

## تأثیر ملاقات برنامه‌ریزی شده بر شادکامی بیماران افسرده بستری در بیمارستان بهاران زاهدان

رقیه کیخا\*<sup>۱</sup>، علی نویدیان<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۱/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۲/۰۹

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** شادکامی یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت ذهنی است که در بیماران افسرده بستری کاهش می‌یابد و این مطالعه باهدف بررسی تأثیر ملاقات برنامه‌ریزی شده بر شادکامی بیماران افسرده بستری انجام شد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی در مورد ۷۰ بیمار افسرده بستری در مرکز روان‌پزشکی شهر زاهدان در سال ۹۶ انجام یافته است. نمونه‌ها به‌صورت تصادفی به روش قرعه‌کشی در دو گروه ۳۵ نفره مداخله و شاهد قرار گرفتند. گروه مداخله ۶ جلسه ملاقات برنامه‌ریزی شده با بستگان درجه یک خود را دریافت نمود. وضعیت متغیرها با استفاده از ابزار شادکامی آکسفورد بررسی شد و با کمک نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون‌های کای دو، t مستقل، t زوج و تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** قبل از مداخله بین میانگین نمره شادکامی دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ( $p < 0/05$ ) اما پس از مداخله در گروه مداخله ( $7/28 \pm 0/8$ ) به‌طور معنی‌داری ( $p > 0/05$ ) بیش از گروه کنترل ( $4/24 \pm 1/71$ ) بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر ملاقات برنامه‌ریزی شده بر شادکامی بیماران افسرده بستری، توصیه می‌شود ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی و پرستاران این نوع مداخله را در برنامه درمانی بیماران افسرده بستری بکار گیرند.

**کلیدواژه‌ها:** ملاقات، شادکامی، افسردگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۱۶، خرداد ۱۳۹۸، ص ۱۹۱-۱۸۳

آدرس مکاتبه: زاهدان، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، تلفن: ۰۹۱۵۱۴۹۱۹۵۰

Email: roghaieh.keykha@yahoo.com

## مقدمه

بودن در افسردگی، شناخته شده است که ارتباط مستقیم با سلامت روان فرد دارد. (۵) به عبارتی بین عدم افسردگی و شادکامی ارتباط مستقیم وجود دارد (۶)، هرچه فرد فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کند از میزان شادکامی او کاسته می‌شود و سلامت روانی او مورد تهدید قرار می‌گیرد (۷).

در شادکامی، ارزشیابی افراد از خود و زندگی‌شان می‌تواند هم جنبه‌های شناختی مانند قضاوت در مورد خوشنودی از زندگی و هم جنبه‌های هیجانی مانند خلق یا عواطف در واکنش به رویدادهای زندگی را در برگیرد (۴). محققان معتقدند احساس شادکامی وابسته به ارزیابی شناختی از رضایتمندی در حوزه‌های گوناگون زندگی همچون خانواده، شرایط کاری و تجارب ناشی از ارتباط با دیگران

افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی در میان جوامع گوناگون می‌باشد که تنش روحی روانی قابل‌توجهی را به افراد و جامعه وارد می‌کند (۱). در حال حاضر ۳۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده است (۲) و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ به‌عنوان دومین بیماری شایع پس از بیماری‌های قلبی عروقی قرار گیرد (۱). شیوع افسردگی در جمعیت‌های مختلف ایرانی نیز شیوع بالایی دارد و از ۶۹/۵ تا ۷۳ درصد متغیر می‌باشد (۳). افسردگی با خلق پایین، احساس غمگینی، اعتمادبه‌نفس پایین و فقدان علاقه نسبت به انجام فعالیت‌ها مشخص می‌شود. همچنین احساس خستگی، دوری از انجام فعالیت‌های روزمره زندگی، کاهش احساس ذهنی خوب بودن از جمله علائم افسردگی است (۴) شادکامی یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده احساس ذهنی خوب

<sup>۱</sup> مربی، گروه آموزشی روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> استاد، گروه آموزشی روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای - نیمه تجربی دو گروهی است که بر روی ۷۰ بیمار مبتلا به افسردگی بستری در مرکز روان پزشکی بهاران زاهدان در سال ۹۶ انجام گرفت. جامعه پژوهش کلیه بیماران افسرده بستری در مرکز آموزشی- درمانی بهاران زاهدان بودند.

برای تعیین حجم نمونه مطالعه مقدماتی بر روی ۲۴ نفر از بیماران افسرده بستری که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند انجام شد که با در نظر گرفتن  $\alpha = 0.05$  و  $\text{Power} = 0.9$ ، و با توجه به میانگین و انحراف معیار اختلاف قبل و بعد از مداخله که به ترتیب در گروه مداخله  $2.71 \pm 5.16$  و در گروه کنترل  $2.65 \pm 2.66$  بود.

اندازه نمونه برای هر گروه ۳۰ نفر برآورد گردید که با در نظر گرفتن امکان افت آزمودنی‌ها، ۳۵ نفر برای هر گروه تعیین شد و در مجموع ۷۰ بیمار واجد شرایط وارد مطالعه گردیدند. پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی، نمونه‌ها ابتدا به شیوه در دسترس با توجه به معیارهای ورود انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی ساده به کمک اعداد زوج و فرد به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت از تشخیص افسردگی اساسی بر اساس نظر متخصص و ثبت شده در پرونده بیمار، داشتن هوشیاری و آگاهی جهت مشارکت در برنامه‌ریزی ملاقات، نداشتن ممنوعیت جهت داشتن ملاقاتی طبق نظر پزشک و توانایی انتخاب فرد ملاقات‌کننده از وابستگان درجه یک و در دسترس بود.

معیارهای خروج از مطالعه عبارت از انصراف از مطالعه، ترخیص زودتر از موعد مقرر و غیبت بیش از یک جلسه در ملاقات تنظیم شده توسط فرد ملاقات‌کننده بود.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه دوقسمتی بود که قسمت اول شامل اطلاعات فردی و اجتماعی سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، نسبت و سن فرد ملاقات‌کننده و قسمت دوم پرسشنامه استاندارد شادکامی آکسفورد بود که شامل ۲۹ مورد چهارجمله‌ای است، پاسخگو هر چهار جمله در هر آیت را خوانده و سپس یک جمله که به بهترین وجه احساس او را در هفته گذشته نشان می‌دهد را مشخص می‌کند و در پاسخنامه مناسب‌ترین پاسخ را در ستون حروف الف، ب، ج، د علامت می‌زند. نمره‌گذاری هر ستون به صورت ۰-۱-۲-۳ می‌باشد.

بدین ترتیب بالاترین نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند در این مقیاس کسب کند، ۸۷ است که بیانگر بالاترین حد شادکامی بوده و کمترین نمره این مقیاس ۰ است که مؤید کمترین میزان شادکامی می‌باشد. هرچه نمره به دست آمده از میانگین بالاتر باشد

است و این موضوع می‌تواند به نمادی از بهداشت روانی فرد بدل گردد (۷).

درواقع شادی احساسی است که همه خواهان آن هستند اما تعداد کمی به آن دست می‌یابند و مشخصه آن قدردانی، احساس درونی شاد بودن، احساس رضایت و علاقه به خود و دیگران است (۸). بنابراین با توجه به اهمیت این متغیر انجام مداخلاتی جهت ارتقای آن در بیماران افسرده حائز اهمیت می‌باشد. مطالعاتی در سطح جهان، تأثیر مثبت مداخلاتی از جمله مداخلات شناختی (۹)، روان‌شناختی مثبت (۱۰) و تأثیر برنامه‌گوشی‌های هوشمند (۱۱) را بر شادکامی گزارش کرده‌اند.

اما طراحی اقداماتی که در جامعه ایرانی و بر روی بیماران افسرده بستری انجام شود ضروری به نظر می‌رسد لذا از آنجایی که دوست داشتن دیگران و زندگی، و داشتن روابط مثبت و سازنده با دیگران از جمله خانواده، از مؤلفه‌های شادکامی شناخته شده‌اند (۱۲). در جامعه ایران خانواده نقش حمایتی و حیاتی در درمان بیماری دارد و به عبارتی می‌توان گفت که جزء اصلی تیم درمان به حساب می‌آید (۱۳). در رابطه با بیماران افسرده نیز خانواده‌ها اصلی‌ترین و مهم‌ترین منابع حمایتی می‌باشند (۱۳) بنابراین ارائه اقداماتی مانند ملاقات به شکل برنامه‌ریزی شده که در حیطه وظایف و قابل انجام توسط اعضای خانواده باشد می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد.

دسترسی و ارتباط محدود با اعضای خانواده ممکن است واکنش‌های روان‌شناختی منفی جدی در بیمارانی که نیاز به بستری دارند را تحمیل کند (۱۴). درحالی‌که اگر تعاملات بین بیمار و خانواده امکان‌پذیر باشد احساسات بهتری را تجربه می‌کنند (۱۵). بیماران افسرده با توجه به ماهیت بیماری علاقه‌ای به برقراری ارتباط با دیگران ندارند و از طرف دیگر در رفتارهای اجتماعی دچار مشکل هستند که نه تنها بر روی بیمار بلکه بر روی خانواده نیز تأثیر می‌گذارد و آنان را منزوی می‌کند (۱۶) و می‌تواند بر میزان علاقه و تمایل خانواده به ملاقات از بیمار در بیمارستان تأثیر داشته باشد، مطالعات انجام شده در این زمینه نیز محدود به بیماران بستری در بخش‌های جسمی و ویژه و بیشتر بر روی علائم همودینامیک آن‌ها می‌باشد (۱۷) بنابراین با توجه به شیوع بالای افسردگی و عدم تمایل این بیماران به ملاقات با اعضای خانواده و تأثیرات نامطلوب عدم حمایت خانواده از بیمار و با توجه به اینکه با مرور متون مطالعه‌ای که تأثیر ملاقات برنامه‌ریزی شده با افراد خانواده را بر علائم خاص اختلال افسردگی نشان دهد یافت نشد، لذا این مطالعه با جلب همکاری بیمار و خانواده‌ها در داشتن این نوع ملاقات با توجه به نقش خانواده، باهدف بررسی تأثیر ملاقات برنامه‌ریزی شده بر شادکامی بیماران افسرده بستری، در بخش‌های روان پزشکی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و آزاد بودن در شرکت یا عدم شرکت در هر مرحله‌ای از مطالعه، برای بیمار و فرد ملاقات‌کننده بوده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. آمار توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار جهت توصیف مشخصات شرکت‌کنندگان و شادکامی آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت. همچنین، به دلیل توزیع طبیعی داده‌های هر دو گروه در متغیر شادکامی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، جهت مقایسه نمرات شادکامی قبل و بعد از مداخله از آزمون  $t$  با نمونه‌های زوج و جهت مقایسه اختلاف میانگین شادکامی دو گروه قبل و بعد از مداخله از آزمون  $t$  با نمونه مستقل و برای تعدیل اثر نمرات پیش‌آزمون از آنکوا استفاده شد. مشخصات جنس، تأهل، شغل و وضعیت تحصیلی دو گروه با آزمون کای دو و سن توسط  $t$  با نمونه مستقل مقایسه شد. سطح معنی‌داری کمتر از  $0/05$  در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند بنابراین استفاده از آزمون‌های پارامتری در این مطالعه بلامانع تشخیص داده شد. در بررسی مشخصات فردی-اجتماعی بیماران به تفکیک دو گروه نتایج آزمون آماری کای دو نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر نسبت افراد ملاقات‌کننده با بیمار تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ( $p = 0/00$ ) در حالی که دو گروه از نظر سایر ویژگی‌های فردی-اجتماعی از قبیل جنس، وضعیت تأهل، شغل و وضعیت تحصیلات همگون هستند. همچنین نتایج آزمون  $t$  با نمونه‌های مستقل تفاوت معنی‌داری را در توزیع سن بیماران و سن افراد ملاقات‌کننده بین دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد ( $p < 0/05$ ). جدول شماره ۱ برخی مشخصات فردی اجتماعی واحدهای مورد پژوهش را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج، آزمون  $t$  زوجی تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره شادکامی گروه مداخله ( $p = 0/00$ ) و کنترل ( $p = 0/00$ ) در قبل و بعد از مداخله نشان داد. آزمون  $t$  مستقل برای میانگین نمره شادکامی بین گروه مداخله و کنترل در قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نشان نداد. ( $p = 0/63$ ) در حالی که این آزمون برای میانگین نمره شادکامی بین دو گروه در مرحله بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری نشان داد ( $p = 0/00$ ) (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف ( $0/97 =$  Statistic و  $0/34 = \text{Sig}$ ) و لوین ( $F = 0/64$ ،  $P = 0/42$ )، مبنی بر

شادکامی بیشتر و نمره کمتر شادکامی پایین‌تر را نشان می‌دهد. نمره بهنجار این آزمون بین ۴۰ تا ۴۲ است. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط علی پور و همکاران تعیین و مورد استفاده قرار گرفته است. که ضریب همسانی درونی برای گروه مردان و زنان به ترتیب برابر  $0/94$  و  $0/9$  و اعتبار باز آزمایی پس از ۷ هفته  $0/78$  و ضریب پایایی باز آزمایی با فاصله زمانی سه هفته در یک نمونه ۲۵ نفری  $0/79$  به دست آمده است (۱۸). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر به روش همسانی درونی محاسبه شد و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه  $0/87$  به دست آمد.

بعد از دریافت معرفی‌نامه رسمی از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به مرکز روان‌پزشکی بهاران مراجعه شد، با مسئولین مربوطه برای همکاری در اجرای مطالعه هماهنگی لازم به عمل آمد. ابتدا از بین بیماران بستری با تشخیص افسردگی اساسی، افراد واجد شرایط به صورت در دسترس انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه، واحدهای مورد پژوهش به روش تخصیص تصادفی ساده به کمک اعداد زوج و فرد به دو گروه کنترل و مداخله (۳۵ نفر برای هر گروه) تقسیم شدند سپس پیش‌آزمون با تکمیل پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک و شادکامی توسط بیماران انجام شد. در گروه مداخله پژوهشگر پس از آشنایی با بیماران و توضیح روش پژوهش از آنان خواست تا نام و شماره تلفن دو نفر از بستگان درجه یک خود را که با آن‌ها احساس راحتی بیشتری داشته و تمایل به حضور آنان در زمان ملاقات داشتند را بیان نمایند. بعد از هماهنگی با ملاقات‌کننده‌ها، یک کلاس آموزشی توجیهی قبل از شروع برنامه تنظیم شده ملاقات، در محل کلاس آموزشی بخش به مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه به صورت فردی و گروهی برگزار شد. در کلاس فوق در مورد ساعت و مدت زمان ملاقات، اهمیت نقش خانواده در بهبود وضعیت بیمار، داشتن چهره‌های شاد در زمان ملاقات با بیمار، حفظ خونسردی و عدم گفتگو در مورد مسائل ناراحت‌کننده با بیمار اطلاع‌رسانی شد.

در روز ملاقات برای جلب حمایت و مشارکت بیمار و ملاقات‌کننده، پذیرایی مختصری توسط پژوهشگر از قبل در اختیار ملاقات‌کننده قرار گرفت تعداد جلسات ملاقات ۶ جلسه در مدت زمان دو هفته (با توجه به مدت بستری بیماران) به مدت نیم ساعت بین ساعت ۵ تا ۵/۵ عصر در محوطه بیمارستان بهاران بود. بعد از گذشت دو هفته مجدداً پرسشنامه‌های پژوهش به عنوان پس‌آزمون تکمیل شد و برای گروه کنترل در طی این مدت ملاقات به صورت آزاد (از نظر زمان و تعداد ملاقات و فرد ملاقات‌کننده) انجام شد و در همان فاصله زمانی گروه مداخله پس‌آزمون در مورد آنان نیز انجام شد.

مداخله تفاوت آماری معنی دار دارد ( $p=0/0001$ ) و این بدان معنا است که برنامه ملاقات برنامه ریزی شده در گروه مداخله می تواند باعث افزایش میانگین نمره شادکامی شود. (جدول ۳)

برقراری پیش فرض های مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود داشت. نتیجه تحلیل آزمون کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که میانگین نمره شادکامی دو گروه پس از

جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی بین دو گروه مداخله و کنترل

P	X2	Df	گروه کنترل فراوانی (درصد)	گروه مداخله فراوانی (درصد)	شاخص های آماری گروه ها مشخصات دموگرافیک	
					مذکر	مؤنث
0/63	0/22	1	17(48/6)	19(54/2)	جنس	
			18(51/4)	16(45/8)		
0/33	0/93	1	4(11/4)	9(25/7)	مجرد	تأهل
			22(62/8)	18(51/4)	متأهل	
			5(14/2)	6(17/1)	مطلقه	
			4(11/4)	2(5/7)	بیوه	
0/30	2/37	2	20(57/1)	25(71/4)	ابتدایی و پایین تر	تحصیلات
			12(34/2)	10(28/5)	دیپلم و پایین تر	
			3(8/5)	0(0)	دانشگاهی	
0/23	2/94	2	19(54/2)	24(68/5)	بیکار	شغل
			14(40/0)	11(31/4)	آزاد	
			2(5/7)	0(0)	کارمند	
0/00	19/16	4	3(8/5)	14(40/0)	مادر	نسبت ملاقات کننده با بیمار
			10(28/5)	11(31/4)	همسر	
			5(14/2)	5(14/2)	فرزند	
			4(11/4)	4(11/4)	خواهر	
			1(2/8)	1(2/8)	برادر	
			12(34/2)	0(0)	سایر	
0/54	-0/60	68	انحراف معیار 11/6	انحراف معیار 10/1	میانگین	سن بیماران
			38/11	36/54		
0/08	1/76	68	انحراف معیار 10/7	انحراف معیار 9/11	میانگین	سن ملاقات کننده با بیمار
			38/91	43/11		

جدول (۲): مقایسه میانگین نمره شادکامی در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	تغییرات		آزمون t زوجی
			انحراف معیار	میانگین	
	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	میانگین	

مداخله	۹/۵۷	۴/۳۷	۲۵/۰۸	۷/۲۸	۱۵/۵۱	۴/۷۱	$t=-۱۹/۴۵$ $p=۰/۰۰, df=۳۴$
کنترل	۹/۱۱	۳/۶۸	۱۱/۷۱	۴/۲۴	۲/۶۰	۱/۹۵	$t=-۷/۸۵$ $p=۰/۰۰, df=۳۴$
آزمون t مستقل	$t=۰/۴۷, df=۶۸$	$p=۰/۶۳$	$t=۹/۳۸, df=۶۸$	$p=۰/۰۰$	$t=۱۴/۹۵, df=۶۸$	$p=۰/۰۰$	

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون شادکامی در دو گروه مداخله و کنترل در بیماران افسرده بستری

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه تأثیر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۱۵۶۶/۸۸	۱	۱۵۶۶/۸۸	۱۲۳/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱
گروه	۲۸۷۱/۱۵	1	۲۸۷۱/۱۵	۲۲۶/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۱
میزان خطا	۸۴۹	۶۷	۱۲/۶۷				
جمع	۲۹۲۴۴	۷۰					

### بحث و نتیجه‌گیری

خود افسشایی، بینش، بیان تجربیات، هدایت شدن توسط درمانگر و توانایی بحث کردن (۱۹) بر اساس نتایج این مطالعه حضور افرادی از اعضای خانواده در کنار بیمار که با آن‌ها احساس راحتی داشته باشد و به خودافشایی و بیان تجربیات منجر شود از عوامل مؤثر در درمان می‌باشد که در مطالعه حاضر نیز افراد مورد ملاقات از بین اعضای خانواده بیمار و با انتخاب خود بیمار مشخص شدند که تأثیر مثبت حضور خانواده به‌صورت ملاقات‌کننده بر متغیر شادکامی مشاهده شد.

رادفر و همکاران نیز در مطالعه‌ای کیفی با عنوان خانواده اصلی‌ترین مامن بیماران افسرده بیان می‌کنند که خانواده جزء اصلی تیم درمان به‌حساب می‌آید و در فرایند مراقبت از بیمار افسرده لازم است که خانواده‌ها و تیم درمان به‌طور مستمر و پویا مشارکت داشته باشند (۱۸) از این نظر، پژوهش حاضر نیز بر روی بیماران افسرده بستری انجام شد تا تأثیر ملاقات با خانواده هم‌زمان با مدت‌زمان بستری که مداخلات درمانی خود را دریافت می‌کنند انجام گردد.

در مطالعه حاضر به شادکامی و اهمیت آن در بیماران افسرده توجه شده و ملاقات برنامه‌ریزی‌شده با اعضای خانواده به‌عنوان مداخله‌ای در جهت ارتقاء آن بکار گرفته شده است جهت ارتقاء این متغیر مداخلات مختلفی انجام شده‌است از جمله مطالعه کوشا که اثربخشی موسیقی‌درمانی را بر شادکامی زنان مبتلا به افسردگی بررسی کرده است (۲۰)

مقایسه میانگین نمرات شادکامی دو گروه نشان داد که بین میانگین قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما میانگین نمره شادکامی در گروه مداخله افزایش قابل‌توجهی داشته و در گروه کنترل افزایش جزئی را نشان داد. درحالی‌که بین اختلاف میانگین نمره شادکامی قبل و بعد بین دو گروه تفاوت معنی‌داری دیده شد. علت احتمالی افزایش جزئی شادکامی در گروه کنترل این است که بیماران موردبررسی از بین افراد بستری تحت درمان بوده و مراقبت‌های درمانی و دارویی موردنیاز را دریافت می‌کردند و تنها ملاقات به شکل آزاد، با هر شخصی و بدون برنامه‌ریزی بوده است و به همین دلیل نیز نتایج آزمون آماری کای دو در نسبت فرد ملاقات‌کننده با بیمار تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل نشان داد. درحالی‌که شادکامی در گروه مداخله بعد از ملاقات برنامه‌ریزی‌شده افزایش قابل‌توجهی نشان داد که علت احتمالی آن می‌تواند علاوه بر دریافت درمان‌های موردنیاز، دادن فرصت به بیمار جهت تصمیم‌گیری برای ملاقات با بستگان درجه‌یک خود باشد که با آن‌ها احساس راحتی بیشتری دارد درواقع نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که خانواده و نقش ملاقات برنامه‌ریزی‌شده در ارتقا شادکامی بیماران افسرده مؤثر می‌باشد همچنان که مطالعه‌ای کیفی توسط هلمانس و همکاران در سال ۲۰۱۱ با عنوان تبیین فرآیندهای درمانی در گروه‌های چند خانواده‌ای در افسردگی ماژور انجام شد و ۸ عامل را در محدوده زمانی معین به‌عنوان عوامل مؤثر در درمان گزارش کرده‌اند از جمله حضور دیگران، انسجام و تفاهم،

یافته‌ها نشان داد که اجرای برنامه ملاقات برنامه‌ریزی شده بر افزایش شادکامی بیماران افسرده بستری مؤثر می‌باشد. در افسردگی احساس ذهنی خوب بودن کاهش می‌یابد و شادکامی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده سلامت ذهنی شناخته شده است که ارتباط مستقیم با سلامت روان افراد دارد. بنابراین گنجاندن برنامه‌های ملاقات برنامه‌ریزی شده با جلب همکاری بیمار و خانواده، با بستگان درجه‌یک بیمار علی‌رغم اینکه به نظر می‌رسد بیمار افسرده تمایلی به ملاقات ندارد، به‌منظور افزایش شادکامی بسیار کمک‌کننده است. پیشنهاد می‌شود تأثیر این مداخله در سایر مطالعات، بر روی گروه‌های مختلف و بزرگ‌تر و در رابطه با دیگر اختلالات روان نیز بررسی شود همچنین پژوهش حاضر شامل فقدان زمان کافی برای پیگیری پیامدها و نتایج مداخله بود پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی به بررسی پایداری اثرات آن در دوره‌های طولانی‌تر بپردازند.

### محدودیت‌های مطالعه

این مطالعه نیز همچون سایر مطالعات دیگر شامل محدودیت‌هایی بود: خودداری واحدهای موردپژوهش از بیان بعضی از اطلاعات موردپژوهش که با بیان این نکته که پاسخ‌ها محرمانه خواهد ماند، تا حدودی کنترل شد، عدم همکاری تعدادی از بیماران و بستگان در انجام ملاقات به‌صورت برنامه‌ریزی شده که با توضیح اهمیت حضور و نقش خانواده و توجه بیمار تا حدودی کنترل شد، احتمال ریزش واحدهای موردپژوهش وجود داشت که با در نظر گرفتن تعداد نمونه بیشتر، این مسئله حل شد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به شماره ۸۲۶۳ بوده است. با شماره مجوز 106. IR.ZAUMS.REC.1396. از کمیته اخلاق معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، به ثبت رسیده و دارای کد کارآزمایی بالینی IRCT20180224038839N1 می‌باشد. بدین‌وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از همکاران معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و مرکز تحقیقات پرستاری جامعه و تمامی کسانی که به نحوی در انجام این مطالعه ما را یاری کردند اعلام نموده و همچنین از تمام بیماران و خانواده‌هایشان که با شرکت داوطلبانه خود ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، نهایت تشکر را داریم.

و مطالعه پرویر و همکاران که تأثیر مداخله روانشناسی مثبت به‌صورت خودمراقبتی را بر چند متغیر از جمله شادکامی بررسی کرده‌اند (۲۱)

و نتایج نشان‌دهنده تأثیر مداخله بر ارتقا شادکامی می‌باشد که با مطالعه حاضر از نظر توجه به شادکامی و اهمیت ارائه مداخلاتی در جهت ارتقاء آن، همسو می‌باشد.

در این مطالعه برای اولین بار تأثیر ملاقات در بیماران افسرده و با علائم خاص روان‌پزشکی بررسی شده است و مطالعاتی که تاکنون تأثیر ملاقات را بررسی کرده‌اند تنها بر روی بیماران جسمی و علائم همودینامیک آن‌ها بوده است از جمله مطالعه‌ای با عنوان تأثیر ملاقات با خانواده و دوستان بر اضطراب، شاخص‌های فیزیولوژیک و سلامت بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد در بخش مراقبت ویژه قلب در سال ۱۳۹۲ توسط لولاتی و همکاران انجام شده است که نشان داد علائم همودینامیک و اشباع اکسیژن خون شریانی بیمار در طول ۱۰ دقیقه مدت ملاقات و همچنین ۱۰ و ۳۰ دقیقه بعد از ملاقات به حالت نرمال رسیده و همچنین بعد از ملاقات بیمار احساس تندرستی و کاهش اضطراب را نیز بیان می‌کند (۲۲). در این مطالعه خانواده با بیماران جسمی ملاقات منظم انجام می‌دهند که تأثیر آن بر روی مشخصات فیزیولوژیک آن‌ها موردبررسی قرار گرفته و نتایج نشان‌دهنده تأثیر مثبت این مداخله می‌باشد. گرچه که در این مطالعه تأثیر مثبت ملاقات منظم علاوه بر علائم همودینامیک، بر علائم روان‌شناختی از جمله حس تندرستی و کاهش اضطراب نیز نشان داده شد اما آنچه موردتوجه می‌باشد ماهیت ملاقات و تجربه بیمار و خانواده هم در اختلالات روان و هم بیماری‌های جسمی است.

ازجمله مطالعه‌ای کیفی که با عنوان تجربیات بیمار و خانواده‌هایشان از ملاقات در بخش‌های ویژه توسط Thomas Eriksson و همکاران در سال ۲۰۱۱ انجام شده است و شامل ۱۲ مصاحبه با ۷ بیمار و ۵ ملاقات‌کننده در ICU بوده است یافته‌ها نشان داد که ملاقات به‌عنوان فرآیندی بیان‌شده که تفکرات غیرواقعی و غیرملموس بیمار و خانواده را به شکل واقعی تبدیل می‌کند و به دنبال ملاقات حس حمایت از بیمار توسط خانواده‌ها افزایش یافته است (۱۵). در مطالعه حاضر نیز به نظر می‌رسد واقعی شدن تفکرات غیرملموس اعضای خانواده و افزایش حس حمایت از بیمار توسط خانواده‌ها به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های شادکامی، باعث ارتقاء این متغیر در بیماران افسرده می‌گردد.

### نتیجه‌گیری

## References:

- Nassab ZK. The Effects of Fordyce's Happiness Training on Decreasing Depression Among Elderly Women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013;84: 501-3.
- World Health Organization Sixty-fifth world health assembly 2012. [www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html](http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html) Accessed 16.6.20120.
- Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, Tavosi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). *2013. Payesh* 2013; 12(6): 567-94.
- Valois RF, Zullig KJ, Huebner ES, Drane JW. Physical activity behaviors and perceived life satisfaction among public high school adolescents. *J Sch Health* 2004;74(2): 59-65.
- Koivumaa-Honkanen H, Kaprio J, Honkanen RJ, Viinamäki H, Koskenvuo M. The stability of life satisfaction in a 15-year follow-up of adult Finns healthy at baseline. *BMC psychiatry* 2005;5(1): 4.
- Becerra LC, Garcia-Molina M. Happiness Effects on Health-State Valuations. *Value in Health* 2015;18(7): A716.
- Alberktsen G, Jayasvasti K. Happiness and related factors in pregnant women. Bangkok: Chulalongkorn University. 2003.
- Azmoodeh P. The relation of religious orientation with hardiness and happiness of student of Shahid Beheshti University. (Dissertation). Tehran: Shahid Beheshti University; 2003.
- Manthey L, Vehreschild V, Renner K-H. Effectiveness of two cognitive interventions promoting happiness with video-based online instructions. *J Happiness Stud* 2016;17(1): 319-39.
- Senf K, Liau AK. The effects of positive interventions on happiness and depressive symptoms, with an examination of personality as a moderator. *J Happiness Stud* 2013; 14: 591-612.
- Howells A, Ivtzan I, Eiroa-Orosa FJ. Putting the 'app' in happiness: a randomised controlled trial of a smartphone-based mindfulness intervention to enhance wellbeing. *J Happiness Stud* 2016;17(1): 163-85.
- Fallah R, Golzari M, Dastani M, Zahiridin A, Mahdi M, Akbari ME. Effectiveness Of Spiritual Intervention on Increasing Hope and Mental Health of Women Suffering From Breast Cancer. *Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2011;5(19):65-76.
- Radfar M, Ahmadi F. Family: The Main Shelter of Depression Patients. *J Rehabil* 2013;14(1): 108-19.
- Kamrani F, Seyedjavadi M, Abedsaeidi Z, Hoseinian H. Comparison of the physiological parameters of patients before, during and after the meeting in the cardiac intensive care unit of Ardebil's Imam Khomeini Hospital. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci Health Serv* 2010;20: 18-22.
- Eriksson T, Bergbom I, Lindahl B. The experiences of patients and their families of visiting whilst in an intensive care unit—a hermeneutic interview study. *Intensive Crit Care Nurs* 2011;27(2): 60-6.
- Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003;54(3): 216-26.
- Jani M, Razm ara MR, Mohsenizade SM, Hamzei A, Sarvari M. The effect of regular family caregivers' supportive meeting on physiologic parameters in CVA Patients in Intensive Care Unit. *Medsurg Nurs* 2015;4(3): 67.
- Alipoor A, Noorbala AA. A Preliminary Evaluation of the Validity and Reliability of the Oxford Happiness Questionnaire in Students in the

- Universities of Tehran. Iran Psychiatry Clin Psychol 1999;5(1): 55-66.
19. Hellemans S, De Mol J, Buysse A, Eisler I, Demyttenaere K, Lemmens G. Therapeutic processes in multi-family groups for major depression: Results of an interpretative phenomenological study. J Affect Disord 2011;134(1): 226-34.
20. Koosh S, Varasteh AR. The Effectiveness Of Music Therapy On Depression, Quality Of Life And Happiness Of Women With Depression 2018;6(4): 21.
21. Proyer RT, Gander F, Wellenzohn S, Ruch W. Nine beautiful things: A self-administered online positive psychology intervention on the beauty in nature, arts, and behaviors increases happiness and ameliorates depressive symptoms. Pers Individ Dif 2016;94: 189-93.
22. Lolaty HA, Bagheri-Nesami M, Shorofi SA, Golzarodi T, Charati JY. The effects of family-friend visits on anxiety, physiological indices and well-being of MI patients admitted to a coronary care unit. Complement Ther Clin Pract 2014;20(3): 147-51.



## THE EFFECT OF SCHEDULED APPOINTMENTS ON HAPPINESS OF HOSPITALIZED DEPRESSED PATIENTS IN ZAHEDAN BAHARAN HOSPITAL

Roghaieh Keykha <sup>1</sup>, Ali Navidian <sup>2</sup>,

Received: 11 Feb, 2019; Accepted: 29 Apr, 2019

### Abstract

**Background & Aim:** Happiness is one of the most important determinants of mental health that decreases in depressed patients; the goal of present study is to assess the effect of scheduled appointments on happiness of hospitalized depressed patients.

**Materials & Methods:** This was a quasi-experimental study (IRCT20180224038839N1) was conducted on 70 hospitalized depressed patients in the Baharan psychiatric hospital of Zahedan in summer 2017. Samples were selected through convenience sampling method and divided into two intervention and control groups of 35 each. Patients in the interventions group received the 6 sessions of scheduled family appointments with first\_ degree relatives. The control group received freely and without any planning appointments. Happiness level was measured and compared before and after intervention for two groups. The data was analyzed by SPSS using the chi-square test, the independent t-test , the paired t-test and the analysis of covariance .

**Results:** There was no statistically significant difference in the mean scores of happiness between the two groups before the intervention ( $P>0.05$ ). However, after the intervention in the experimental group, the mean scores of happiness ( $25.08\pm7.28$ ), increased ( $P<0.05$ ) compared to the mean scores happiness ( $11.71\pm4.24$ ) in the control group.

**Conclusion:** Considering the effect of scheduled appointments on promotion happiness of hospitalized depressed patients, it is recommended that This type of intervention is used in the treatment of depressed patients.

**Keywords:** appointment, happiness, depression

**Address:** Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

**Tel:** (+98)9151491950

**Email:** roghaieh.keykha@yahoo.com

<sup>1</sup> Instructor, Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Professor, Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Downloaded from unmf.umsu.ac.ir at 9:47 +0430 on Tuesday September 3rd 2019