

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۹/۲۱

پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۴/۱۷

سال یازدهم، شماره ۵۲، صفحات ۲۲۷ تا ۲۳۴، مهر و آبان ۱۳۸۵

بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر میزان افسردگی

بیماران همودیالیزی

ابوالفضل (میمی)^۱، فضل اله احمدی^۲، دکتر محمود غلیاف^۳

چکیده

سابقه و هدف: افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در جوامع مختلف به خصوص در بیماران مبتلا به مرحله انتهایی کلیه است. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی است که با هدف تعیین تأثیر مدل مراقبت پی‌گیر بر میزان افسردگی بیماران همودیالیزی در سال ۱۳۸۳-۸۴ در همدان انجام شده است. نمونه‌های این پژوهش را ۲۸ بیمار مبتلا به بیماری مرحله انتهایی کلیه تشکیل می‌دادند که با توجه به شرایط و روش نمونه‌گیری تصادفی در یک گروه به‌صورت قبل و بعد انتخاب و در مدت ۶ ماه مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه افسردگی بک (BDI)، پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و چک‌لیست کنترلی بود. پژوهش‌گر در مرحله اول پژوهش (قبل)، مرحله آشناسازی را انجام داد و تا انتهای دوره تنها پرسشنامه‌های افسردگی و چک‌لیست‌های کنترلی تکمیل شد. پس از اتمام مرحله اول پژوهش، بلافاصله پژوهش‌گر اقدام به اجرای مداخله در مرحله دوم پژوهش بر روی همان گروه نمود. سپس با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۳، آمار توصیفی، آزمون‌های تی مزدوج و مک‌نمار و تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در تجزیه و تحلیل داده‌ها، آزمون آماری تی مزدوج بین میانگین امتیازات افسردگی نمونه‌های پژوهش قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که با اجرای مدل مراقبت پی‌گیر تفاوت معنی‌داری در سطوح افسردگی بیماران همودیالیزی ایجاد می‌شود، به طوری که اجرای این مدل مراقبتی با بهبود افسردگی بیماران همودیالیزی همراه است. بنابراین فرضیه این پژوهش مبنی بر اینکه اجرای مدل مراقبت پی‌گیر باعث بهبود افسردگی بیماران همودیالیزی نمی‌شود، رد شد و تأثیر مدل بر افسردگی این بیماران مورد تأیید قرار گرفت.

واژگان کلیدی: مدل مراقبت پی‌گیر، افسردگی، بیماری مزمن، بیماری مرحله انتهایی کلیه، همودیالیز.

مقدمه

طوری که خشم، افسردگی، انکار و عدم همکاری از مواردی است که در این بیماران مکرر مشاهده می‌شود. پتیر (۱۹۸۹) بیان می‌دارد که درمان با همودیالیز استرس عمده‌ای برای بیمار به همراه دارد. اودل یأس و ناامیدی، خستگی از درمان و ترس از وابستگی را از عوامل بروز تنش در این بیماران بر می‌شمارد (۳). در مجموع، اطلاعات در دسترس نشان می‌دهند که ۱۵ تا ۳۰ درصد بیماران مبتلا به ESRD با عوامل مستعد کننده خلق افسرده‌گریانگیر هستند. این میزان بالای افسردگی به وسیله تحقیقات اپیدمیولوژیک که بروز

ESRD افراد را در تمامی سنین، گروه قومیتی، و هر موقعیت اجتماعی - اقتصادی مبتلا می‌سازد. این اختلال به ندرت در مردان رخ می‌دهد و اساساً بیشترین شیوع آن در میان آمریکایی‌های آفریقایی تبار است (۱).

اعتقاد صاحب‌نظران بر این است که عوامل متعددی از قبیل استرس، افسردگی و اضطراب، آنمی، محدودیت درمان و ناتوانی شغلی در بروز مشکلات بیماران دیالیزی نقش دارند (۲). در کنار عوارض جسمی، مشکلات روانی این بیماران دیالیزی نیز قابل توجه است، به

*۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، مربی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی. آدرس برای مکاتبه: زنجان، خیابان پروین اعتصامی،

دانشکده پرستاری و مامایی E-mail: fazel123@yahoo.com

۲. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

۳. فوق تخصص کلیه و فشار خون، استادیار گروه نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان.

شدت علائم و استرس حاصل از آن است به طوری که کیفیت زندگی حفظ شود (۱۳).

یافته‌های پژوهش احمدی نشان داد که به کارگیری این مدل بر شاخص‌هایی چون دفعات بستری شدن، روند دفعات ویزیت پزشک، سطح چربی خون، اصلاح رژیم غذایی، دفعات استفاده از قرص‌های نیتروگلیسرین زیربانی و خصوصاً کیفیت زندگی بیماران کرونری مؤثر بوده است. همچنین قوامی تحقیقی تحت عنوان بررسی تأثیر مدل مراقبت پی‌گیر افسردگی بر بیماران دیابتی انجام داد و نتایج آن نشان داد که اجرای مدل مراقبت پی‌گیر به مدت سه ماه بر کیفیت زندگی کلی این بیماران تأثیر مثبت داشته است (۱۴). در این رابطه انجمنیان در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر مدل مراقبت پی‌گیر بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک (در دو گروه شاهد و مداخله) پس از سه ماه مداخله نتیجه گرفت که اجرای این مدل مراقبتی، بر بعد روابط بین فردی کیفیت زندگی در گروه مداخله تأثیر داشته است (۱۳).

مطالعات موجود رابطه منفی و معنی‌داری بین افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی نشان می‌دهند (۱۷-۱۵). به طوری که، بیماران علاوه بر روبرو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیک با تنش‌های روانی بسیاری نیز مواجه می‌گردند که هر یک می‌تواند در روان آنها اختلال ایجاد نماید و اغلب آنها با مشکلات و تنش‌ها سازگار نمی‌شوند و دچار تغییرات رفتاری متعددی از جمله اضطراب، افسردگی، انزوای انکاربیماری، هذیان و توهم می‌گردند (۲۱-۱۸).

بیماری افسردگی اساسی، اختلال شایعی است که میزان شیوع آن ۱۵ درصد برای طول عمر است و شاید در زنها به ۲۵ درصد هم برسد (۲۲ و ۲۳). Tsay و Healstead به نقل از استیل و همکاران در بررسی کیفیت زندگی و مشکلات عاطفی بیماران مبتلا به ESRD، به وجود ارتباط معنی‌دار بین افسردگی و اضطراب با کیفیت زندگی آنان اشاره کرده‌اند (۲۴). مشکلات روانی ۲۱ درصد فراوانی اختلالات کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را به خود اختصاص می‌دهد (۲۵). ارتباط دوطرفه بین وضعیت تأهل و بین آموزش (ارتباط مثبت) و افسردگی (ارتباط منفی) با عامل مراقبت از خود وجود دارد. چهل و هشت درصد اختلاف میان عامل مراقبت از خود و افسردگی وجود دارد و ۶۴ درصد اختلاف میان عامل خود مراقبتی سلامت روانی و افسردگی مشاهده می‌شود (۲۶).

استکی، میزان شیوع افسردگی در بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی را ۵۴ درصد گزارش نمود (۲۷). پس از جستجوی فراوان

خودکشی در میان بیماران همودیالیزی را ۱۰ تا ۱۰۰ برابر بیشتر از جمعیت عمومی گزارش می‌نمایند، پررنگ‌تر می‌شود (۴).

افراد مبتلا به ESRD با استرس‌های متعدد مزمن و مداوم، اختلال عمده در سبک زندگی و کنترل فردی مواجه هستند. بنابراین، شیوع بالای خلق افسرده در بیماران همودیالیزی تعجب‌آور نیست (۵ و ۶). تخمین شیوع افسردگی بالینی در این جمعیت به شیوه و متغیرهای به کار رفته در تعریف اختلال افسردگی بستگی دارد (۵ و ۶).

پرستاران به دلیل درک بالایی که از فرآیند گروه دارند می‌توانند گروه‌ها را با موفقیت رهبری کنند (۷). با توجه به اطلاعات و دانش خود می‌توانند مداخلات روانی - اجتماعی و درمان‌های فیزیکی مناسب هر بیماری را با کمک سایر اعضای تیم درمان ارائه دهند (۸). در گروه افراد حمایت می‌شوند، می‌توانند احساسات خود را در محیطی امن و سازمان یافته بروز دهند (۹) و نیز به قابلیت‌ها، توانایی‌های و نقاط ضعف خود پی‌برند (۱۰). همچنین، اتفاقاتی که در گروه برای افراد رخ می‌دهد کمک می‌کند که آنها به راه‌حل‌های مناسبی دست یابند (۱۱).

در ایران مدلی با عنوان مدل مراقبت پی‌گیر توسط احمدی (۱۳۸۰) در مورد بیماران مزمن کرونری طراحی و ارزیابی شده است (۱۲). مدل مذکور از چهار مرحله آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی تشکیل شده است. این مدل مددجو را به عنوان عامل مراقبت پی‌گیر و تأثیرگذار در روند سلامت خود معرفی می‌کند و مراقبت پی‌گیر یا مستمر فرآیندی منظم جهت برقراری ارتباط مؤثر، متعامل و پی‌گیر بین مددجو و پرستار به عنوان ارائه دهنده خدمات بهداشتی مراقبتی به منظور شناخت نیازها و مشکلات و حساس‌سازی مددجویان برای قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به بهبود و ارتقای سلامتی آنها است که کاملاً با ویژگی‌های بیماری مزمن و پویایی مشکلات آن مناسب و هماهنگی دارد.

هدف از پی‌گیری در این پژوهش برقراری و ایجاد یک رابطه مراقبتی مستمر و پویا جهت افزایش آگاهی و عملکرد فرآیند مراقبتی مؤثر و بدنبال آن ارتقا و بهبود کیفیت زندگی بیماران، کاهش عوارض بیماری، افزایش رضایت مددجویان و ارتقای سطح سلامت و کیفیت خدمات مراقبتی است. منظور از رابطه مراقبتی مستمر و مؤثر ارتباط متعامل، متقابل و پویایی است که بین پرستار، بیمار و خانواده او برقرار می‌شود و در این برقراری هم کیفیت رابطه مراقبتی و هم محتوی، روش و ماهیت خدمات ارائه شده مورد توجه قرار می‌گیرد (۱۲). مهمترین هدف بالینی یا هدف از مراقبت بالینی کاهش

توجیه اهداف و روش کار برای مددجویان و خانواده آنها پرسشنامه‌های جمعیت شناختی و افسردگی توسط نمونه‌ها در مرحله قبل تکمیل شد. سپس به مدت سه ماه نمونه‌های مطالعه پی‌گیری شدند در عین اینکه هیچگونه مداخله‌ای انجام نمی‌شد و صرفاً تکمیل پرسشنامه‌های قبل افسردگی تکمیل می‌شد.

پس از اتمام دوره اول در انتهای ماه سوم، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط نمونه‌های پژوهش تکمیل و جمع‌آوری گردید. در انتهای ماه سوم از تاریخ تکمیل پرسشنامه‌های اولیه توسط نمونه‌های مطالعه برای هریک از آنها، ابتدای سه ماهه دوم و شروع مرحله دوم پژوهش، یعنی مرحله اجرای مدل مراقبت پی‌گیر، منظور گردید. از میان ۳۸ بیمار انتخاب شده در مرحله دوم پژوهش (گروه بعد)، ۱ بیمار به دلیل عدم تمایل و ۱ بیمار به دلیل فوت از گروه مذکور حذف شد و ادامه مطالعه با ۳۶ بیمار انجام گردید. گروه مذکور در این مرحله به سه زیر گروه ۱۲ نفره (به دلیل سهولت در دسترسی و هماهنگی در برگزاری کلاس‌های گروهی، عدم ایجاد خلل در برنامه دیالیز هفتگی بیماران و نیز بر اساس مشابهت در نیازها و مشکلات) تقسیم بندی گردید و دوره دوم پژوهش یعنی مداخله مدل مراقبت پی‌گیر بر روی این سه زیر گروه انجام شد. این دوره شامل چهار مرحله آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی بود.

اولین مرحله در مدل مراقبت پی‌گیر آشناسازی و فراهم کردن زمینه ایجاد حساسیت‌های لازم در خصوص بیماری و مشکل موجود است و هدف این مرحله شناخت صحیح مشکل، انگیزه سازی و احساس نیاز و ضرورت فرآیند پی‌گیری در مددجویان مورد نظر است. پژوهش‌گر جلسه‌ای را بدین منظور هماهنگ کرد سپس طی این جلسه که ۱۵ الی ۳۰ دقیقه به طول انجامید، با حضور بیمار و خانواده وی آشنا سازی، ترغیب بیمار، تصریح انتظارات از یکدیگر و توصیه‌های مبنی بر لزوم تداوم و حتی الامکان عدم قطع رابطه مراقبتی - درمانی بین طرفین تا انتهای زمان مقرر صورت پذیرفت. روند حساس سازی با هدف درگیر کردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم انجام می‌شود و شکی نیست که بدون گذر از این مرحله سرنوشت ساز امکان دستیابی به هدف این طرح میسر نیست. چنانچه بیماران و خانواده آنها به شناخت و حساسیت مسأله واقف شوند می‌توان امیدوار بود که از الگوی بروز رفتارهای مناسب بهداشتی استفاده نمایند. اقداماتی که برای نمونه‌ها مطالعه در مرحله اجرای مدل انجام شد در قالب جلسات مشاوره‌ای به صورت مشاوره، بحث گروهی، سخنرانی و پرسش و پاسخ (در هر سه گروه با توجه به ماهیت و نوع نیازها و مشکلات بیماران و خانواده آنها

در زمینه مراقبت از بیماران همودیالیزی مشخص شد که تاکنون مطالعه‌ای در خصوص به کارگیری مدل مراقبت پی‌گیر در این بیماران صورت نگرفته است. لذا بر این اساس پژوهش‌گر با انتخاب گروهی از بیماران تحت درمان با همودیالیز، اقدام به طراحی برنامه‌ای مناسب با توجه به نیازهای مددجویان کرد تا تأثیر آن را در کاهش مشکلات روانی این بیماران به خصوص افسردگی مشاهده کند.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک تحقیق نیمه تجربی است که به صورت قبل و بعد روی مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز در مرکز همودیالیز اکباتان شهر همدان در ۸۴-۱۳۸۳ انجام گردید. ابزار گردآوری داده‌ها عبارت بود از ۱- پرسشنامه‌ای که با توجه به اهداف پژوهش و خصوصیات جمعیت شناختی مددجویان شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، درآمد، سطح تحصیلات، سابقه بیماری، سبک زندگی، عادات تغذیه‌ای، عادات خاص و مدت زمان شروع دیالیز طراحی شده است. ۲- پرسشنامه ابزار افسردگی بک که جهت سنجش افسردگی این بیماران استفاده شد. این پرسشنامه ابزار استاندارد در بررسی افسردگی به شمار می‌رود که روایی و پایایی آن قبلاً آزمون شده است. نمونه‌های این پژوهش را بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز تشکیل می‌دادند. در این پژوهش جهت برآورد حجم نمونه از نرم‌گرام آلمن استفاده شده است. با استفاده از نرم‌گرام آلمن با قدرت آزمون ۰/۸، انحراف استاندارد ۱۴/۲۵ حاصل از نتایج مطالعه عسگریور (۲۸) در زمینه کیفیت زندگی بیماران مزمن هموفیلی و حدود اطمینان ۹۰ درصد تعداد نمونه ۳۰ نفر برآورد شد. بنابراین تعداد نمونه این پژوهش برای هر گروه ۳۰ نفر محاسبه شد. پس از بررسی و مطالعه اولیه مشخصات نمونه‌های حاضر در محیط پژوهش، از ۷۰ بیمار واجد شرایط نمونه پژوهش، ۳۸ بیمار به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا پژوهشگر پس از تهیه اسامی بیماران و دادن رتبه عددی از ۱ تا ۷۰ به لیست مذکور، به ترتیب اعداد لیست به نمونه‌ها مراجعه می‌نمود. اگر بیمار و خانواده وی پس از توجیه اهداف پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند به عنوان نمونه مورد مطالعه منظور می‌گردید، در غیر این صورت از لیست حذف و بیمار رتبه بعد پرداخته می‌شد. در نهایت ۳۸ بیمار به شرکت در دوره ۶ ماهه پژوهش اعلام آمادگی نمودند.

گروه مذکور ابتدا به مدت ۳ ماه به عنوان گروه قبل (مقایسه) و پس از اتمام سه ماه به عنوان گروه بعد تلقی شدند. پس از معرفی و

تعداد معدودی از بیماران از طولانی بودن زمان پژوهش رضایت نداشته و ابراز خستگی می نمودند.

ارزشیابی گام چهارم و نهایی مدل است ولی این مورد در تمامی مراحل از ابتدا مورد توجه بوده است. هدف این مرحله بررسی روند مراقبت و اندازه گیری و مقایسه شاخص های کنترلی بوده است. در نهایت پس از تکمیل و جمع آوری پرسشنامه های جمعیت شناختی و افسردگی جهت توصیف مشخصات واحدهای مورد پژوهش از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص های پراکنندگی و مرکزی استفاده شد و پس از آزمون متغیرها با آزمون برازندگی کولموگروف - اسمیرنوف جهت مقایسه میانگین های قبل و بعد از تی مزدوج و آزمون مک نمار در محیط نرم افزای SPSS نسخه ۱۳ استفاده شد.

یافته ها

اطلاعات مربوط به خصوصیات جمعیت شناختی نمونه های پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج این مطالعه در ارتباط با میانگین امتیازات میزان افسردگی این بیماران نشان داد که با استفاده از آزمون آماری تی مزدوج قبل و بعد از مطالعه تفاوت معنی داری وجود دارد ($p=0/000$) (جدول ۲). همچنین در ارتباط با وجود یا عدم وجود افسردگی، آزمون آماری مک نمار قبل و بعد از مداخله بین وجود یا عدم وجود درد در نمونه های مطالعه تفاوت معنی داری را نشان می دهد ($p=0/031$)، به طوری که در مرحله قبل از مداخله ۹۴ درصد نمونه های مطالعه امتیاز BDI بزرگتر از ۱۵ داشتند و تنها ۶ درصد آنان امتیاز کمتر از ۱۵ داشتند. در حالی که پس از مداخله امتیاز BDI ۷۷ درصد نمونه ها بیشتر از ۱۵ و ۲۳ درصد آنان امتیاز کمتر از ۱۵ داشتند (جدول ۳). همچنین بین وجود افسردگی واحدهای مورد پژوهش با ویژگی های فردی (سن، جنس، سطح درآمد، سطح تحصیلات، سطح سواد و شغل) آنان با استفاده از آزمون های آماری مربوطه معنی داری مشاهده نگردید ($p>0/05$)

بحث

افسردگی در بین بیماران مزمن شایع است، در افراد میانسال و سالخورده نیز افسردگی شیوع و شدت بیشتری دارد، به طوری که با افزایش سن میانگین نمره افسردگی افزایش می یابد (۲۲ و ۲۷). کریون و همکاران گزارش کرده اند که ۴/۴۵ درصد نمونه های همودیالیزی آنها با استفاده از ابزار افسردگی بک، افسرده تشخیص داده شدند،

جهت کشف مشکلات جدید، حساس سازی و ترغیب مددجویان بر لزوم پی گیری مشکلات) و پس از آن به صورت فردی قبل، حین و پس از اتمام جلسه دیالیز در محیط پژوهش با حضور اعضای خانواده اقدام خاص صورت می پذیرفت.

تعداد جلسات به میزان آگاهی، دانش و شدت و تعداد مشکلات مشابه برای هر یک از نمونه ها بستگی داشت و به طور متوسط ۶-۴ جلسه با حضور بیمار و خانواده اش برای هر گروه برگزار گردید. مدت جلسات ۱ تا ۲ ساعت با توجه به سطح تحمل بیماران و خانواده های آنان بود. در مواردی که مشکل مورد نظر خارج از تخصص و حیطه دانش پژوهش گر بود، مددجو و خانواده به متخصص ارجاع داده می شد. به این صورت که در مورد بیمارانی که دارای انرژی روانی پایین، روحیه ضعیف و بیمارانی که به دلیل شدت افسردگی همکاری ضعیف داشتند جهت معاینه به متخصص روانپزشکی ارجاع داده می شدند تا با صلاح دید ایشان جهت بیماران جلسات روان درمانی و در صورت لزوم دارو تجویز شود. مراحل آشنا سازی و حساس سازی در سه هفته اول مدت زمان در نظر گرفته شده برای اجرای مدل که سه ماه است، انجام گرفت.

رسیدن به اهداف مدل مراقبت پی گیر، بررسی و چگونگی استمرار و روند تداوم مراقبت از اهمیت خاصی برخوردار است و شکی نیست که مناسب ترین برنامه ها بدون کنترل و پی گیری با گذشت زمان به فراموشی سپرده می شوند و یا تأثیر مطلوب خود را از دست می دهند. لذا با توجه به اینکه مدل مورد استفاده تحت عنوان مراقبت مستمر و پی گیر است مابقی زمان باقیمانده از سه ماه به پی گیری مربوط بود و با حضور فیزیکی منظم و مؤثر در حین اجرای مدل در این مرحله ادامه مشاوره های مراقبت پی گیر به طور هفتگی و مداوم با تماس های حضوری و تلفنی متناسب با نیازهای مراقبتی و نیز تکمیل چک لیست ها مکرراً و با اهداف بررسی و توجه به مسایل و مشکلات جدید مراقبتی با توجه به پویا بودن مفهوم سلامت و بیماری و شروع مرحله حساس سازی برای مشکل جدید و ادامه زوند پیگیری و بررسی روند مراقبت ها و کیفیت آن به اجرا درآمد. در این پژوهش روند پی گیری مسایل به طور هفتگی و گاهی طی هر مراجعه بیمار به مرکز و جلسات گروهی صورت می گرفت. به طوری که پس از اطمینان از وجود یا عدم وجود مشکلات قبلی، بروز هر گونه مشکل جدید بررسی می شد و برای آن مشکل خاص اقدامات مراقبتی و مشاوره ای صورت می گرفت. اکثر نمونه های پژوهش در این مرحله با پژوهش گر همکاری خوبی داشتند و تنها

جدول ۱- توزیع مبتلایان به نارسایی کلیوی تمت دیالیز بر حسب خصوصیات دموگرافیک

سطوح متغیر	۲	۳	سطوح متغیر	۲	۳
نام متغیر			نام متغیر		
جنسیت	مرد	۴۷/۲	وجود آگاهی در رابطه با بیماری	بلی	۷۵
	زن	۵۲/۸		خیر	۲۵
وضعیت تأهل	متأهل	۸۳/۳	علاقه به کسب اطلاعات	بلی	۹۷/۲
	مجرد	۱۳/۹		خیر	۲/۸
	همسر فوت کرده	۲/۸		کاملاً	۱۹/۴
سن	۲۰-۳۹	۱۹/۴	قابل تحمل بودن محدودیت‌های بیماری	تاحدی	۳۰/۶
	۴۰-۵۹	۴۷/۲		اصلاً	۵۰
	≥ ۶۰	۳۳/۳			
سطح درآمد	متوسط	۵۲/۸	وجود حمایت خانواده	بلی	۸۸/۹

جدول ۲- میانگین امتیازات افسردگی نمونه‌های مورد مطالعه قبل و بعد از اجرای مداخله

یافته‌ها	میانگین	انحراف معیار	تی زوجی	سطح معنی‌داری
افسردگی				
قبل	۴۴	۱۲/۹		
بعد	۲۶	۱۲/۱	۱۷/۴	۰/۰۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمونه‌های مورد مطالعه بر اساس ملاک وجود افسردگی

افسردگی	بعد			سطح معنی‌داری
	کمتر از ۱۵	بزرگتر از ۱۵	جمع	
کمتر از ۱۵	۶	۰	۶	۰/۰۳۱
بزرگتر از ۱۵	۱۷	۷۷	۹۴	
جمع	۲۳	۷۷	۱۰۰	

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که بین میانگین امتیازات افسردگی بیماران همودیالیزی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد. علت تفاوت آماری معنی دار بین امتیازات قبل و بعد نمونه‌های مورد بررسی، اجرای مدل مراقبت پی‌گیر بر روی نمونه‌های مذکور است که باعث کاهش قابل توجهی در میزان افسردگی آنان شده است. بدین معنی که آموزش فردی، گروهی و خانوادگی به بیماران و خانواده آنها بر بهبود وضعیت روانی آنها مؤثر واقع می‌شود. در این رابطه مطالعه کمیلی‌ثانی نشان داد که آموزش شناخت درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی تأثیر دارد (۳۱). همچنین در تحقیق صادق‌مقدم آزمون آماری تی

یعنی امتیاز بیشتر از ۱۵ داشتند (۶). در مطالعه‌ای در این جمعیت شیوع بزرگتر و مساوی ۱۸ درصدی افسردگی اساسی گزارش شد (۲۹). همچنین در مطالعه دیگری در جمعیت دیالیزی ترکیه نشان داده شد که امتیاز پرسشنامه BDI ۶۲ درصد نمونه‌های مورد مطالعه بیشتر از ۱۵ است (۵).

مطالعه کیم و همکاران در بررسی میزان افسردگی با استفاده از BDI در بیمارانی که از دیالیز صفاقی سرپایی مداوم استفاده می‌کردند، نتیجه گرفتند که ۷۵ درصد نمونه‌ها افسردگی را تجربه کرده‌اند (۳۰). شیوع افسردگی در نمونه‌های این مطالعه ۹۴ درصد است که نتایج سایر مطالعات را تأیید می‌کند.

متوسطی از افسردگی را دارند. ۲۹/۳ درصد بیماران دچار افسردگی اساسی بودند. کارایی خود مراقبتی با افسردگی ارتباط منفی داشت. کیفیت زندگی با افسردگی ارتباط منفی و با کارایی خودمراقبتی ارتباط مثبت داشت. نتایج نشان داد که میزان رضایتمندی زندگی بیمارانی که سطوح بالایی از کارایی خودمراقبتی و سطوح پایین تری از افسردگی دارند، بیشتر است (۲۴).

از نتایج دیگر این مطالعه عدم وجود ارتباط بین افسردگی و خصوصیات فردی نمونه‌های پژوهش است. در مطالعه دهقان‌بهبادی شیوع افسردگی در کارکنان بیمارستان‌های تابعه یزد (۳۸/۵٪) دچار درجاتی از افسردگی بودند. نمره افسردگی با میزان تحصیلات فرد، رضایت از شغل نوع فعالیت شغلی و بعد خانوار (تعداد افراد تحت تکفل)، ارتباط معنی‌دار آماری داشت یعنی رضایت از شغل، میزان تحصیلات، بعد خانوار و نوع فعالیت شغلی با شیوع افسردگی در ارتباط است (۳۴).

بر اساس یک نتیجه‌گیری کلی از تحقیق فوق در می‌یابیم که افسردگی اختلال شایع در بیماران داخلی و جراحی است که در این مطالعه نیز تأیید شد نتایج مطالعه حاضر بر اهمیت و لزوم مشاوره روانپزشکی در بیماران جسمی تأکید می‌کند.

محدودیت‌های پژوهش

متغیرهای غیر قابل کنترل در این پژوهش شامل دانش، تجربیات قبلی، علاقه مددجویان در قبول مدل و جزییات آن، خصوصیات عاطفی، روانی و ریشه‌های فرهنگی بیماران و خانواده‌های آنان می‌شود که بر سطوح عملکرد یادگیری، علائق و انگیزه‌های آنان تأثیر می‌گذارد. همچنین می‌توان از طولانی بودن زمان پژوهش به عنوان مانع مهمی در اجرای هر چه بهتر نام برد، چرا که ماهیت ملال‌آور، مزمن و خسته‌کننده بیماری و اضمحلال تدریجی قدرت و توانایی جسمی و کاهش آستانه تحمل بیماران با برقراری ارتباط طولانی مدت و مداوم سازگار نبود.

مزدوج کاهش معنی‌داری را در میزان افسردگی بعد از مداخله نسبت به زمان قبل از مداخله نشان داد (۹).

مطالعه انجمنیان نشان داد که به‌کارگیری مدل مراقبت پی‌گیر تنها در حیطه روابط بین فردی بین دو گروه از این نظر اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد ($P=0/03$) (۱۳). نتایج مطالعه قوامی نیز نشان داد که با به‌کارگیری مراقبت پی‌گیر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، بین میانگین کیفیت زندگی کلی قبل و بعد مطالعه در گروه آزمون تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری وجود دارد ($P=0/000$) (۳۲).

از نتایج دیگر مطالعه حاضر تفاوت معنی‌دار بین میزان افسردگی قبل با بعد از مداخله است به طوری که قبل از مداخله اکثر نمونه‌های مطالعه (۹۴٪) امتیاز BDI بزرگتر از ۱۵ دارند یعنی اینکه از لحاظ بالینی افسردگی را تجربه کرده‌اند، و پس از مداخله امتیاز BDI ۷۷ درصد نمونه‌ها بیشتر از ۱۵ بود.

عده‌ای در سال ۲۰۰۳ در یک مطالعه به بررسی کیفیت خواب و کیفیت زندگی در ۸۹ بیمار همودیالیزی پرداختند. میانگین نمره بعد فعالیت جسمی با سن همودیالیز و ناخوشی ارتباط داشت. میانگین بعد فعالیت جسمی در بیماران افسرده پایین‌تر بود (۳۳).

بریس و همکاران مطالعه‌ای به منظور بررسی کیفیت زندگی، افسردگی و رضایت زناشویی بیماران همودیالیزی انجام دادند و نتیجه گرفتند که ۵۴ درصد بیماران به افسردگی اساسی مبتلا بودند یعنی امتیاز پرسشنامه بک (BDI) آنها از بیشتر از ۱۵ بود و بین افسردگی و سطح تحصیلات ارتباط قوی و مهمی به دست آمد، به طوری که بیماران با سطح سواد بالاتر از افسردگی پایین‌تری برخوردار بودند. همچنین بین افسردگی و میزان درآمد ارتباط قوی و مهمی وجود داشت به طوری که بیماران با درآمد پایین دچار افسردگی شدیدتری بودند (۴).

همچنین بعضی محققان به بررسی ارتباط میان خود مراقبتی، خودکارایی، افسردگی و کیفیت زندگی در میان ۱۶۰ بیمار دیالیزی پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که نمونه‌های پژوهش سطوح متوسطی از کارآمدی، خودمراقبتی، کیفیت زندگی پایین و سطوح

REFERENCES

1. US Renal Data System. USRDS Annual Report. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 1995.
2. Parker KP, Kutner NG, Bliwise DL, et al. Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life instable patients on hemodialysis. Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1(68): 1-10.
3. جنتی یدالله. بررسی عوامل مؤثر بر افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۷۱.

4. Biris A, Messinis L, Antoniadis G, et al. Quality of life, Spouse Marital adjustment and Depression in a sample of End-Stage Renal Disease (ESRD) patients in Greece. *HIPPOKRATIA* 2002; 6 Suppl. 1: 56-61.
5. Mollaoglu M. Depression and Health-Related Quality of Life in Hemodialysis Patients. *DIALYSIS & TRANSPLANTATION* 2004; 33(9): 544-549.
6. Craven JL, Rodin GM, Littlefield C. The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Int J Psychiatry Med* 1988; 18: 365-374.
7. Ponix E, Irrinc Y. Group therapy with elderly depressed woman. *J of Gerontol Nursing* 1997; 23(4): 5-10.
۸. فدایی فرید. آشکارسازی توانمندی‌ها در سالمندان افسرده. فصلنامه سالمند، ۱۳۷۷، (۶)، صفحه ۲۵.
۹. صادق‌مقدم لیلا. بررسی تأثیر گروه درمانی بر میزان افسردگی سالمندان کهریزک تهران در سال ۱۳۷۹، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۷۹.
10. Heber J. *Comprehensive psychiatric Nursing*. Mosby Co. 1997; pp: 179-97.
11. Ketler L. *psychiatric Nursing*. Mosby Co. 1995; pp: 135-45.
۱۲. احمدی فضل‌الله. طراحی و ارزیابی مدل‌مراقبت‌پی‌گیر در کنترل بیماران مزمن عروق کرونر، پایان‌نامه دوره دکتری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۰.
۱۳. انجمنیان وحید. بررسی تأثیر به‌کارگیری مدل‌مراقبت‌پی‌گیر بر کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک ترخیص شده از مرکز آموزشی-درمانی سینا همدان ۸۴-۱۳۸۳، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۴.
۱۴. قوامی هاله. تأثیر مدل‌مراقبت‌پی‌گیر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۳، ۲۵-۲۲.
15. Chen ML, Ku NP. Factors associated with quality of life among patients on hemodialysis. *Nurs Res (China)* 1998; 6(5):393-403.
16. Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G. Association among SF36 quality-of-life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001; (12):2797-2806.
17. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38:443-464.
18. Patel SS, Shah VS, Peterson RA, et al. Psychosocial Variables, Quality of Life, and Religious Beliefs in ESRD Patients Treated With Hemodialysis. *Am J of Kidney Dis* 2002; 40(5): 1013-1022.
19. Kovac JA, Patel SS, Peterson RA. Patient Satisfaction With Care and Behavioral Compliance in End-Stage Renal Disease Patients Treated With Hemodialysis. *Am J of Kidney Dis* 2002; 39(60): 1236-1244.
20. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM. ESRD Patient Quality of Life: Symptoms, Spiritual Beliefs, Psychosocial Factors, and Ethnicity. *Am J of Kidney Dis* 2003; 42(4): 713-721.
21. Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15: 1911-1913.
۲۲. همتی ابراهیم. بررسی شیوع انواع اختلال شخصیت قبل از بیماری افسردگی اساسی در بیماران بستری شده در بیمارستان فارابی در سالهای ۷۵-۷۷، پایان‌نامه دکتری، کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی، ۱۳۷۹.
۲۳. سروانی محمدرضا. تعیین میزان شیوع علائم بیماری افسردگی اساسی در بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاههای مرکز جامع روانپزشکی زاهدان در نیمه اول سال ۱۳۷۸، پایان‌نامه دکتری، زاهدان، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده پزشکی، ۱۳۷۹.
24. Tsay SL, Healstead M. Self-care, self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nurs Studies* 2002; 39(3): 245-251.
25. Mapes DL. Self-management compliance and quality of life in chronic hemodialysis patients. *Doctoral Dissertation*, University of California, San Francisco. 1991.

26. Horsburgh ME. Self-care of well adult Canadians and adult Canadians with end stage renal disease. *Int J of Nursing Studies* 1999; 36: 443-453.

۲۷. استکی منیژه. تعیین میزان شیوع افسردگی در بیماران بستری در بخشهای داخلی و جراحی بیمارستانهای شهید رهنمون و افشاریزد در طی مدت ۶ ماه، پایان نامه دکتری، یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۷۱.

۲۸. عسگرپور حسین. بررسی میزان کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به هموفیلی مراجعه کننده به مرکز درمانی هموفیلی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۴.

29. Lowry MR, Atcherson E. A short- term follow-up of patients with depressive disorder on entry into home dialysis training. *J Affective Disorders* 1980; 2: 219-227.

30. Kim JA, Lee YK, Huh W, et al. Analysis of Depression in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. *J Korean Med Sci* 2002; 17: 790-4

۳۱. کمیلی ثانی حسین. بررسی تأثیر آموزش شناخت درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی آبادان در سال تحصیلی ۷۴-۷۵، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۷۵.

۳۲. قوامی هاله. احمدی فضل‌اله، انتظامی حسن. بررسی تأثیر مدل مراقبت پی‌گیر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*، بهار ۱۳۸۴، صفحات ۲۷-۲۲.

33. Ilescu EA, Coe H, McMurray MH, et al. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 126-132.

۳۴. دهقان‌بهبادی حسین. بررسی شیوع افسردگی در پرسنل بخشهای بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، پایان نامه دکتری، یزد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده پزشکی، ۱۳۷۸.