پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۰، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۵، صفحات ۳۵۳ تا ۳۵۹

مقاله اصلی
(Original Article)

بررسی تاثیر مدل مراقبت پی‌گیر بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی

ابوالفضل رحیمی، دکتر فضل ا... احمدی، دکتر محمود غلیاف *

* دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

سابقه و هدف: *علی‌رغم پیشرفت‌های صورت گرفته در خصوص مراقبت از بیماران دیالیزی طی چند دهه اخیر، این بیماران سطوح بالایی از تنش روانی، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند. این مطالعه به منظور تعیین تاثیر مدل مراقبت پی‌گیر بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی طراحی و اجرا گردید.*

روش بررسی: *در این پژوهش نیمه‌تجربی که به صورت قبل و بعد انجام شد، ۳۸ بیمار مبتلا به بیماری مرحله انتهایی کلیه در سال ۱۳۸۵ در همدان مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اختصاصی استرس، اضطراب و افسردگی (DASS21)، و اطلاعات دموگرافیک بود. پژوهشگر در مرحله اول پژوهش (قبل)، مرحله آشناسازی را انجام داد و پرسش‌نامه تکمیل شد. پس از اتمام مرحله اول پژوهش، بلافاصله پژوهشگر اقدام به اجرای مداخله در قالب مدل مراقبت پی‌گیر در مرحله دوم پژوهش بر روی همان گروه نمود. سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون آماری t زوجی و آزمون آماری کای‌دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

یافته‌ها: *تجزیه و تحلیل داده‌ها، بین میانگین امتیازات استرس، اضطراب و افسردگی نمونه‌های پژوهش قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری 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 امتیازات استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی ایجاد می‌شود، به‌طوری که اجرای این مدل مراقبتی با بهبود وضعیت زندگی بیماران همودیالیزی همراه است.*

واژگان کلیدی: *مدل مراقبت پی‌گیر، استرس ، اضطراب، افسردگی، همودیالیز.*

مقدمه

بیماری مرحله انتهایی کلیه (End Stage Renal Disease :ESRD) در سراسر دنیا یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی بوده (۱) و بار اقتصادی سنگینی را به جامعه تحمیل می‌نماید (۲).

طی سه دهه اخیر بررسی تاثیرات عوامل روانشناختی بر وضعیت بیماران ESRD به طور روزافزونی مورد توجه قرار گرفته است (۴-۲). پر واضح است که بیماران ESRD تحت درمان با دیالیز سطوح بالایی از تنش روانی، اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند (۸-۵). دیالیز اغلب بیماران را ناتوان و بی‌انرژی کرده و توانایی آنها را در فعالیت روزمره محدود می‌نماید. در کنار عوارض جسمی، مشکلات روانی این بیماران نیز قابل توجه است، به‌طوری‌که خشم، افسردگی، انکار و عدم همکاری از مواردی است که در این بیماران به‌کرات

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی ، دکتر فضل ا... احمدی
(email: ahmadif@modares.ac.ir)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۳/۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۸/۹

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

مشاهده می‌شود. از دیگر مشکلات این بیماران می‌توان به اختلال در تصویر ذهنی از جسم، تصور از خود، افسردگی، استرس به‌دلیل عوارض جسمی، ترس از مرگ، احساس ناکارآمدی و بی‌کفایتی اشاره نمود (۹).

مراقبت اساسی‌ترین محور فعالیت‌های پرستاری بوده و شالوده حرفه پرستاری تلقی می‌گردد (۱۰). مهم‌ترین هدف بالینی یا هدف از مراقبت بالینی کاهش شدت علایم و استرس حاصل از آن به‌منظور حفظ کیفیت زندگی است (۱۱).

در ایران مدلی با عنوان مدل مراقبت پی‌گیر توسط احمدی (۱۳۸۰) در رابطه با بیماران مزمن کرونری طراحی و ارزیابی شد. مدل مذکور از چهار مدل آشناسازی (Orientation)، حساس سازی (Sensitization)، کنترل (Control) و ارزشیابی (Evaluation) تشکیل شده است. این مدل مددجو را به عنوان عامل مراقبت پی‌گیر و تاثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی می‌نماید. مراقبت پی‌گیر یا مستمر فرآیندی منظم جهت برقراری ارتباط موثر، 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 حفظ بهبودی و ارتقاء سلامتی آنها می‌باشد. این مراقبت کاملا با ویژگی‌های بیماری‌های مزمن و پویایی مشکلات آن مناسبت 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 موثر و به‌دنبال ان ارتقاء و بهبود وضعیت روانی بیماران، کاهش عوارض بیماری، افزایش رضایت مددجویان و ارتقاء سلامت و کیفیت خدمات مراقبتی است. منظور از رابطه مراقبتی مستمر و موثر ارتباط متعامل، متقابل و پویایی است که بین پرستار، بیمار و خانواده او برقرار شده و در این برقراری هم کیفیت رابطه مراقبتی و هم محتوی، روش و ماهیت خدمات ارائه شده مورد توجه قرار می گیرد (۱۰).

هم‌چنین افزایش آگاهی در زمینه تدابیر مراقبتی در بیماران کلیوی از این جهت نیز حائز اهمیت است که نه تنها هزینه درمانی برای بیمار کاسته می‌شود، بلکه از بار اقتصادی جامعه نیز کاسته و در کاهش مشکلات مددجویان نقش به‌سزایی دارد. زیرا انجام هر بار دیالیز هزینه‌های گزافی بر بیمار و خانواده و سیستم درمانی تحمیل می‌نماید (۱۲).

محمودی و همکاران به نقل ازVarricho ذکر می‌کنند که بیمار مبتلا به نارسائی مزمن کلیه برای تامین سلامت خود، تحت درمان با همودیالیز قرار می‌گیرد، در حالی‌که عوامل تنش‌زا علاوه بر اینکه باقی می‌ماند، ممکن است تشدید نیز شود، زیرا بیمار دیالیزی با عوامل تنش‌زای متعدد فیزیکی، روانی و اجتماعی مواجه است و از لحاظ آینده خود احساس ناامنی می کند چون در روش زندگی، وضع خانوادگی و موقعیت وی تغییرات زیادی رخ داده است (۱۳). Klang B و همکاران اعتقاد دارند که پایین بودن سطح آگاهی و درک بیماران همودیالیزی عامل موثری در ایجاد اضطراب و ناتوانی بیماران در تعدیل و تنظیم رژیم غذایی است، بنابراین به اعتقاد آنها آموزش باید بخشی از درمان و مراقبت در این بیماران باشد (۱۴).

بیماران دیالیزی مانند تمام بیماران مزمن و حتی گاهی شدیدتر از سایر بیماران در معرض استرس شدید می‌باشند (۱۵) و برای ادامه زندگی از شیوه‌های مقابله‌ای و سازگاری که یک عمل محافظتی است بهره می‌جویند (۱۶). تطابق بیمار با دستگاه از نظر روانشناختی بر زندگی فرد تاثیر قابل‌ملاحظه‌ای دارد. لذا باید به روش‌هایی متوسل شد که قدرت مقابله‌ای بیمار را تقویت کند، زیرا روش‌های مقابله‌ای صحیح و سازگاری با بیماری می‌تواند امکان بازتوانی بیمار را افزایش داده و کیفیت زندگی او را بهبود بخشد. روش‌های مقابله‌ای فرایندهای ناخودآگاهی هستند که در آن فرد با تنش‌های روزمره زندگی مواجه می‌شود و بیماران در این زمینه قدرت‌های متفاوتی دارند و در همه یکسان نیست و آگاهی پرستاران در کمک به بیماران اهمیت به‌سزایی دارد (۱۳).

با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان کننده نارسایی مزمن کلیه و اینکه این بیماران ناگزیر به استفاده طولانی‌مدت از همودیالیز هستند و از سویی با عنایت به اینکه مشکلات بالقوه و بالفعل این بیماران پویا و متغیر است، لزوم به‌کارگیری مدلی متناسب با وضعیت این بیماران کاملا محسوس و ضروری به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر به کارگیری مدل مراقبت پی‌گیر طراحی و اجرا شد.

مواد و روشها

این پژوهش، یک تحقیق نیمه تجربی است که به صورت قبل و بعد بر روی گروهی از بیماران همودیالیزی مرکز همودیالیز اکباتان شهر همدان در ۸۴-۱۳۸۳ انجام گردید. ابزار گردآوری داده ها عبارت بود از: ۱- پرسش‌نامه‌ای که با توجه به اهداف پژوهش و خصوصیات دموگرافیک مددجویان شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، درآمد، سطح تحصیلات، سابقه بیماری، سبک زندگی، عادات تغذیه‌ای، عادات خاص و مدت زمان شروع دیالیز طراحی شد. ۲- پرسش‌نامه ابزار استرس،

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

اضطراب و افسردگی (Anxiety, Stress Scales, Lovibond and Lovibond Depression 1995) که جهت سنجش استرس، اضطراب و افسردگی این بیماران استفاده شد. این پرسش‌نامه یک ابزار استاندارد است که روایی و پایایی آن قبلا توسط عاقبتی(۱۷) و مرادی‌پناه در ایران (۱۸) آزمون شده است.

نمونه‌های این پژوهش را بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز تشکیل می‌دادند. پس از بررسی و مطالعه اولیه مشخصات نمونه‌های حاضر در محیط پژوهش، از ۷۰ بیمار واجد شرایط، ۳۸ بیمار به روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند. 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. درصورتی‌که بیمار و خانواده وی پس از توجیه اهداف پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، به‌عنوان نمونه مورد مطالعه منظور می‌شدند، در غیر این صورت از لیست حذف و بیمار بعدی انتخاب می‌شد. در نهایت ۳۸ بیمار به شرکت در پژوهش اعلام آمادگی نمودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل بیمار یا خانواده به ادامه کار، بروز هرگونه بیماری یا ناتوانی شدید و مرگ بیمار بود.

پس از معرفی و توجیه اهداف و روش کار برای مددجویان و خانواده آنها ابتدا پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و استرس، اضطراب و افسردگی توسط نمونه‌ها در مرحله قبل از مداخله تکمیل شد. از میان ۳۸ بیمار انتخاب شده، در مرحله دوم پژوهش ۱ بیمار به‌دلیل عدم تمایل و ۱ بیمار دیگر به‌دلیل فوت حذف شدند. ۳۶ بیمار باقیمانده با توجه به 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 به سه زیرگروه ۱۲ نفره تقسیم شدند. دوره دوم پژوهش یعنی مداخله به روش مدل مراقبت پی‌گیر روی این سه زیرگروه انجام شد. این دوره شامل چهار مرحله آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی بود.

اولین مرحله در مدل مراقبت پی‌گیر مسئله آشناسازی و فراهم کردن زمینه ایجاد حساسیت‌های لازم در خصوص بیماری و مشکل موجود است. هدف این مرحله شناخت صحیح مشکل، انگیزه‌سازی و احساس نیاز و ضرورت فرآیند پی‌گیری در مددجویان مورد نظر است. پژوهشگر جلسه‌ای را بدین منظور برگزار نمود و طی این جلسه که ۱۵ الی ۳۰ دقیقه به طول انجامید با حضور بیمار و خانواده وی آشناسازی، ترغیب بیمار، تصریح انتظارات از یکدیگر و توصیه‌ای مبنی بر لزوم تداوم و حتی الامکان عدم قطع رابطه مراقبتی- درمانی بین طرفین تا انتهای زمان مقرر، صورت پذیرفت. روند حساس‌سازی به‌منظور درگیر کردن بیمار و خانواده در خصوص اجرای رویکرد مراقبت مداوم است و شکی نیست که بدون گذر از این مرحله سرنوشت‌ساز امکان دستیابی به هدف این طرح میسر نیست. چنانچه بیماران و خانواده آنها به شناخت و حساسیت مسئله واقف شوند، می توان امیدوار بود که از الگوی بروز رفتارهای مناسب بهداشتی استفاده نمایند. اقداماتی که برای نمونه‌های 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 انها جهت کشف مشکلات جدید، حساس سازی و تحریک نمودن مددجویان بر لزوم پی‌گیری مشکلات) و پس از آن به صورت فردی قبل، حین و پس از اتمام جلسات دیالیز در محیط پژوهش با حضور اعضاء خانواده بود. تعداد جلسات به میزان آگاهی، دانش و شدت و تعداد مشکلات مشابه برای هر یک از نمونه‌ها بستگی داشت و به طور متوسط ۶-۴ جلسه با حضور بیماران و خانواده‌های آنان طول کشید. در مواردی که مشکل مورد نظر خارج از تخصص و حیطه دانش پژوهشگر بود، مددجو و خانواده به متخصص ارجاع داده شدند. بیمارانی که دارای انرژی روانی پایین، روحیه ضعیف و بیمارانی که به‌دلیل شدت استرس، اضطراب و افسردگی همکاری ضعیف داشتند، جهت معاینه به متخصص روانپزشکی ارجاع شدند تا با صلاحدید متخصص روانپزشکی جلسات روان‌درمانی و در صورت لزوم دارو تجویز شود. مراحل آشناسازی و حساس‌سازی در سه هفته اول مدلی که سه ماه طول می‌کشد، انجام گرفت. برای رسیدن به اهداف مدل مراقبت پی‌گیر، بررسی و چگونگی استمرار و روند تداوم مراقبت از اهمیت خاصی برخوردار است و شکی نیست که مناسب‌ترین برنامه‌ها بدون کنترل و پی‌گیری، با گذشت زمان به فراموشی سپرده می‌شوند و یا تاثیر مطلوب خود را از دست می‌دهند. لذا با توجه به‌اینکه مدل مورد استفاده مراقبت مستمر و پی‌گیر می‌باشد، مابقی زمان باقی‌مانده پیگیری را شامل می‌شد که در آن با حضور فیزیکی منظم و موثر در حین اجرای مدل (ادامه مشاوره‌های مراقبت پی‌گیر به‌طور هفتگی با تماس‌های حضوری و تلفنی متناسب با نیازهای مراقبتی) و نیز تکمیل چک‌لیست‌ها با هدف یافتن مسائل و مشکلات جدید مراقبتی (به دلیل پویا بودن مفهوم سلامت و بیماری) و شروع مرحله حساس‌سازی برای مشکل جدید و ادامه روند پی‌گیری و مراقبت‌ها و بررسی کیفیت آن به اجرا

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

درآمد. در این پژوهش روند پی‌گیری مسائل به‌طور هفتگی و گاهی طی هر مراجعه بیمار به مرکز و جلسات گروهی صورت می‌گرفت. پس از اطمینان از وجود یا عدم وجود مشکلات قبلی، بروز هر گونه مشکل جدید مورد بررسی قرار گرفته و برای آن مشکل خاص اقدامات مراقبتی و مشاوره‌ای صورت می‌گرفت. اکثر نمونه‌های پژوهش همکاری قابل توجهی داشتند و تنها یک نفر از بیماران از طولانی بودن زمان پژوهش رضایت نداشته و ابراز خستگی نمود.

جدول ۱- توزیع نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب خصوصیات دموگرافیک

متغیر		درصد
جنس	مرد	۴۷/۲
	زن	۵۲/۸
وضعیت تاهل	متاهل	۸۳/۳
	مجرد	۱۳/۹
	همسر فوت کرده	۲/۸
سن	۲۰-۳۹	۱۹/۴
	۴۰-۵۹	۴۷/۲
	≥۶۰	۳۳/۳
سطح درآمد	متوسط	۵۲/۸
	ضعیف	۴۷/۲
وجود آگاهی دررابطه با بیماری	بلی	۷۵
	خیر	۲۵
قابل تحمل بودن محدودیت‌های بیماری	کاملا	۱۹/۴
	تا حدی	۳۰/۶
	اصلا	۵۰
علاقه به کسب اطلاعات	بلی	۹۷/۲
	خیر	۲/۸
وجود حمایت خانواده	بلی	۸۸/۹
	خیر	۱۱/۱

ارزشیابی، گام چهارم و نهایی مدل بود ولی این مورد در تمامی مراحل از ابتدا مورد توجه و جاری بود. هدف این مرحله بررسی روند مراقبت و اندازه‌گیری و مقایسه شاخص‌های کنترلی می‌باشد. از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های پراکندگی و مرکزی و پس از آزمودن متغیرها با آزمون برازندگی کولموگروف- اسمیر نو، از t زوجی و آزمون کای دو جهت مقایسه میانگین‌های قبل و بعد استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات مربوط به خصوصیات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین امتیازات استرس نمونه‌ها در قبل و بعد از مطالعه تفاوت معنی داری با هم داشتند (P<۰/۰۰۰۱). هم‌چنین میانگین امتیازات اضطراب نمونه‌های مورد پژوهش قبل و بعد از مطالعه تفاوت معنی‌داری را نشان دادند (P<۰/۰۰۰۱). میانگین افسردگی نمونه‌های مورد بررسی در قبل و بعد از مطالعه تفاوت معنی‌داری با هم داشتند (P<۰/۰۰۰۱) (جدول ۲).

جدول۲- میانگین امتیازات استرس، اضطراب و افسردگی نمونه ها در قبل و بعد از اجرای مداخله*

		میانگین ±انحراف معیار
استرس	قبل	۱۰/۵±۴/۸
	بعد	۱۲/۵±۳/۳
اضطراب	قبل	۱۳/۸±۳/۸
	بعد	۱۵/۳±۵/۳
افسردگی	قبل	۱۲/۱±۵/۳
	بعد	۱۴±۳/۶

* در تمامی موارد در قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی دار بود (P<۰/۰۰۰۱).

تحلیل سطوح امتیازات مربوط به استرس نمونه‌ها نشان داد که قبل از مطالعه ۳۰/۶ درصد بیماران استرس ضعیف (۷-۱) داشتند، در حالی‌که بعد از مطالعه این میزان به ۱۱/۱ درصد رسید. قبل از مطالعه، امتیاز استرس ۱۶/۷ درصد نمونه‌ها خوب (۲۱-۱۵) بود که بعد از مطالعه به ۳۰/۶ درصد افزایش یافت (جدول ۳).

جدول ۳- سطوح امتیازات استرس، اضطراب و افسردگی نمونه های پژوهش قبل و بعد از مداخله*

		قبل	بعد
استرس	ضعیف (۷-۱)	۳۰/۶	۱۱/۱
	متوسط (۱۴-۸)	۵۲/۸	۵۸/۳
	خوب (۲۱-۱۵)	۱۶/۷	۳۰/۶
اضطراب	ضعیف (۷-۱)	۱۹/۴	۵/۶
	متوسط (۱۴-۸)	۲۵	۲۷/۸
	خوب (۲۱-۱۵)	۵۵/۶	۶۶/۷
افسردگی	ضعیف (۷-۱)	۲۵	۲۵
	متوسط (۱۴-۸)	۳۳/۳	۳۳/۳
	خوب (۲۱-۱۵)	۴۱/۷	۴۱/۷

* اعداد به درصد بیان شده اند.

همچنین بررسی امتیازات مربوط به اضطراب نمونه‌ها نشان داد که قبل از مطالعه ۱۹/۴ درصد نمونه‌ها اضطراب ضعیف (۷-۱)

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

داشتند، در حالی‌که بعد از مطالعه به ۵/۶ درصد رسید. هم‌چنین قبل از مطالعه امتیاز اضطراب ۵۵/۶ درصد نمونه‌ها خوب (۲۱- ۱۵) بود که بعد از مطالعه به ۷۷/۷ درصد افزایش یافت (جدول ۳).

بحث

علی‌رغم پیشرفت‌های ایجاد شده در درمان نارسایی مزمن کلیه، هم‌چنان این بیماران از مشکلات و مسائل عدیده ای رنج می‌برند و اعتقاد صاحب‌نظران بر این است که عوامل متعددی از قبیل استرس، افسردگی و اضطراب، آنمی، محدودیت درمان و ناتوانی شغلی در بروز این مشکلات نقش دارند (۱۹).

Horsburgh به‌نقل از Dodd (۱۹۸۲) بیان می‌کند که ارتباط مثبتی بین اضطراب و مراقبت از خود وجود دارد. هم‌چنین این نویسنده ذکر می‌کند ارتباطات دو طرفه‌ای بین حمایت اجتماعی، اعتبار شغلی، آموزش، وضعیت تاهل و مرحله سرطان با مراقبت از خود وجود دارد (۲۰). نتایج چندین مطالعه تاثیر حمایت اجتماعی در بیماران ESRD را به اثبات رسانیده که این حمایت می‌تواند توسط همسر، خانواده و یا پرسنل درمانی ارائه شود. از سویی حمایت پرسنل و ارتباط پرسنل درمانی- بیمار می‌تواند تاثیر به‌سزایی در تطابق بیماری و درمان داشته باشد (۲۱، ۲۲). همچنین مطالعه Yeh و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که تنها درمان دارویی در کنترل علائم روانشناختی بیماری مزمن کلیه کافی نیست (۲۳).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، درصد قابل توجهی از بیماران همودیالیزی قبل از مداخله از استرس، اضطراب و افسردگی رنج می‌بردند. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین میانگین امتیازات استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیزی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد. علت این تفاوت آماری معنی‌دار بین امتیازات قبل و بعد از مداخله، اجرای مدل مراقبت پی‌گیر بر روی بیماران همودیالیزی است. می‌توان نتیجه گرفت در اثر اجرای مدل مراقبت پی‌گیر وضعیت روانشناختی بیماران بهبود می‌یابد و آموزش فردی، گروهی و خانوادگی به بیماران موثر است.

احمدی (۱۳۸۰) در ارزیابی تاثیر مدل مراقبت پی‌گیر در کنترل بیماران مزمن عروق کرونری نشان داده که به‌کارگیری این مدل در طول سه ماه بر شاخص‌های متعددی به‌خصوص کیفیت زندگی این بیماران موثر بوده است (۱۰). هم‌چنین نتایج مطالعه قوامی نیز نشان داد که مراقبت پی‌گیر بر وضعیت فعالیت‌های روزانه زندگی (P<۰/۰۰۰۱)، میانگین مدت زمان انجام فعالیت‌های فیزیکی روزانه (P = ۰/۰۰۲)، میانگین نمایه خوب بودن (P<۰/۰۰۰۱) و میانگین کیفیت زندگی عمومی (P<۰/۰۰۰۱) موثر است (۲۴).

نتایج مطالعه Nordin و همکاران نشان داد که کار منزل و کار خارج از منزل زنان بر روی میزان افسردگی آنان تاثیر مثبتی دارد، به‌طوری‌که زنانی که کار می کنند، از افسردگی و میزان استرس کمتری شکایت دارند (۲۱).

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، امتیازات سطوح مختلف استرس، اضطراب و افسردگی در قبل و بعد از مطالعه تفاوت معنی‌داری دارند، به‌طوری‌که وضعیت بیماران بعد از مداخله بهبود می‌یابد. در تحقیق صادق مقدم (۱۳۷۹) که به بررسی تاثیر گروه‌درمانی بر میزان افسردگی سالمندان کهریزک تهران پرداخت، کاهش معنی‌داری در میزان افسردگی بعد از انجام مداخله مشاهده شد (۲۵).

متغیرهای غیرقابل‌کنترل در این پژوهش شامل دانش، تجربیات قبلی، علاقه مددجویان در قبول مدل و جزئیات آن، خصوصیات عاطفی، روانی و ریشه‌های فرهنگی بیماران و خانواده‌های آنان بود که بر سطوح عملکرد یادگیری، علایق و انگیزه های آنان تاثیر داشت و پژوهشگر را با مشکل مواجهه ساخت.

با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان نتیجه گرفت که با اجرای مدل مراقبت پی‌گیر، کاهش معنی‌داری در سطوح مختلف استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی ایجاد می‌شود و اجرای این مدل مراقبتی با بهبود و ارتقاء وضعیت روانشناختی این مددجویان همراه است. لذا می‌توان اذعان نمود که به‌کارگیری مدل مراقبت پی‌گیر در سایر مددجویان و بیماری‌های مزمن می‌تواند بر وضعیت زندگی و نتایج درمانی آنان نتایج مثبتی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از همکاری کلیه بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش ما را یاری کردند و نیز پرستاران مرکز همودیالیز بیمارستان اکباتان همدان آقای حبیبی، آقای میرزایی، خانم سلطانی شایان و سایر پرسنل بخش مذکور و همچنین از حمایت معنوی گروه پرستاری و معاونت محترم پژوهشی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس در انجام این پژوهش، سپاسگزاری می‌شود.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

REFERENCES

1. Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Lau J, Eknoyan G. Clinical Practice Guidelines for Chronic Kindey Disease in Adults: Part I. Definition, Disease Stages, Evaluation, Treatment, and Risk Factors. Am Fam Phys 2004; 70: 869-76.
2. Finkelsein FO, Finkelsein SH. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. Nephrol Dial Transplant 2000; 15: 1911-13.
3. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult ESRD patients treated with hemodialysis: Correlates and outcomes. Am J Kindey Dis 2000; 35: S132-S140.
4. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. Nephrology Forum. Kidney Int 2001; 59: 1599-613.
5. Akman B, Ozdemir FN, Sezar S, Micozkadioglu H, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. Transplant Proceed 2004; 36: 111-13.
6. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease. What we know and what we need to know. J Psychosomat Res 2002; 53: 951-56.
7. Martin CR, Thompson DR. The hospital anxiety and depression scale in patients undergoing peritoneal dialysis: internal and test-retest reliability. Clin Effect Nurs 2002; 6: 78-80.
8. Kimmel PL, Simmens SJ, Peterson RA, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of urban hemodialysis patients. Kidney Int 2000; 57: 2093-98.

۹. جنتی ی. بررسی عوامل موثر بر افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری (روانپرستاری-مدیریت)، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۷۱.

۱۰. احمدی ف. طراحی و ارزیابی مدل مراقبت پی گیر در کنترل بیماران مزمن عروق کرونر. پایان نامه دوره دکتری، تهران: دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی،۱۳۸۰.

11. King CR, Hind P. Quality of life: from nursing and patient perspectives. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1998: 197-201.

۱۲. عشوندی خ. بررسی تاثیر آموزش در کاهش مشکلات بیماران همودیالیزی. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری(داخلی جراحی)، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی ۱۳۷۲.

۱۳. محمودی غ، شریعتی ع، بهنام پور ن. ارتباط بین کیفیت زندگی و روشهای مقابله ای به کار گرفته توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز. مجله علوم پزشکی گرگان، سال پنجم، شماره۱۲، پاییز و زمستان ۱۳۸۲، ص ۴۳-۵۲.

14. Klang B, Bgorve H, Clyne N. predialysis education help patient choose dialysis modality and increase specific knowledge. J Adv Nurs 1999; 29: 869-76.
15. Falkman S, Moskowits JT. Positive affect and the other side of coping. Am Psychol 2000; 55: 647-54.
16. Carolyn M, Aldwin A, Loreina A. Coping and health and comparison of the stress and trauma. Am Psychol Assoc J 2001; 53: 11-25.

۱۷. عاقبتی ن. بررسی تاثیر لمس درمانی بر میزان درد و علائم روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۴.

۱۸. مرادی پناه ف. بررسی تاثیر موسیقی ملائم بر میزان اضطراب، استرس و افسردگی بیماران کاندیدکاتتریسم قلبی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۴.

19. Parker KP, Kutner NG, Bliwise DL, Bailey JL, Rye DB. Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life in stable patients on hemodialysis. Health Qual Life Outcomes 2003; 11: 68.
20. Horsburgh ME. Self-care of well adult Canadians and adult Canadians with end stage renal disease. Int J Nurs Stud 1999; 36: 443-53.
21. Yeh TI, Huang CL, Yang YK, Lee YD, Chen CC, Chen PS. The adjustment to illness in patients with generalized anxiety disorder is poorer than that in patients with end-stage renal disease. J Psychosomat Res 2004; 57:165-70.
22. Kovac JA, Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. Patient satisfaction with care and behavioral compliance in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis. Am J Kideny Dis 2002; 39: 1236-44.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]

23. Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measurements in search of gold standard. Am J Kidney Dis 2001; 37: 244-66.

۲۴. قوامی ه. تاثیر مدل مراقبت پی گیر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری،تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۳،۲۵-۲۲.

۲۵. صادق مقدم ل. بررسی تاثیر گروه درمانی بر میزان افسردگی سالمندان کهریزک تهران در سال ۱۳۷۹. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۷۹.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2024-10-12]