۱۶). این مدل در ایران و جهان بیشتر در رابطه با ترک اعتیاد و کاهش وزن و پیشگیری از بیماری های مزمن در افراد استفاده شده است. مدل پنج-آ که به مدل تغییر رفتار معروف است یکی از این مدل های کاربردی در رشته پرستاری می باشد که با رویکردی مبتنی بر شواهد طرح ریزی شده است و برای ایجاد رفتارهای مطلوب و شرایط سلامتی مختلف مناسب می باشد (۱۶). این مدل برنامه خود مدیریتی کوتاه و ساده ای بوده که هدف اصلی آن دستیابی بیماران به حداکثر استقلال، خودتصمیم گیری و تکیه بر توانایی ها آنان است (۱۷).

موثر بودن این مدل در بیماری های مختلف بررسی شده است از جمله نتایج مطالعه اصغریان و همکاران که به منظور بررسی تأثیر برنامه خود مدیریتی بر مبنای مدل پنج-آ بر خود مراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران سالمند مبتلا به هیپرتانسیون انجام شد و نشان داد با اجرای مدل پنج-آ بین میانگین نمرات همه ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد سلامت عمومی در دو گروه آزمون و کنترل تفاوت معنی داری ایجاد شده است (۱۸). حیدری و همکاران نیز با تحقیق خود نشان دادند برنامه خود مدیریتی پنج-آ خود کارآمدی بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) را افزایش می دهد (۱۹). نتایج مطالعه لین و همکاران نیز نشان داد که برنامه خود مدیریتی به طور قابل توجهی اثرات خود مدیریتی را بر پیامدهای مدیریت پزشکی، نقشی و عاطفی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیوی افزایش می دهد (۲۰). با توجه به افزایش روز افزون تعداد بیماران تحت همودیالیز و از طرفی اهمیت خود مدیریتی عوارض و علایم این بیماران به منظور افزایش خود مراقبتی و در نتیجه کاهش استرس، افسردگی و اضطراب آن ها و با عنایت به اینکه محققین در جستجوی خود مطالعه ای را نیافتند که به بررسی تأثیر مدل پرستاری خود مدیریتی پنج-آ بر میزان استرس افسردگی و اضطراب بیماران تحت همودیالیز پرداخته باشد، لذا این مطالعه با هدف بررسی و تأثیر برنامه خود مدیریتی بر اساس مدل پرستاری پنج-آ بر میزان استرس افسردگی و اضطراب بیماران تحت همودیالیز در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

افسردگی می شود. مرحله دوم: راهنمایی انفرادی بیمار در مورد خطرات سلامتی و فواید تغییر رفتار و کنترل استرس، اضطراب و افسردگی: در این مرحله با توجه به مرحله اول موارد غیر طبیعی تشخیص داده و به اطلاع بیمار رسانده شد و خطرات و فواید تغییر رفتار و اهمیت تغییر رفتار در پیشگیری از عوارض بیماری توضیح داده شد. مرحله سوم: بین بیمار و پژوهشگر توافقی کتبی در مورد عملکرد بیمار طرح ریزی شد (تا ۱۲ هفته - تعداد جلسات بر اساس مطالعات مشابه انتخاب شده است (۱۳، ۱۸، ۱۹)). برای اطمینان از اجرای برنامه از بیمار و با کمک اعضای خانواده خواسته شد چک لیست (طراحی شده) را علامت بگذارد و در دفتر گزارش دهی به صورت روزانه ثبت کند. مرحله چهارم: کمک به توسعه برنامه عملی (به همراه یکی از اعضای خانواده) که طی آن یک جلسه آموزشی دو ساعته به صورت گروهی به فاصله یک هفته پس از راهنمایی فردی، برای افزایش توان خودمدیریتی در کنترل استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش آگاهی بیمار در زمینه بیماریشان تشکیل شد و دوباره در مورد استرس، اضطراب و افسردگی با توجه به وضعیت بیمار آموزش داده شد و همچنین با توجه به نیاز بیمار، دوباره یک هفته پس از آموزش گروهی، آموزش فردی به منظور تاکید و تکرار مطالب گفته شده، داده شد. در مرحله پنجم که مرحله پیگیری بود، عملکرد بیماران در طول این سه ماه پیگیری شد. جهت اطمینان از اجرای برنامه های عملی توسط بیماران در دو هفته اول، تماس تلفنی روزانه و پس از آن تماس تلفنی هفتگی با بیماران صورت گرفت تا انجام برنامه عملی یاد آوری گردد. علاوه بر این، وضعیت پیشرفت بیمار هر چهار هفته یکبار نیز طی جلسه حضوری و فردی پیگیری شد. پس از اتمام دوره مداخله که دوازده هفته بود، مجدداً پرسشنامه در میان گروه مداخله و کنترل توزیع و اطلاعات مربوطه جمع آوری شد. همچنین به جهت حفظ مسایل اخلاق در پژوهش، در پایان دوره مطالعه پس از جمع آوری داده های تحقیق به گروه کنترل نیز آموزش های خودمدیریتی طی یک پروتکل فشرده تر ارائه گردید (جدول ۱).

پرسشنامه DASS-21 ساخته لویباند و لویباند (۱۹۹۵) یک ابزار استاندارد برای سنجش است که روایی و پایایی آن قبلاً توسط عاقبتی و مرادی پناه در ایران آزمون شده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده شامل ۷ ماده مربوط به افسردگی (D)، ۷ ماده اضطراب (A) و ۷ ماده استرس (S) می باشد. در این آزمون از فرد خواسته می شود حالات خود طی هفته گذشته را بر اساس جملات ذکر شده در پرسشنامه در چهار طبقه در نظر گرفته شده علامت بزند. پاسخنامه در چهار طبقه به صورت کلامی (اصلاً، نمره ۰، کم، نمره ۱)، (زیاد، نمره ۲) و (خیلی زیاد، نمره ۳) تنظیم شده است. و تقسیم بندی آن به این صورت است که برای افسردگی (هنجار = ۴-۰، خفیف = ۶-۵، متوسط = ۱۰-۷، شدید = ۱۳-۱۱، خیلی شدید = ۱۴+)؛ برای اضطراب (هنجار = ۳-۰، خفیف = ۵-۴، متوسط = ۷-۶، شدید = ۹-۸ و خیلی شدید = ۱۰+) و برای استرس (هنجار = ۷-۰، خفیف = ۹-۸، متوسط = ۱۲-۱۰، شدید = ۱۶-۱۳ و خیلی شدید = ۱۷+) در نظر گرفته می شود. ارزش آلفای این پرسشنامه در یک نمونه (n=۴۰۰) برای افسردگی ۰/۷۰، برای اضطراب ۰/۶۶ و برای استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. که در آن همبستگی خرده مقیاس افسردگی با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰ و خرده مقیاس اضطراب با آزمون اضطراب آیزنک ۰/۷۵ و خرده مقیاس استرس با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ بوده است (۲۲).

ابتدا در مرحله پیش آزمون، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه های استرس، افسردگی و اضطراب در اختیار افراد قرار گرفت و تکمیل شد. گروه آزمون تحت اجرای برنامه خودمدیریتی قرار گرفتند و محل برگزاری کلاسها سالن انتظار خود بخش دیالیز بود. گروه کنترل برنامه روتین بیمارستان که شامل کنترل وزن قبل و بعد دیالیز و سپس کنترل علائم حیاتی قبل و حین و بعد دیالیز و پاسخ به سوالات بیماران بود را دریافت نمودند. گروه مداخله تحت آموزش های برنامه خودمدیریتی به روش پنج-آ به شرح ذیل قرار گرفتند: مرحله اول: بررسی آگاهی، شامل بررسی رفتار های بیمار در زمینه بیماری و بیماری مزمن کلیه و سابقه ابتلا به بیماری، عواملی که منجر به افزایش استرس، اضطراب و

جدول ۱: نحوه اجرای برنامه پرستاری خود مدیریتی طی دوازده هفته

زمان	اقدامات	روش آموزش	وسایل کمک آموزشی	نوع اجرا
هفته اول	پیش آزمون استرس، اضطراب و افسردگی - معارفه پژوهشگر و بیماران - ارائه اهداف و مراحل پژوهش			
هفته دوم	- معرفی کلیات در مورد بیماری، خود مدیریتی - سابقه ابتلا به بیماری - دارو های مصرفی - نحوه مدیریت استرس، اضطراب و افسردگی			
هفته سوم	- ارائه مطالب آموزشی مرتبط با استرس - عوارض آن ها - تاثیر بر کیفیت زندگی			
هفته چهارم	ارائه مطالب آموزشی مرتبط با اضطراب - عوارض آن ها - تاثیر بر کیفیت زندگی			
هفته پنجم	ارائه مطالب آموزشی مرتبط با افسردگی - عوارض آن ها - تاثیر بر کیفیت زندگی	مداخله به صورت حضور و کارگاه آموزشی همراه با تهیه جزوه	بروشور یا جزوات آموزشی، فیلم های کوتاه و..	حضور
هفته ششم	ارائه مطالب آموزشی افزایش توان مقابله با استرس افسردگی اضطراب (تشریح مرحله اول یعنی مرحله بررسی)			
هفته هفتم	ارائه مطالب آموزشی افزایش توان خودمدیریتی برای کنترل استرس افسردگی اضطراب (تشریح مرحله دوم یعنی مرحله راهنمایی) - شناسایی موارد رفتار غیر طبیعی و اطلاع به بیمار خطرات استرس افسردگی اضطراب یاد اوری شد.			
هفته هشتم	ارائه مطالب آموزشی افزایش توان خودمدیریتی استرس افسردگی اضطراب (تشریح مرحله سوم یعنی مرحله توافقی با مراقبین)			
هفته نهم	ارائه مطالب آموزشی افزایش توان خودمدیریتی استرس افسردگی			
هفته دهم	اضطراب (تشریح مرحله چهارم یعنی مرحله کمک)			
هفته یازدهم	- کمک به توسعه عملی (به همراه یکی از اعضای خانواده)			
هفته دوازدهم	ارائه مطالب آموزشی افزایش توان خودمدیریتی استرس افسردگی اضطراب (تشریح مرحله پنجم یعنی مرحله پیگیری عملکرد) پس آزمون توان خود مدیریتی			

(۶۳/۳٪) شرکت کنندگان مرد بودند. میانگین سن شرکت کنندگان در گروه کنترل $11/52 \pm 59/26$ و در گروه مداخله $14/97 \pm 62/26$ بود و براساس آزمون تی مستقل میانگین سن بین دو گروه اختلاف معنا داری وجود نداشت ($p=0.54$). همچنین بیشتر بیماران (۶۳ درصد) مرد و متاهل (۸۶/۷ درصد) بوده و درصد بیشتری از آنها (۴۰ درصد) بیسواد بودند. از نظر تعداد دفعات دیالیز در هفته، بیشتر بیماران (۸۳ درصد) ۳ بار در هفته دیالیز می شدند. نتایج آزمون کای اسکور نشان داد که بین دو گروه مورد مطالعه از نظر متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات و تعداد دفعات دیالیز در هفته تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ($p>0.05$) (جدول ۲).

داده های جمعیت مورد مطالعه پس از ورود به نرم افزار S.P.S.S نسخه بیست مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. از اندازه های توصیفی جهت ارائه نتایج استفاده شد. از درصد و فراوانی برای توصیف متغیرهای کیفی و از میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرهای کمی استفاده گردید. روش تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس آمار توصیفی و آزمون های آماری تی مستقل، تی زوجی، کای اسکور و تجزیه و تحلیل گردید. سطح معنی داری در هر یک از آزمون ها ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مجموع ۳۰ نفر از بیماران تحت همودیالیز واجد شرایط، در مطالعه حضور یافتند که از آنها ۱۹ نفر

سیده فاطمه کاظمی و همکاران

جدول ۲: متغیرهای دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۹
	زن	۳۶/۷
وضعیت تاهل	متاهل	۸۶/۷
	مجرد	۱۳/۳
تحصیلات	بی سواد	۴۰/۰
	راهنمایی	۳۰/۰
	دیپلم	۱۳/۳
	لیسانس	۱۶/۷
تعداد دفعات دیالیز در هفته	یکبار در هفته	۳/۳
	دو بار در هفته	۱۳/۳
	۳ بار در هفته	۸۳/۴

($p < 0.001$). همچنین نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره استرس در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت، اما میانگین نمره استرس در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود داشت ($p < 0.001$) (جدول ۳).

نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که قبل از آموزش میانگین نمره استرس بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. اما پس از اتمام مداخله میانگین نمره استرس در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره استرس بیماران در دو گروه مورد مطالعه در قبل و بلافاصله بعد از مداخله

زمان	حداقل - حداکثر نمره پرسشنامه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	T	P (pried sample t_test)
گروه		M ± SD	M ± SD		
گروه مداخله		۱۴ ± ۲/۳۹	۹/۸۶ ± ۱/۵۹	۵/۲۱	۰,۰۰۱
گروه کنترل	۰-۴۲	۱۴/۵۳ ± ۱/۷۶	۱۳/۵۶ ± ۱/۲۱	۲/۰۹	۰/۰۶
T		۰/۶۹	۶/۸۵		
(P (independent t test		۰/۴۹	<۰,۰۰۱		

همچنین نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره اضطراب در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت، اما میانگین نمره اضطراب در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود داشت ($p < 0.001$) (جدول ۴).

همچنین نتیجه آزمون نشان داد که قبل از آموزش میانگین نمره اضطراب بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. اما پس از اتمام مداخله میانگین نمره اضطراب در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0.001$).

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره اضطراب بیماران در دو گروه مورد مطالعه در قبل و بلافاصله بعد از مداخله

زمان	حداقل - حداکثر نمره پرسشنامه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	T	P (pried sample t_test)
گروه		M ± SD	M ± SD		
گروه مداخله		۱۲/۶۶ ± ۲/۵۸	۹/۰۶ ± ۱/۶۶	۴/۲۰	۰,۰۰۱
گروه کنترل	۰-۴۲	۱۱/۳۳ ± ۲/۲۲	۱۲/۰۰ ± ۲/۱۳	-۱/۵۸	۰/۱۳
T		-۱/۵۱	۴/۱۹		
(P (independent t test		۰/۱۴	<۰,۰۰۱		

همچنین قبل از آموزش در میانگین نمره افسردگی بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. اما پس از اتمام مداخله میانگین نمره افسردگی در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p < ۰,۰۰۱$). همچنین نتایج

آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره افسردگی در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت، اما میانگین نمره افسردگی در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری وجود داشت ($p < ۰,۰۰۱$) (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه میانگین نمره افسردگی بیماران در دو گروه مورد مطالعه در قبل و بلافاصله بعد از مداخله

زمان	حداقل - حداکثر نمره پرسشنامه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	T	P (pried sample t_test)
گروه		M ± SD	M ± SD		
گروه مداخله		۱۵/۰۶ ± ۲/۶۰	۱۰ ± ۱/۵۱	۵/۹۷	۰,۰۰۱
گروه کنترل	۰-۴۲	۱۶/۵۳ ± ۲/۳۲	۱۶/۲۶ ± ۲/۹۱	۰/۴۵	۰/۶۵
T		۱/۶۲	۷/۳۹		
(P (independent t test		۰/۱۱	<۰,۰۰۱		

بحث

مطالعه حاضر به منظور بررسی تاثیر برنامه خود مدیریتی بر اساس مدل پرستاری پنج-آ بر میزان استرس، افسردگی و اضطراب بیماران تحت همودیالیز بیمارستان شهدای محمودآباد مازندران در سال ۱۴۰۳ انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره برای هر سه شاخص استرس، اضطراب و افسردگی پس از اجرای برنامه خود مدیریتی بر اساس مدل پرستاری پنج-آ در بیماران تحت همودیالیز در گروه مداخله کاهش یافته است. در حالیکه این شاخص در گروه کنترل نسبت به قبل از آموزش تغییر معناداری نداشته است. این یافته حاکی از موثر بودن اجرای برنامه خود مدیریتی بر اساس مدل پرستاری پنج-آ بر سه شاخص استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیز است.

این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد. مدل خود مراقبتی پنج-آ در مطالعات مختلف برای بررسی اهداف مختلفی استفاده شده است. بیشتر مطالعات نیز به منظور بررسی تاثیر مدل خود مراقبتی پنج-آ بر کیفیت زندگی

بیماران مختلف انجام شده اند. نتایج مطالعه پیراینده و همکاران که به منظور بررسی تاثیر اجرای برنامه خود مدیریتی پنج-آ بر توان خود مراقبتی بیماران تحت همودیالیز بستری در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) شهرستان کلاله انجام شد نشان داد که اجرای برنامه خود مدیریتی مبنی بر مدل پرستاری پنج-آ باعث افزایش توان مراقبتی بیماران همودیالیزی شد (۲۳). در همین راستا در مطالعه اصغریان و همکاران (۲۰۲۱) که به منظور بررسی تاثیر برنامه خود مدیریتی مبتنی بر مدل پنج-آ بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی سالمندان پر فشاری خون انجام شد نشان داد که استفاده از مدل پنج-آ در یک بازه زمانی نسبتاً کوتاه سبب افزایش نمره خود مراقبتی سالمندان شده که نشان دهنده اثرات فوری و چشمگیر این مدل بر روی رفتارهای خود مراقبتی می باشد (۱۸). خوش خو و همکاران (۲۰۲۱) که به منظور بررسی تاثیر مداخله مبتنی بر مدل پنج-آ بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به فشار خون بالا انجام شد نیز اثرات مثبت این برنامه بر خود مراقبتی و کیفیت زندگی

بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری نشد (۳۰). در تبیین این یافته شاید بتوان گفت که هدف از به کار گیری برنامه خود مدیریتی این است که با مشارکت فعالانه بیماران تا حد امکان مدیریت بیماری از ارائه دهندگان مراقبت، به خود بیماران منتقل شود. در برنامه خود مدیریتی، بیمار نقش محوری دارد و همه فعالیت های مراقبت و درمان، بر او متمرکز است و چون بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری در وضعیت حادی بوده که توان خود مراقبتی را ندارند لذا شاید این برنامه در موارد حاد و بدون همراهی بیمار موثر نباشد.

علاوه بر تاثیر کلی برنامه بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران تحت همودیالیز، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میانگین سن بیماران و میانگین نمره اضطراب آنها همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. به این مفهوم که با افزایش سن، میانگین نمره اضطراب آنها افزایش پیدا می کند. نتایج این یافته با نتایج مطالعه جعفر زاده و همکاران که به منظور بررسی همبستگی راحتی بیمار سالمند با استرس، اضطراب و افسردگی خانواده در شهر ساری انجام شد و نشان داد که بین نمره استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش سن سالمندان همبستگی مثبتی وجود دارد نیز همخوان می باشد (۳۱). نتایج مطالعه صالحی و همکاران که به منظور بررسی میزان اضطراب و همبستگی آن با برخی از مشخصه های فردی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران در سال ۸۵-۱۳۸۴ انجام شد نیز همبستگی مثبتی بین سن و اضطراب بیماران گزارش شده است (۳۲). در تبیین این همخوانی نیز می توان گفت که افزایش سن ممکن است باعث ابتلا به بیماری مختلف و همچنین کاهش مقاومت روحی و جسمی افراد گردد که در مجموع باعث افزایش استرس در آنها می شود. با اضافه شدن سن افراد به دلیل آگاهی از ناتوانی های جسمی یا ادراک منفی از خود و یا آگاهی از ادراک منفی ناشی از عدم ارتباط اجتماعی دچار احساس تنهایی می گردند، که خود باعث تنش، بیماری های مختلف، بی حوصلگی و اضطراب می گردد که این مورد در تحقیق حاضر نیز بیان شده است.

نتیجه گیری

به طور کلی با توجه به نتایج مطالعه حاضر به نظر

بیماران مبتلا به فشار خون بالا را گزارش کردند (۲۴). در مطالعه مروری لین و همکاران (۲۰۱۷) گزارش شد که برنامه خود مدیریتی به طور قابل توجهی اثرات خود مدیریتی را بر پیامدهای مدیریت پزشکی، نقشی و عاطفی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیوی افزایش می دهد (۲۰). نتایج مطالعه حیدری و همکاران که به منظور بررسی اثربخشی اجرای برنامه خود مدیریتی مبتنی بر مدل پنج-آ بر بار مراقبتی مراقبین بیماران سکته مغزی انجام شد نشان داد که برنامه خود مدیریتی مبتنی بر مدل پنج-آ بر کاهش بار مراقبتی مراقبین بیماران سکته مغزی مؤثر است (۲۵). ژانگ و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه ای که به منظور بررسی تأثیر مداخله پرستاری پنج-آ بر کیفیت زندگی و کارآمدی مراقبت از خود بیماران تحت شیمی درمانی پس از جراحی سرطان کبد انجام دادند، گزارش کردند که استفاده از مدل پنج-آ کیفیت زندگی بیماران تحت شیمی درمانی را به طور قابل توجهی افزایش و خستگی آنها را کاهش داد (۲۶). صادقی گلفشان و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان دادند که برنامه خود مدیریتی مبتنی بر مدل پنج-آ باعث ارتقا کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت و افزایش توانمند سازی آنها می شود (۲۷). همچنین لوس آیاوشگ و همکاران (۲۰۰۸) نیز در مطالعه خود دریافتند که آموزش خود مراقبتی بر بهبودی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی تأثیر مثبتی دارد و باعث بهبود کیفیت زندگی آنان در تمامی ابعاد کیفیت زندگی می شود (۲۸). فرید و همکاران (۲۰۱۹) برنامه خود مدیریتی مبتنی بر مدل پنج-آ باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون می شود (۲۹) که تمامی این مطالعات بر موثر بودن این مدل بر جنبه های مختلف بیماری اذعان دارد و در نتیجه با نتایج مطالعه کنونی همخوان می باشد. شاید از دلایل این همخوانی تأثیر برنامه آموزش با استفاده از الگو و چارچوب مشخص می باشد به طوری که آموزش دهندگان می توانند با فراهم ساختن یک چارچوب هم سان و سازمان دهی شده برای مداخله، در جهت افزایش رفتارهای خود مراقبتی مراجعین اقدام نمایند.

در مقابل برخی از یافته ها بر عدم تاثیر این برنامه تاکید می نماید برای مثال مرادی و همکاران (۲۰۱۶) گزارش کردند که برنامه خود مدیریتی مبتنی بر مدل پنج-آ باعث افزایش میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در بیماران

قرار گیرد. لازم به ذکر است که این پژوهش با محدودیت هایی نیز روبرو بود از جمله بررسی این پژوهش محدود به شهرستان محمودآباد بود و ویژگی های فرهنگی و محیطی می تواند روی نتایج تأثیر گذار بوده باشد. همچنین اطلاعات این مطالعه بر اساس پرسشنامه های خود گزارشی جمع آوری شد که این امر احتمال پاسخ های غیرواقعی را بنا به شرایط روحی روانی پاسخ دهنده مطرح می کند.

سپاسگزاری

محققین از مسئولین بیمارستان شهدای محمودآباد- تمامی بیمارانی که در این پژوهش شرکت نمودند و کلیه مسئولین و دست اندرکاران حوزه معاونت پژوهشی و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

References

1. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Wolters kluwer india Pvt Ltd; 2018.
2. Noee MNG, Hasani J, Erfanpoor S, Jafari H. Relationship between the filter type and blood flow rate and, dialysis adequacy in hemodialysis patients. Journal of Nursing and Midwifery Sciences. 2020;7(2):94-8. https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_10_19
3. Sadoughi M, Hesampour F. The relationship between anxiety, depression and perceived social support and quality of life among hemodialysis patients. 2017.
4. Jamshidi Z, Molavynejad S, Shahbazian H, Maraghi E. The effect of inhalation aromatherapy using lavender oil on the severity of headache in hemodialysis patients. Journal of Hayat 2021; 27 (1): 1-13.
5. Ahmadzadeh GH, Mehdi M. The Prevalence of Depression, Anxiety and Psychosis among Hemodialysis patients in Nour and Ali Asghar Hospitals in Isfahan. Journal of Isfahan medical school. 2012;29(162).
6. Zahedian F, Rahimi P, Sarichloo ME, Bashi SHG. Depression, anxiety and suicidal ideation among patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis in Qazvin, Iran. Journal

می رسد به کار گیری مدل پنج-آدر سیستم سلامت به عنوان یک مداخله مؤثر، سریع، در دسترس و آسان می تواند در سلامت مددجویان، به ویژه در بیماران تحت همودیالیز مؤثر باشد؛ زیرا اجرای این مدل برپایه بررسی، تشخیص، برنامه ریزی، شناسایی موانع و پیگیری های الزم جهت اجرایی شدن برنامه مراقبتی می باشد. لذا با توجه به نقش فعال بیمار در اجرای این مدل مراقبتی و با توجه به کم هزینه بودن این روش مراقبتی پیشنهاد می گردد پرستاران بالین از این مدل مراقبتی در سطح بالین به صورت گسترده و کلان استفاده نمایند تا به کمک خود بیماران شاهد افزایش انگیزه و کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران تحت همودیالیز باشیم. همچنین پیشنهاد می شود که مطالعاتی مشابه در ارتباط با سایر بیماری های مزمن انجام و با نتایج این مطالعه مقایسه گردد و در صورتی که در دیگر بیماری ها نیز این برنامه مؤثر است به عنوان یک برنامه پیشنهادی در مراقبت بیماران

- of Inflammatory Diseases. 2020;23(6):550-61. <https://doi.org/10.32598/JQUMS.23.6.7>
7. Delshad Noughabi A, Ghorbany Moghadam I, Khavasi M, Raznahan R, Abbasi Mendi A, Mohsenikhah M. Evaluation of depression, anxiety and stress in hemodialysis patients in Gonabad city 2017. Internal Medicine Today. 2019;25(2):138-4.
 8. Hmwe NTT, Subramanian P, Tan LP, Chong WK. The effects of acupressure on depression, anxiety and stress in patients with hemodialysis: A randomized controlled trial. International journal of nursing studies. 2015;52(2):509-18. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.002>
 9. Javam F, Kashani Nia Z, Hosseini M, Hosseinzadeh S. Investigating the effect of family-centered rehabilitation program on Apgar and the performance of families with a mentally retarded child in an exceptional school. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Tehran. 2010.
 10. Cavanaugh KL, Osborn CY, Tentori F, Rothman RL, Ikizler TA, Wallston KA. Performance of a brief survey to assess health literacy in patients receiving hemodialysis. Clinical kidney journal. 2015;8(4):462-8. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfv037>
 11. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific

- theory of heart failure self-care. *Journal of cardiovascular Nursing*. 2008;23(3):190-6.
<https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
12. Molazem, Z., Taheri, E., Najafi Kalyani, M. (2024). 'Effectiveness of Family-oriented Education on Self-care behaviors of Patients with Acute Myocardial Infarction: A Randomized Clinical Trial', *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 12(1), pp. 13-22.
13. Bahadori M, Ghavidel F, Mohammadzadeh S, Ravangard R. The effects of an interventional program based on self-care model on health-related quality of life outcomes in hemodialysis patients. *Journal of education and health promotion*. 2014;3(1):110.
<https://doi.org/10.4103/2277-9531.145899>
14. Jayanti A, Foden P, Wearden A, Mitra S. Illness Beliefs in End Stage Renal Disease and Associations with Self-Care Modality Choice. *PLoS One*. 2016;11(7):e0154299.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154299>
15. Moattari M, Ghobadi A, Beigi P, Pishdad G. Impact of self management on metabolic control indicators of diabetes patients. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2012;11:1-6.
<https://doi.org/10.1186/2251-6581-11-6>
16. Apolone G, Mosconi P. Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association*. 1998; 13(suppl_1):65-9.
https://doi.org/10.1093/ndt/13.suppl_1.65
17. Eftekhari Ardebili H, Moradi H, Mahmoudi M. Effect of educational intervention based on the health belief model in blood pressure control in hypertensive women. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;24(119):62-71.
18. BAKHSHI M, AGHEBATI N, Ranjba H, Asgharian F. The effect of self-management program based on 5A model on self-care and quality of life in hypertensive elderly patients: a randomized control trial. 2022.
19. Heidari M, Fayazi S, Borsi S, Vafaizadeh M. Effect of self-management program on self-efficacy in patients with chronic obstructive pulmonary disease. 2016.
20. Lin M-Y, Liu MF, Hsu L-F, Tsai P-S. Effects of self-management on chronic kidney disease: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*. 2017;74:128-37.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.008>
21. Keivan S, Shariati A, Miladinia M, Haghighizadeh MH. Role of self-management program based on 5A nursing model in quality of life among patients undergoing hemodialysis: a Randomized Clinical Trial. *BMC nephrology*. 2023;24(1):58.
<https://doi.org/10.1186/s12882-023-03108-2>
22. Bagherian R, Kheirabadi GR, Maracy MR, Ghaneeian S. The relationship between psychological factors (personality traits, anxiety, depression and stress) and the self-care of hemodialysis patient. *Health Psychology*. 2019;8(30):145-56.
23. Pirayandeh A, Khankeh HR, Arslani N, Vahedi M. The effect of the implementation of the 5A self-management program on the self-care ability of hemodialysis patients admitted to Hazrat Rasool Akram (PBUH) hospital in Kalaleh city. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2024;10(4):49-58.
24. Khoshkhoo M, Sajjadi M, Mansoorian MR, Ajamzibad H. Effects of 5A model-based intervention on self-care and quality of life in Elderly People with Hypertension. *Iranian Journal of Ageing*. 2021;16(3):348-61.
<https://doi.org/10.32598/sija.2021.16.3.657.1>
25. Heydari M, Arsalani N, Dalvandi A, Noroozi M, Daneshvar R. The Effectiveness of Self-Management Program Based on 5A Model on patient care burden for stroke patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2020;6(4):1-9.
<https://doi.org/10.29252/ijrn-06041>
26. Zhang X, Lai M, Wu D, Luo P, Fu S. The Effect of 5A nursing intervention on living quality and self-care efficacy of patients undergoing chemotherapy after hepatocellular carcinoma surgery. *American Journal of Translational Research*. 2021;13(6):6638.
27. Sadeghigolafshanl M, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrissi SD. The effect of model-based self-management program 5A on self-efficacy of elderly patients with diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*. 2020;8(1):1002-10.
28. Loos-Ayav C, Frimat L, Kessler M, Chanliau J, Durand P-Y, Briançon S. Changes in health-

- related quality of life in patients of self-care vs. in-center dialysis during the first year. *Quality of Life Research*. 2008;17:1-9. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9286-1>
29. Popov J, Farbod Y, Chauhan U, Kalantar M, Hill L, Armstrong D, et al. Patients' experiences and challenges in living with inflammatory bowel disease: A qualitative approach. *Clinical and experimental gastroenterology*. 2021:123-31. <https://doi.org/10.2147/CEG.S303688>
 30. Moradi M, Nasiri M, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. The effects of a self-management program based on the 5 A's model on self-efficacy among older men with hypertension. *Nursing and midwifery studies*. 2019;8(1):21-7.
 31. Jafarzadeh F, Rejeh N, Norouzadeh R. Relationship Between the Elderly Patients' Comfort and the Stress, Anxiety, Depression of Their Families: Sari City, 2019. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2022;16(3):212-23.
 32. Salehi S, Safavi M, Vafaie M. Level of anxiety and its correlation with some individual characteristics in patients with myocardial infarction in hospitals related to Islamic Azad University, Tehran Medical Branch (2005-2006). *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2008;18(2):121-5.