دارای رتبه علمی پژوهشی از
کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه
مدیریت ارتقای سلامت

دوره اول شماره۳ تابستان ۱۳۹۱ - شماره استاندارد بین المللی: ۲۲۵۱-۸۶۱۴

- **بررسی تأثیر "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی" بر افسردگی بیماران همودیالیزی.....۷**
صغری افکند، کیان نوروزی تبریزی، مسعود فلاحی خشکناب، پوریا رضا سلطانی

- **بررسی برخی عوامل مرتبط با تمایل به ترک خدمت در پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی تابع دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.....۱۷**
غلامرضا حریری، فریده یغمایی، منصوره زاغری تفرشی، نزهت شاکری

- **تاثیر اجرای الگوی نظارت بالینی بر پیامدهای آموزش به بیمار ۲۸**
فاطمه حشمتی نبوی، ربابه معماریان، زهره ونکی

- **بررسی مقایسه تاثیر پانسمان عسل با پانسمان هیدروکلوئید بر ترمیم زخم فشاری بیماران بستری در بخش های ویژه ..۳۷**
محمد مهربانی، محمد علی حسینی، کیان نوروزی، مسعود کریملو

- **بررسی میزان بروز مواجهه های شغلی با وسایل تیز و برنده درکارکنان درمانی شاغل در بخش های اورژانس بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سال های ۱۳۸۶-۸۹.....٤٦**
شادی رضائی، نارملا ربیع راد، زهرا تمیزی، مسعود فلاحی خشکناب، اسمعیل محمد نژاد، محمود محمودی

- **مقایسه کفایت دیالیز در بیماران مراجعه کننده به بخش های همودیالیز استان گلستان.....۵۵**
علیرضاشریعتی، حمید آسایش، حسین نصیری، رامین تاج بخش، مسلم حسام، عین اله ملایی، قنبر روحی، مهرنوش نیک سیئر

- **بررسی همبستگی ویژگی های جمعیت شناسی و نگرش ایمنی به کار کارگران زن کارخانه های مواد غذایی.....٦٤**
زهرا حسینی نوده، میمنت حسینی، فریده یغمایی،حمید علوی مجد، موسی جباری

- **دیدگاه پرستاران درباره عوامل تأثیرگذار بر ایفای نقش های حرفه ای.....۷۳**
نسرین نیک پیما، طاهره اشک تراب

به نام خداوند جان و خرد

مجله مدیریت ارتقای سلامت

فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره یکم-شماره ۳- تابستان ۱۳۹۱

•**صاحب امتیاز:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**مدیر مسؤول:** دکتر محمدعلی حسینی

•**سردبیر:** دکتر فریده یغمایی

•**معاون سردبیر:** فرشته نجفی

•**شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی:** ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

•**شماره بین المللی نشریه چاپی:** ISSN: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

•**شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی:** e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی-پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶شماره رتبه علمی-پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر اکبر بیگلریان، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهرنوش پازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمید پیروی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی چراغی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر محمدعلی حسینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- دکتر حیدرعلی عابدی، دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان-خوراسگان
- دکتر عباس عبادی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر عباس عباس زاده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا
- دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر علی محمد پور، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر رضا نگارنده، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکبخت نصرآبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریموی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

داوران این شماره:

- دکتر اکبر بیگلریان
- دکتر حمید پیروی
- دکتر محمدعلی حسینی
- دکتر اصغر دادخواه
- دکتر ناهید رژه
- دکتر رضا ضیغمی
- دکتر عباس عبادی
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب
- فرشته نجفی
- دکتر مجیده هروی کریموی
- دکتر فریده یغمایی

•**ویراستار انگلیسی:** دکتر فریده یغمایی، مهندس پگاه یغمایی

•**ویراستار فارسی:** دکتر فریده یغمایی

•**حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

•**طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

•**ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

•**نشانی:** تهران – میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

•**کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ **صندوق پستی:** ۱۴۱۹۵/۳۹۸ **تلفن و نمابر:** ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@jhpm.ir , **Website:** http://jhpm.ir

بررسی تأثیر "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی" بر افسردگی بیماران همودیالیزی

صغری افکند[۱]، *کیان نوروزی تبریزی[۲]، مسعود فلاحی خشکناب[۳]، پوریا رضا سلطانی[۴]

چکیده

مقدمه: همودیالیز در نارسایی مزمن کلیوی، منجر به تحت تأثیر قرار گرفتن همه ابعاد وجودی بیماران و بروز اختلالاتی چون افسردگی می شود.یکی از روش های مطلوب نمودن کیفیت مراقبت در واحد همودیالیز، بکارگیری الگوی مراقبتی پرستاری می باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی "بر افسردگی بیماران همودیالیزی انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی قبل و بعد است که با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف برروی ۳۵ بیمارهمودیالیزی از بیمارستان رازی رشت (آزمون) و ۳۵ بیمار همودیالیزی از بیمارستان شهید بهشتی انزلی (شاهد) در سال ۱۳۹۰ انجام شد. مداخله بر اساس "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی"با حضور پزشک، پرستار، روانشناس، تغذیه، مددجو و خانواده بصورت تیمی و فراگیر و با در نظر گرفتن ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی هر کدام از مددجویان بطور جداگانه وبمدت سه ماه انجام شد. ابزار گرد آوری شامل پرسشنامه های جمعیت شناسی و سیاهه افسردگی بک "Beck Depression Inventory" بود که قبل و سه ماه بعد از مداخله اندازه گیری شد. سپس داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ و آزمون های آماری توصیفی، تی زوجی، تی مستقل وآنالیز کوواریانس، کای دو و فیشرمورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: تجزیه و تحلیل داده ها بین میانگین افسردگی نمونه های پژوهش قبل (۸/۲۸۵±۳۰/۱۱) و بعد از مداخله (۱۰/۳۰۹±۲۴/۲۰) در گروه آزمون تفاوت معنی داری را نشان داد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: با اجرای "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی"، تفاوت معنی داری در امتیاز افسردگی بیماران همودیالیزی ایجاد شد، بطوریکه اجرای این الگوی مراقبتی با بهبود وضعیت زندگی بیماران همودیالیزی همراه است.

کلید واژه ها:الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی، افسردگی، همودیالیز، پرستاری، مراقبت.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۲۰

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

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران **(نویسنده مسؤول)**.

پست الکترونیکی: dr.kian_nourozi@yahoo.com

۳- دانشیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- کارشناس ارشد آمار و فناوری اطلاعات، گروه آمار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

مقدمه

نارسایی مزمن کلیوی تخریب پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است که درمان اصلی آن دیالیز و در نهایت پیوند کلیه است (۱). میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر بوده و سالانه ۸ درصد به این میزان افزوده می شود (۲). سالانه شیوع و میزان بروز نارسایی پیشرفته کلیوی در ایران بترتیب ۳۵۷ و ۵۷ مورد در هر میلیون نفر گزارش شده است (۳).

همودیالیز بعنوان یکی از روش های درمانی، شیوه زندگی، وضعیت سلامت و نقش های فرد را تحت تأثیر قرار می دهد(۴). افسردگی به عنوان یکی از شایعترین اختلالات روانی در این بیماران مطرح می باشد (۵).Feroze و همکاران مشکلات روانی، اجتماعی، اقتصادی و عاطفی زندگی به همراه مشکلات جسمانی را از عوامل بروز افسردگی در این بیماران می دانند (۶). بر اساس مطالعه Bossola و همکاران، بین سطوح کراتینین و اینتر لوکین با افسردگی ارتباط وجود دارد ومیزان افسردگی را در بیماران نارسایی پیشرفته کلیوی بین ۷۰-۲۰ درصد گزارش کردند. همچنین، بین خصوصیات جمعیت شناسی و اجتماعی از قبیل وضعیت زناشویی، سطح آموزش، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، پارامترهای آزمایشگاهی و بالینی (از قبیل هموگلوبین، پاراتیروئید، ویتامین D، پروتئین C راکتیو، سیتوکاین و فیبرینوژن در بیماران همودیالیزی با افسردگی ارتباط وجود داشت(۷). Jaber و همکاران در مطالعه ای شیوع افسردگی را در بیماران همودیالیزی ۳۰-۲۰ درصد (۸) و Cukor و همکاران، ۳۰-۱۰ درصد گزارش کردند (۹). بر اساس مطالعه Diefenthaeler و همکاران، میزان افسردگی ۵۵-۳۳ درصد و ناتوانی، افزایش درد وکاهش پذیرش بیماری از عوارض افسردگی بوده و بین علایم افسردگی و مرگ در این بیماران ارتباط وجود داشت(۱۰). میزان افسردگی بیماران همودیالیزی طی مطالعات انجام شده در ایران توسط احمد زاده و مهدی، ۵۰ درصد (۱)، محمودی و همکاران، ۹۳ درصد، (۱۱) و ملاهادی و همکاران، ۶۰/۵ درصد گزارش شد (۱۲).

تشخیص و درمان افسردگی در بیماران همودیالیزی به علت همپوشانی با علایم اورمیا دیر تشخیص داده شده یا بعضا" تشخیص داده نمی شود (۱۳). مشکلات روانی در صورت عدم شناسایی و درمان، می توانند منجر به تغییر در وضعیت تغذیه، تأثیر مستقیم و غیر مستقیم بر سیستم ایمنی بدن، عدم رعایت رژیم درمانی، افزایش شدت بیماری و در نهایت خودکشی یا قطع درمان گردند (۱۱). تولائی و همکاران، در مطالعه ای هزینه مراقبت را در جمعیت عمومی که از افسردگی رنج می برند دو برابرجوامعی بیان نمود که افسردگی ندارند و افسردگی بعنوان یک مشکل شایع روانشناختی بین بیماران نارسایی پیشرفته کلیوی، با افزایش هزینه های مراقبت همراه می باشد (۱۴).

مراقبت از بیماران مزمن کلیوی پیچیده است (۱۵) هدف مراقبت، مطلوب نمودن کیفیت زندگی بیمار است و یکی از راه های اصلاح کیفیت زندگی استفاده از نظریه ها و الگوهای پرستاری است (۱۶). داشتن یک الگوی مراقبتی پرستاری در واحد همودیالیز جهت حمایت از نیازهای فردی بیماران و تضمین مراقبت پرستاری استاندارد و حفظ کیفیت مراقبت ضروری می باشد (۱۷). الگوی بومی و ایرانی "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی "توسط فلاحی خشکناب در رابطه با بیماران اسکیزوفرنیا طراحی و ارزیابی شد. این الگو مطابق با واقعیت های موجود در کشور و فرهنگ مردم ایران از جمله اعتقادات و باورهای مذهبی و ... بر روی استقلال وخود کفایی بیمار در امور روزمره زندگی و افزایش و ارتقای توانایی ها، فراگیر بودن ارائه خدمات درمانی و توانبخشی در کلیه ابعاد، توجه به مددجو و خانواده مددجو بجای "بیماری مددجو" نقش فعال مددجو و خانواده بجای نقش منفعل فعلی، شیوه کار بصورت گروهی با مشارکت مددجو و خانواده و اعضای تیم، توجه به آموزش مهارت های اجتماعی، ارتباطی و مراقبت از خود علاوه بر دارو درمانی و توجه بیشتر به ابعاد اجتماعی و معنوی طراحی شده است (۱۸).

با توجه به ماهیت مزمن و ناتوان کننده نارسایی مزمن کلیه، اجبار به استفاده طولانی مدت از همودیالیز و تحت تأثیر

قرارگرفتن همه ابعاد وجودی بیماران و بروز اختلالاتی چون افسردگی، لزوم بکارگیری الگویی متناسب با وضعیت این بیماران که در برگیرنده همه ابعاد (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) باشد، کاملا" محسوس وضروری بنظر می رسد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی" بر افسردگی بیماران همودیالیزی انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی دو گروهی از نوع قبل و بعد می باشد که بر روی بیماران همودیالیزی دو مرکز همودیالیز در استان گیلان (بیمارستان رازی رشت و بهشتی انزلی) در سال ۱۳۹۰ اجرا شد. از آنجایی که احتمال تبادل اطلاعات بین گروه آزمون و شاهد وجود داشت، نمونه های هر گروه به طور جداگانه از دو بیمارستان انتخاب شدند. گروه آزمون براساس معیارهای ورودی و به روش نمونه گیری در دسترس (مبتنی بر هدف) از بیمارستان رازی رشت و گروه شاهد نیز بر همین اساس از بیمارستان شهید بهشتی انزلی انتخاب شدند. برای تعیین اندازه نمونه مورد نیاز در این پژوهش بااستفاده از فرمول و با احتساب۸۰٪=($1-\beta$) و ۱۰٪=α و استناد به مطالعه مشابه در دانشگاه تربیت مدرس تهران (۱۹) برای هر گروه حداقل ۳۵ نفر محاسبه شد. معیارهای ورودی شامل: داشتن حداقل تحصیلات (زیر دیپلم یاسیکل)، سن بین۶۰-۲۰ سال، نداشتن سابقه حادثه یا تجربه ناگوار جدی در شش ماهه اخیر، نداشتن سابقه ابتلا به افسردگی یا بستری شدن به علل روانی قبل از نارسایی کلیه و همودیالیز، نداشتن معلولیت جسمی یا ذهنی، انجام همودیالیز حداقل بمدت ۶ ماه و احتساب امتیاز بالاتر از نقطه برش «۱۴» بر اساس "سیاهه افسردگی بک" "BDI-II" و معیارهای خروجی شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری، بروز هر گونه بیماری یا ناتوانی شدید و انجام عمل پیوند بود. ابزار جمع آوری اطلاعات عبارت بودند از:

۱- پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناسی که با توجه به اهداف پژوهش شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، سابقه بیماری، مدت زمان شروع دیالیز، شیفت همودیالیز طراحی شد.

۲-"سیاهه افسردگی بک" "BDI-II" بعنوان یک ابزار معتبر و پایا، شامل ۲۱ سؤال که ۱۵ سؤال با علایم عاطفی و ۶ سؤال هم با علایم جسمانی و هر سئوال شامل ۴ گزینه می باشد و ارزش نمرات آن از ۳- ۰ و نمرات کلی آزمون بین ۶۳-۰ نمره میباشد (۱۳،۲۰)."سیاهه افسردگی بک" BDI-II" بطور وسیع در بیماران نارسایی پیشرفته کلیوی استفاده شده و از اعتبار و پایایی بر خوردار است (۲۳-۲۱). در مطالعه حاضر پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ = αو ضریب باز آزمایی r=۰/۷۱ محاسبه شد.

در روش اجرای مداخله، پژوهشگر پس از اخذ معرفینامه از دانشگاه و معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش و بیان اهداف و روش مطالعه به بیماران و کسب رضایت آگاهانه از هر دوگروه آزمون و شاهد، اقدام به تکمیل اطلاعات جمعیت شناسی نمود و "سیاهه افسردگی بک" "BDI-II" را جهت تکمیل در اختیار نمونه ها قرار داد. سپس مداخله مورد نظر فقط برای گروه آزمون اجرا گردید و سه ماه بعد نیز دوباره ابزار توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد. شیوه کار بر اساس "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی" بصورت گروهی با حضور اعضای گروه متشکل از مددجو و خانواده مددجو، پزشک (بعنوان رهبر)، پرستار (نقش هماهنگ کننده)، روانشناس بالینی و کارشناس تغذیه و با محوریت مددجو و خانواده مددجووطی تصمیم گیری در جلسات گروهی و با حضور کلیه اعضاجهت خود کفا نمودن بیمار در کلیه جنبه ها و ابعاد وجودی و همراه با آموزش، حمایت و درگیر کردن خانواده در امر مشارکت در مراقبت از مددجوانجام شد. ۱) ابتدا ارزیابی اولیه هر مددجو از ابعاد مختلف (جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) توسط اعضای تیم با توجه به دیدگاه، نگرش، تخصص و مهارت حرفه ای صورت گرفته و منجر به شناخت همه جانبه وضعیت مددجو و خانواده هایشان شد. ۲) سپس با توجه به ارزیابی ها و شناخت بیماران، در جلسه گروهی نیازهای هر مددجو تشخیص، و اهداف و طرح درمان و توانبخشی براساس نیازها و ویژگی های

منحصر به فرد هر مددجو و خانواده بطور جداگانه طراحی شد. بدین صورت که طرح درمان از یک مددجو تا مددجوی دیگر کاملا"متفاوت بود. بدین صورت که در مددجویی با توجه به نیاز جسمی، در مددجوی دیگری بر اساس نیاز روانی و معنوی یا نیاز اجتماعی و در برخی دیگر نیز با توجه به همه ابعاد، طرح درمان طراحی شد (۳). در مرحله اجرا، هر قسمت از طرح درمان توسط عضوی از تیم به اجرا در آمد. بدین صورت که دارودرمانی، ارجاع به روانپزشک و بستری شدن در صورت نیاز با دستور پزشک و مشاوره، رواندرمانی فردی و گروهی توسط روانشناس و توانبخشی، آموزش، پیگیری در منزل، مراقبت معنوی و ... توسط پرستار وآموزش های تغذیه ای و تنظیم رژیم غذایی توسط کارشناس تغذیه انجام شد. در غیاب هر یک از اعضای تیم بقیه اعضا وظایف را انجام داده و همپوشانی وظایف بمنظور یکپارچگی خدمات فقط بین پرستار و سایر اعضای تیم وجود دارد. خانواده ها بعنوان یکی از اعضای گروه در جریان برنامه درمان قرار داشته و مسئولیت گزارش نتایج مراقبت را به گروه داشتند. ۴) سپس تغییرات مددجو در جلسات هفتگی و جلسات اورژانسی در صورت نیاز، مورد بررسی قرار گرفته و تجدید نظر در طرح مراقبتی و توانبخشی صورت می گرفت. تشکیل جلسات گروه درمان با هماهنگی پرستار انجام شده و پرستار به جهت ارتباط طولانی با مددجویان وخانواده هایشان نقش مهمی در طرح و اجرای برنامه های درمانی داشت. سپس ۳ ماه بعد از مداخله پس آزمون در گروه مداخله و شاهد انجام شد.

اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار ۱۶ SPSSو آزمون های آماری توصیفی و استنباطی، تی زوجی (مقایسه درون گروهی)، تی مستقل (مقایسه بین گروهی)، کوواریانس، کای اسکوئر و فیشرمورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در گروه شاهد، حداقل سن ۲۱ و حداکثر ۶۰ سال و میانگین ۴۷/۲۰ سال ودر گروه مداخله، حداقل سن افراد شرکت کننده ۲۲ و حداکثر ۵۷ سال و میانگین ۴۰/۴۹ سال بود. آزمون t مستقل تفاوت آماری معناداری بین میانگین سن آزمودنی های دوگروه نشان داد و دو گروه همسان نبودند(P=۰/۰۱۹).

حداقل مدت زمان دیالیز در گروه شاهد ۱ سال و حداکثر ۱۲ و میانگین۳/۶۶ سال ودر گروه مداخله، حداقل مدت زمان دیالیز ۱ و حداکثر ۱۶ سال و میانگین ۴/۳۷ سال بود. باآزمون t مستقل تفاوت آماری معناداری در میانگین مدت زمان دیالیز آزمودنی های دوگروه مشاهده نشد. با توجه به نتایج بجز متغیر سن، دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناسی جنس، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، سابقه بیماری، مدت زمان شروع دیالیز باهم همسان بودند (جدول۱).

جدول ۱: توزیع نمونه های پژوهش بر حسب خصوصیات جمعیت شناسی

متغیر		گروه آزمون		گروه شاهد		کای اسکوئر	دقیق فیشر	مقدار احتمال
		تعداد	درصد	تعداد	درصد			
جنس	مرد	۱۸	۵۱/۴	۱۸	۵۱/۴	۰	–	۱
	زن	۱۷	۴۸/۶	۱۷	۴۸/۶	–	۱/۷۳۸	۰/۵۶
وضعیت تأهل	مجرد	۷	۲۰	۷	۲۰			
	متأهل	۲۸	۸۰	۲۶	۷۴/۳			
	مطلقه	۰	۰	۰	۰			
	فوت همسر	۰	۰	۲	۵/۷			
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۳	۶۵/۷	۲۶	۷۴/۳	–	۲/۲۲۲	۰/۵۵
	دیپلم	۱۰	۲۸/۶	۶	۱۷/۱			
	فوق دیپلم	۰	۰	۱	۲/۹			
	کارشناس	۲	۵/۷	۲	۵/۷			
شغل	بیکار	۱۰	۲۸/۶	۵	۱۴/۳	–	۲/۸۴۶	۰/۶۱۶

	کارگر	۳	۸/۶	۴	۱۱/۴		
	کارمند	۵	۱۴/۳	۸	۲۲/۹		
	آزاد	۴	۱۱/۴	۳	۸/۶		
سابقه بیماری	بله	۲۲	۶۲/۹	۲۱	۶۰	۰/۰۶۰	–	۰/۸۰۶
	خیر	۱۳	۳۷/۱	۱۴	۴۰			
	صبح	۱۰	۲۸/۶	۱۴	۴۰	–	۱/۰۶۲	۰/۷۰۴
شیفت دیالیز	عصر	۲۰	۵۷/۱	۱۷	۴۸/۶			
	شب	۵	۱۴/۳	۴	۱۱/۴			

نتایج نشان داد که در گروه شاهد مقایسه میانگین نمره افسردگی قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت (P=۰/۸۸۴)، در حالی که در گروه آزمون تفاوت آماری معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۰۱)، (جدول ۲).

بعلاوه، مقایسه میانگین نمره افسردگی بین گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری داشته (P=۰/۰۴۴) بطوریکه، قبل از مداخله در گروه آزمون (۳۰/۱۱) و در گروه شاهد (۲۶/۰۳) بود. بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنادار مشاهده نشد(P=۰/۴۱۶)، (جدول ۲).

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

	قبل از مداخله	**سه ماه بعد از مداخله**	**تی زوجی**
	میانگین ±انحراف معیار	میانگین ±انحراف معیار	
گروه آزمون شاهد	۸/۲۸۵±۳۰/۱۱	۱۰/۳۰۹±۲۴/۲۰	<۰/۰۰۱
	۸/۳۷۵±۲۶/۰۳	۱۰/۴۲۹±۲۶/۲۳	۰/۸۸۴
	تی مستقل	۰/۰۴۴	۰/۴۱۶

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس پیش آزمون تأثیر معناداری بر افسردگی داشته (P=۰/۰۰)، و با کنترل آماری اثر پیش آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمره افسردگی در دو گروه وجود دارد (p =۰/۰۲۷) (جدول۳).

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه میزان افسردگی گروه آزمون و شاهد

	منبع	**مجموع مجذورات**	**درجه آزادی**	**میانگین مجذوراتF**	**مقدار احتمال**	**مجذور اتا**
پیش آزمون	۱۹۴۰/۱۶۶	۱	۱۹۴۰/۱۶۶	۲۵/۷۱۴	۰/۰۰	۰/۲۷۷
گروه	۳۸۸/۲۷۵	۱	۳۸۸/۲۷۵	۵/۱۴۶	۰/۰۲۷	۰/۰۷۱
خطا	۵۰۵۵/۳۴۵	۶۷	۷۵/۴۵۳			
کل	۷۳۸۳/۷۸۶	۶۹				

بحث

یافته ها نشان می دهد که دو گروه قبل از مداخله بجز متغیر سن از نظر متغیرهای زمینه ای همسان هستند. به علت انتخاب نمونه ها از دو شهر متفاوت امکان همسان سازی از نظر سن در دو گروه به علت محدودیت نمونه گیری در گروه شاهد امکان پذیر نبود و طبق معیارهای ورودی افراد بین سنین ۶۰-۲۰ سال انتخاب شدند.

نتایج حاصل از جدول ۲ نشان داد که درصد قابل توجهی از بیماران همودیالیزی در دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله از افسردگی رنج می بردند. در گروه آزمون بین میانگین نمره افسردگی قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری مشاهده شد. از این یافته ها می توان به این نتیجه رسید که علت این تفاوت آماری معنی دار در گروه آزمون، اجرای "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی" بر روی بیماران همودیالیزی است. در واقع در اثر اجرای الگوی توانبخشی روانی چند بعدی وضعیت روانشناختی بیماران بهبود یافته و توانبخشی روانی در قالب گروه و با در نظر گرفتن همه ابعاد وجودی انسان در

کاهش علائم روانشناختی بیماران مؤثر بوده است. این نتایج با یافته های پژوهش فلاحی خشکناب که با هدف ارزیابی تأثیر "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی" در بیماران اسکیزوفرنیا صورت گرفت، همسو می باشد (۲۴). مطالعه حاضر بر اساس "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی "دارای برنامه ترخیص و پیگیری در منزل بوده که با مطالعه رحیمی و همکاران (۱۹) هم راستا می باشد. همچنین دارای برنامه آموزش خود مراقبتی است و با مطالعه سجادی و همکاران در بیماران همودیالیزی، همسو می باشد (۲۵). بعد روانی مددجویان یکی از ابعاد مورد توجه در این الگو می باشد که بصورت مداخلاتی چون روان درمانی فردی، گروهی و خانوادگی، رفتاردرمانی، شناخت درمانی، هنردرمانی و آرامسازی و... انجام شد و با نتایج مطالعات طیبی و همکاران(۲)، وکیلی و همکاران (۲۶)، حمید (۲۷) وکارگر فرد و همکاران (۲۸) مطابقت دارد. آموزش مهارت های زندگی از مداخلات موجود در این الگوبوده وبا مطالعه نعمتی و همکاران همخوانی دارد (۲۹).

تأثیر برنامه های توانبخشی بر افسردگی در مطالعات Beckie و همکاران (۳۰)، Myhr&Augestad (۳۱) و Trappenburg و همکاران (۳۲) و انجام کار تیمی در بیماران مزمن کلیوی در مطالعات Dixon و همکاران (۳۳)، Hemmelgarn و همکاران (۳۴) و Menon و همکاران (۳۵) و نتایج مثبت برنامه های توانبخشی در قالب الگو در بیماران مزمن کلیوی در مطالعات Curtis و همکاران (۳۶) و Wongو همکاران (۳۷)، با نتایج مطالعه حاضر در تأثیر اجرای الگو در مراقبت از بیماران همودیالیزی همخوانی دارد. تولایی و همکاران، در مطالعه ای به ارتباط بین علائم افسردگی و سازش همسران در بیماران همودیالیزی پرداختند که با بعد ارتباطی خانواده در این الگو و تأثیر آن بر افسردگی در این مطالعه همخوانی دارد (۱۴). بعد اجتماعی مراقبت در این الگو همراستا با مطالعه Portillo و همکاران در ارزیابی برنامه توانبخشی اجتماعی به رهبری پرستار در بیماران اعصاب و خانواده ها (مراقبین) می باشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۳۸).

با توجه به نتایج جدول ۲ میانگین نمره افسردگی بین دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله تفاوت آماری معنادار داشته و بعد از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد. بعبارتی، گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله از لحاظ میزان افسردگی مشابه نبوده و میانگین نمره افسردگی در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بیشتر است. که می توان به ناهمسان بودن گروه های آزمون و شاهد از نظر متغیر زمینه ای سن به علت محدودیت نمونه گیری در گروه شاهد، مشکلات اقتصادی، انتخاب نمونه ها از دو مکان جغرافیایی با نگرش های فرهنگی، خصوصیات عاطفی، شخصیتی متفاوت و خارج از کنترل پژوهشگر اشاره کرد. در همین راستا می توان به مطالعات محمودی و همکاران (۳۹)، بیگدلی و همکاران (۴۰) و غفاری و همکاران (۴۱) اشاره کرد که اختلاف معناداری در افسردگی بین گروه آزمون و شاهد در بعد از مداخله مشاهده نشد و با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارند.

نتایج نشان داد که پیش آزمون تأثیر معناداری بر افسردگی داشته و با کنترل آماری اثر پیش آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمره افسردگی در دو گروه مشاهده شد. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی" تأثیر معناداری بر افسردگی وبهبود و ارتقای وضعیت روانشناختی این بیماران داشته است.

از محدودیت ها و متغیرهای غیر قابل کنترل توسط پژوهشگر می توان به خصوصیات عاطفی، روانی، شخصیتی، نگرش های فرهنگی و مشکلات مالی بیماران اشاره نمود. افسردگی در این بیماران شایع و نیازمند بررسی بیشتر بوده و مطالعات مشابهی لازم است که مدت زمان طولانی تر و با در نظر گرفتن متغیرهای زمینه ای و با تعداد نمونه های بیشتری انجام شوند

نتیجه گیری نهایی

با توجه به یافته های پژوهش حاضراجرای "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی"، کاهش معناداری در افسردگی بیماران همودیالیزی داشته و با بهبود و ارتقای وضعیت

روانشناختی این بیماران همراه بوده است. لذا می توان اذعان نمود که بکارگیری "الگوی مراقبتی توانبخشی روانی چند بعدی"در سایر مددجویان و بیماری های مزمن می تواند بر وضعیت زندگی و نتایج درمانی آنان تأثیر گذار باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشجو خانم صغری افکند و به راهنمایی آقای دکتر کیان نوروزی تبریزی انجام شد. بدین وسیله از همکاری صمیمانه خانم ها دکتر مهناز آل عبایی، صفیه فلاح کهن (روانشناس)، سونیا سیاهی پور (تغذیه) و کارکنان و بیماران محترم بخش همودیالیز بیمارستان های رازی (رشت) و شهید بهشتی (انزلی) نهایت تشکر و قدردانی را می شود.

منابع

1- Ahmadzadeh GH. Mehdi M. [The prevalence of depression, anxiety and psychosis among hemodialysis patients in Nour and Asghar hospitals in Isfahan]. Journal of Isfahan Medical School. 2012; 29 (162)1280-8. (Persian).

2- Tayyebi A. Babahaji M. Sadeghi Sherme M. Ebadi A. Eynollahi B. [Study of the effect of Hatha Yoga exercises on stress, anxiety and depression among hemodialysis patients]. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2011; 4(2)67-72. (Persian).

3- Hassanzadeh J. Hashiani AA. Rajaeefard A. Salahi H. Khedmati E. Kakaei F. et al. Long -term survival of living donor renal transplants: A single center study. Indian Journal of Nephrology. 2010; 20 (4)179-84.

4- Rafii F. Rambod M. Hosseini F. [Perceived social support in hemodialysis patients]. Hayat. 2009; 15(1)5-12. (Persian).

5.Sousa AD. Psychiatric issues in renal failure and dialysis. Indian Journal of nephrology. 2008; 18(2) 47-50.

6- Feroze U. Martin D. Reina-Patton A. Kalantar-zadeh K. Kopple JD. Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis. Iranian Journal of Kidney Disease 2010; 4(3)173-80.

7- 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.

8- JabberBL. Lee Y. Collins AJ. Hull AR. Kraus MA. McCarthy J. et al. Effect of daily hemodialysis on depressive symptoms and post dialysis 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.

9- Cukor D. Coplan J. Brown C. Friedman S. Newville H. Safier M. et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: A single- center study. American Journal of Kidney Diseases. 2008; 52(1)128-36.

10- Diefenthaeler EC. Wagner MB. Poli-de-Figueiredo CE. Zimmermann PR. Saitovitch D. Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis Patients? Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30 (2)99-103.

11- Mahmoudi Sh. Salehnegad G. Nazaryan S. Yaghobi M. [A comparison study of depression between hemodialysis patients and renal transplant recipients]. Nursing Research. 2010; 5 (18)73-80. (Persian).

12- Mollahadi M. Tayyebi A. Ebadi A. Daneshmandi M. [Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients]. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2009; 2(4)153 -6. (Persian).

13- Cukor D. Coplan J. brown C. Friedman S. Smith AC. Peterson RA. et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2007; 2(3) 484-90.

14- Tavallaii SA. Ebrahimnia M. Shamspour N. Assari S. Effect of depression on health care utilization in patients with end- stage renal disease treated with hemodialysis. European Journal of Internal Medicine. 2009; 20 (4) 411-414.

15- 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.

16- Rahimi A. Ahmadi F. Gholyaf M. [Effect of applying continuous care model on quality of life in hemodialysis patients]. Journal of Iran University of Medical Science. 2006; 13(52)123-34. (Persian).

17- Dobson S. Dip G. Tranter S. Cert R. 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.

18- 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).

19- Rahimi A. Ahmadi F. Gholyaf M. [Effect of applying continuous care model on stress, anxiety and depression in hemodialysis patients]. Journal Research in Medical. 2006; 30 (4)353-359. (Persian).

20- Kojima M. Hayano J. Tokudome S. Suzuki S. Ibuki K. Tomizawa H. et al. Independent associations of alexithymia and social support with depression in hemodialysis patients. Journal of Psychosomatic Research. 2007; 63(4) 349-56.

21- Song Sh. Kwak IS. Kim SJ. Kim YK. Kim IJ. Depression mood in pre-dialysis chronic kidney disease: Statistical parametric mapping analysis of TC-99 ECD brain SPECT. Psychiatry Research: Neuroimaging. 2009; 173 (3)243-7.

22- Bossola M. Antocicco M. Stasio ED. Ciciarelli C. Luciani G. Tazza L. et al. Mini mental state examination over time in chronic hemodialysis patients. Journal of Psychosomatic Research. 2011; 71 (1) 50-4.

23- Hedayati SS. Minhajuddin AT. Toto RD. Morris DW. Rush AJ. Validation of depression screening scales in patients with CKD. American Journal of Kidney Diseases. 2009; 54 (3) 433-439.

24- Fallahi Khoshknab M. [Design and evaluation of multidimensional psychiatric rehabilitation nursing model in the care of schizophrenic patients]. (PhD thesis). Tehran: Tarbiat Modarres; 2002. (Persian).

25- Sajjadi M. Akbari A. Kianmehr M. Atarodi A. [The relationship between self-case and depression in patients undergoing hemodialysis]. Ofogh-e-danesh GMUH. 2008; 14(1)13-18. (Persian).

26- Vakili N. Neshatdust H. Asgari K. Rezaei F. Najafi M. [The effect of cognitive-behavioral group pain management therapy on depression of the female with chronic low back pain]. Journal of Clinical Psychology. 2010; 1(4) 11-9. (Persian).

27- Hamid N. [The effectiveness of stress management on depression, anxiety and fertilization of infertile women]. Journal of Behavioral Sciences. 2011; 5(1)55-60. (Persian).

28- Kargarfard M. Dehghani M. Heidari A. [Effect of a period of aquatic exercise therapy on the quality of life, anxiety and depression in patients with hemophilia]. Komesh. 2011; 12 (4) 364-72. (Persian).

29- Nemati Sogolitappeh F. Mahmood Aliloo M. Babapur Kheyroddin J. Toufan Tabrizi M. [Effectiveness of group life skills training on decreasing anxiety and depression among heart patients, after bypass surgery]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2009; 15(1) 50-6. (Persian).

30- Beckie TM. Beckstead JW. Schocken DD. Evans ME. Fletcher GF. The effect of a tailored cardiac rehabilitation program on depressive symptoms in women: A randomized clinical trial. International Journal of nursing studies. 2011; 48 (1) 3-12.

31- Myhr A. Augestad LB. Chronic pain patients -effects on mental health and pain after a 57-week multidisciplinary rehabilitation program. Pain Management Nursing. 2010; 1-11.In Press.

32- Trappenburg JC. Troosters T. Spruit MA. Vandebrouck N. Decramer M. Gosselink R. Psychosocial condition do not affect short-term outcome of multidisciplinary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2005; 86 (9)1788-92.

33- Dixon J. Borden P. Kaneko TM. Schoolwerth AC. Multidisciplinary CKD care enhances outcomes at dialysis initiation. Nephrology Nursing Journal. 2011; 38 (2) 165-71.

34- Hemmelgarn BR. Manns BJ. Zhang J. Tonelli M. Klarenbach S. Walsh M. et al. Association between multidisciplinary care and survival for elderly patients with chronic kidney disease. Journal ofthe American Society of Nephrology. 2007; 18 (3) 993-9.

35- Menon S. Valentini RP. Kapur G. Layfield S. Mattoo TK. Effectiveness of a multidisciplinary clinic in managing children with chronic kidney disease. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2009; 4(7)1170-5.

36- Curtis BM. Ravani P. Malberti F. Kennett F. Taylor PA. Djurdjev O. et al. The short and long - term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcomes. Nephron Dial Transplant. 2005; 20 (1)147-54.

37- Wong FK. Chow SK. Chan TM. Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2010; 47 (3) 268-78.

38- Portillo MC. Corchon S. Lopez-Dicastillo O. Cowley S. Evaluation of a nurse-led social rehabilitation programme for neurological patients and carers: An action research study. International Journal of Nursing Studies. 2009; 46(2)204-19.

39- Mahmoudi H. Ebadi A. Salimi SH. Najafi Mehri S. Mokhtari Nouri J. Shokrollahi F. [Effect of nurse communication with patients on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients]. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2010; 3 (1) 7-12. (Persian).

40- Bigdeli IA. Rahimian Buger E. [Efficacy of conventional therapy and behavioral activation group on depression, anxiety and marital stress in patients with coronary heart]. Journal of Clinical Psychology. 2010; 2(4)19-28. (Persian).

41- Ghaffari S. Ahmadi F. Nabavi SM, Memarian R. [The effect of progressive muscle relaxation techniques on depression, anxiety and stress in patients with multiple sclerosis]. Journal Research in Medical. 2008; 32 (1) 45-53. (Persian).

The impact of Multi-dimensional Model of Psychiatric Rehabilitation Care on hemodialysis patient's depression

Afkand S[1], *Nourozi Tabrizi K[2], Fallahi Khoshknab M[3], Reza Soltani P[4]

Abstract

Introduction: Hemodialysis in chronic renal failure, which has affected all aspects of the incidence of disease and disorders such as, depression. One of the ways to have an appropriate quality care in hemodialysis units is to employ nursing care model. This study aimed to determine the effect of multi-dimensional model of psychiatric rehabilitation care on hemodialysis patients who were depressed.

Materials and Methods: This study is a quasi-experimental study of two groups before and after the sampling method based on 35 hemodialysis patients of Razi hospital in Rasht (test) and 35 hemodialysis patients from Shahid Beheshti Hospital in Anzali (control). Intervention was based on psychiatric rehabilitation of multi-dimensional model with a doctor, nurse, psychologist, nutritionist, and comprehensive client and family as a team and with consideration of physical, mental, social and spiritual clients separately and each was done in three months. The instruments included a questionnaire for collecting demographic and the Beck Depression Inventory (BDI), which was measured before and three months after the intervention. Then the data were analyzed using $SPSS_{16}$ software and descriptive statistical, paired t-test, independent t-test, analysis of covariance, Chi-square and Fisher test.

Findings: Data analysis between the mean depression score of samples before (8/285±30/11) and after the intervention (10/309±24/20) group showed a significant difference (p<0/001).

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

Keywords: Model of psychiatric rehabilitation, Rehabilitation of multi-dimensional, Depression, Hemodialysis, Nursing care.

Received: 3 April 2012 **Accepted:** 9 June 2012

1- MSc in Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author).
E-mail: dr.kian_nourozi@yahoo.com
3- Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4- MSc in Biostatistics, Department of Information Technology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Iranian Nursing Scientific Association

Journal Of Health Promotion Management

ISSN: 2251-8614 Vol.1 No.3 Summer 2012

- The impact of Multi-dimensional Model of Psychiatric Rehabilitation Care on hemodialysis patient's depression.....88
Afkand S, Nourozi Tabrizi K, Fallahi Khoshknab M, Reza Soltani P

- Assessment of some factors related to leave in nurses and their demographic characters in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.....89
Hariri G, Yaghmaei F, Zagheri Tafreshi M, Shakeri N

- The effect of implementing Clinical Supervision Model on the patient education outcomes..90
Heshmati Nabavi F, Memarian R, Vanaki Z

- Comparison of honey dressing with Hydrocolloid dressing effects on pressure ulcer healing of ICU hospitalized patients.....91
Mehrabani M, Hosseini MA, Nourozi K, Karimloo M

- Needle sticks injuries among health care workers in emergency medical centers in Tehran University of Medical Sciences Hospitals (2007-2010).....92
Rezaei S, Rabirad N, Tamizi Z S, Fallahi Khoshknab M, Mohammad Nejad E, Mahmoodi M

- To compare dialysis adequacy in patient's that referred to Golestan province hemodialysis centers.....93
Shariati AR, Asayesh H, Nasiri H, Tajbakhsh R, Hesam M, Mollaee E , Abdollahi AA, Rohi G, Nyksier M

- Correlation between population characteristics and safety attitude to work of women workers in food factories.....94
Hosseini Z, Hosseini M, Yaghmaei F, Alavi Majd H, Jabbari M

- Nurses' views about factors affecting the professional roles.....95
Nikpeyma N, Ashktorab T