مقاله اصیل پژوهشی

شیوع افسردگی و رویدادهای زندگی بیماران همودیالیزی مرکز آموزشی، درمانی ولی‌عصر (عج) بیرجند (سال ۱۳۸۹)

مرضیه مقرب[۱]، هایده هدایتی[۲]، رسول نجفی[۳]، مجید صفری[۳]، سعید امیری[۳]، شهرام ادهمی[۳]

چکیده

زمینه و هدف: مرحله آخر بیماری کلیوی (ESRD) و دیالیز ناشی از آن بشدّت بر سلامت جسمی و روانی بیماران اثر می‌گذارد. همودیالیز فرایندی تنش‌زا است و رویدادهای زندگی در ایجاد افسردگی بیماران دیالیزی مؤثر شناخته شده‌اند؛ بنابراین با توجه به طولانی‌بودن دوره درمان و تغییر در شیوه زندگی بیماران، مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع افسردگی و رویدادهای زندگی در بیماران تحت همودیالیز شهر بیرجند انجام شد.

روش تحقیق: این مطالعه توصیفی- تحلیلی و مقطعی بر روی بیماران تحت همودیالیز واجد شرایط ورود به مطالعه در مرکز آموزشی، درمانی ولی‌عصر (عج) بیرجند که به روش سرشماری انتخاب شده بودند، انجام شد. اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه سه قسمتی شامل مشخصات فردی، آزمون افسردگی بک و پرسشنامه رویدادهای زندگی هولمز- راهه جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های کای اسکوئر، فیشر و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی‌داری α=۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: از مجموع ۶۰ بیمار مورد مطالعه ۶۰٪ مذکر، ۸۸/۳٪ متأهل، ۸۵٪ ساکن شهر و ۸۵٪ دارای مسکن شخصی بودند. وضعیت مالی ۶۰٪ در حدّ متوسط بود؛ ۵۸/۳٪ بیکار بودند و ۵۳/۳٪ سه نوبت در هفته دیالیز می‌شدند. میانگین سنّ بیماران۱۷/۴۶±۵۴/۳۵ سال بود. ۵۶/۷٪ از بیماران افسردگی داشتند. نمره رویدادهای زندگی در ۴۵٪ از افراد بیش از ۲۰۰ بود. بین نمره رویدادهای زندگی و افسردگی رابطه مستقیم وجود داشت ولی از نظر آماری معنی‌دار نبود. بین متغیرهای فردی و رویدادهای زندگی و افسردگی تنها در مورد جنس تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت (P=۰/۰۳).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع افسردگی و احتمال بروز بیماری جسمی و روحی در حدّ ۵۰٪ تا ۸۰٪ بر اساس آزمون هولمز- راهه و نمره بیش از ۲۰۰ در بیماران، اقدامات درمانی پیشگیرانه و حمایت روانی این افراد ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، تنش، سبک زندگی، کیفیت زندگی، دیالیز کلیوی، شیوع بیماری

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند. ۱۳۹۰؛ ۸ (۳): ۱۲۵-۱۳۴

دریافت: ۱۳۹۰/۰۴/۰۸ اصلاح نهایی: ۱۳۹۰/۱۰/۱۱ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۰۴

[۱] نویسنده مسؤول، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران
آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- دانشکده پرستاری و مامایی
تلفن: ۰۵۶۱۴۴۴۳۰۴۱ نمابر: ۰۵۶۱۴۴۴۰۵۵۰ پست الکترونیکی: mogh1344@yahoo.com
[۲] عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران
[۳] کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ایران

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

بیماران همودیالیزی به دلیل طولانی‌شدن دوره درمان با محدودیت‌هایی در فعالیت روزانه، تغییر در شیوه زندگی و نیازهای مختلف مواجه می‌شوند (۱). Harrwy و Osler در قرن نوزدهم به ارتباط بین رویدادهای تنش‌زای زندگی و شروع بیماری اشاره داشته‌اند (۲)؛ اما Paykel در سال ۱۹۹۷ اولین کسی بود که به رابطه بین رویدادهای زندگی و افسردگی توجه کرد و متوجه شد که تعداد رویدادها، بخصوص رویدادهای ناخوشایند در بیماران افسرده نسبت به سایرین بیشتر است (۳).

هر تغییر قابل توجهی در زندگی عادی به طور بالقوه آغازگر دوره‌ای از تنش و فشار روانی است و بروز تنش بیش از همه منوط به طرز برخورد شخص با تغییر به وجود آمده است (۴). تنش در همه زمینه‌های زندگی و در همه جا با درجات مختلف حضور دائمی دارد. علل اصلی تنش عبارتند از: دگرگونی‌ها و تغییرات زندگی، تنش کوتاه و بلند مدّت، ناکامی و تعارض‌ها (۵). از طرفی در طبّ روان‌تنی اعتقاد بر این است که بین روان و جسم نوعی وحدت و ارتباط وجود دارد؛ به طوری که عوامل تنیدگی‌آور در پیدایش تمام بیماری‌های جسمی نقش بسزایی دارند (۶). به نظر می‌رسد که فرایندهای روانی- اجتماعی بر سلسله اعصاب مرکزی تأثیر دارد و سبب ایجاد وقفه در سیستم ایمنی بدن می‌گردد (۷). یکی از عوامل مهمّی که در ایجاد افسردگی مؤثر شناخته شده، رویدادهای زندگی است (۶). بیماری‌های مزمن دارای عوارض روان‌شناختی هستند و به عنوان یک تنش نیاز به سازگاری و تطابق دارند؛ بنابراین بیماری‌های کلیوی و دیالیز ناشی از آن نیز می تواند بشدّت بر سلامت جسمانی و روانی فرد اثر گذار باشد (۸). دیالیز به عنوان راه حلی در درمان بیماران نارسایی مزمن کلیه، فرایندی تنش‌زا است و مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی متعددی را در پی دارد که می‌تواند زمینه بروز اختلال روانی و جسمی در این بیماران باشد (۹).

Holmes و Rahe طیّ مطالعه‌ای برای تغییرات مختلف زندگی که مستلزم سازش یا تغییر بود، نمراتی را منظور کردند. نتیجه این مطالعه درجه اهمیت رویدادهای زندگی را نشان می‌دهد. به اعتقاد آنان، در صورت مواجهه فرد با تعدادی حوادث عمده در طیّ یک سال، احتمال بروز نوعی بیماری جسمی یا روانی وجود خواهد داشت. در این مطالعه ۸۰٪ از کسانی که نمره ۳۰۰ را در طی یک سال به دست آورده بودند، در معرض بیماری قریب‌الوقوع قرار داشتند (۱۰). در مطالعه آکوچکیان و همکاران، عوامل تنش‌زا در بیماران دیالیزی با گروه همتا از جمعیت سالم مقایسه گردید و مشخص شد که در واقع ویژگی‌های افسردگی و غمگینی، اشتغال ذهنی با بیماری و تمایل به تنهایی و گوشه‌گیری در بیماران دیالیزی بیشتر دیده می‌شود (۱۱). در مطالعه افشار، شیوع افسردگی در بیماران همودیالیزی ۷۰٪ گزارش شد؛ به طوری که ۲۶/۷٪ از بیماران مبتلا به افسردگی شدید بودند (۱۲)؛ در بررسی دیگری، ۹۳٪ از بیماران دیالیزی و نزدیک به ۵۶٪ از بیماران پیوندی با شدّت‌های متفاوت (خفیف تا شدید) دچار افسردگی بودند و ۱۶/۴٪ از بیماران دیالیزی و ۶/۴٪ از بیماران پیوندی دارای افسردگی در حدّ شدید بودند. میانگین نمره افسردگی در بیماران دیالیزی ۸/۰۴±۲۱/۰۸ و در بیماران پیوند کلیه ۱۳/۲۳±۱۳/۲۳ بود (۱۳). نقش رویدادهای تنش‌زای زندگی در نمونه‌ای از جانبازان جنگ تحمیلی نیز مورد ارزیابی قرار گرفت و مشخص شد جانبازان با عود PTSD[1] نسبت به جانبازان بدون عود رویدادهای تنش‌زای بیشتری را تجربه کرده‌اند و از نظر استفاده از روش‌های مقابله‌ای با یکدیگر تفاوت آماری معنی‌داری دارند و از نظر مقابله، گروه جانبازان با عود PTSD بیشتر از روش مقابله‌ای گریز- اجتناب استفاده می‌کنند (۱۴). سایر مطالعات انجام شده در ایران نیز کم و بیش نتایجی در رابطه با رویدادهای زندگی و بروز بیماری‌های قلبی (۱۵)، گوارشی (۱۶)، افسردگی پس از زایمان (۱۷)، زایمان زودرس (۱۸) را گزارش کرده‌اند. مطالعات در مورد ارتباط رویدادهای زندگی و بیماری‌ها در سایر کشورها نیز شامل دورن‌وند (Dohrenwend) برای بیماریهای روان‌تنی، روی (Roy) بیماران دچار آترواسکلروزیس و مونت (Mundt) در بیماران دارای نقص در عملکرد جسمی بوده است (۱۹-۲۱).

مبحث رویدادهای زندگی، تفاوت شیوع آن در جمعیت‌های مختلف، اثر آن در ایجاد افسردگی و اهمیت آن، از جهت پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمی و روانی همچنان مورد مطالعه و تحقیقات مختلف می‌باشد (۲۲).

[1] *Post Traumatic Stress Disorder*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

با توجه به شیوع افسردگی در بیماران دیالیزی و این که نتایج حاصل از مطالعه برای پیش‌بینی بیماری افسردگی بر اساس سطح رویدادهای زندگی که برای بیماران همودیالیزی رخ می‌دهد، اهمیت دارد و به دلیل تفاوتهای ایجادشده در طیّ همودیالیز برای بیماران نسبت به سایر اختلالات مزمن و عدم امکان تعمیم نتایج سایر تحقیقات که بر روی بیماران غیردیالیزی صورت گرفته است و وجود تفاوت‌های فرهنگی، سنتی، جغرافیایی و ... در بیماران مرکز همودیالیز بیرجند، مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع افسردگی و سطح رویدادهای زندگی در بیماران تحت همودیالیز شهر بیرجند انجام شد.

روش تحقیق

این مطالعه توصیفی- تحلیلی به روش مقطعی و در سال ۱۳۸۹ بر روی بیماران تحت درمان با همودیالیز مرکز آموزشی، درمانی ولی‌عصر (عج) شهرستان بیرجند انجام شد. نمونه‌گیری به شیوه سرشماری انجام شد و تعداد ۶۰ بیمار که سابقه دیالیز بیش از شش ماه، سنّ بیش از ۱۵ سال و تعداد دفعات دیالیز ۲ تا ۳ بار در هفته داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند.

مجری تحقیق در محل بخش دیالیز و در زمان اتمام جلسه دیالیز بیمار و یا بنا به موافقت بیمار در زمانی غیر از زمان انجام دیالیز پس از ارائه توضیحات و جلب رضایت شفاهی بیمار پرسشنامه را در اختیار وی قرار می‌داد و در صورت داشتن سواد توسط بیمار و در صورت بی‌سواد یا کم سواد بودن، توسط محقق شفاها قرائت شده و پاسخ بیمار در پرسشنامه درج می‌گردید.

اطلاعات لازم با استفاده از پرسشنامه سه بخشی جمع‌آوری گردید؛ بخش اول شامل مشخصات فردی خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی شامل سن، جنس، تعداد جلسات دیالیز در هفته، علت ESRD، سطح تحصیلات، شغل قبل و بعد از بیماری، مدت درمان با دیالیز، وضعیت مالی خانواده، انتظار پیوند کلیه و ...) بود و بخش دوم با استفاده از آزمون هولمز- راهه سطح رویدادهای زندگی بیماران تحت همودیالیز را مورد سنجش قرار می‌داد.

پرسشنامه به منظور ارزیابی ۴۱ حادثه تغییردهنده زندگی طرح‌ریزی‌شده توسط Richard Rahe و Thomas Holmes در سال ۱۹۶۳ بود که به نام "فهرست حوادث اخیر" (SRE) نامیده می‌شود؛ بر اساس مقیاس هولمز و راهه، دگرگونی‌های زندگی در شش تا دوازده ماه گذشته مورد سنجش قرار می‌گیرد و طبق جمع کلّ امتیازات به دست آمده، اگر جمع امتیازات بین ۱۵۰ تا ۲۰۰ باشد، ۳۷٪ احتمال ابتلا به بیماری در طول سال برای فرد وجود دارد؛ اگر جمع امتیازات بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ و بالاتر از ۳۰۰ باشد، احتمال ابتلا به بیماری به ترتیب ۵۰٪ و ۸۰٪ می‌باشد (۲۳). در این مطالعه رتبه بیماران بر اساس نمره رویدادهای زندگی به صورت کمتر از ۱۵۰، ۱۵۱ تا ۲۰۰، ۲۰۱ تا ۳۰۰ و بیشتر از ۳۰۰ در نظر گرفته شد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط وفایی در سال ۱۳۷۹، با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تایید شده است (۲۴). در جدول ۱، عوامل تنش‌زای رایج بر اساس نظر هولمز و راهه و امتیازات هر یک ارائه شده است.

بخش سوم پرسشنامه استفاده از آزمون افسردگی بک است که یکی از ابزارهای اندازه‌گیری شدّت افسردگی می‌باشد و بر اساس یافته‌های بالینی تهیه و تنظیم و معرفی شد (۲۵)؛ پرسشنامه بک شامل ۲۱ عبارت است که شدّت علائم افسردگی را در زمینه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی ارزیابی می‌کند؛ برای هر یک از سؤالات چهار گزینه وجود دارد که دامنه درجه‌بندی آن از صفر (عدم وجود) تا ۳ (شدید) است؛ بنابراین نمرات کلّی محدوده‌ای بین صفر تا ۶۳ را در بر می‌گیرد.

نقطه برش در تحقیقات، بنا بر نوع تحقیق متفاوت بوده است. در این مطالعه معیار سنجش سطح افسردگی بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت به این شرح بررسی و گزارش گردید: صفر تا ۱۶= عدم وجود افسردگی، ۱۷ تا ۳۲= افسردگی خفیف، ۳۳ تا ۴۷= افسردگی متوسط و ۴۸ تا ۶۳= افسردگی شدید. این آزمون شش مورد از ملاک IV-DSM در زمینه افسردگی اساسی را در بر می‌گیرد. همبستگی آزمون با مقیاس روان‌پزشکی هامیلتون ۰/۷۳ است (۲۶). آزمون افسردگی بک در مطالعات متعددی آزمایش و استاندارد شده؛ به طوری که ضریب همبستگی نمرات دو بخش با نمره کلّ آزمون بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و ضریب همسانی درونی مقیاس مورد نظر ۰/۸۵ و پایایی مقیاس با استفاده از فرمول اسپرمن- براون ۰/۸۱ بوده و پایایی آزمون ۰/۴۹ گزارش شده است (۲۷).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۱/۵) و آزمون‌های آماری کای اسکوئر، فیشر و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی‌داری α=۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

یافته‌ها

در مجموع ۶۰ بیمار به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند؛ از این تعداد ۶۰٪ (۳۶ نفر) مذکر، ۸۸/۳٪ (۵۳ نفر) متأهل، ۸۵٪ (۵۱ نفر) ساکن شهر و ۸۵٪ (۵۱ نفر) دارای مسکن شخصی بودند؛ وضعیت مالی ۶۰٪ (۳۶ نفر) در حدّ متوسط بود و ۵۳/۳٪ (۳۲ نفر) سه بار در هفته دیالیز می‌شدند.

۲۶/۷٪ (۱۷ نفر) قبل از بیماری بی‌کار بودند و ۵۸/۳٪ (۳۵ نفر) پس از بیماری بی‌کار شده بودند. سطح تحصیلات ۳۸/۳٪ (۲۳ نفر) از بیماران در حدّ بی‌سواد بود. در ۴۸/۳٪ (۲۹ نفر) علت اولیه نارسایی مزمن کلیوی، فشار خون بالا بوده است. میانگین سنّ بیماران ۱۷/۴۶±۵۴/۳۵ سال بود.

میانگین نمره افسردگی بیماران ۱۰/۹۴±۱۹/۸۳ بود و بر حسب نمره افسردگی و سطوح در نظر گرفته شده، ۴۳/۳٪ از بیماران افسرده نبودند و ۴۱/۷٪ افسردگی در حدّ متوسط و ۱۵٪ افسردگی خفیف داشتند. افسردگی در سطح شدید نیز مشاهده نشد.

میانگین نمره رویدادهای زندگی بیماران ۱۸۳/۹۷±۲۳۱/۵۳ بود. تجزیه و تحلیل سطوح نمره رویدادهای زندگی بر حسب کلّ نمره کسب‌شده از پرسشنامه هولمز- راهه نیز بیانگر این بود که ۴۱/۷٪ نمره کمتر از ۱۵۰ کسب نمودند و ۳۰٪ نمره بالاتر از ۳۰۰ داشتند. نتایج سطح‌بندی بر حسب نمره کسب‌شده از آزمون افسردگی بک و هولمز- راهه در جدول ۲، به تفکیک بر حسب متغیرهای فردی مورد بررسی ارائه شده است.

جدول ۱- دگرگونی‌های زندگی هولمز- راهه و امتیازبندی ارائه‌شده

دگرگونی‌های زندگی	امتیاز	دگرگونی‌های زندگی	امتیاز
فوت همسر	۱۰۰	اختلاف با والدین همسر	۲۹
طلاق	۷۳	تحقق یافتن برنامه‌های شخصی در سطوح بالا	۲۸
جدایی از همسر	۶۵	شروع مجدد یا قطع کار همسر	۲۶
زندانی شدن	۶۳	شروع یا پایان تحصیلات	۲۵
فوت یکی از اعضای خانواده	۶۳	تغییر در شرایط زندگی	۲۴
زخمی یا بیمار شدن	۵۳	تجدید نظر در عادات شخصی	۲۳
ازدواج	۵۰	مسأله با والدین	۲۰
از دست دادن کار	۴۷	تغییر در ساعات یا شرایط کار	۲۰
آشتی با همسر	۴۵	تغییر محل سکونت	۲۰
بازنشستگی	۴۵	تغییر محل تحصیل	۲۰
تغییر در سلامتی یکی از اعضای خانواده	۴۴	تغییر در سرگرمی‌ها	۱۹
حاملگی	۴۰	تغییر در فعالیت‌های مذهبی	۱۸
مسائل جنسی	۳۹	تغییر در فعالیت‌های اجتماعی	۱۷
ورود عضو جدید به خانواده	۳۹	وام کوچک (خرید وسایل خانه یا ...)	۱۷
تغییر در کار	۳۹	تغییر در ساعات خواب	۱۶
تغییر در وضعیت اقتصادی	۳۸	تغییر در تعداد دورهم جمع شدن‌های خانوادگی	۱۵
تغییر در تعداد درگیری‌ها با همسر	۳۵	تغییر در عادات غذایی	۱۳
وام مهم (مسکن)	۳۲	گذراندن تعطیلات تابستانی	۱۲
ناتوانی در پرداخت وام مسکن یا وام دیگر	۳۰	شرکت در جشن‌های نوروزی	۱۱
تغییر در مسؤولیت‌های زندگی	۲۹	خلاف کاری‌های جزیی	۱۱
رفتن یک فرزند از خانه	۲۹		

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی سطوح افسردگی و رویدادهای زندگی بر حسب متغیرهای فردی

متغیر			فراوانی سطوح افسردگی				فراوانی سطوح نمره رویدادهای زندگی					جمع کل (درصد)
			بدون افسردگی	خفیف	متوسط	سطح معنی‌داری	<۱۵۰	۱۵۱-۲۰۰	۲۰۱-۳۰۰	>۳۰۰	سطح معنی‌داری	
جنس:	مذکر	تعداد (درصد)	۱۶ (۴۴/۴)	۱۸ (۵۰)	۲ (۵/۶)	P=۰/۰۳	۱۵ (۴۱/۷)	۳ (۸/۳)	۶ (۱۶/۷)	۱۲ (۳۳/۳)	P=۰/۴۷	۳۶ (۱۰۰)
	مؤنث	تعداد (درصد)	۱۰ (۴۱/۷)	۷ (۲۹/۲)	۷ (۲۹/۲)		۱۰ (۴۱/۷)	۵ (۲۰/۸)	۳ (۱۲/۵)	۶ (۲۵)		۲۴ (۱۰۰)
وضعیت تأهل:	مجرد	تعداد (درصد)	۳ (۴۲/۹)	۳ (۴۲/۹)	۱ (۱۴/۳)	P=۱	۳ (۴۲/۹)	۱ (۱۴/۳)	۰ (۰)	۳ (۴۲/۹)	P=۰/۷۲	۷ (۱۰۰)
	متأهل	تعداد (درصد)	۲۳ (۴۳/۴)	۲۲ (۴۱/۵)	۸ (۱۵/۱)		۲۲ (۴۱/۵)	۷ (۱۳/۲)	۹ (۱۷)	۱۵ (۲۸/۳)		۵۳ (۱۰۰)
محل سکونت:	شهر	تعداد (درصد)	۲۲ (۴۳/۱)	۲۱ (۴۱/۲)	۸ (۱۵/۸)	P=۱	۲۱ (۴۱/۲)	۷ (۱۳/۷)	۸ (۱۵/۷)	۱۵ (۲۹/۴)	P=۱	۵۱ (۱۰۰)
	روستا	تعداد (درصد)	۴ (۴۴/۴)	۴ (۴۴/۴)	۱ (۱۱/۱)		۴ (۴۴/۴)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۱۱/۱)	۳ (۳۳/۳)		۹ (۱۰۰)
وضعیت مسکن:	شخصی	تعداد (درصد)	۲۳ (۴۵/۱)	۲۰ (۳۹/۲)	۸ (۱۵/۷)	P=۰/۷۹	۲۳ (۴۵/۱)	۶ (۱۱/۸)	۷ (۱۳/۷)	۱۵ (۲۴/۹)	P=۰/۵	۵۱ (۱۰۰)
	استیجاری	تعداد (درصد)	۳ (۳۳/۳)	۵ (۵۵/۶)	۱ (۱۱/۱)		۲ (۲۲/۲)	۲ (۲۲/۲)	۲ (۲۲/۲)	۳ (۳۳/۳)		۹ (۱۰۰)
وضعیت مالی:	خوب	تعداد (درصد)	۲ (۴۰)	۳ (۶۰)	۰ (۰)	P=۰/۳۱	۳ (۶۰)	۰ (۰)	۱ (۲۰)	۱ (۲۰)	P=۰/۵۶	۳۶ (۱۰۰)
	متوسط	تعداد (درصد)	۱۹ (۵۲/۸)	۱۲ (۳۳/۳)	۵ (۱۳/۹)		۱۶ (۴۴/۴)	۶ (۱۶/۷)	۶ (۱۶/۷)	۸ (۲۲/۲)		۱۹ (۱۰۰)
	ضعیف	تعداد (درصد)	۵ (۲۶/۳)	۱۰ (۵۲/۶)	۴ (۲۱/۱)		۶ (۳۱/۶)	۲ (۱۰/۵)	۲ (۱۰/۵)	۹ (۴۷/۴)		۲۳ (۱۰۰)
جلسات دیالیز در هفته:	دو بار	تعداد (درصد)	۱۲ (۴۲/۹)	۱۱ (۳۹/۳)	۵ (۱۷/۹)	P=۰/۸۸	۱۴ (۵۰)	۴ (۱۴/۳)	۳ (۱۰/۷)	۷ (۲۵)	P=۰/۶	۲۸ (۱۰۰)
	سه بار	تعداد (درصد)	۱۴ (۴۳/۸)	۱۴ (۴۳/۸)	۴ (۱۲/۵)		۱۱ (۳۴/۴)	۴ (۱۲/۵)	۶ (۱۸/۸)	۱۱ (۳۴/۴)		۳۲ (۱۰۰)
جمع (درصد)			۲۶ (۴۳/۳)	۲۵ (۴۱/۷)	۹ (۱۵)		۲۵ (۴۱/۷)	۸ (۱۳/۳)	۹ (۱۵)	۶۰ (۱۰۰)		

۴۲/۹٪ بیماران مجرد نمره رویدادهای زندگی بیشتر از ۳۰۰ را کسب نمودند. ۵۲/۶٪ از بیمارانی که وضعیت مالی ضعیفی داشتند، به افسردگی خفیف مبتلا بودند و نمره رویدادهای زندگی بیشتر از ۳۰۰ را به دست آوردند.

نمره رویدادهای زندگی ۵۰٪ از بیمارانی که تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند، بیشتر از ۳۰۰ بود. از بین بیمارانی که سه بار در هفته تحت همودیالیز قرار می‌گرفتند، در ۴۳/۸٪ (۱۴ نفر) افسردگی خفیف وجود داشت؛ اما در ۵۰٪ بیمارانی که دو بار در هفته همودیالیز می‌شدند، نمره رویدادهای زندگی کمتر از ۱۵۰ بود. بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین نمره رویدادهای زندگی و نمره افسردگی بیماران با r=۰/۱۶ رابطه مثبت وجود داشت که از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۲۳).

در بررسی ارتباط بین متغیرهای فردی و سطح افسردگی و رویدادهای زندگی بیماران، تنها در مورد متغیر جنس P= ۰/۰۳ و افسردگی رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت و این ارتباط با استفاده از آزمون آماری دقیق فیشر در مورد متغیرهای وضعیت تأهل، محل سکونت، وضعیت مسکن، شغل قبل و بعد از بیماری، وضعیت مالی، تعداد جلسات دیالیز در هفته، سطح تحصیلات و علت ESRD با سطح افسردگی و رویدادهای زندگی بیماران از نظر آماری معنی‌دار نبود.

بحث

در این پژوهش ۶۰ بیمار تحت همودیالیز بررسی شدند که میانگین سنّی ۱۷/۴۶±۵۴/۳۵ سال داشتند که با مطالعه مسعودی و همکاران (۱۴/۵±۵۵/۳) همخوانی دارد (۲۷)؛ در تحقیق ناظمیان و همکاران، میانگین سنّی (۳/۱۲±۳۱/۹۱) کمتر از مطالعه حاضر گزارش شده است (۱۰). با توجه به شروع دیالیز در دهه چهارم زندگی، به نظر می‌رسد در خصوص اتیولوژی دیالیز می‌بایست تعمقی صورت گیرد تا در سنین کارآمدی و بهره‌وری ابتلا به نارسایی کلیوی، موجب از کارافتادگی نشود. بالا بودن فراوانی بیمارانی که سطح تحصیلات پایین و زیر دیپلم داشتند نیز موارد فوق را تایید می‌کند. در بررسی مسعودی نیز سطح تحصیلات بیشتر بیماران در حدّ بی‌سواد و ابتدایی بود (۲۷).

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

در این مطالعه میانگین نمره افسردگی تمام بیماران در حدّ ۱۰/۹۴±۱۹/۸۳ طبق نقاط برش تعیین‌شده در روش کار، وجود افسردگی در حدّ خفیف (نمره بین ۱۷ تا ۳۲) را نشان می‌دهد. بررسی فراوانی افسردگی در بیماران نیز مشخص نمود که ۵۶/۷٪ از بیماران به درجاتی دچار افسردگی در حدّ خفیف و متوسط بودند. بسیاری از تحقیقات دیگر نیز نتایج مشابه را گزارش نمودند. در مطالعه‌ای در چین ۲۴٪ (۲۸)، در ترکیه ۴۰٪ (۲۹)، در ایتالیا ۴۵/۸٪ (۳۰) و در آمریکا ۴۵/۴٪ (۳۱) و در کاشان ۶۵/۳٪ (۲۷) و در گرگان ۵۳/۸٪ (۳۲) بیماران تحت همودیالیز، دچار افسردگی بودند. در مطالعات فوق ابزار مورد استفاده آزمون ۲۱ سؤالی بک بوده است. با توجه به شیوع افسردگی در حدّ خفیف و متوسط در بیماران دیالیزی و بررسی مطالعات مشابه، به نظر می‌رسد این پدیده می‌تواند عواقبی مانند اختلال در درمان و عدم مصرف داروها و رعایت رژیم غذایی داشته باشد و کیفیت زندگی و سلامت جسمی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد؛ بنابراین آموزش و به کارگیری روش‌های کنترل تنش و افسردگی در برنامه درمانی بیماران می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

در بررسی نمره کلّی رویدادهای زندگی بیماران میانگین ۲۳۱/۵۳±۱۸۳/۹۷ به دست آمد و طبق تقسیم‌بندی طبقات در روش کار، احتمال بروز بیماری در حدّ ۵۰٪ تا ۸۰٪ برای بیماران وجود دارد و تغییرات بیش از ۲۰۰ در نمره رویدادهای زندگی هولمز- راهه، خطرآفرین ارزیابی شده؛ به نحوی که ابتلا به افسردگی و بیماری جسمی افزایش می‌یابد (۳۳).

در بررسی فراوانی رویدادهای زندگی تعیین شده بیماران نیز مشخص شد که ۴۵٪ بیماران نمره بیشتر از ۲۰۰ داشتند و از این تعداد ۳۰٪ نمره بالای ۳۰۰ را کسب نمودند. در بررسی بیماران قلبی مشخص شد که ۸۰٪ از بیماران سابقه حادثه تنش‌زای مهم داشته‌اند و ۸۶٪ نیز نمره رویدادهای زندگی بیشتر از ۲۰۰ را کسب نموده و به درجاتی دچار افسردگی بودند (۳۴).

در پژوهش اردکانی و سالاری، نمره بالاتر از ۲۰۰ در سه ماهه دوم و سوم بارداری زنان مورد مطالعه گزارش شد (۱۸)؛ اکبری و همکاران نیز در بررسی بیماران کرونری قلب، میانگین نمره بیشتر از ۱۵۰ را به دست آوردند (۱۵).

بررسی رویدادهای زندگی جمعیت‌های متفاوت، این مسأله که بروز بیماری مزمن موجب کسب نمره رویدادهای زندگی بالاتر و احتمال بروز بیماری به درجات مختلف می‌شود را مطرح می‌سازد. افزایش سطح نمره رویدادهای زندگی با مطالعات خارجی مشابه، همخوانی دارد (۳۵-۳۸). افراد برای مواجهه با تنش از روش‌های مقابله‌ای استفاده می‌کنند و انتخاب روش‌ها به صورت مناسب می‌تواند از شدّت تأثیر تنش بر سلامت روانی آنان بکاهد و در نتیجه به سازگاری و انطباق هر چه بیشتر بیانجامد.

در مطالعه حاضر بین نمره افسردگی و رویدادهای زندگی رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید. در بررسی آکوچکیان و همکاران ارتباط تنش ناشی از دیالیز و وضعیت روانی بیماران بخصوص افسردگی معنی‌دار بود ($P>0/05$) (۱۱). تقویت ارتباط مستقیم بین این دو متغیر، مستلزم برنامه‌ریزی به منظور پیشگیری از بروز بیماری‌های مزمن و مشکلاتی است که برای این بیماران در مواجهه با رویدادهای تنش‌زا رخ می‌دهد؛ در این رابطه Fox می‌نویسد: از دست دادن شغل، انزوای اجتماعی، مشکلات اقتصادی، صرف وقت زیاد برای همودیالیز و مراقبت‌های پزشکی، هزینه‌های مربوط به درمان و عدم کارایی مطلوب، از عوامل تنش‌زایی هستند که می‌تواند بیمار مبتلا به ESRD را مستعد اختلالات روانی از جمله افسردگی نمایند (۳۹)؛ از طرفی افزایش سن یکی از عوامل زمینه‌ساز اختلالات روانی در افرادی است که دچار بیماری‌های مزمن و پیش‌رونده می‌باشند؛ به همین دلیل، تسریع در انجام اقدامات درمانی پیشگیرانه و حمایت روانی این بیماران حائز اهمیت فراوانی است.

در بررسی ارتباط متغیرهای فردی با افسردگی و رویدادهای زندگی مشخص شد که تنها بین جنس و سطح افسردگی رابطه معنی‌دارآماری وجود دارد ($P=0/03$)؛ به طوری که افسردگی در مردان بیشتر از زنان بود؛ اما در مطالعه مسعودی و همکاران، در مردان و زنان تفاوتی مشاهده نشد (۲۷) ولی در مطالعه‌ای در آمریکا افسردگی در زنان بیشتر بود (۳۱). بالا بودن افسردگی در جنس مذکر نشان‌دهنده این است که زنان درک احساسات و عواطف و مواجهه با آنها را بیشتر از مردان تجربه می‌کنند؛ بنابراین تحمل سختی به درجاتی در زنان بیشتر از مردان است و مشخص می‌کند که شیوه‌های مقابله‌ای با مشکلات در مردان کمتر به کار برده می‌شود. عدم وجود رابطه معنی‌دار آماری بین متغیرهای فردی و افسردگی با مطالعه فیاض‌بخش و حسینی همسو است (۳۴).

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

در مطالعه رامبد و رفیعی بین جنس، تأهل، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات با افسردگی بیماران رابطه معنی‌داری وجود داشت (۱). در مطالعه حاضر با وجود این که بین متغیر وضعیت درآمد ماهیانه و نمره رویدادهای زندگی رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت، اما در ۴۷/۴٪ از بیماران که وضعیت مالی آنان ضعیف (درآمد ماهیانه کمتر از ۳۰۰ هزار تومان) بود، نمره رویدادهای زندگی بیشتر از ۳۰۰ گزارش شد؛ این ارتباط در مطالعه فتوکیان و همکاران معنی‌دار بود و با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۶)؛ همچنین در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و سطح رویدادهای زندگی رابطه معنی‌دار آماری وجود نداشت اما در مطالعه فتوکیان و همکاران این رابطه معنی‌دار بود (۶)؛ به نظر می‌رسد افراد کم‌سواد در معرض آسیب بیشتر ناشی از تنش هستند؛ به طوری که سطح بالای آموزش به عنوان منبعی با ارزش، کفایت افراد بیمار را در سازگاری فعالانه افزایش می‌دهد. موقعیت‌های شغلی و اجتماعی بهتر، سطح درآمد بالاتر و برخورداری از اعتماد به نفس بیشتر، از جمله دلایل این تفاوت محسوب می‌گردد. عدم وجود رابطه معنی‌دار آماری در مطالعه حاضر به دلیل این است که تعداد بسیار کمی از بیماران (۱۶ نفر) تحصیلات دیپلم و بالاتر را داشتند.

نتیجه‌گیری

به طور کلّی بالا بودن میزان حوادث تنش‌زای اخیر زندگی در بیماران دیالیزی به میزان فراوانی بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ و بیش از ۳۰۰ لزوم آموزش روش‌های مقابله با تنش و چگونگی مدارا به این بیماران را ایجاب می‌کند؛ زیرا می‌تواند نقش مهمّی در پیشگیری از اختلالات ناشی از تنش و بیماری‌های روان‌تنی داشته باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مرکز همودیالیز بیمارستان ولی‌عصر (عج) بیرجند و سایر مراکز دیالیز به صورت مرکز پیشگیری از بروز مرحله آخر بیماری کلیوی و اختلالات روحی و روانی ناشی از آن درآید و با به کارگیری گروه درمانی مرکب از متخصصان رشته‌های روانپزشکی، مددکاری اجتماعی، نفرولوژی، مشاوره خانواده و پرستاران این اختلالات و طیف آنها را ارزیابی و ریشه‌یابی نموده و در سبک و روش زندگی بیماران مداخله بموقع و تغییر لازم صورت پذیرد؛ بنابراین این انتظار وجود دارد تا توسط برنامه‌ریزان و مقامات مسؤول بهداشتی، درمانی کشور بیماران مراکز همودیالیز مورد توجه ویژه قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۸۹ می‌باشد؛ نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب سپاس و تشکر خود را از معاونت محترم پژوهشی و کارکنان آن حوزه، پرستاران دلسوز بخش همودیالیز و بیماران دردمند که نهایت همکاری و صبوری را داشتند، اعلام نمایند.

منابع:

1- Rambod M, Rafii F. Perceived social support in hemodialysis patients. Iran Journal of Nursing. 2009; 22 (58): 1-12. [Persian]

2- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

3- Paykel ES. Basic concepts of depression. J Clin Neuro Sci. 2008; 10 (3): 279-89.

4- Sadock B, Sadock V. Pocket handbook of clinical psychiatry. 3rd ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

5- Aghilinejad M, Mohammadi S, Afkari ME, Abbaszade Dizaji A. Surveying the association between occupational stress and mental health, personality and life stressful events in Tehran police officers. Journal of Shaheed Beheshti University of Medical Sciences. 2008; 31 (4): 355-60. [Persian]

6- Fotokian Z, Gghaffari F, Keihanian Sh. Stressful life factors associated with cancer Imam Sajjad hospital suppliers in Ramsar. Journal of Nursing & Midwifery Hamedan. 2003; 16 (1): 11-17. [Persian]

7- Vafaei B, Poor Rahimi F. The role of life stresses in Asthmatic attacks. Urmia Medical Journal. 2004; 15 (2): 142-47. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

8- 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. Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences. 2006; 15 (58): 61-67. [Persian]

9- Mohsenifar S, Ghassemzadeh H, Sadeghi M. Depression and life events in medical residents. Payesh, Journal of Iranian Institute for Health Sciences Research. 2003; 2 (1): 35-41. [Persian]

10- Nazemian F, Ghaffari F, Ftookyan Z, Purghznyn T. Stressors and coping strategies with stress in hemodialysis patients. Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences. 2007; 49 (93): 293-98. [Persian]

11- Akoochekian Sh, Ebrahimi A, Samooei R. Stress and mental disorders in hemodialysis patients. Journal of Research In Medical Sciences. 2002; 6 (4): 300-302. [Persian]

12- Afshar R, Ghaedi GH, Sanavi S, Davati A, Rajabpour A. Depression and related factors in patients undergoing conventional maintenance hemodialysis. Daneshvar, Scientific Research Journal of Shahed University. 2010; 17 (88): 59-66. [Persian]

13- Mahmody Sh, Salhnegad Gh, Nazaryan S, Yaghobi M. A comparison study of depression between hemodialysis patients and renal transplant recipients. Iranian Journal of Nursing Research. 2010; 5 (18): 73-80. [Persian]

14- Koushan M, Behnam Vashani HR. Stressors and their relationship with some common physical complaints. Asrar, Journal of Sabzevar School of Medical Sciences. 2003; 9 (4): 21-30. [Persian]

15- Akbari M, Mahmood-Aliloo M, Aslanabadi N. Relationship between stress and coping styles with coronary heart disease: role of gender factor. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh va Raftar). 2010; 15 (4): 368-76. [Persian]

16- Vafaei B, Golabi J. Surveying the association between life stresses and gastrointestinal diseases (Peptic ulcer). Journal of the Shaheed Beheshti University of Medical Sciences. 2005; 28 (4): 285-89. [Persian]

17- Jafarpour M, Esfandyari M, Mokhtarsahi Sh, Hoseini F. The effect of stressful life events on postpartum depression. Behbood. 2007; 10 (4): 320-31. [Persian]

18- Ardekani M, Salari P. Correlation of preterm labour and life stress during pregnancy. Med Sci J Islamic Azad University of Mashhad. 2005; 1 (1): 6-14. [Persian]

19- Dohrenwend BP. Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: toward resolution of the problem of intracategory variability. Psychological Bulletin. 2006; 132 (3): 477-95.

20- Roy B, Diez-Roux AV, Seeman T, Ranjit N, Shea S, Cushman M. Association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). Psychosom Med. 2010; 72 (2):134-40.

21- Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The work and social adjustment scale: a simple measure of impairment in functioning. Br J Psychiatry. 2002; 180: 461-64.

22- Bakhshani NM, Birashk B, Atef Vahid MK, Bolhari J. Correlation of social support and negative life events with depression. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Andeesheh va Raftar). 2003; 9 (34): 49-55. [Persian]

23- Vafaii B. Evaluation of the relation between life stresses and blood neoplastic diseases in males and females aged between 30 and 50. Med J Tabriz Univ Med Sci. 2000; 34 (47): 47-54. [Persian]

24- Allah-Verdipoor H, Emdadie Sh, Barati M. Prevalence of depression among students in the city of Kermanshah. Journal of Medical Sciences of Hamedan. 2006; 3 (13): 43-50. [Persian]

25- Dabson KS, Mohammadkhani P. Psychometric Characteristics of Beck depression inventory- II in patients with major depressive disorder. Journal of Rehabilitation. 2007; 8 (29): 82-88. [Persian]

26- Mumford DB, Saeed K, Ahmad I, Latif S, Mubbashar MH. Stress and psychiatric disorder in rural Punjab: a community survey. Br J Psychiatry. 1997; 170: 473-78.

27- Masoudi Alavi N, Sharifi Kh, Aliakbarzadeh Z. Depression and anxiety in patients undertaken renal replacement therapy in Kashan during 2008. Feyz, Kashan University of Medical Sciences. 2009; 12 (4): 46-51. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

28- Lieh Yeh T, Liang Huang C, Kuang Yang Y, Dar Lee Y, Cheng Chen C, See Chen P. The adjustment to illness in patients with generalized anxiety disorder is poorer than that in patients with end-stage renal disease. J Psychosom Res. 2004; 57: 165-70.

29- Akman B, Ozdemir FN, Sezer S, Miçozkadioglu H, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. Transplantation Proceedings. 2004; 36: 111-13.

30- Virzì A, Signorelli MS, Veroux M, Giammarresi G, Maugeri S, Nicoletti A, et al. Depression and quality of life in living related renal transplantation. Transplant Proc. 2007; 39: 1791-93.

31- Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease. What we know and what we need to know. J Psychosomatic Res. 2002; 53: 951-56.

32- Zahiroddin AR, Hayati M, Jadidi M, Samimi SM. Depression in hemodialysis patients. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2005; 5 (3): 256-59. [Persian]

33- Malek A, Dadashzadeh H, Poorafkary N, Safaeeyan.A. Ranking of stressful life events in general population of Tabriz Iran. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2009; 30 (4): 73-80. [Persian]

34- Fayaz Bakhsh M, Hosseini SA. Investigated the role of stress in the percentage of cardiac patients referred to a cardiac clinic of Mashhad University. Journal of Mental Health Principles. 2002; 15 (16): 99-109. [Persian]

35- Helgesson O, Cabrera C, Lapidus L, Bengtsson C, Lissner L. Self-reported stress levels predict subsequent breast cancer in a cohort of Swedish women. Eur J Cancer Prevent. 2003; 12 (5): 377-81.

36- Cooper CL, Cooper R, Fargher EB. Psychosocial stress and breast cancer. The interrelationship between stress events, copin strategies and personality. Psychol Med.. 1993; 23: 653-62.

37- Geyer S. Life events, chronic difficulties and vulnerability factors proceeding breast cancer. Soc Sci Med. 1993; 37: 1545-55.

38- Thomas BC, Pandey M, Ramdas K, Nair MK. Psychological distress in cancer patients: hypothesis of a distress model. Eur J Cancer Prevent. 2002; 11 (2):179-85.

39- Fox HF. The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. Oncology. 1995; 9 (3):1-32.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

Abstract *Original Article*

Prevalence of depression and life events in hemodialysis patients in Vali-Asr hospital in Birjand (2010)

M. Mogharab[1], H. Hedayati[2], R. Najafi[3], M. Safari[3], S. Amiri[3], Sh. Adhami[3]

Background and Aim: The end stage renal disease (ESRD) and dialysis due to it affect seriously on physical and mental health of patients. Hemodialysis is a stressful process and life events have been known effective in creating depression in dialysis patients. Thus considering long time treatment and changes in lifestyle of patients, this study was conducted to determine the prevalence of depression and life events in hemodialysis patients in Birjand (2010).

Materials and Methods: This was a descriptive – analytical and sectional study which was done on hemodialysis patients in Vali-Asr hospital in Birjand and had inclusion criteria. Data were collected by questionnaire included three parts: demographic characteristics, Beck depression test and Holmes- Rahe life-event test. Data were analyzed statistically using SPSS software with Chi-square tests, Fisher exact test and Pearson correlation with (α=0.05).

Results: Out of 60 patients included: 60% were male, 88.3% were married, 85% were city inhabitants and 85% had private houses. 60% had average financial situation, 58.3% were unemployed and 53.3% were dialyzed three times a week. The mean age of patients was 54.35±17.46 years. 43.3% of patients weren't depressed and 56.7% had depression. Life events score in 45% of patients was more than 200. There was a positive relationship between life events and depression scores but not statistically significant. There was only a statistically significant difference in relationship between genders (P=0.003) regarding individual variables, life events and depression.

Conclusion: Considering the prevalence of depression and possible physical and mental illnesses in 50 to 80 percents in terms of Holmes-Rahe more than 200, it seems essential to prevent and mentally support these patients.

Key Words: Depression, Stress physiological, Life change events, Life style, Quality of life, Renal dialysis, Prevalence

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2011; 8 (3): 125-134

Received: June 29, 2011 Last Revised: January 1, 2012 Accepted: January 24, 2012

[1] *Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran mogh1344@yahoo.com*
[2] *Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*
[3] *B.Sc., Faculty of Nursing& Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]