تأثیر آموزش مراقبت از خود
بر میزان افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز

موسی سجادی[1]- هادی کوشیار[2]- سعید واقعی[2]- دکتر حبیب‌اله اسماعیلی[3]

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی شایعترین و مهمترین مشکل روحی- روانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و بویژه بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌باشد که می‌تواند بر کیفیت زندگی، پذیرش درمان و سیر بیماری تأثیر منفی داشته باشد. با توجه به این که مشارکت بیمار در انجام فعالیتهای مراقبت از خود، به استقلال و سازگاری بیشتر فرد با بیماری، کمک می‌نماید و احتمالاً کیفیت زندگی او را در ابعاد روانی و فیزیکی بهبود می‌بخشد، مطالعه حاضر با هدف کلّی تعیین تأثیر آموزش مراقبت از خود بر میزان افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام گردید.

روش تحقیق: این مطالعه به روش کارآزمایی کنترل شده تصادفی، در سال ۱۳۸۵ در مشهد انجام شد. تعداد ۶۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف، از بین بیماران تحت درمان با همودیالیز انتخاب شدند؛ سپس افراد به روش تخصیص تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. پس از نیازسنجی بیماران در زمینه مراقبت از خود، آموزش مورد نظر در گروه آزمون با استفاده از جزوه آموزشی و اجرای دو جلسه آموزش (متوسط ۴۵ دقیقه) به فاصله یک هفته، اجرا گردید. میزان افسردگی بیماران هر دو گروه قبل و یک ماه بعد از مداخله، با پرسشنامه CES-D مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمونهای t زوجی، t مستقل، χ^2، Fisher، Mann-Whitney و مدل خطی عمومی، در سطح معنی‌داری $P\leq ۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد ۱۲/۱±۴۲/۳ سال بود. ۶۲/۵٪ بیماران مرد،۷۸/۶٪ بیکار، ۷۶/۸٪ متأهل، ۴۲/۹٪ دارای درآمد کمتر از حد کفایت و ۳۳/۹٪ دارای تحصیلات ابتدایی بودند؛ دو گروه از نظر این متغیرها تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. میانگین امتیاز افسردگی افراد گروه آموزش، قبل (۷/۱±۲۳/۷) و پس از آموزش (۶/۷±۱۷/۲) کاهش معنی‌داری را نشان داد ($P<۰/۰۰۱$)؛ مقایسه میانگین امتیاز افسردگی پس از مطالعه بین گروه آزمون (۶/۷±۱۷/۲) و شاهد (۶/۰±۲۱/۸)، نشانگر تفاوت معنی‌داری بود ($P=۰/۰۱۰$)؛ در حالی که قبل از انجام مطالعه بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P=۰/۴۰$). میانگین امتیاز افسردگی گروه شاهد قبل (۵/۴±۲۲/۲) و بعد از انجام مطالعه (۶/۰±۲۱/۸) تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P=۰/۵۱$).

نتیجه‌گیری: بیماران تحت درمان با همودیالیز، برای مشارکت مستمر و پویا در انجام فعالیتهای خود مراقبتی، به آموزش مستمر در زمینه مراقبت از خود، سازگاری و تطابق با بیماری نیاز دارند تا از مشکلات جسمی و روانی عدیده‌ای که با آن مواجه هستند، کاسته شود.

واژه‌های کلیدی: نارسایی مزمن و پیشرفته کلیوی؛ همودیالیز؛ آموزش مراقبت از خود؛ افسردگی

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (دوره ۱۵؛ شماره ۱؛ بهار سال ۱۳۸۷)

دریافت: ۱۳۸۶/۱/۱۸ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۱۰/۱۷ پذیرش: ۱۳۸۶/۱۱/۳۰

[1] نویسنده مسؤول؛ کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد

آدرس: گناباد- دانشکده علوم پزشکی گناباد- گروه پیراپزشکی تلفن: ۰۵۳۵-۷۲۲۳۰۲۷ نمابر: ۰۵۳۵-۷۲۲۳۸۱۴ .پست الکترونیکی: sajjadim420@yahoo.com

[2] کارشناس ارشد پرستاری (گرایش داخلی- جراحی) و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

[3] متخصص پزشکی اجتماعی؛ استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

با پیشرفت دانش و فناوری درمان و افزایش امید به زندگی، طول عمر بسیاری از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه افزایش یافته است و بیماریهای مزمن به عنوان یک مشکل اساسی بهداشتی و درمانی در سراسر دنیا مطرح می‌باشد. نارسایی مزمن کلیه از جمله بیماریهای مزمنی است که به دلیل تداوم بیماری و روند درمان، اثرات متعددی بر وضعیتهای فیزیولوژیک، روحی و روانی، توانایی عملکرد، تغییر در الگوی زندگی و استقلال فرد می‌گذارد (۱).

میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر جمعیت است و سالانه حدود ۸٪ به این میزان افزوده می‌شود (۲).

افسردگی یکی از شایعترین و مهمترین اختلالات روانپزشکی در بیماران تحت درمان با همودیالیز است که می‌تواند تأثیر سوء بر سیر بیماری و روند درمان داشته باشد و به عنوان عامل خطر مستقل در مرگ و میر این بیماران شناخته می‌شود (۳).

همودیالیز روش درمانی با فناوری بالا و روش مؤثری برای درمان بیماران نارسایی مزمن و پیشرفته کلیوی است اما این روش با شیوع بالایی از عوارض روانی مانند اضطراب و افسردگی همراه می‌باشد که میزان آن از ۲۲/۴٪ تا ۵۱/۶٪ گزارش شده است (۴).

بیماران تحت درمان با همودیالیز به دلیل نیاز به درمانهای متعدد دارویی، برنامه غذایی خاص و کسب مهارتهای لازم در سازگاری با ناتواناییهای جسمی و روحی، نیازمند آموزش مخصوص و مداوم هستند (۵). آموزش یکی از جنبه‌های مهم فعالیت پرستاری است؛ در سال ۱۹۹۲ انجمن بیمارستانهای آمریکا، آموزش به بیمار را حق قانونی مددجویان اعلام کرد و اجرای آن را یک مسؤولیت حرفه‌ای برای پرستاران دانست و اعلام نمود آموزش به بیمار می‌تواند موجب بهبود و پیشرفت سلامتی، پیشگیری از بیماریها و افزایش شانس تطبیق با تغییرات در زندگی آنها گردد (۶).

بر اساس تئوری کارایی فردی باندورا، آموزش در زمینه مراقبت از خود در بیماران تحت درمان با همودیالیز، می‌تواند باعث افزایش سازگاری فرد با بیماری و همچنین پذیرش و انجام رفتارهای خود مراقبتی در این بیماران شود که این خود منجر به کاهش عوارض و ایجاد احساس خودکفایی در وی شده و می‌تواند منجر به کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی و افزایش اعتماد به نفس شود. تحقیقات متعددی نشان داده‌اند آموزش در زمینه مراقبت از خود به بیماران همودیالیز می‌تواند مشکلات جسمی در این بیماران را کاهش و کیفیت زندگی آنها را ارتقا دهد ولی پژوهش در زمینه تأثیر آموزش بر مشکلات روحی این بیماران اندک است (۷).

با توجه به مطالب پیش‌گفت، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مراقبت از خود بر میزان افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

روش تحقیق

این پژوهش یک کارآزمایی شاهددار تصادفی شده می‌باشد که در آن از یک طرح دو گروهه استفاده شده است. جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستانهای امام رضا (ع) و ۱۷ شهریور مشهد در سال ۱۳۸۵ بود.

معیارهای ورود به این تحقیق عبارت بودند از: ایرانی بودن، داشتن سواد، داشتن سن بین ۱۸–۶۰ سال، سابقه درمان با همودیالیز حداقل شش ماه و کسب امتیاز حداقل ۱۵ بر اساس پرسشنامه CES-D* بود.

معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: وجود معلولیت جسمی یا ذهنی در بیمار، سابقه حادثه یا تجربه ناگوار جدی در شش ماهه اخیر، سابقه ابتلا به افسردگی یا بستری شدن به علل روانی قبل از نارسایی کلیه و همودیالیز، وجود بیماریهای مزمن و سخت علاج† (غیر از دیابت و فشار

* Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)

† بیماریهایی نظیر سرطان، مولتیپل اسکلروزیس و نارساییهای مزمن قلبی و ریوی

خون)، سابقه ردّ پیوند کلیه و تحت درمان بودن با داروهای ضد افسردگی.

تعداد ۶۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف از بین بیماران انتخاب شدند و سپس به روش تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) قرار گرفتند.

در طی انجام مداخله، دو نفر از گروه آزمون (به علت پیوند کلیه و مهاجرت) و دو نفر از گروه شاهد (به علت عدم تمایل به ادامه مطالعه و فوت یکی از بستگان نزدیک) از مطالعه خارج شدند و حجم نمونه به ۲۸ نفر در هر گروه کاهش یافت.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: فرم انتخاب نمونه شامل معیارهای حذف و شمول، پرسشنامه اطلاعات فردی و سابقه پزشکی بیمار، پرسشنامه تعیین نیازهای آموزشی، پرسشنامه سنجش افسردگی CES-D و فرم بازنگری عملکرد فعالیتهای خود مراقبتی.

به غیر از پرسشنامه بین المللی CES-D سایر ابزارها، پژوهشگر ساخته بوده است که روایی آنها با روایی محتوی تعیین شد و برای پایایی آنها از آزمون مجدّد استفاده شد.

به منظور پایایی ابزار تعیین نیاز آموزشی از روش دو نیمه کردن استفاده شد. پرسشنامه سنجش افسردگی CES-D، یک ابزار بین المللی پایا و روا برای سنجش افسردگی است و خود از ادغام چند پرسشنامه سنجش افسردگی معتبر (بک، ولش، گاردنر،زونگ و راسکین) به دست آمده است؛ از این ابزار در مطالعات متعددی برای سنجش افسردگی در بیماران مزمن مانند سرطان، دیابت و همودیالیز استفاده شده است. این ابزار در نسخه‌های ۴، ۱۰ و ۲۰ سؤالی موجود می‌باشد؛ در این پژوهش از نسخه کامل و ۲۰ سؤالی آن استفاده شد.

به هر سؤال صفر تا ۳ امتیاز تعلق می‌گیرد و کلّ امتیاز این ابزار بین صفر تا ۶۰ است. کسب امتیاز بالاتر به معنی میزان افسردگی بیشتر می‌باشد. امتیاز کمتر از ۱۵ طبیعی و به معنی عدم وجود افسردگی، امتیاز ۱۵ تا ۲۱ افسردگی خفیف و متوسط و امتیاز بیشتر یا مساوی ۲۲ به معنی وجود افسردگی شدید در فرد تعبیر می‌شود (۸).

با توجه به این که این ابزار در ایران مورد استفاده نبوده است، برای روایی آن از روایی معیار همزمان (با پرسشنامه بک) و پایایی آن از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد.

فرم بازنگری عملکرد خود مراقبتی شامل ۲۹ فعالیت خودمراقبتی در زمینه رعایت رژیم غذایی و کنترل مایعات مراقبت از پوست و فیستول، فعالیت و خستگی، خواب و استراحت و فعالیتهای خودمراقبتی در جهت کاهش افسردگی می‌باشد. پاسخها در مقیاس لیکرت از هرگز تا همیشه درجه‌بندی شده است. به هر سؤال بین صفر تا ۴ امتیاز داده می‌شود. کل امتیاز این ابزار بین صفر تا ۱۱۶ می‌باشد و هر چه فرد امتیاز بالاتری از این فرم بازنگری کسب کند، به معنی رعایت بیشتر فعالیتهای خودمراقبتی است.

پس از تعیین افراد گروه آموزش و تعیین نیازهای آموزشی آنها، برنامه آموزشی تدوین و به همراه یک کتابچه آموزشی به بیماران ارائه گردید. برنامه آموزشی عبارت بود: از اجرای دو جلسه آموزشی به روش بحث گروهی و پرسش و پاسخ، با مدت زمان هر جلسه به طور متوسط ۴۵ دقیقه و فاصله یک هفته.

یک ماه پس از انجام مداخله مجدداً پرسشنامه سنجش افسردگی و فرم بازنگری عملکرد خودمراقبتی در اختیار بیماران هر دو گروه قرار گرفت تا تکمیل کنند. میانگین امتیاز افسردگی گروهها قبل و بعد از انجام مطالعه با یکدیگر مقایسه شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمونهای t زوجی، t مستقل، χ^2، Fisher و مدل خطی عمومی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری $P\leq ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن افراد در گروه آزمون ۱۱/۲±۳۹/۳ و در گروه شاهد ۱۲/۱±۴۵/۲ سال و میانگین سابقه درمان در گروه

آزمون ۳۸/۸±۳۷/۸ و در گروه شاهد ۳۶/۹±۳۳/۴ ماه بود. ۶۰/۷٪ از افراد در گروه آزمون و ۶۴/۳٪ درگروه شاهد مرد بودند. ۷۱/۴٪ در گروه آزمون و ۸۲/۱٪ در گروه شاهد متأهل بودند. ۵۰٪ از افراد گروه آزمون و ۳۵/۷٪ در گروه شاهد دارای درآمد کمتر از حدّ کفاف بودند که بین دو گروه از نظر این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

میانگین امتیاز افسردگی در گروه آموزش، بعد از انجام مطالعه، کاهش معنی‌داری یافت؛ به طوری که از ۲۳/۷±۷/۱ به ۱۷/۲±۶/۷ کاهش یافته بود (P<۰/۰۰۱)؛ اما در گروه شاهد تفاوت معنی‌داری از نظر آماری حاصل نشد (P=۰/۵۱).

مقایسه میانگین امتیاز افسردگی در دو گروه، قبل و بعد از انجام پژوهش نشانگر تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بعد از انجام مطالعه بود؛ در حالی که قبل از انجام مطالعه تفاوتی از نظر آماری وجود نداشت (جدول ۱).

ارتباط بین متغیرهای سن (P=۰/۰۲)، سطح هموگلوبین (P=۰/۰۲)، سدیم (P=۰/۰۰۱) فسفر و خودمراقبتی (P<۰/۰۰۱)، قبل از مطالعه با افسردگی معنی‌دار بود.

بین سن و خودمراقبتی و هموگلوبین ارتباط منفی و بین سدیم و فسفر ارتباطی مستقیم وجود داشت. افسردگی با آلبومین، ازت اوره خون، کراتینین و کلسیم و طول مدت بیماری و سایر متغیرهای مورد مطالعه ارتباط معنی‌داری از نظر آماری نداشت.

به منظور حذف اثر متغیرهای مؤثر بر افسردگی و تعیین بیشترین اثر، از آزمون مدل خطی عمومی استفاده گردید؛ پس از حذف اثر برخی متغیرهای کمّی و کیفی، مشخص شد بیشترین تأثیر مربوط به متغیرهای خودمراقبتی و گروه است.

بحث

در این تحقیق میانگین امتیاز افسردگی قبل و بعد از مطالعه، در گروه آموزش تفاوت معنی‌داری نشان داد (P<۰/۰۰۱)؛ بدین معنی که آموزش مراقبت از خود، در کاهش میانگین امتیاز افسردگی بیماران تحت آموزش خودمراقبتی، مؤثر بوده است؛ همچنین میانگین امتیاز افسردگی قبل از انجام مطالعه، در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت آماری معنی‌داری نداشت؛ در حالی که بعد از انجام مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان داده شد (P=۰/۰۱). این یافته‌ها با نتایج مطالعه Tsay و همکاران با عنوان "تأثیر یک برنامه آموزشی در مورد سازگاری در بیماران نارسایی مزمن کلیه" (۹) و پژوهش Balfour و همکاران با عنوان "مداخله آموزشی- روانی، آمادگی روحی بیماران مبتلا به ایدز را در دریافت داروهای ضدّ ایدز بهبود بخشیده و افسردگی قبل از شروع Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) را کاهش می‌دهد» (۱۰)، همخوانی دارد؛ این محققان نیز کاهش میزان افسردگی در گروه آموزش را به دنبال اجرای یک برنامه آموزشی گزارش کردند. با توجه به این که کیفیت زندگی به طور غیر مستقیم می‌تواند میزان افسردگی در بیماران را نشان دهد، نتایج این مطالعه با تحقیق براز که افزایش کیفیت زندگی (هم در بعد روانی و هم در بعد فیزیکی) بیماران همودیالیزی را به دنبال یک برنامه آموزش مراقبت از خود گزارش کرده است، مطابقت دارد (۱۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین نمرات افسردگی قبل و بعد از انجام مطالعه در هر یک از گروهها و بین دو گروه

افسردگی / گروه	قبل از مطالعه	بعد از مطالعه	نتیجه آزمون t زوجی
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
آزمون	۲۳/۷±۷/۱	۱۷/۲±۶/۷	P<۰/۰۰۱ df=۲۷ t=۶/۴۹
شاهد	۲۲/۲±۵/۴	۲۱/۸±۶/۰	P=۰/۵۱ df=۲۷ t=۰/۶۶
نتیجه آزمون t مستقل	P=۰/۴۰ df=۵۴ t=۰/۰۴۳	P=۰/۰۱۰ df=۵۴ t=۲/۶۸	

تئوری خودکارآمدی (کارایی فردی) (Self-Efficacy) باندورا بر این فرض استوار است که قضاوتهای فرد در مورد توانایی خویش باعث به کار بردن رفتارهای خودمراقبتی به منظور رسیدن به نتایج دلخواه می‌شود. این قضاوت یا خودکارایی، پلی بین دانش و رفتارهای خودمراقبتی واقعی است. افزایش دانش خودمراقبتی با افزایش پذیرش درمان باعث انجام رفتارهای خودمراقبتی شده و منجر به کاهش علائم و نشانه‌های فیزیکی و روانی در بیمار می‌شود (۱۲).

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان چنین بیان کرد که آموزش در زمینه مراقبت از خود به بیماران دانش و آگاهی آنها را در این زمینه ارتقا داده و با بکارگیری و انجام رفتارهای خودمراقبتی و سازگاری بیشتر با بیماری، از مشکلات جسمی و روانی آنها کاسته شده و منجر به کاهش میزان افسردگی در بیماران گروه آموزش شده است.

نتایج مطالعه نشان داد بین عملکرد خودمراقبتی و میزان افسردگی در بیماران همودیالیز ارتباط منفی و معنی‌داری وجود دارد که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۲). Kimmel و Poeterson در یک مطالعه مروری با عنوان «افسردگی در بیماران نارسایی مزمن و پیشرفته کلیوی تحت درمان با همودیالیز» گزارش نمودند که کاهش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران همودیالیزی با افزایش سطوح افسردگی ارتباط دارد؛ بدین معنی که بیماران برخوردار از عملکرد خودمراقبتی بیشتر، علائم و نشانه‌های افسردگی کمتری دارند (۳).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این تحقیق، اجرای یک برنامه آموزشی مراقبت از خود، در کاهش افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز مؤثر است؛ همچنین آموزش در زمینه مراقبت از خود، پیروی از رفتارهای خودمراقبتی و عملکرد آنها را ارتقا می‌دهد؛ بنابراین به منظور ارتقاء سلامت جسمی و روانی بیماران همودیالیز، آموزش مستمر در زمینه مراقبت از خود مؤثر و مفید به نظرمی‌رسد.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به انجام رسید؛ بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی اعلام می‌گردد.

منابع:

1- Madarshahian F. Survey of cognitive changes effect on learning rate of patients afflicted by chronic renal insufficiency during hemodialysis. [dissertation]. Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, 1993.

2- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincot; 2004.

3- Kimmel PL, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. Semin Dial. 2005; 18 (2): 91-7. Review.

4- Aghanwa HS, Morakinyo O. Psychiatric complications of hemodialysis at a kidney center in Nigeria. J Psychosom Res. 1997; 42 (5): 445-51.

5- Klang B, Björvell H, Clyne N. Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge. J Adv Nurs. 1999; 29 (4): 869-76.

6- Najaf Yarandi A. Principles of patient education. Abstracts book of 4th national congress on cardiovascular update. Tehran, Iran. 2001. pp: 61-62.

7- Welch JL, Austin JK. Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. J Adv Nurs. 2001; 33 (2): 200-207.

8- Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci VE, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. Kidney Int. 2004; 66 (5): 2047-53.

9- Tsay SL, Lee YC, Lee YC. Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. J Adv Nurs. 2005; 50 (1): 39-46.

10- Balfour L, Kowal J, Silverman A, Tasca GA, Angel JB, Macpherson PA, et al. A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. AIDS Care. 2006; 18 (7): 830-88.

11- Baraz Sh, Mohammadi E, Broumand B. The Effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of patients on dialysis. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2006; 104 (38): 69-79.

12- Tsay SL, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. Int J Nurs Stud. 2002; 39 (3): 245-51.

Title: The effect of self-care education on depression in patients undergoing hemodialysis

Authors: Sajjadi M[1], Kooshyar H[2], Vaghei S[2], Esmaeeli H[3]

Abstract

Background and Aim: Depression is the most common and important psychological disorder among End-Stage Renal Failure cases especially those undergoing hemodialysis so that, it can have negative effects on the quality of life, treatment acceptance and process of illness. Regarding that patients' participation in self-care activities can help them in their independence and compatibility with their illness and improving of their quality of life (QOL) in all aspects., Therefore, this study was done aiming at determining the effect of self-care education on depression in patients undergoing hemodialysis".

Materials and Methods: This study was a randomized controlled trial, which was accomplished in the hemodialysis ward of Imam Reza and Hefdeh-e- shahrivar hospitals in Mashhad in 2006. Sixty samples were selected from patients undergoing hemodialysis through convenience and purposeful method and then divided into two (case and control) groups randomly. After need assessment of the patients about self-care, case group education was accomplished by utilizing an educational booklet and holding two sessions (average length of each 45 minutes) with a lapse of one week between them. Depression in both groups before and one month after intervention was measured by CES-D questionnaire. The obtained data was analyzed by statistical tests, paired-T, independent T, x^2, Fisher, Mann-Whitney, and general linear model using SPSS software (11.5); and $P \leq 0.05$ was taken as the significant level.

Results: Mean age of the patients was 42.3±12.1 years. 62.5% were males, 78.6% were unemployed, 76.8% married, 42.9% were underpaid, and 33.9% had elementary education. There was not a significant difference between the two groups in these variables. Mean depression score before education (23.7±7.1) and after education (17.2±6.7) showed a significant decrease in the case group ($P<0.001$). Comparison of mean depression between the case (17.2±6.7) and control group (21.8±6) after the study revealed a significant difference, ($P=0.01$); while there was no significant difference between them before the research ($P=0.40$). Mean depression rate in the control group before the study (22.2±5.4) and after the study (21.8±6/0) did not show a significant difference ($P=0.51$).

Conclusion: In order to have constant and efficient participation in self-care activities of, patients undergoing hemolysis, they need to receive continuous education regarding self-care and adaptation to disease, so that various physical and mental problems they are facing would be decreased.

Key Words: End stage renal disease; Depression; Self-care education; Hemodialysis

[1] Corresponding author; Instructor; Gonabad University of Medical Sciences. Gonabad, Iran sajjadim420@yahoo.com
[2] Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
[3] Assistant Professor, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.