

بررسی تأثیر مدل مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی بر اضطراب بیماران همودیالیزی

صغری افکند^۱، دکترکیان نوروزی تبریزی^۲، دکتر مسعود فلاحی خشکناز^۳، پوریا رضا سلطانی^۳

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۲ دکترای آموزش پرستاری، استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۳ کارشناس ارشد آمار، فناوری اطلاعات، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

نشانی نویسنده مسؤل: تهران، اوین، بلوار دانشجو، انتهای بن بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه پرستاری، صغری افکند

E-mail: s.afkand@yahoo.com

وصول: ۹۲/۸/۲، اصلاح: ۹۲/۱۰/۱۵، پذیرش: ۹۲/۱۱/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: استفاده‌ی طولانی مدت از همودیالیز، منجر به تحت تأثیر قرار گرفتن همه‌ی ابعاد وجودی بیماران همودیالیزی و بروز اختلالاتی چون اضطراب در این بیماران می شود. این مطالعه، به منظور تعیین تأثیر مدل مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی بر اضطراب بیماران همودیالیزی طراحی و اجرا گردیده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی نیمه تجربی دو گروهی قبل و بعد است که بر روی ۳۵ بیمار همودیالیزی بیمارستان رازی رشت (آزمون) و ۳۵ بیمار همودیالیزی بیمارستان شهید بهشتی بندرانزلی (شاهد) در سال ۱۳۹۰ با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف، انجام شده است. مداخله بر اساس مدل توانبخشی روانی چند بعدی به صورت تیمی و با حضور پزشک، پرستار، روان‌شناس، کارشناس تغذیه، مددجو و خانواده و با در نظر گرفتن ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی هر کدام از بیماران و به مدت سه ماه انجام گردیده است. ابزار گردآوری شامل پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و خودسنجی اضطراب زونگ (SAS) بوده که سه ماه قبل و بعد از مداخله اندازه‌گیری شده است. سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ و آزمون‌های آماری توصیفی، تی زوجی، تی مستقل، کای دو و فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها بین میانگین امتیاز اضطراب نمونه‌های پژوهش قبل ($3/972 \pm 48/40$) و بعد از مداخله ($6/331 \pm 42/57$) در گروه آزمون تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با اجرای مدل مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی، تفاوت معنی‌داری در امتیاز اضطراب بیماران همودیالیزی ایجاد می‌شود، به طوری که اجرای این مدل مراقبتی، با بهبود وضعیت زندگی بیماران همودیالیزی همراه است.

واژگان کلیدی: مدل، توانبخشی روانی، توانبخشی چند بعدی، اضطراب، همودیالیز.

مقدمه

پیوند کلیه می‌باشد و تا زمان پیدا شدن کلیه پیوندی، بیماران باید تحت دیالیز باشند (۱). میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان، ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر است و

نارسایی مزمن کلیوی، تخریب پیشرونده و برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیوی است که درمان اصلی آن،

سالانه ۸ درصد به این میزان افزوده می‌شود (۲). شیوع و میزان بروز نارسایی پیشرفته کلیوی در ایران به ترتیب ۳۵۷ و ۵۷ مورد در هر یک میلیون نفر از جمعیت در یک سال گزارش شده است (۳). اگرچه همودیالیز، طول عمر متبالیان را افزایش می‌دهد، اما منجر به مشکلات روانی-اجتماعی از جمله اختلالات اضطراب نیز می‌گردد (۴).

سواست، فرایند دیالیز و بسیاری از مشکلات پیش روی درمان همچون: بی‌خوابی و امکان از دست دادن شغل به عنوان منبع درآمد را از جمله عوامل بروز اضطراب در این بیماران عنوان می‌کند (۵). بوسولا، میزان اضطراب را در بیماران نارسایی پیشرفته کلیوی بین ۶۰-۳۰٪ گزارش کرده و بعضی خصوصیات دموگرافیک از قبیل وضعیت زناشویی، سطح آموزش، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و پارامترهای آزمایشگاهی و بالینی (همچون: هموگلوبین، پاراتیروئید، ویتامین D، پروتئین C راکتیو، سیتوکاین و فیبرینوژن) در بیماران همودیالیزی را با اضطراب مرتبط دانسته است (۶). بنا به گزارش کوکور، میزان اختلالات اضطرابی در بیماران نارسایی پیشرفته کلیوی نسبتاً دو برابر میزان متوسط می‌باشد و نسبت به بیماری‌های مزمن دیگر، افزایش دارد. در طی یک مصاحبه‌ای، شیوع اضطراب نیمه ساختارمند ۲۷٪ گزارش شده است (۷). میزان اضطراب در مطالعات انجام شده در ایران توسط احمد زاده ۱۲/۲ درصد (۴) ملاهادی حدود ۶۳/۹ درصد (۸) مسعودی علوی ۱۲/۶ درصد (۹) و نیز توسط ناظمیان در مورد اضطراب آشکار ۵۱/۴ درصد و اضطراب پنهان ۴۹/۷ درصد گزارش گردیده است (۱۰). اضطراب در بیماران همودیالیزی، تأثیر منفی روی کیفیت زندگی و بقا داشته و با نتایج ناگواری چون مرگ و میر بالا و بستری شدن در بیمارستان ارتباط دارد (۸، ۱۱). مراقبت از بیماران مزمن کلیوی پیچیده است (۱۲). هدف مراقبت، مطلوب نمودن کیفیت زندگی بیمار است و یکی از راه‌های اصلاح کیفیت زندگی، استفاده از تئوری‌ها و مدل‌های پرستاری می‌باشد (۱۳). داشتن یک مدل مراقبتی پرستاری مؤثر برای

واحد همودیالیز جهت حمایت از نیازهای فردی بیماران و تضمین و اطمینان از یک مراقبت پرستاری استاندارد و حفظ کیفیت مراقبت ضروری است (۱۴). فلاحی خشکناب (۱۳۸۰) مدل بومی و ایرانی در رابطه با بیماران اسکیزوفرنیا با نام مدل توانبخشی روانی چند بعدی طراحی و ارزیابی کرده است. در این مدل، به فرهنگ مردم ایران از جمله: اعتقادات، باورهای مذهبی و ... و نیز واقعیت‌های موجود در کشور و همچنین به امر مراقبت از بیمار برای رسیدن به استقلال و خودکفایی در امور روزمره‌ی زندگی، افزایش و ارتقای توانایی‌ها، فراگیر بودن ارائه‌ی خدمات درمانی و توانبخشی در کلیه‌ی ابعاد، توجه به مددجو و خانواده‌ی مددجو به جای "بیماری مددجو"، نقش فعال مددجو و خانواده به جای نقش منفعل فعلی، شیوه‌ی کار به صورت گروهی و تیمی با مشارکت مددجو، خانواده و اعضای تیم، توجه به آموزش مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی و مراقبت از خود علاوه بر دارودرمانی و بالاخره توجه بیشتر به ابعاد اجتماعی و معنوی تأکید شده است (۱۵).

با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان کننده نارسایی مزمن کلیه و استفاده‌ی ناگزیر و طولانی مدت از همودیالیز و تحت تأثیر قرارگرفتن همه‌ی ابعاد وجودی بیماران همودیالیزی و بروز اختلالاتی همچون اضطراب در این بیماران، لزوم به‌کارگیری مدلی متناسب با وضعیت این بیماران که در برگزیده‌ی همه‌ی ابعاد (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) باشد، کاملاً "محسوس و ضروری به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر به‌کارگیری مدل مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی بر اضطراب بیماران همودیالیزی طراحی و اجرا شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی نیمه تجربی دو گروهی، با مقایسه‌ی قبل و بعد در دو گروه، شامل بیماران همودیالیزی دو مرکز همودیالیز در استان گیلان (بیمارستان

رازی رشت و بیمارستان بهشتی بندرانزلی) است. از آنجایی که احتمال تبادل اطلاعات بین گروه آزمون و شاهد وجود داشته، نمونه‌های هر گروه به‌طور جداگانه از دو بیمارستان انتخاب شده‌اند. گروه آزمون براساس معیارهای ورودی و به‌روش نمونه‌گیری در دسترس (مبتنی بر هدف) از بیمارستان رازی رشت و گروه شاهد نیز بر همین اساس از بیمارستان شهید بهشتی انزلی در سال ۱۳۹۰ انتخاب گردیده‌اند. برای محاسبه حجم نمونه مورد نیاز در این پژوهش، با استناد به مطالعه‌ی رحیمی (۱۶) و با استفاده از فرمول و احتساب $\beta = 10\%$ و $\alpha = 10\%$ برای هر گروه ۳۵ نفر محاسبه شده است. معیارهای ورودی شامل دارای حداقل تحصیلات (زیردیپلم)، داشتن سن بین ۶۰-۲۰ سال، نداشتن سابقه‌ی حادثه یا تجربه‌ی ناگوار جدی در شش ماهه‌ی اخیر، عدم داشتن سابقه‌ی ابتلا به افسردگی یا بستری شدن به علت‌های روانی قبل از نارسایی کلیه و همودیالیز، عدم داشتن معلولیت جسمی یا ذهنی، تحت دیالیز بودن در مدت حداقل ۶ ماه و امتیاز بالاتر از نقطه برش ۴۵ براساس پرسش‌نامه‌ی «خودسنجی اضطراب زونگ» (۱۷) بوده است. معیارهای خروجی نیز شامل عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری، بروز هرگونه بیماری یا ناتوانی شدید و انجام عمل پیوند بوده است. ابزار جمع‌آوری اطلاعات عبارت بوده از: ۱- پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی که با توجه به اهداف پژوهش شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، سابقه‌ی بیماری، مدت زمان شروع دیالیز و شیفت همودیالیز طراحی گردیده است. ۲- پرسش‌نامه‌ی مقیاس «خودسنجی اضطراب زونگ» (SAS). این پرسش‌نامه توسط زونگ (۱۹۸۱) طراحی شده و شامل ۲۰ سؤال و دامنه‌ی نمرات این مقیاس بین ۸۰-۲۰ می‌باشد. براساس شاخص ارائه شده توسط زونگ، نقطه‌ی برش، نمره‌ی ۴۵ است (۱۷، ۱۸). پرسش‌نامه‌ی خودسنجی اضطراب زونگ، به‌عنوان یک ابزار استاندارد در مطالعات متعددی در ایران به‌کار رفته است. مطالعات انجام شده درخصوص اعتبار

این مقیاس، ضریبی معادل ۰/۷۱ (۱۹) و پایایی آن با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ، میزان همبستگی درونی یا انسجام سؤالات ۰/۸۴ گزارش گردیده که نشان دهنده‌ی پایایی بسیار بالای این آزمون است (۲۰). حکیم‌جوادی پایایی، این مقیاس را ۰/۶۷ گزارش کرده است (۲۱). در مطالعه‌ی حاضر، پایایی پرسش‌نامه با ضریب بازآزمایی $r = 0/59$ و ضریب آلفای کرونباخ برای همبستگی درونی پرسش‌نامه $\alpha = 0/71$ محاسبه شده است. در روش اجرای مداخله براساس مدل توانبخشی روانی چندبعدی در گروه آزمون و شاهد پس از معرفی دو گروه به واحدهای مورد پژوهش و بیان اهداف و روش مطالعه و جلب موافقت ایشان، اقدام به تکمیل پرسشنامه خودسنجی اضطراب زونگ (SAS) و پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی می‌شود و سپس سه ماه بعد، پس از انجام مداخله در گروه آزمون و بدون هیچگونه مداخله‌ای در گروه شاهد، دوباره پرسش‌نامه توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل می‌گردد. مداخله با حضور اعضای تیم شرکت‌کننده بر اساس مدل توانبخشی روانی چندبعدی متشکل از مددجو و خانواده‌ی مددجو، پزشک، پرستار، روان‌شناس بالینی و کارشناس تغذیه آغاز می‌گردد. در این مدل پزشک به‌عنوان رهبر و پرستار نقش هماهنگ‌کننده‌ی تیم را بر عهده دارد. تشکیل جلسات تیم درمان با هماهنگی پرستار انجام شده و از آنجا که پرستار مدت زمان طولانی را با مددجویان و خانواده‌هایشان سپری می‌کند، لذا نقش کلیدی در طرح و اجرای برنامه‌های درمانی دارد. مداخله بر اساس مدل توانبخشی روانی چند بعدی به شرح ذیل اجراء شده است: ۱) ابتدا، ارزیابی اولیه‌ی هر بیمار و خانواده‌اش از جنبه‌های مختلف (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) به‌طور جداگانه توسط اعضای تیم (پزشک، پرستار، روان‌شناس و کارشناس تغذیه) با توجه به تخصص و نگرش هر کدام از اعضاء به‌صورت معاینه، مصاحبه و بررسی آزمایشگاهی صورت می‌گیرد که این امر، منجر به شناخت وضعیت موجود می‌شود. ۲) سپس،

خانواده ها هم به عنوان یکی از اعضای تیم، مسؤلیت گزارش نتیجه اقدامات و پیگیری مراقبت در منزل را به عهده دارند. ۴) تغییرات هر مددجو، هر ۱۵ روز یکبار و یا در مواقع نیاز، به صورت تشکیل جلسات اورژانسی بررسی می گردد و ادامه ی برنامه ی مراقبتی و یا تجدید نظر در مورد آن صورت می گیرد. در گروه شاهد، مداخله انجام نشده و در نتیجه، آزمون پس از ۳ ماه مداخله در گروه آزمون و شاهد انجام گردیده است. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار ۱۶ spss و آزمون های آماری توصیفی و استنباطی مانند تی زوجی، تی مستقل، کای دو و فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته ها

در گروه آزمون حداقل سن ۲۲ و حداکثر ۵۷ سال و با میانگین ۴۰/۴۹ سال و در گروه شاهد حداقل ۲۱ سال و حداکثر ۶۰ سال و میانگین ۴۷/۲۰ سال می باشد. در

جلسه ی تیم با هماهنگی پرستار جهت ارائه ی مشکلات هر بیمار به طور جداگانه تشکیل و تشخیص نیازها و طرح درمان و توانبخشی برای هر بیمار و خانواده اش طراحی می گردد. گفتنی است طرح درمان برای هر کدام از بیماران با توجه به نیازهایشان متفاوت می باشد. یعنی در بیماری بر اساس نیاز جسمی و در فرد دیگر بر اساس نیاز روانی و معنوی و در برخی دیگر با توجه به همه ابعاد (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) طراحی می گردد. ۳) اجرای طرح توسط پزشک (شامل دارودرمانی، ارجاع به روان پزشک و بستری شدن در صورت نیاز) و روان شناس (مشاوره، روان درمانی فردی و گروهی) و کارشناس تغذیه (تنظیم رژیم غذایی و آموزش های تغذیه ای) و پرستار (آموزش، توانبخشی، مراقبت معنوی و پیگیری وضعیت در منزل از طریق ارتباط با خانواده) انجام می شود. پرستار، نقش هماهنگ کننده ی تیم و در غیاب اعضاء، نقش همپوشانی کننده ی وظایف را به منظور یکپارچگی خدمات دارد.

جدول ۱: توزیع نمونه های پژوهش بر حسب خصوصیات دموگرافیک

متغیر	گروه آزمون		گروه شاهد		کای اسکوتر	دقیق فیشر	مقدار احتمال
	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
جنس	مرد	۱۸	۵۱/۴	۱۸	۵۱/۴	-	۱
	زن	۱۷	۴۸/۶	۱۷	۴۸/۶		
وضعیت تأهل	مجرد	۷	۲۰	۷	۲۰	-	۱/۷۳۸
	متأهل	۲۸	۸۰	۲۶	۷/۳		
	فوت	۰	۰	۲	۵/۷		
	همسر						
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۳	۵۶/۷	۲۶	۷۴/۳	-	۲/۲۲۲
	دیپلم	۱۰	۲۸/۶	۶	۱۷/۱		
	فوق دیپلم	۰	۰	۱	۲/۹		
	لیسانس	۲	۵/۷	۲	۵/۷		
شغل	بیکار	۲۸۵/۱۶		۱۴/۳		-	۲/۸۴۶
	کارگر	۳	۸/۶	۴	۱۱/۴		
	کارمند	۵	۱۴/۳	۸	۲۲/۹		
	آزاد	۴	۱۱/۴	۳	۸/۶		
	خانه دار	۱۳	۳۷/۱	۱۵	۴۲/۹		
سابقه بیماری	بله	۲۲	۶۲/۹	۲۱	۶۰	-	۰/۸۰۶
	خیر	۱۳	۳۷/۱	۱۴	۴۰		
شیفت دیالیز	صبح	۱۰	۲۸/۶	۱۴	۴۰	-	۱/۰۶۲
	عصر	۲۰	۵۷/۱	۱۷	۴۸/۶		
	شب	۵	۱۴/۳	۴	۱۱/۴		

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات اضطراب قبل و بعد از مداخله در و بین دو گروه

گروه	قبل از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	سه ماه بعد از مداخله انحراف معیار \pm میانگین	تی زوجی
آزمون	۴۸/۴۰ \pm ۳/۹۷۲	۴۲/۵۷ \pm ۶/۳۳۱	<۰/۰۰۱
شاهد	۴۷/۳۴ \pm ۵/۵۴۶	۴۷/۵۱ \pm ۶/۵۴۱	۰/۸۸۳
تی مستقل	۰/۳۶۲	۰/۰۰۲	

نتیجه دو گروه همسان نبوده و آزمون t مستقل تفاوت آماری معناداری را بین میانگین سن آزمودنی‌های دو گروه نشان می‌دهد ($P=0/019$).

در گروه آزمون حداقل مدت زمان دیالیز ۱ سال و حداکثر ۱۶ سال و میانگین ۴/۳۷ سال و در گروه شاهد حداقل مدت زمان دیالیز ۱ سال و حداکثر ۱۲ سال و با میانگین ۳/۶۶ سال می‌باشد. با آزمون t مستقل تفاوت آماری معناداری بین میانگین مدت زمان دیالیز آزمودنی‌های دو گروه مشاهده نمی‌شود. در نتیجه به‌جز متغیر سن دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک همسان می‌باشند (جدول ۱).

در میانگین امتیاز اضطراب قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون، تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($p<0/001$)، در حالی که در گروه شاهد، تفاوت آماری معناداری مشاهده نمی‌شود ($p=0/883$) (جدول ۲).

در مقایسه میانگین امتیاز اضطراب بین گروه آزمون و شاهد بعد از مداخله، تفاوت آماری معنادار وجود دارد ($p=0/002$)، در حالی که بین گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله، تفاوت آماری معنادار مشاهده نمی‌شود ($p=0/362$) (جدول ۲).

بحث

براساس نتایج این پژوهش، به‌جز متغیر سن، هر دو گروه قبل از مداخله از نظر متغیرهای زمینه‌ای همسان می‌باشند و علت آن، محدودیت نمونه‌گیری در گروه شاهد و انتخاب نمونه‌ها از دو منطقه و عدم امکان همسان‌سازی از نظر سن می‌باشد.

درصد قابل توجهی از بیماران همودیالیزی در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله، در درجاتی از

اضطراب رنج می‌برند و همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود بین میانگین امتیاز اضطراب در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد. علت این تفاوت آماری معنادار بین امتیازات قبل و بعد از مداخله، اجرای مدل توانبخشی روانی چند بعدی بر روی بیماران همودیالیزی است. می‌توان نتیجه گرفت که در اثر اجرای مدل توانبخشی روانی چند بعدی، وضعیت روان-شناختی بیماران بهبود می‌یابد و توانبخشی روانی در قالب تیم و با در نظر گرفتن همه‌ی ابعاد وجودی انسان در کاهش علائم روان‌شناختی بیماران مؤثر است. فلاحی (۱۳۸۰) در ارزیابی تأثیر مدل مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی در بیماران اسکیزوفرنیا که در استای با این مطالعه می‌باشد، نشان داده که به‌کارگیری این مدل در مدت سه ماه، نتایج بهتر درمانی و پیشرفت درمان و بهبود همکاری بیماران را به‌همراه داشته است (۲۲). مدل توانبخشی روانی چند بعدی دارای برنامه‌ی ترخیص و پیگیری در منزل می‌باشد که در همین راستا با مطالعه رحیمی با عنوان بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر اضطراب بیماران همودیالیزی همخوانی دارد (۱۶). در این مدل، یکی از ابعاد مورد توجه، بُعد روان می‌باشد که برنامه‌های درمان روان توسط تیم به‌اجراء درمی‌آید که با مطالعه‌ی طیبی در باره‌ی تأثیر تمرینات هاتایوگا بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیز دریک راستا می‌باشند (۲). کار تیمی و متشکل از متخصصان حرفه‌های مختلف و تأثیر مثبت آن بر وضعیت روحی و روانی بیماران که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد، در مطالعات دیسویک در باره‌ی بیماران با درد مزمن (۲۳) و ماینارد در باره‌ی ناتوانی ناشی از درد در کودکان (۲۴) در قالب تیم و متشکل از افراد حرفه‌ای بررسی شده‌است.

خصوصیات روانی، شخصیتی، مشکلات اقتصادی، امکانات رفاهی و نگرش‌های فرهنگی بیماران از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد. با توجه به شایع بودن اختلال اضطراب در این بیماران، لازم است که پژوهش‌های مشابهی با صرف مدت زمان طولانی‌تر و با تعداد نمونه‌های بیشتر و با جلب همکاری رشته‌های مختلف و سازمان‌های ذیربط انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری صمیمانه‌ی خانم‌ها: دکتر آل‌عبایی، فلاح‌کهن (روانشناس)، سیاهی‌پور (تغذیه) و پرسنل و بیماران محترم بخش همودیالیز بیمارستان‌های رازی (رشت) و شهیدبهبشتی (بندرانزلی) تشکر و قدردانی می‌کنیم.

مطالعات دیکسون (۲۵)، هم‌لگرن (۲۶) و منون (۲۷) در باره‌ی بیماران مزمن کلیوی به‌صورت تیمی انجام شده و نتایج آن که همراستا با مطالعه‌ی حاضر است، حاکی از تأثیر مثبت برنامه‌های توانبخشی در بیماران کلیوی دارد. از آنجایی که در این مدل، مداخله به‌صورت توانبخشی روانی می‌باشد، لذا نتایج مطالعه‌ی لوک در مورد تأثیر طولانی مدت یک برنامه‌ی توانبخشی روانی در بیماران روانی که حاکی از تغییرات مثبت در گروه آزمون است، با نتایج این مطالعه هم‌راستا می‌باشد (۲۸). ورت در مطالعه‌ی ای، به تأثیر یک برنامه توانبخشی چندبعدی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی پرداخته که نتایج آن، حاکی از بهبود معنادار در کیفیت زندگی بیماران سرطانی داشته است (۲۹). نتایج این مطالعه و هم‌راستا بودن با چندین مطالعه‌ی دیگر، می‌تواند دلیلی بر تأثیر مدل مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی در بهبود و ارتقای وضعیت روان‌شناختی این بیماران باشد.

References

1. Heidarzadeh M, Atashpeikar S, Jalilazar T. Relationship between quality of life and self care ability in patients receiving hemodialysis. IJNMR. 2010;15(2):66-71. [Persian]
2. Tayyebi A, Babahaji M, Sherme MS, Ebadi A, Eynollahi B. Study of the effect of Hatha Yoga exercises on stress, anxiety and depressin among hemodialysis patients. Iranian Journal of critical care nursing. 2011;4(2):67-72. [Persian]
3. Hassanzadeh J, Hashiani AA, Rājaeefard A, Salahi H, Khedmati E, F.Kakaei, et al. Long -term survival of living donor renal transplants : asingle center study. Indian Journal of nephrology. 2010;20(4):179-84. [Persian]
4. Ahmadzadeh GH, Mehdi M. The prevalence of depression, anxiety and psychosis among hemodialysis patients in Nour and Aşghar hospitals in Isfahan. Journal of Isfahan medical school. 2012;29(162):1280-8. [Persian]
5. Sousa AD. Psychiatric issues in renal failure and dialysis. Indian Journal of Nephrology. 2008;18(2):47-50.
6. Bossola M, Ciciarelli C, Conte GL, Vulpio C, Luciani G, Tazza L. Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients. General Hospital Psychiatry. 2010;32(2):125-31.
7. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, Spielman LA, Peterson RA, Kimmel PL. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis : asingle - center study. American journal of kidney diseases. 2008;52(1):128-36.
8. Mollahadi M. , Tayyebi A. , Ebadi A. , Daneshmandi M. . Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. IJCCN. 2010; 2 (4) :9-10. [Persian]
9. Masudialavi N, Sharifi G, Aliakbarzadeh Z. Depression and anxiety in hemodialysis patients. J Feyz. 2008;12(4):46-51. [Persian]
10. Nazemian F, Ghaffary F, Pourghazneine T. assesment of depression and anxiety in hemodialysis patient. Medical Journal of mashhad University of Medical Sciences. 2008;51(3):171-6. [Persian]
11. Jaber BL, Lee Y, CollinsAJ, Hull AR, Kraus MA, Mccarthy J, Miller BW, Spry L, Finkelstein FO. Effect of daily hemodialysis on depressive symptoms and postdialysis recovery time : interim report from the FREEDOM(following rehabilitation , economics and everyday- dialysis outcome measurements)study.

- American journal of kidney diseases. 2010;56(3):531-9.
12. Neyhart CD, McCoy L, Rodegast B, Gilet CA, Roberts C, Downes K. A new nursing model for the care of patients with chronic kidney disease : the UNG kidney center nephrology nursing initiative. *Nephrology Nursing Journal*. 2010;37(2):121-31.
 13. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of Applying Continuous Care Model on Quality of Life in Hemodialysis Patients. *RJMS*. 2006; 13 (52) :123-34. [Persian]
 14. Dobson S, Tranter S. Organizing the work : choosing the most effective way to deliver nursing care in a hospital hemodialysis unit. *Renal Society of Australasia Journal*. 2008;4(2):55-9.
 15. Fallahi Khoshknab M. Design and evaluation of multidimensional psychiatric rehabilitation nursing model in the care of schizophrenic patients. *Journal of shahid Sadughi Yazd University of medical sciences and health services- medicine*. 2002;10(3):39-46. [Persian]
 16. Rahimi A, Ahmadi F, Gholiaf M. Effects of applying continuous care model (CCM) on stress, anxiety and depression in hemodialysis patients. *Journal of The Shaheed Beheshti University of Medical Sciences And Health Services* 2007;30(4) :353-9. [Persian]
 17. Mcdowell I. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 3rd ed. New york: oxford university press; 2006.
 18. Habibi B. Group counseling to influence cognitive - behavioral signs of reduced anxiety in students PsrshhrstanNamin [Thesis for master]. Tehran: university of social welfare and rehabilitation; 2006. [Persian]
 19. Mcknight PE, Kashdan TB. The importance of functional impairment to mental health outcomes: a case for reassessing our goals in depression treatment research *Clinical psychology review*. 2009;29:243-59.
 20. Akbarzadeh S, Rahimi M, Samavati M. Role of anxiety in idiopathic acute anterior uveitis. *Bina J ophthalmol*. 2006;11(3):313-7. [Persian]
 21. Hakimjavadi M, Lavasani MG, Haghightagu M, Zebardast O. The relationship between depression, anxiety, stress and personality factors in children of veterans. *Journal tebe Janbaze Journal veteran medicine*. 2010;3(9):9-16. [Persian]
 22. Fallahi Khoshknab M. Design and evaluation of multidimensional psychiatric rehabilitation nursing model in the care of schizophrenic patients [PhD dissertation]. Tehran: Tarbiatmodarres; 2002. [Persian]
 23. Dysvik E, Natvig GK, Eikeland O-J, Brattberg G. Results of a multidisciplinary nursing pain management program : a6- and 12- month follow -up study. *J rehabilitation nursing*. 2005;30(5):198-206.
 24. Maynard CS, Amari A, Wieczorek B, Christensen JR, Slifer KJ. Interdisciplinary behavioral rehabilitation of pediatric pain-associated disability: retrospective review of an inpatient treatment protocol. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(2):128-37.
 25. Dixon J, Borden P, Kaneko TM, Schoolwerth AC. Multidisciplinary CKD care enhances outcomes at dialysis initiation. *Nephrol Nurs J*. 2011;38(2):165-71.
 26. Hemmelgarn BR, Manns BJ, Zhang J, Tonelli M, Klarenbach S, Walsh M, Culleton BF. Association between multidisciplinary care and survival for elderly patients with chronic kidney disease. *J Am SocNephrol*. 2007;18(3):993-9.
 27. Menon Sh Valentini RP, Kapur G, Layfield S, Mattoo TK. Effectiveness of a multidisciplinary clinic in managing children with chronic kidney disease. *Clin J Am SocNephrol*. 2009;4:1170-5.
 28. Luk AL. Investigating the long-term effects of a psychiatric rehabilitation programme for persons with serious mental illness in the community: a follow-up study. *Journal of clinical nursing*. 2011;20(19-20): 2712-20.
 29. Weert Ev, Hoekstra-Weebers J, Grol B, Otter R, Arendzen HJ, Postema K, Sanderman R, Schans C VD. A multidimensional cancer rehabilitation program for cancer survivors effectiveness on health-related quality of life. *J Psychosom Res*. 2005;58(6):485-96.

The effect of multi-dimensional model of psychiatric rehabilitation care on hemodialysis patients anxious

Soghra Afkand., MSc

MSc. in nursing, Department of Nursing, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Kian Nourui Tabrizi., PhD

Phd. of nursing, Department of Nursing, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Masoud Fallahi Khoshknab., PhD

Phd. of nursing, Department of Nursing, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Pourya Reza Soltani., MSc

MSc. in statistic, Department of Information Technology, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

Received:24/10/2013, Revised:05/01/2014, Accepted:12/02/2014

Corresponding author:

Department of Nursing, University of Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Alley, DaneshjooBlv, Evin, Tehran, Iran
Email: s.afkand@yahoo.com

Abstract

Aims: Long-term use of hemodialysis affects all sides of hemodialysis patients and was caused disease and disturbances such as anxiety in them. This study aimed to determine the effect of multi-dimensional model of psychiatric rehabilitation care on anxiety in hemodialysis patients.

Methods: This study is a quasi-experimental study of two groups before and after hemodialysis on 35 patients of Razi hospital in Rasht (test group) and 35 hemodialysis patients from Bandar Anzali martyr Beheshti hospital (control group), in 1390 which were done on sampling method on purpose. Intervention was based psychiatric rehabilitation of multi-dimensional model in the form of a group and with the presence of a physician, nurse, psychologist and nutritionist and comprehensive client and family and with consideration of physical, mental, social and spiritual of patients, was carried out for three months. The tool includes a demographic questionnaire and Zung self-evaluation anxiety (SAS) which were measured three months before and after intervention. Then the data using SPSS¹⁶ software and descriptive statistic, paired t-test, independent t-test, Chi-square and Fisher test were analyzed.

Results: Data analysis between the mean anxiety score of samples before (48/40±3/972) and after the intervention (42/57±6/331) showed significant difference ($p<0/001$).

Conclusion: The multi-dimensional model of psychiatric rehabilitation care caused a significant difference in anxiety scores in hemodialysis patients, so applying this model of care is associated with better living conditions in hemodialysis patients.

Keyword: Model, psychiatric rehabilitation, rehabilitation of multi-dimensional, anxiety, hemodialysis.