

اثر بخشی مصاحبه انگیزشی بر افسردگی و امیدواری بیماران همودیالیزی بیمارستان هاجر شهرکرد در سال ۱۳۹۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۷/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۱۳

فرشته علی دوست قهفرخی*، فرحناز کیان ارثی**

چکیده

مقدمه: افسردگی، شایع ترین اختلال روانی بین بیماران دیالیزی است و می تواند شرایط بیماری و سلامت فرد را به مخاطره بیندازد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر افسردگی و امیدواری بیماران دیالیزی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیالیزی بود که در تابستان سال ۹۲ به بیمارستان هاجر شهرکرد مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر از بیماران انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه درمان به مدت ۵ جلسه هفتگی در جلسات مصاحبه انگیزشی شرکت کردند، در حالیکه گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله ای دریافت نکردند. داده ها با پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه امیدواری اشنایدر گردآوری شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. **یافته ها:** نتایج افزایش معناداری را برای نمره ی خرده مقیاس گذرگاه از مقیاس امیدواری و کاهش معناداری در نمره ی افسردگی در گروه آزمایش نشان داد ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به اثربخش بودن مصاحبه انگیزشی بر افسردگی و امیدواری بیماران دیالیزی و کوتاه مدت و مقرون به صرفه بودن آن، توصیه می شود از این روش برای بهبود سطح سلامت روان بیماران دیالیزی استفاده شود. **واژه های کلیدی:** مصاحبه انگیزشی، افسردگی، امیدواری، بیماران دیالیزی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

هر چند از ابتدای قرن بیستم در اثر ایمن سازی، ارتقای بهداشت و درمان، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی کاهش یافته است ولی پیشرفت‌های حاصله باعث شده که بیماری‌هایی که در قرن گذشته چند سال پس از تشخیص قطعاً منجر به مرگ می‌شدند، تبدیل به بیماری‌های مزمن شوند. بیماری‌های مزمن نیز از مهم‌ترین علل مرگ و میر در جهان محسوب می‌شوند [۱]. بیشتر بیماری‌ها مخصوصاً انواع مزمن و ناتوان‌کننده، پیامدهای روانپزشکی متعددی دارند به همین دلیل بروز اختلالات روانپزشکی به دنبال ایجاد بیماری‌های جسمی شایع است [۲]. نارسایی کلیه یکی از بیماری‌های رایج بشری است. امروزه ۲ تا ۳ درصد مردم جهان مبتلا به این بیماری می‌باشند [۳]. دیالیز به عنوان راه حل درمانی نارسایی کلیه تنش‌زاست و شدت استرس‌های وارده به این بیماران، با بروز مشکلات روانی اجتماعی متعددی همراه است [۴]. بیمارانی که تحت درمان بلندمدت دیالیز خونی هستند، با مسایل و مشکلات کاملاً واقعی مواجه می‌شوند. وضعیت طبی آنها معمولاً غیر قابل پیش‌بینی است و اکثر آنها مشکلات مالی و شغلی دارند، دچار ناتوانی و کاهش میل جنسی هستند و جوان‌ترها از ازدواج، بچه‌دار شدن و فشاری که به خانواده خود وارد می‌کنند، نگرانند [۵]. در نتایج اکثر پژوهش‌ها، شیوع بالای اختلالات روانی-اجتماعی در بیماران دیالیزی مشاهده می‌شود. مشکلات عدم سازگاری دیالیز در زندگی روزمره، آنها را دچار تزلزل کرده و به طور مکرر به علت بیماری مزمن، دچار ناامیدی و افسردگی می‌شوند [۶]. امید یکی از منابع مهم سازگاری برای بیماران مزمن جهت بقاء است و روی نگرش فرد، وضعیت سلامتی و امکانات او در آینده تأثیر دارد [۷]. امید، مرکب از مؤلفه‌های قدرت تمرکز، توجه، برنامه‌ریزی و هدفمندی در زندگی همچنین مطالعات گزارش می‌کنند که امید موجب بهبود خودکارآمدی، عزت‌نفس، افزایش معنویت، حمایت اجتماعی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۸]. از طرفی یأس و ناامیدی در عدم پابندی به رعایت درمان در بیماری‌های مزمن نقش مهمی را دارد و همچنان به عنوان یک چالش در حرفه پزشکی و اجتماعی باقی مانده است. این در حالی است که نیمی از مداخلات در جهت پابندی بیماران به درمان و

رعایت رژیم غذایی بی نتیجه مانده است [۹]. این وضعیت، لزوم مداخله روان‌شناختی به عنوان یک عنصر اساسی در درمان این بیماران را مطرح می‌سازد. در مورد شدت بروز عوارض روانپزشکی در میان بیماران دیالیزی اتفاق نظر وجود ندارد، ولی همه بر این نکته مشترک تأکید دارند، که شایع‌ترین نشانه بیماری روانی در این بیماران، افسردگی می‌باشد. افسردگی در ۵۰٪ و اضطراب در ۳۰٪ موارد و سایر اختلالات روانپزشکی نیز به میزان کمتری در آنها مشاهده شده است [۱۰]. اغلب مطالعات انجام شده در ایران نشان دهنده شیوع مشکلات روانی به خصوص افسردگی در بین بیماران همودیالیزی است [۲، ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۳]. آکوچیان و همکاران [۱۴] در پژوهشی نشان دادند که بیماران دیالیزی در مقایسه با افراد هم‌تای غیر دیالیزی در مقیاس‌های هیپوکندریاک، افسردگی، هیستری، ضعف روانی و اسکیزوفرنیا تفاوت معناداری دارند به طوری که افسردگی و غمگینی، اشتغال ذهنی با بیماری، اضطراب، علائم وسواس جبری، اختلال در فرایند تفکر و تمایل به تنهایی و گوشه‌گیری و احساسات عجیب در بیماران دیالیزی بیشتر دیده شد. پورغزین و غفاری [۱۵] نیز در پژوهشی نشان دادند که ۴۵٪ بیماران دیالیزی نمره امید پایین و ۴۳/۵٪ آنها نمره امید متوسط دارند و تنها ۱۱/۵٪ از آنها افرادی نمره ی بالایی دارند. با توجه به مطالب فوق، به نظر می‌رسد مسئله بازتوانی این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف از بازتوانی بیمار، توسعه و اصلاح کیفیت زندگی طبیعی و نزدیک به طبیعی است. گروه درمانی از جمله خدمات بازتوانی روانی-اجتماعی است، که در آن افراد مبتلا به ناراحتی‌های عاطفی که به دقت انتخاب شده‌اند با هدایت درمانگر آموزش دیده، در گروهی شرکت می‌کنند که تعاملات این گروه در جهت اصلاح، هدایت می‌شود [۱۶].

یک راهبرد مهم برای بهبود افسردگی و افزایش امیدواری، فعال کردن انگیزه بیماران برای مدیریت بیماری مزمن کلیه (CKD) خودشان است. مصاحبه انگیزشی به طور فزاینده‌ای در مراکز بهداشتی درمانی برای مشاوره دادن در مورد بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری

تحقیقات کمی در این زمینه در ایران صورت گرفته است. به طوری که تاکنون هیچ موردی از انجام مصاحبه انگیزشی در رابطه با افسردگی و امیدواری بیماران دیالیزی گزارش نشده است. از دلایل اهمیت و ضرورت این پژوهش شیوع بیماری نارسایی مزمن کلیه می باشد که میزان شیوع آن در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر جمعیت ذکر شده و سالانه ۸ درصد به این میزان افزوده می شود [۲۳]. در امریکا میزان بروز و شیوع نارسایی مزمن کلیه در حال افزایش است و شمار کسانی که پیوند کلیه انجام داده اند یا تحت دیالیز می باشند از ۳۴۰۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۹ به ۶۵۱۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۰ رسیده است [۲۴]. طبق گزارش های مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه ایران در سال ۸۷، تعداد ۱۶۶۰۰ بیمار همودیالیزی در ۳۵۵ واحد همودیالیز کشور تحت همودیالیز بودند. آمارهای وزارت بهداشت بیانگر رشد ۲۰ درصدی سالیانه این بیماری در کشور است [۲۵]. با توجه به مطالب گفته شده، این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی مصاحبه انگیزشی بر بهبود افسردگی و افزایش امیدواری بیماران دیالیزی انجام شده است.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود.

آزمودنی ها: جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیالیزی شهرکرد بود که در تابستان سال ۹۲ به بیمارستان هاجر شهرکرد مراجعه می کردند. در پژوهش های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر معین شده است [۲۶] به همین دلیل پس از بررسی همه ی افراد همودیالیزی ۳۰ نفر از بیمارانی که شرایط حضور در پژوهش را داشتند از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرایط ورود به گروه این بود که حد اقل ۳ ماه از داشتن بیماری مزمن کلیه و نیاز به دیالیز آنها گذشته باشد و بیماری مهم دیگری به جز بیماری مزمن کلیه نداشته باشد و درمان های روانشناختی دیگری دریافت نکرده باشند. شرایط خروج شرکت کننده از گروه غیبت بیش از یک جلسه از درمان بود.

مزمین کلیه استفاده می شود [۱۷]. مصاحبه انگیزشی بر اساس تجارب میلر^۱ در درمان مشکل افراد الکلی به دست آمده است [۱۸] و در ادامه توسط میلر و رولینک^۲ کاملتر شده است [۱۹]. مصاحبه انگیزشی روشی مراجع محور است که رهنمودی برای تقویت و افزایش انگیزه درونی بوده و به منظور تغییر از طریق کشف، شناسایی و حل تردیدها و دوسوگرایی استفاده می شود. در جایی دیگر میلر و رولینک مصاحبه انگیزشی را اینگونه تعریف کرده اند: "یک ارتباط همکاری با سبکی هدف گرا که با توجه خاص به تغییر می پردازد، که برای تقویت انگیزه شخصی و برای تعهد به یک هدف خاص در فضایی پذیرا و همدلانه طراحی شده است. این اهداف به وسیله دلایل خود شخص برای تغییر استخراج و انتخاب می شوند." [۲۰]. در آغاز سال ۱۹۹۰ مصاحبه انگیزشی در سایر مشکلات مربوط به سلامتی به ویژه بیماری های مزمن که در آنها تغییر رفتار عامل اصلی و عمده، و انگیزش بیمار چالشی رایج است، مورد آزمایش قرار گرفت. کار آزمایشی های بالینی با این روش نتایج مثبتی را در کنترل و درمان بیماری های قلبی عروقی، دیابت، رژیم های غذایی، فشار خون، سایکوز یا جنون، قمار بازی مرضی، درمان و پیشگیری از ایدز و ... داشته است [۲۱]. از دلایل جذابیت مصاحبه انگیزشی و تمایل بیشتر نسبت به آن در مقایسه با روش های سنتی و معمول این است که نخست مشکل مهم و معمول در همه درمان ها یعنی مقاومت در برابر تغییر را به طور مستقیم مطرح و آن را برطرف می کند. دوم روشی انعطاف پذیر است و می تواند به عنوان رویکردی مستقل در ترکیب و به همراه سایر درمان ها مورد استفاده قرار گیرد. سوم حجم قابل توجهی از شواهد تحقیقی وجود دارد که از کارآمدی و تأثیر مصاحبه انگیزشی در مورد سوء استفاده از مواد و مشکلات مربوط به بهداشت و سلامت جسمانی و روانی حمایت می کند. چهارم تحقیق اثبات کرده است مصاحبه انگیزشی قابل یادگیری است و طی جلسات نسبتاً کمی به اثرات درمانی قابل توجهی می توان دست یافت [۲۲].

علی رغم رشد سریع مصاحبه انگیزشی در حوزه های مختلف سلامت در جهان، بررسی پیشینه نشان می دهد که

1- Miller W. R.

2- Rollnick S.

ابزار

۱- پرسشنامه امیدواری اشنايدر : مقیاس ۱۲ سؤالی توسط اشنايدر برای سنين ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل دو خرده مقیاس گذرگاه و انگیزش می باشد و مدت زمان کوتاهی (۲ تا ۵ دقیقه) برای پاسخ دادن به آن کفایت می کند. برای پاسخ دادن به هر سؤال ، پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً درست) در نظر گرفته شده است. سؤالات ۳، ۵، ۷، ۱۱، نمره گذاری نمی شوند و مربوط به حواس پرتی اند . سؤالات ۱، ۴، ۶، ۸، مربوط به خرده مقیاس گذرگاه و سؤالات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲، مربوط به خرده مقیاس انگیزش می باشد. نمره امید حاصل جمع این دو خرده مقیاس است . بنابراین ، مجموع نمرات می تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار می گیرد. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون باز آزمون ۰/۸ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان نیز بالاتر است [۲۷]. در این پژوهش نیز ضریب همسانی درونی سؤالات پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد. اعتبار همزمان مقیاس امید اشنايدر با پرسشنامه های خوش بینی، انتظار دستیابی به هدف و عزت نفس بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ همبستگی دارد [۲۸].

۲- پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI): پرسشنامه‌ی افسردگی بک یک ابزار خود گزارش دهی است که شامل ۲۱ سؤال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. ماده‌های آزمون از ماده‌های مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. محتوای این ماده‌ها به این ترتیب است که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از

خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است [۲۹]. پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و بر اساس روش تصنیف ۰/۷۰ گزارش شده است. در این پژوهش نیز ضریب همسانی درونی سؤالات پرسشنامه بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. روایی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰/۶۰ است [۳۰].

روند اجرای پژوهش: پس از اخذ مجوز های اداری و انتخاب نمونه ی ۳۰ نفری، آزمودنی ها به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند و در نهایت مجدداً به صورت تصادفی به یک گروه مصاحبه انگیزشی ارائه شد (گروه آزمایشی) و گروه دوم که تحت هیچ درمانی قرار نگرفت (گروه کنترل) تقسیم شدند. گروه درمان به مدت ۵ جلسه هفتگی مداخله دریافت کرد در حالیکه گروه کنترل هیچ نوع مداخله ای دریافت نکرد. در این پژوهش مصاحبه انگیزشی مطابق با اصول میلر و رولینک در ۵ جلسه اجرا می شود. ساختار جلسات مصاحبه انگیزشی از کتاب کار مداخله گروهی مصاحبه انگیزشی با ساختار پنج جلسه ای استخراج شده [۳۱] و شرح آن در جدول ۱ می باشد.

1- The Beck Depression Inventory

جدول (۱) ساختار و محتوای جلسات مصاحبه انگیزشی

جلسه	محتوی
اول	(آشنایی): معرفی هنجارها و فرایند گروه، فلسفه تسهیل گر، تمرین آزادی، تمرین ابعاد تأثیر رفتار، تمرین چرخه تغییر ارزیابی تعهد و اطمینان.
دوم	(احساسات): تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تأثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی.
سوم	(ابعاد مثبت و منفی رفتار و تغییر): تمرین بارش ذهنی سود و زیان های کوتاه و بلند مدت، تمرین تکمیل جدول ابعاد مثبت و منفی، توصیف و تمرین گزینه های اصلاحی و جایگزین.
چهارم	(ارزش ها): تعریف ارزش ها، انجام تمرین شناسایی و اولویت بندی ارزش های درجه یک، تمرین تعریف ارزش ها و تمرین تطابق ارزش و رفتار.
پنجم	(چشم انداز پایانی): خلاصه و جمع بندی تمرین های جلسات قبلی در قالب تمرین چشم انداز و آمادگی شروع برنامه تغییر رفتار.

و در گروه کنترل ۶ زن و ۹ مرد بود؛ و در مجموع ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل شرکت داشتند. میانگین سن افراد گروه کنترل و گروه آزمایش به ترتیب $18/27 \pm 1$ و $52/40 \pm 12/21$ سال بود. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که سن آزمودنی ها در گروه کنترل و گروه آزمایش تفاوت معناداری ندارد ($t = 1/739$ و $p = 0/095$). شاخص های توصیفی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای افسردگی و امیدواری را در جدول ۲ مشاهده می کنید.

قبل از شروع جلسات مداخله و همچنین پس از پایان مداخله امیدواری بیماران با پرسشنامه ی امیدواری اشنایدر و افسردگی آن ها با پرسشنامه افسردگی بک سنجیده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS 21 و شاخص های آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای جمعیت شناختی استفاده شد. به منظور بررسی فرضیه ی پژوهش از روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. که در ابتدا پیش فرض های این آزمون انجام گرفت.

یافته ها

جنسیت آزمودنی ها در گروه آزمایش شامل ۳ زن و ۱۲ مرد

جدول (۲) شاخص های توصیفی متغیرهای افسردگی و امیدواری

مقیاس	گروه کنترل				گروه آزمایش			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۸/۱۳	۶/۶۱	۱۸/۶۰	۴/۸۵	۱۷/۱۳	۱۰/۸۰	۱۳/۱۳	۷/۲۰
گذرگاه	۱۰/۸۰	۲/۱۷	۱۱/۰۷	۲/۵۴	۱۲/۴۷	۲/۲۶	۱۳/۰۷	۱/۹۸
انگیزش	۱۱/۹۳	۱/۹۴	۱۱/۹۳	۱/۸۳	۱۲/۸۰	۱/۸۵	۱۳/۱۳	۱/۹۲
امیدواری کل	۲۲/۷۳	۳/۶۵	۲۳/۰۰	۳/۷۹	۲۵/۲۷	۳/۶۵	۲۶/۲۰	۳/۴۲

پیش فرض های این آزمون ارائه شده است. نتایج آزمون ام باکس برای متغیرهای افسردگی و نمره کل امیدواری نشان می دهد که $M \text{ box} = 3/29$ می باشد ($F = 1/014$ ،

در این پژوهش به بررسی این سؤال پرداخته شده است که آیا مصاحبه انگیزشی بر افسردگی و امیدواری بیماران دیالیزی مؤثر است؟ در ادامه نتایج بررسی آزمون مانکووا و

تمامی متغیرها برقرار است. نتایج آزمون لون نشان می‌دهد، مفروضه یکسانی واریانس خطا برای همه ی متغیرها برقرار است.

$M = 1/27$ و برای خرده مقیاس های امیدواری $P = 0/385$ box می باشد ($P = 0/758$ ، $F = 0/392$) که نشانگر این است که فرضیه یکسانی ماتریس‌های کواریانس برای

جدول ۳) آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس خطای متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی	۰/۵۵۰	۱	۲۸	۰/۸۲۰
امیدواری کل	۰/۰۱۹	۱	۲۸	۰/۸۹۰
گذرگاه	۰/۸۹۸	۱	۲۸	۰/۳۶۷
انگیزش	۰/۱۴۳	۱	۲۸	۰/۳۱۳

مفروضه همگنی شیب های رگرسیونی برقرار است. به منظور بررسی رابطه ی خطی بین متغیرهای وابسته و کنترل از ضریب همبستگی پیرسون به همراه نمودار پراکندگی استفاده شد که نتایج همبستگی را در جدول ۴ مشاهده می کنید.

همچنین نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که اندازه اثر آماره ی لامبدای ویلکز برای اثر تعاملی متغیرهای افسردگی و امیدواری کل برابر با $0/889$ و $f = 1/565$ و $p = 0/229$ می باشد و برای اثر تعاملی خرده مقیاس های امیدواری برابر با $0/723$ و $f = 3/26$ و $P = 0/055$ که نشان می دهد

جدول ۴) ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	افسردگی پیش آزمون	انگیزش پیش آزمون	گذرگاه پیش آزمون	افسردگی پس آزمون	انگیزش پس آزمون	گذرگاه پس آزمون
انگیزش پیش آزمون						
گذرگاه پیش آزمون	۰/۴۰۹*					
افسردگی پس آزمون	۰/۳۸۹*	۰/۵۹۸**				
انگیزش پس آزمون	۰/۸۸۰**	۰/۴۲۶*	۰/۴۲۹*			
گذرگاه پس آزمون	۰/۲۵۴-	۰/۸۷۹**	۰/۶۵۹**	۰/۳۲۰*		
	۰/۳۶۱*	۰/۵۸۵**	۰/۸۹۰**	۰/۳۶۱*	۰/۵۶۹**	۱

*معناداری در سطح ۹۵٪، **معناداری در سطح ۹۹٪

لامبدای ویلکز برای متغیر گروه متغیرهای افسردگی و امیدواری کل $0/752$ با ضریب ایتم $0/248$ و برای خرده مقیاس های امیدواری $0/801$ با ضریب ایتم $0/207$ می باشد ($p < 0/01$). به منظور تعیین اینکه در کدامیک از متغیرهای وابسته بین گروه ها مورد مطالعه تفاوت وجود دارد از اثرات بین آزمودنی استفاده شد، که نتایج آن را در جدول ۵ مشاهده می کنید.

نتایج ضریب همبستگی نشان می دهد که به جز متغیر وابسته ی خرده مقیاس انگیزش با متغیر کنترل افسردگی بین سایر متغیرهای کنترل و وابسته رابطه ی همبستگی معنادار وجود دارد ($p < 0/05$). بنابراین با توجه به تأیید پیش فرض‌های مذکور می‌توان از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده کرد. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که اندازه ی اثر آماره

جدول (۵) جدول اثرات بین آزمودنی برای بررسی تفاوت گروه ها در متغیرهای افسردگی و نمره کل امیدواری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	
افسردگی	۱۱۸۵/۰۲۸	۱	۱۹۷/۵۰۵	۴۸/۱۰۱	۰/۰۰۰۵	
امیدواری	۴۰۹/۴۰۵	۱	۶۸/۲۳۴	۴۶/۴۳۹	۰/۰۰۰۵	
افسردگی	۹۴/۴۳۹	۲۸	۴/۱۰۶			مثلا
امیدواری	۳۳/۷۹۵	۲۸	۱/۴۲۹			

نتایج مانکوا نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون نتایج پس آزمون برای متغیرهای افسردگی ($F=48/101$) و نمره کل امیدواری ($F=46/439$) در بین گروه‌های مورد مطالعه دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد. به طوری‌که میانگین نمرات

نتایج مانکوا نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون نتایج پس آزمون برای متغیرهای افسردگی ($F=48/101$) و نمره کل امیدواری ($F=46/439$) در بین گروه‌های مورد مطالعه دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد. به طوری‌که میانگین نمرات

جدول (۶) جدول اثرات بین آزمودنی برای بررسی تفاوت گروه ها در خرده مقیاس های امیدواری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	
انگیزش	۱۰/۸۰۰	۱	۱۰/۸۰۰	۳/۰۶۵	۰/۰۹۱	
گذرگاه	۳۰/۰۰۰	۱	۳۰/۰۰۰	۵/۷۵۹	۰/۰۲۳	
انگیزش	۳۱/۲۴۲	۲۸	۳/۵۲۴			مثلا
گذرگاه	۱۸/۸۶۱	۲۸	۵/۲۱۰			

نتایج مانکوا نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون نتایج پس آزمون برای متغیر گذرگاه ($F=5/759$) در بین گروه‌های مورد مطالعه دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد. به طوری‌که میانگین نمره ی خرده مقیاس گذرگاه گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است.

بحث

نتایج این تحقیق حاکی از این است که جلسات مصاحبه انگیزشی موجب بهبود افسردگی و افزایش امیدواری بیماران تحت همودیا لیز شود. پیشینه ی پژوهش نشان می‌دهد که نتایج بسیاری از پژوهش‌ها در رابطه با مصاحبه ی انگیزشی با یافته های پژوهش حاضر همسو می باشد از جمله: پژوهشی که توسط گارسیا لانا^۱ و همکاران [۳۲] با هدف بهبود پیروی از درمان، افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران ACKD از طریق برنامه ی آموزش های

فردی قبل از دیالیز انجام شد. نتایج نشان داد افسردگی و اضطراب بیماران پس از دریافت مطالعه به طور معناداری کاهش یافته بود. پژوهش وانگ، چو و چان^۲ [۳۳] نیز نشان داد که مصاحبه ی انگیزشی موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی می شود. یافته های پژوهش بزرگر و موسی زاده [۳۴] نیز نشان داد مصاحبه ی انگیزشی بر کاهش افسردگی مؤثر است. علی دوست قهفرخی و همکاران [۳۵] در پژوهشی نشان دادند که مصاحبه ی انگیزشی بر پیروی از درمان بیماران دیالیزی مؤثر است. مک کرلی [۳۶] در پژوهشی به بررسی اهمیت توانمندسازی بیماران در دیالیز، با استفاده از تکنیک های مصاحبه انگیزشی بیمار محور برای تعامل بیماران در درونی سازی اهداف و قبول مسئولیت خود مدیریتی پرداخته و نشان می‌دهد مصاحبه انگیزشی موجب توانمندسازی بیمار

کند تا بهتر با بیماریش سازگار شود. در مصاحبه انگیزشی اصل حمایت از خودکارآمدی مراجع شامل این موارد است: الف) اعتقاد به امکان تغییر یک مشوق مهم برای تغییر است. ب) مسئولیت انتخاب و انجام تغییر برعهده خود مراجع است نه مشاور. ج) امید داشتن در درمان جایگزین مناسبی برای رویکردهای درمانی معتبر است [۳۱] همچنین مصاحبه انگیزشی با تأکید بر حس خودمختاری و آزادی عمل باعث افزایش امیدواری می‌شود.

همچنین اجرای این روش به شیوه‌ی گروهی منجر می‌شود تا بیمار علاوه بر درمانگر از دیگر اعضای گروه سرمشق گیرد و ویژگی‌ها و رفتار آنان را تقلید کند که این مسئله دارای اهمیت درمانی است. از آنجا که بسیاری از بیماران گمان می‌کنند که تنها خود ایشان دارای مشکل هستند، این احساس منحصر به فرد بودن، انزوای اجتماعی آن‌ها را تشدید می‌کند؛ در حالیکه در گروه درمانی، اعضای گروه با درک تشابهات احساس همبستگی اجتماعی با یکدیگر را پیدا می‌کنند و به آرامش بیشتری نایل می‌شوند.

به طور کلی نتایج نشان داد که مصاحبه‌ی انگیزشی موجب کاهش افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران دیالیزی می‌شود و باتوجه به کوتاه مدت بودن و مقرون به صرفه بودن این روش می‌توان در درمان افسردگی و افزایش امیدواری بیماران از این روش استفاده کرد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش پایین بودن حجم نمونه بود. همچنین تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام گیرد زیرا با توجه به شرایط و مشکلات بیماران با در نظر گرفتن اصول پژوهش، تنها بیمارانی که به صورت داوطلبانه تمایل به همکاری داشتند در این پژوهش شرکت کردند. انگیزه این بیماران می‌تواند موضوعی باشد که تا حدی آنها را از جامعه هدف متمایز می‌سازد. همچنین انتخاب آزمودنی‌ها از بین بیماران حاضر در شهرکرد که ممکن است این بیماران نسبت به بیماران ساکن در شهرهای دیگر به لحاظ امکانات، موقعیت‌ها و مشکلات متفاوت باشند. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود اثر بخشی مصاحبه انگیزشی بر جامعه‌ی وسیع‌تری از بیماران دیالیزی که به شکل تصادفی انتخاب شده باشند مورد بررسی قرار گیرد.

و افزایش خود مدیریتی بیماران تحت همودیالیز می‌شود. همچنین سایر پژوهش‌هایی که به تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر بهبود شرایط بیماران دیالیزی پرداخته‌اند نیز با پژوهش حاضر همسو می‌باشند از جمله علی‌فر و نوکنی [۳۷] در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روش تصویر سازی ذهنی و تجسم هدایت شده در کاهش افسردگی و افزایش امیدواری بیماران دیالیزی مؤثر است. مطالعه‌ی [۳۸] که در آن میزان مراقبت از خود و خودکارآمدی (کیفیت زندگی) در بیماران شرکت‌کننده در گروه درمانی افزایش نشان داد و از طرفی، علائم افسردگی کاهش یافت. یک مطالعه دیگر با بررسی تأثیر آموزش برنامه‌های سازگاری بر دیالیزی‌ها، نشان داد این مداخله بر کیفیت زندگی و میزان استرس ادراکی بیمار تأثیر به‌سزایی دارد [۳۹]. پژوهشی دیگر در برزیل که با هدف تأثیر مطالعه گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افسردگی بیماران دیالیزی انجام شد نیز نشان داد گروه درمانی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران افسرده، بهبود خواب و افزایش کیفیت تعاملات اجتماعی آنها می‌شود و میانگین نمرات تست بک بعد از مداخله در مقایسه با قبل به طور معنی داری کاهش می‌یابد [۴۰].

در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت مصاحبه انگیزشی با تکیه بر اصولی نظیر بیان همدلی، اجتناب از بحث کلامی، حمایت از کارآیی شخصی مراجع و حرکت با مقاومت‌های او، دو سوگرایی، تردید و ترس بیمار از مواجه شدن با موقعیت‌های اضطراب‌انگیز (در اینجا مواجه شدن با موقعیت بیماری) را کاهش می‌دهد [۲۰]. مصاحبه انگیزشی نه یک الگوی مداخله‌ای کاملاً جدید و نه یک الگوی مجزاست، بلکه ترکیبی از اصول و فنون برگرفته شده از مجموعه‌ای از مدل‌های بسیار گسترده روان‌درمانی و تغییر رفتار است [۲۲] یکی از اصول مهم مصاحبه انگیزشی، توانمندسازی است. یعنی کمک به بیمار در زمینه کشف این مطلب که چگونه می‌توانند در وضعیت سلامتی خود تغییری ایجاد کنند و این امر موجب کاهش علائم افسردگی و افزایش امیدواری می‌شود. مصاحبه انگیزشی به دلیل کاهش مقاومت و تقویت اسنادها و انگیزه‌های درونی، موجب افزایش خودکارآمدی بیمار شده و به بیمار کمک می‌

hemodialysis. Daneshvar, Sci Res J Shahed Univ. 2010; 17(88): 59-66. [Persian].

14- Akoochekian Sh, Ebrahimi A, Samooei R. Stress and mental disorders in hemodialysis patients. J Res Med Sci. 2002; 6(4): 300-2. [Persian].

15- Pour Ghaznain T, Ghafari F. Study of the Relationship between Hopefulness and Self-Esteem in Renal Transplant Recipients at Imam Reza Hospital of Mashhad in 2002-2003. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci. 2005; 13 (1): 57-61. [Persian].

16- Kaplan H, Sadouk BJ. Synopsis of Psychiatry. Rafiee H, Rezaee F, Translator. Tehran: Arjmand Pub. 2000; 449-50. [Persian].

17- Martino S. Motivational Interviewing to Engage Patients in Chronic Kidney Disease Management. Blood Purif. 2011; 31: 77° 81.

18- Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. Behav Psychoter. 1983; 11: 147-72.

19- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change behavior. New York: Guilford Press. 2002.

20- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Facilitating Change. 3rd Ed. New York: The Guilford Press. 2012.

21- Rollinck S, Miller WR, Butler C. Motivational Interviewing in Health Care : Helping patients change behavior. New York: the Gilford press. 2008.

22- Arkowitz H, Westra N, Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing in the treatment of psychological problem. New York: the Gilford press. 2008. 32-4.

23- Heidarzadeh M, Atashpeikar S, Jalilazar T. Relationship between quality of life and self care ability in patients receiving hemodialysis. Iranian J Nurs Midwifery Res. 2010; 15(2): 66-71. [Persian].

24- CinarS, Barlas G, Alpar SE. Stressors and coping strategies in hemodialysis patients. Pak J Med Sci. 2009; 25 (3): 447-52.

25- Khalili F, Eslami AA, Farajzadegan Z, Hassanzadeh A. The association between social-psychological factors and treatment adherence behaviors among maintenance hemodialysis patients in Isfahan, Iran: A conceptual framework based on social cognitive theory. J Health Syst Res. 2011; 7(3): 278-90. [Persian].

26- Delavar A, Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: roshd Pub. 2010.

27- Snyder CR., Lopez SJ. Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths. New York: sage publication Inc; 2007.

28- Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. Psychol Inq. 2002; 13: 249-75.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم میدانند که از کلیه پرسنل و بیماران بخش دیالیز بیمارستان هاجر شهرکرد که صمیمانه با ما همکاری کردند قدردانی نمایند.

منابع

1- Hadian B, Anbari Kh, Heidari R. Epidemiologic study of end stage renal disease and related risk factors in patients under hemodialysis in Lorestan province. J Lorestan univ Med Sci. 2015; 16 (3): 44- 53. [Persian].

2- Navidian A, Arbabi Sarjou A, Kikhai A. Frequency of Mental Disturbances in Hemodialysis Patients Referred to Hemodialysis Ward of Khatam- Al- Anbia Hospital in Zahedan . J Guilan Univ Med Sci. 2006; 15(58): 61-7. [Persian].

3- Tavangar H, Sadeghian H. A Study of the relation of coping methods with psychological complication in hemodialysis patients of Yazd. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci. 2003; 11(43): 39-45.

4- Elahi A, Ramezani M. Survey of Mental States in Hemodialysis Patients. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 1994; 1(4): 40- 7. [Persian].

5- Jafari H, Shrofi, A. Dialysis and nursing care. Tehran: Salemi. 2004. [Persian].

6- Zakry mogadam M, Aliasgarpor M. Particularly nursing cares in the areas of C. C. U and I.C. U and dialysis. Tehran: Andisheh Rafie. 2007. [Persian].

7- Ghezselflo M, Esbati M. Effectiveness of Hope-Oriented Group Therapy on Improving Quality of life in HIV male Patients. Procedia soc Behav Sci. 2013; (84): 534-7.

8- Hematimasla M, Ahadi F, Anooneshah M. Spiritual Beliefs and Quality of Life: Qualitative Research about Diabetic Adolescence girl's perception. Koomesh Golestan Med. 2011; 12(2): 144-51. [Persian].

9- Dulmen D, Sluijs E, Dijk L, Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment. BMC Health serv Res. 2007; 7: 55.

10- Ahmadvand A, Saei R, Sepehr manesh Z, GHanbari A. Effect of cognitive- behavioral group thrapy on anxiety and depression hemodialysis patients in Kashan . Qom Univ Med Sci J. 2012; 6(1): 35-9. [Persian].

11- Cucor D, Coplan J, Brown C, Fridmans S. Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients. Clin J Am Soc Nephrol. 2007; 2(3): 484-90.

12- Raeisi F, Nasehi AA, Ekhtiari M. Depression in Hemodialysis Patients of Tehtan's Emam Khomeini Hospital. Adv Cogn Sci. 2005; 7(2): 55-9. [Persian].

13- Afshar R, Ghaedi GH, Sanavi S, Davati A, Rajabpour A. Depression and related factors in patients undergoing conventional maintenance

- 29- Beck AT. The diagnosis and management of depression. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 1967.
- 30- Kazemi H. Comparison of cognitive distortions in anxious and depressed patients. Master's thesis. University of Shiraz. 2003. [Persian].
- 31- Navidiyan A, Pour Sharifi H. practical guide to motivational interviewing. Zahedan: sokhan gostar Pub. 2012; 98-166. [Persian].
- 32- Garcia Llana H, Remor E, Del Peso G, Celadilla O, Selgas R. Motivational Interviewing Promotes Adherence and Improves Wellbeing in Pre-Dialysis Patients with Advanced Chronic Kidney Disease. *J Clin Psychol Med Settings*. 2014; 21: 103° 15.
- 33- Wong FKY, Chow SKY, Chan TMF. Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010; 47: 268° 78.
- 34- Barzegar N, Mosa zadeh T. The effectiveness of motivational interviewing in reducing depression and improving psychological well-being on mothers of students with learning disabilities. First international conference & second national conference on modern research in humanities. 2015; 12. [Persian].
- 35- Alidoust Ghahfarokhi F, Makvand Hosseini S, Kiyani Ersi F, Moemeni A. Effectiveness of motivational interviewing on treatment adherence in dialysis patients in Hajar hospital of Shahrekord, 2013. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2015; 17(4): 17-24. [Persian].
- 36- McCarley P. Patient Empowerment and Motivational Interviewing: Engaging Patients To Self-Manage Their Own Care. *Nephrol Nurs J*. 2009; 36(4): 409- 13.
- 37- Alifan E, Nokani M. Effectiveness of Guided Visualization and Mental Imagery in Decreasing the Symptoms of Depression and Increasing Hopefulness among Hemodialysis Patients. *Thought Behav Clin Psychol*. 2013; 7(27): 81-90. [Persian].
- 38- Lii YC, Tsay SL, Wang TJ. Group Intervention to Improve Quality of Life in Hemodialysis Patients. *J Clin Nurs*. 2007; 16(11C): 268-75.
- 39- Tsay SL, Lee YC. Effect of an Adaptation Training Programme for Patients with end Stage Renal Disease. *J Adv Nurs*. 2005; 50(1): 39-46.
- 40- Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso R. Cognitive-Behavioral Group Therapy Is an Effective Treatment for Major Depression in Hemodialysis Patients. *Kidney Int*. 2009; 76(4): 414-21.



پښتونستان د علومو او انساني مطالعاتو د مرستی
پرتال جامع علومو انساني

Effectiveness of Motivational Interviewing on Depression and Hope on Dialysis Patients in Hajar Hospital of Shahrekord in 2013

Alidoust-Ghahfarokhi, F. *M.A., Kiyani-Ersi, F. Ph.D.

Abstract

Introduction: Depression is the most common psychological disorder among dialysis patients which could endanger individual's health conditions and diseases. The present study was aimed to examine effectiveness of motivational interviewing on depression and hope on dialysis patients.

Method: This study was quasi-experimental research by using pre-test and post-test with control group. The population consisted of all dialysis patients who referred Hajar Hospital of Shahrekord in summer of 2013. By using convenience sampling method, 30 patients were selected and randomly were divided into two experimental groups and one control group. The experimental group received 5 sessions of motivational interviewing weekly while control group received no intervention. Data were collected by Beck Depression Inventory and Snyder Hope Scale. Data was analyzed through multivariate analysis of covariance with SPSS21 software.

Results: The results showed significant increasing in subscale of Corridor of Hope Scale and significant decreasing in depression score among experimental group ($p < 0.05$).

Conclusion: Regarding effectiveness of motivational interviewing on depression and hope of dialysis patients and its cost-effectiveness and short-term, it is recommended that this method can be used to improve the mental health of dialysis patients.

Keywords: Motivational Interviewing, Depression, Hope, Dialysis Patients



*Correspondence E-mail:
f.alidoust@yahoo.com