

April-May 2022, Volume 17, Issue 1

The Effect of Partnership Care Model On Psychological – Wellbeing of Hemodialysis Patients at Imam Reza Hospital of Amol City 2020

Rahgoi A¹, Fallahi-Khoshknab M², Vahedi M³, Barazesh M^{4*}

1- Instructor Nursing Department, Department of Mental Health Nursing Education, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

2- Professor of Nursing, Department of Nursing, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor of Biostatistics School of Rehabilitation Sciences, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

4- MSc of Nursing, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

Corresponding author: Barazesh M, MSc of Nursing, Faculty of Rehabilitation Sciences, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.

Email: mari.barazesh@yahoo.com

Received: 23 Aug 2021

Accepted: 16 March 2022

Abstract

Introduction: Hemodialysis patients face complex physical and mental problems due to the disease. Participatory decision making as one of the new methods of education and moral and spiritual standards in medical decision making is associated with high patient satisfaction and improvement of treatment outcomes in chronic diseases. Considering the effect of model in reducing the mental and psychological problems of chronic diseases, the aim of this study was to investigate the effect of this model on the psychological well-being of hemodialysis patients.

Methods: In a clinical trial, using Ryff psychological well-being questionnaire, 66 eligible hemodialysis patients of Imam Reza Hospital in Amol in 1399, in intervention and control groups (33 people), The steps of identification, sensitization, control and evaluation based of Mohammadi model Participatory (2002) were performed in the intervention group for 2 months and the control group received routine care .Data analyzed by Wilcoxon statistical with symptomatic rank, independent t-test and SPSS Software 16.

Results: Psychological well-being in the experimental group increased from $3/37 \pm 0/37$ to $3/98 \pm 0/78$ after the intervention that t-test indicated a significant difference statistically of before and after ($p < 0.001$). But with the change of psychological well-being in the control group from $3/42 \pm 0/49$ to $3/39 \pm 0/38$ after the intervention, no statistically significant difference was observed.

Conclusions: Considering the effectiveness of participatory care model on hemodialysis patients psychological well-being, it is recommended that nurses use this method as a simple and inexpensive method compared to other cognitive therapies in the care of hemodialysis patients.

Keywords: Partnership Care, Psychological well-being, Hemodialysis patients.

تأثیر اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران همودیالیزی بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان آمل سال ۱۳۹۹

ابوالفضل ره‌گوی^۱، مسعود فلاحی خشک‌ناب^۲، محسن واحدی^۳، مریم برازش^{۴*}

- ۱- مربی پرستاری، گروه آموزش پرستاری بهداشت روان، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
 ۲- استاد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
 ۳- استادیار پرستاری، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
 ۴- کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مریم برازش، کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
 ایمیل: mari.barazesh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۱

چکیده

مقدمه: بیماران همودیالیزی با مشکلات پیچیده جسمی و روانی ناشی از بیماری مواجه‌اند. تصمیم‌گیری مشارکتی به عنوان یکی از روش‌های نوین آموزش و استانداردی اخلاقی و معنوی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی با رضایت‌مندی بالای بیمار و بهبود نتایج درمانی در بیماری‌های مزمن همراه است. با توجه به تأثیر مدل مراقبت مشارکتی در کاهش مشکلات روحی و روانی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، هدف این مطالعه بررسی تأثیر اجرای این مدل بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران همودیالیزی است.

روش کار: در یک کارآزمایی بالینی، با استفاده از پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، ۶۶ نفر از بیماران همودیالیزی واجد شرایط بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان آمل در سال ۱۳۹۹ و تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد (۳۳ نفر)، مدل مراقبت مشارکتی براساس مدل محمدی (۲۰۰۲) مراحل آشناسازی، حساس‌سازی، کنترل و ارزشیابی طی ۲ ماه در گروه مداخله اجرا شد و گروه شاهد مراقبت‌های روتین را دریافت نمود. اطلاعات از طریق آزمون‌های آماری ویلکاکسون رتبه علامت دار، T مستقل و از طریق نرم افزار نسخه‌ی ۱۶ spss تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین بهزیستی روان‌شناختی در گروه مداخله، از $37/37 \pm 0/37$ به $37/98 \pm 0/78$ بعد از مداخله افزایش یافت که آزمون T زوجی ($-5/073$) بیانگر وجود اختلاف معنادار آماری قبل و بعد است ($p < 0/001$). اما با تغییر بهزیستی روان‌شناختی در گروه شاهد از $37/42 \pm 0/49$ به $37/39 \pm 0/38$ بعد از مداخله، تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به کارایی مدل مراقبت مشارکتی در بهزیستی روان‌شناختی بیماران همودیالیزی، توصیه می‌شود پرستاران از این روش به عنوان روشی ساده و کم‌هزینه نسبت به سایر درمان‌های شناختی در امر مراقبت از بیماران همودیالیز استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: مراقبت مشارکتی، بهزیستی روان‌شناختی، بیماران همودیالیزی.

مقدمه

به زندگی می‌باشد (۵). هرچند با دیالیز می‌توان سلامت جسمی این بیماران را تامین کرد، اما تامین آسایش روانی-اجتماعی این بیماران نیز از درجه اهمیت بالایی برخوردار است (۶). بیمار همودیالیزی از یک طرف به علت مسایل جسمی فراوان، وجود فیستول و یا شانت، محدودیت‌های

همودیالیز موجب افزایش طول عمر هزاران نفر از بیماران مبتلا به بیماری نارسایی انتهایی کلیه شده است (۴). کاهش سلامت روان، معمولاً واکنشی به فقدان‌هایی نظیر از دست دادن شغل، درآمد، انرژی، توانایی‌های جنسی، آزادی و امید

انجام آموزش به بیمار (۲۵-۲۳)، فقدان علاقه بیمار جهت پذیرش مطالب و تغییر رفتار (۲۶، ۲۷)، عدم وجود برنامه ریزی منظم جهت اجرای آموزش بیمار (۲۸، ۲۹)، از جمله دلایل عدم ارائه مراقبت مشارکتی به بیماران همودیالیز می‌باشد.

در مطالعه لشکری و همکاران (۱۳۹۱)، اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر شدت خستگی بیماران تحت همودیالیز اثر مثبت داشت (۳۰). بلشر و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که مدل مراقبت مشارکتی در بهبود علائم در طول دوره درمان موثر بوده است. این اثر برای بیماران مبتلا به افسردگی بیشتر از بیماران مبتلا به PTSD بود (۳۱). در پژوهش‌های مختلف، اثربخشی مراقبت مشارکتی برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و افراد عادی بررسی و نتایج سودمندی از آن حاصل شده است. مطالعه‌ی زینتی و همکاران نشان داد که مدل مراقبت مشارکتی باعث کاهش سطح افسردگی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور می‌شود (۳۲). هوا و همکاران (۲۰۱۷)، مراقبت مشارکتی در مقایسه با مراقبت‌های معمول، مراقبت از خود، کیفیت زندگی و عملکرد قلبی بیماران مبتلا به CHF را بهبود بخشید (۳۳). با توجه به نتایج مطالعات ذکر شده از آن جا که مطالعه مشابهی در بیماران همودیالیزی برای بررسی اثر بخشی کاربرد مدل مراقبت مشارکتی یافت نشد، در مطالعه‌ی حاضر سعی شده است میزان کارآمدی مراقبت مشارکتی در بهبود بهزیستی روان شناختی بیماران همودیالیزی ارزیابی گردد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه شاهد می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران همودیالیزی بیمارستان امام رضا (ع) آمل در سال ۱۳۹۹ و محیط مطالعه بخش دیالیز بیمارستان امام رضا (ع) بود. پس از تصویب طرح در شورای پژوهش گروه آموزشی پرستاری و اخذ مجوز از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، مراجعه پژوهشگر به بیمارستان امام رضا (ع) شهر آمل، رضایت مسئولین بیمارستان اخذ شد.

متغیر مستقل در این پژوهش مدل مراقبت مشارکتی و متغیرهای وابسته در این پژوهش بهزیستی روان شناختی بوده است. پرسش‌نامه بهزیستی روان شناختی ریف در سال

غذایی و دارویی و از سوی دیگر به علت فشارهای روحی، از وضعیت روانی مناسبی برخوردار نبوده و مشکلات پیچیده جسمی مربوط به درمان و بیماری و فرایند طولانی بیماری قبل از دیالیز، وضعیت روانی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۷).

در مطالعات مختلف، نتایج مختلف و متفاوتی از میزان استرس، افسردگی و اضطراب در این گروه از بیماران گزارش شده است. اما در مورد شدت بروز عوارض روان‌پزشکی اتفاق نظر وجود ندارد. افسردگی در ۵۰٪ موارد و اختلال اضطراب در ۳۰٪ موارد مشاهده شده است (۹). بر اساس نتایج مطالعه ملاحادی و همکاران (۱۳۸۸) در رابطه با میزان افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران دیالیزی شهر تهران، ۶۳/۹٪ بیماران دچار اضطراب، ۶۰/۵٪ دچار افسردگی و ۵۱/۷٪ دچار استرس بودند (۱۰). شیوع افسردگی در بیماران همودیالیز در مطالعه افشار و همکاران (۱۳۸۹) در دو واحد همودیالیز شهر تهران ۷۰٪ گزارش شده است (۱۱). براساس مطالعه هدایتی و همکاران، ۲۱٪ بیماران همودیالیزی دچار افسردگی شدید هستند (۱۲). طبق مطالعه رحیمی و همکاران، ۳۰٪ بیماران همودیالیزی دچار استرس هستند (۱۳).

مشارکت دادن بیمار در برنامه‌های درمانی و تصمیم‌گیری می‌تواند در ارائه بهتر خدمات سلامتی مؤثر باشد (۱۵). ناآگاهی، کمبود درک و شناخت ناکافی بیماران از بیماری، که عامل اصلی مشکل، فقدان رابطه مراقبتی مؤثر بین اعضای تیم در فرآیند مراقبت و درمان است، راه حل این معضل در اصلاح این ساختار و در بهبود روابط مراقبتی نهفته بوده و برای بهبود و برقراری رابطه مراقبتی مؤثر و طولانی مدت می‌توان از رویکرد «مشارکت» در فرآیند مراقبت استفاده کرد که برای دستیابی به نتایج خوب در مراقبت‌های اولیه از سلامت روان پشتیبانی می‌کند (۱۶).

مراقبت مشارکتی عبارت است از فرآیند منظم برقراری ارتباط مؤثر متقابل و پویا در جهت درک و شناخت بیشتر نیازها و مشکلات به منظور کنترل بیماری و برانگیختن و درگیر ساختن مددجویان (۱۸). در این مدل ماهیت نقش مشارکتی بیمار یا افراد گروه در فرآیند درمان، فراتر از ماهیت و نقش مستقل فردی تک تک آنها است، و رابطه‌ی مراقبتی موثری بین سه رکن اصلی فرآیند مراقبت یعنی بیمار، پرستار و پزشک به وجود می‌آید (۱۹).

عدم مهارت کافی و توانایی در برقراری ارتباط با بیمار توسط کادر درمانی (۲۲-۲۰)، بی‌علاقه‌گی پرستار نسبت به

۱۹۸۹ توسط ریف طراحی شده و فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۱۲۰ ماده می باشد ولی در بررسیهای بعدی فرمهای کوتاهتر ۸۴ ماده ای، ۵۴ ماده ای و ۱۸ ماده ای نیز پیشنهاد گردید که در این مطالعه به دلیل ملاحظه وضعیت جسمی بیماران، از نسخه ۱۸ ماده ای استفاده گردید (۳۴).

فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف ۱۸ گویه دارد. نمره گذاری پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف بر اساس طیف لیکرت شش درجه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) می باشد. پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف دارای ۶ مؤلفه (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) و یک نمره کل می باشد. در پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف، سوالات (سوالات ۱، ۴، ۵، ۸، ۱۵، ۱۶، ۱۷، و ۱۸ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند) به صورت معکوس نمره گذاری می شود و بقیه سوالات به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند. در پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف هر چه فرد نمره بالاتری بگیرد، بیانگر بهزیستی روان شناختی بالاتر می باشد.

با اجرای پرسشنامه روی ۳۰ نفر از نمونه، با توجه به گویه‌های در نظر گرفته شده، مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای متغیرهای مورد مطالعه بالا بود و نشان داد که ابزار اندازه‌گیری از قابلیت بالایی برخوردار است. همبستگی

نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (۳۴). طبق مطالعه بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد (۳۵). همچنین بر اساس مطالعه میکائیلی (۱۳۸۹)، ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) این آزمون برای تمام مولفه‌ها بیش از ۰/۷۰ است که بر این اساس ابزار مناسبی است. علاوه بر این بررسی روایی سازه ابزار فوق از طریق تحلیل عاملی تاییدی نشان داد، مدل شش عاملی پیشنهادی سازندگان در قیاس با مدل‌های یک و سه عاملی برازش بهتری داشته و در این نمونه نیز مورد تایید است (۳۶).

ابتدا لیستی از بیماران دیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) تهیه و سپس حجم جامعه آماری پژوهش برآورد شد. در پژوهش حاضر ۶۶ نفر از بیماران دیالیزی به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شد. بر اساس مطالعه‌ی زمانی و همکاران (۳۷) برای حدود اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، تعداد نمونه مطالعه‌ی حاضر ۳۳ نمونه در هر گروه محاسبه گردید.

$$n = 2 \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = 2 \times \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times (1.42)^2}{(14.68 - 13.72)^2} = 32.9 \approx 33$$

مربوط به متغیرهای پژوهش توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش تکمیل شد.

برای دستیابی به اهداف مدل، مراحل ۱- آشناسازی ۲- حساس سازی ۳- کنترل ۴- ارزشیابی، که برای هر مرحله برنامه‌های عملی مشخص پیش‌بینی شد.

در همه‌ی مراحل این مدل، کلیه اعضای تیم یعنی پزشک، پرستار و مددجو مشارکت فعال داشتند. گروه مداخله از همان ابتدا در جریان تجزیه و تحلیل داده‌ها به منظور انگیزش قرار گرفتند. گام‌های بعدی یعنی آماده سازی و درگیرسازی و گام آخر ارزشیابی، بر اساس مدل اجرا شد. در این مراحل، بر اساس تشخیص‌های مراقبتی، ویزیت‌های مشارکتی آموزشی و پیگیر اجرا گردید.

اطلاعات مورد نیاز هر جلسه از طریق ارائه توسط پرستار

روش نمونه‌گیری در این مطالعه ابتدا مبتنی بر معیارهای ورود و خروج سپس با توجه به روزهای هفته (روزهای زوج و فرد) به طور تصادفی در یکی از دو گروه مداخله، شاهد بود. نمونه‌ی انتخاب شده نیز به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد (هر گروه ۳۳ نفر) تقسیم شد که تا آخر مطالعه ریزشی نداشتند و در نهایت مطالعه بر روی ۶۶ بیمار انجام گرفت و پرسش‌نامه‌های مربوط به متغیرهای تحقیق در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار گرفت. در ادامه گروه مداخله در برنامه‌ی مداخله (مدل مراقبت مشارکتی) به مدت ۲ ماه (با استناد به مطالعات قبلی در این زمینه، (۳۸، ۲۷) و همچنین شرایط خاص بیماران و بحران کرونا) شرکت داده شد و در این مدت گروه شاهد مداخلات روتین را دریافت نمود. پس از اتمام مداخله پس آزمون‌های

مشارکتی پیگیر شروع شد و به وسیله ارزشیابی مرحله ای، در هر نوبت از ویزیت، برنامه‌ها اصلاح شد. این ارزشیابی نقش موثری در انگیزش و تشویق مددجو به تداوم مشارکت در برنامه کنترل و پیگیری بیماری داشت. ارزشیابی نهایی برای تعیین تأثیر اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر بهزیستی روان شناختی گروه مداخله، دوگروه مجدداً توسط پرسش‌نامه‌ی ریف سنجیده شدند.

در مدت اجرای مدل، اجرای آموزش‌های داده شده به گروه مداخله طی ملاقات پژوهشگر با آنان در حین دیالیز و یا با تماس‌های تلفنی از وی پیگیری شد. به این منظور یک شماره تلفن از پژوهشگر در اختیار بیماران قرار داده شد تا در صورت پیش آمدن هر سوالی راجع به بیماری شان با پژوهشگر تماس بگیرند و با شماره‌هایی که از بیماران در اختیار پژوهشگر بود انجام آموزش‌های داده شده کنترل می‌شد و در هر ساعتی از شبانه روز می‌توانستند به صورت تلفنی و یا حضوری (در بیمارستان) مشکلات خود را مرتفع سازند.

قبل از شروع جلسات تشکیل گروه و آگاهی گروه از اهداف پژوهش و تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای گروه توسط پرستار و از طریق سخنرانی انجام شد.

در پایان مداخله برای حفظ ملاحظات اخلاقی، مطالب ارائه شده به گروه مداخله، به صورت کتابچه در اختیار گروه شاهد هم قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی مطالعه حاضر بر اساس کدهای ۳۱ گانه اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی و همچنین کدهای اخلاقی مرتبط با مطالعات کارآزمایی بالینی تدوین شد.

پس از تصویب طرح در شورای پژوهش گروه آموزشی پرستاری و اخذ مجوز از معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی تهران، مراجعه پژوهشگر به بیمارستان امام رضا (ع) شهر آمل، رضایت مسئولین بیمارستان اخذ شد. در کلیه تحقیقات، کسب رضایت کتبی از بیماران و اثبات ضرورت انجام چنین تحقیقی بلامانع است. از بیماران واجد شرایط پس از توضیح اهداف مطالعه، اهمیت پژوهش و روند انجام مطالعه، رضایت نامه کتبی گرفته شد، سپس بیماران با مصاحبه بالینی ساختار یافته طبق معیارهای ورود و خروج مطالعه، انتخاب و با تخصیص تصادفی ساده در یکی از دو گروه مداخله - شاهد قرار گرفتند. اطلاعات مربوط به خصوصیات دموگرافیک بیماران نیز از طریق مصاحبه در پرسش‌نامه

و توزیع کتابچه‌ی آموزشی و مدت هر جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه و زمان تشکیل جلسات روزهای دیالیز بیماران بود. اهداف هفته‌ی اول شامل ایجاد انگیزش در مددجو از طریق آشناسازی با مشکلات مراقبتی، شرایط فعلی، تهدیدات و عوارض بیماری، علایم و نشانه‌های روان شناختی، توانمندسازی مددجو به نحوی که بتواند همودیالیز و علایم روان شناختی را تعریف و علل و عوارض آنها را توضیح دهد، بود. محتوای این جلسات شامل مروری بر آناتومی کلیه، علل بوجود آمدن نارسایی کلیه و مشکلات روان شناختی ناشی از آن، عوامل تشدید کننده، تخفیف دهنده. در هفته‌ی دوم؛ ویزیت در راستای اجرای مرحله دوم یعنی آماده سازی مددجو جهت مشارکت در روند مراقبت و درمان انجام شد پس از پایان این جلسه باید مددجو قادر بود علایم افسردگی و اضطراب و روش‌های کاهش اضطراب و مقابله با افسردگی را توضیح دهد. مددجو قادر بود کارهای هر روز خود را لیست کرده و بر اساس برنامه انجام دهد. محتوای این جلسات نیز مشتمل بر آموزش روش‌هایی برای نظم و ترتیب دادن به امور زندگی روزمره (از قبیل برنامه ریزی روزانه، لیست کردن کارهای روزانه و ...) بود. هدف از انجام این کار پیگیری از مشکلاتی بود که به دلیل کاهش حافظه و تمرکز در افراد افسرده و مضطرب ایجاد می‌شد و به دنبال آن اضطراب و افسردگی آنها را تشدید می‌کرد. درگیرسازی مددجو در هفته‌ی سوم شامل آموزش نحوه مصرف داروها، کاربرد دارو و عوارض جانبی آنها، آموزش تفکر ساختار یافته که در آن به بیمار آموزش داده می‌شد تفکرات و تصاویر ذهنی منفی خود را یادداشت کرده و آنها را کنترل نماید، بود. هدف از این کار آموزش این موضوع است که چگونه این عقاید خلق، رفتار و وضعیت جسمی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بعضی از راههای پیگیری از افسردگی و کاهش اضطراب را بداند.

ویزیت‌های مشارکتی پیگیر ۴ هفته (یک ماه) و هر هفته ۳ روز با هدف استمرار برنامه مراقبتی و درگیری مددجویان انجام گرفت. ویزیت‌های پیگیری با مراجعه حضوری پژوهشگر در بخش همودیالیز به صورت یک روز در میان مطابق روز دیالیز بیماران و مجموعاً یک ماه به منظور یادآوری و بررسی سطح یادگیری انجام گرفت. مرحله نهایی مدل یعنی ارزشیابی در جریان این ویزیت‌ها صورت گرفت. ارزشیابی به دو شکل ارزشیابی مرحله ای و انتهای انجام گردید. ارزشیابی مرحله ای در واقع از اولین ویزیت‌های

ثبت شد.

استفاده گردید.

برای بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون معتبر شاپیرو-ویلک استفاده گردید. برای مقایسه متغیرهای کیفی در بین گروه‌ها (مداخله / کنترل) آزمون کای دو و برای مقایسه متغیرهای کمی در بین گروه‌ها آزمون تی مستقل یا من ویتنی استفاده گردید. برای بررسی مقایسه اثر زمان و مداخله در طول زمان از آزمون تحلیل واریانس مکرر استفاده شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ورژن ۱۶

یافته‌ها

متغیرهای زمینه‌ای شامل: سن، تاهل، تحصیلات، تمایل به همکاری، مدت ابتلا، سابقه حادثه ناگوار در ۶ ماه اخیر، سابقه بستری به علت روان، معلولیت جسم، دفعات دیالیز در هفته، توانایی شنیداری، بیماری مزمن در اثر بیماری و مشکلات شناختی بود که در (جدول ۱) نشان داده شده است.

جدول ۱: ارزیابی همسانی بر حسب ویژگی‌های دموگرافیک در بیماران همودیالیزی

متغیر	گروه	
	مداخله فراوانی	شاهد فراوانی
وضعیت ازدواج	۵	۲
مجرد	۲۷	۳۱
متاهل	۱	۰
مطلقه		
سطح تحصیلات		
خواندن و نوشتن	۱۶	۱۴
زیر دیپلم	۷	۱۰
بالای دیپلم	۱۰	۹
وضعیت معلولیت جسمی و ذهنی		
بله	۲	۲
خیر	۳۱	۳۱

سال بوده است. با توجه به اینکه مقدار آزمون معناداری (p value) از ۰/۰۵ بیشتر شده است می‌توان نتیجه گرفت اختلاف معنی داری بین دو گروه مداخله و شاهد وجود ندارد و دو گروه از نظر مدت زمان ابتلا به بیماری همسان می‌باشند (p=۰/۸۴۹).

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون‌های پارامتری برای متغیرهای دارای توزیع نرمال (آزمون تی زوجی) و از آزمون‌های ناپارامتری (آزمون ویلکاکسون رتبه علامت دار) برای متغیرهای دارای توزیع غیرنرمال استفاده شد.

افراد مورد مطالعه در دو گروه مداخله و شاهد از نظر ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت آماری معناداری نداشتند. در گروه مداخله میانگین سنی افراد $50/69 \pm 13/67$ سال و در گروه شاهد این مقدار مساوی با $54/12 \pm 8/33$ سال می‌باشد. با توجه به اینکه مقدار آزمون معناداری (p value) از ۰/۰۵ بیشتر شده است می‌توان نتیجه گرفت اختلاف معنی داری بین دو گروه مداخله و شاهد وجود ندارد و دو گروه از نظر سن همسان می‌باشند (p=۰/۲۱۳). در گروه مداخله، میانگین زمان ابتلا به بیماری $6/96 \pm 6/53$ سال و در گروه شاهد نیز میانگین زمان ابتلا به بیماری $6/09 \pm 4/23$

جدول ۲: مقایسه نمره ابعاد متغیر بهزیستی روان شناختی در دو گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

شاخص‌های آماری	گروه شاهد انحراف معیار ± میانگین	گروه مداخله انحراف معیار ± میانگین	ابعاد بهزیستی روان شناختی
p-value=۰/۱۴۹ df=۳۲	۳/۱۴ ± ۰/۷۶	قبل ۳/۴۴ ± ۰/۷۴	بعد ۱: پذیرش خود
p-value= ۰/۶۳۲ df= ۳۲	۳/۱۴ ± ۰/۷۵	بعد ۳/۲۷ ± ۰/۷۸	
	p-value=۰/۸۶۹	p-value=۰/۴۲۵	
p-value= ۰/۲۴۹ df= ۳۲	۳/۴۱ ± ۱/۱۴	قبل ۳/۷۵ ± ۰/۹۴	بعد ۲: روابط مثبت با دیگران
p-value= ۰/۲۲۴ df=۳۲	۳/۲۷ ± ۰/۹۵	بعد ۳/۵۶ ± ۰/۹۹	
	p-value=۰/۲۵۹	p-value=۰/۵۲۰	
p-value= ۰/۱۱۸ df= ۳۲	۳/۴۷ ± ۱/۰۰۳	قبل ۳/۱۰ ± ۰/۹۴	بعد ۳: استقلال (خودمختاری)
p-value= ۰/۰۲۰ df= ۳۲	۳/۴۵ ± ۰/۸۹	بعد ۴/۱۶ ± ۰/۸۷	
	p-value= ۰/۹۰۲	p-value=<۰,۰۰۱	
p-value= ۰/۴۴۹ df= ۴۸	۳/۴۴ ± ۱/۲۷	قبل ۳/۲۳ ± ۰/۸۳	بعد ۴: تسلط بر محیط
p-value= ۰/۰۰۱ df= ۳۲	۳/۴۲ ± ۰/۹۳	بعد ۴/۴۳ ± ۱/۰۴	
	p-value=۰/۸۹۰	p-value=<۰,۰۰۱	
p-value= ۰/۹۶۷ df= ۳۲	۳/۶۱ ± ۰/۸۱	قبل ۳/۶۱ ± ۱/۰۱	بعد ۵: هدفمند بودن
p-value= ۰/۰۱۵ df= ۳۲	۳/۵۹ ± ۱/۰۲	بعد ۴/۲۹ ± ۰/۹۵	
	p-value=۰/۹۷۴	p-value=۰/۰۱۷	
p-value= ۰/۱۳۷ df= ۳۲	۳/۴۷ ± ۰/۷۸	قبل ۳/۱۷ ± ۰/۷۹	بعد ۶: خودشکوفایی (رشد شخصی)
p-value= ۰/۰۰۲ df= ۳۲	۳/۴۵ ± ۰/۷۶	بعد ۴/۱۷ ± ۰/۷۷	
	p-value=۰/۷۱۸	p-value= <۰,۰۰۱	
p-value= ۰/۶۶۱ df= ۳۲	۳/۴۲ ± ۰/۴۹	قبل ۳/۳۷ ± ۰/۳۸	نمره بهزیستی روان شناختی
p-value=<۰,۰۰۱ df= ۳۲	۳/۳۹ ± ۰/۳۸	بعد ۳/۹۸ ± ۰/۴۱	
	p-value=۰/۵۷۵	p-value=<۰,۰۰۱	

در بعد روابط مثبت با دیگران، آزمون t مستقل نشان می‌دهد دو گروه از نظر بعد روابط مثبت با دیگران قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشتند (p=۰/۲۴۹) و بعد از مداخله آزمون ویلکاکسون رتبه علامت دار نشان می‌دهد که اختلاف دو گروه از نظر این بعد معنادار نشده است.

در بعد پذیرش خود، آزمون ویلکاکسون رتبه علامت دار نشان می‌دهد که دو گروه از نظر پذیرش خود قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشتند (p=۰/۱۴۹) و بعد از مداخله اختلاف در دو گروه از نظر این بعد معنادار نشده است.

در بعد استقلال (خودمختاری)، آزمون t مستقل نشان می‌دهد دو گروه از نظر بعد استقلال (خودمختاری) قبل از مداخله تفاوت آماری نداشتند ($p=0/118$) اما بعد از مداخله اختلاف دو گروه از نظر این بعد معنادار شده است ($p<0/05$).

در بعد تسلط بر محیط، آزمون t مستقل نشان می‌دهد دو گروه از نظر بعد تسلط بر محیط قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشتند ($p=0/449$) اما بعد از مداخله اختلاف آزمون ویلکاکسون رتبه علامت دار نشان می‌دهد که دو گروه از نظر این بعد معنادار شده است ($p<0/05$). در بعد هدفمند بودن، آزمون ویلکاکسون رتبه علامت دار نشان می‌دهد که دو گروه از نظر بعد هدفمند بودن قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشتند ($p=0/967$) اما بعد از مداخله اختلاف دو گروه از نظر این بعد معنادار شده است ($p<0/05$).

در بعد خودشکوفایی (رشد شخصی)، آزمون ویلکاکسون رتبه علامت دار نشان می‌دهد که دو گروه از نظر بعد خودشکوفایی (رشد شخصی) قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشتند ($p=0/137$) اما بعد از مداخله آزمون t مستقل نشان می‌دهد که اختلاف دو گروه از نظر این بعد معنادار شده است ($p<0/05$).

به طور کلی، میانگین بهزیستی روان شناختی قبل از مداخله در گروه مداخله $3/37 \pm 0/38$ و در گروه کنترل قبل از مداخله $3/42 \pm 0/49$ بود که آزمون t مستقل نشان می‌دهد به طور کلی در دو گروه قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشتند ($p=0/66$) ولی بعد از مداخله میانگین نمره کل بهزیستی روان شناختی در گروه مداخله $3/98 \pm 0/41$ و در گروه کنترل $3/39 \pm 0/38$ بود که آزمون t مستقل نشان می‌دهد بعد از مداخله از نظر بعد بهزیستی روان شناختی اختلاف دو گروه معنادار شده است ($p<0/05$).

بحث

بر اساس نتایج بدست آمده از این مطالعه، اجرای مدل مراقبت مشارکتی سبب ارتقاء بهزیستی روان شناختی (ارتقاء رشد شخصی، ارتقاء هدف در زندگی، ارتقاء تسلط بر محیط و ارتقاء خود مختاری) در بیماران همودیالیزی شده است. اما بر پذیرش خویشتن و روابط مثبت با دیگران (دو بعد دیگر بهزیستی روان شناختی) در بیماران همودیالیزی تأثیری نداشته است. در مطالعه‌ای که توسط قویدل و همکاران، تحت عنوان تأثیر بکارگیری مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی

بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان بعثت نیروی هوایی شهر تهران (۱۳۸۷) انجام شد، نتایج نشان داد بعد از اجرای مدل مشارکتی کیفیت زندگی در زیر بعدهای وضعیت فیزیکی، روانی و در سلامت عمومی و نیروی حیات نسبت به قبل افزایش یافته و این تغییر معنادار است. نتایج این مطالعه نیز حاکی از اثربخش بودن این روش بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیزی باشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۴). در مطالعه‌ای که توسط هوا و همکاران (۲۰۱۷)، تحت عنوان مراقبت مشارکتی برای بهبود توانایی مراقبت از خود، کیفیت زندگی و عملکرد قلبی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب انجام شد، نتایج نشان داد که مراقبت مشارکتی در مقایسه با مراقبت‌های معمول، مراقبت از خود، کیفیت زندگی و عملکرد قلبی بیماران مبتلا به CHF را بهبود بخشید که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۳). در مطالعه‌ای که توسط ریلی و همکاران (۲۰۱۳)، تحت عنوان مداخله اثربخشی رویکردهای مراقبت مشارکتی در مقایسه با مراقبت‌های استاندارد جهت بهبود مراقبت‌های جسمی و یا روانی افراد مبتلا به بیماری روانی شدید انجام شد نتایج نشان داد که مراقبت مشارکتی، پذیرش روانپزشکی را در دو سال در مقایسه با مراقبت‌های استاندارد کاهش داده است. در گروه مراقبت استاندارد، مراقبت‌های مشارکتی در سه سال پیگیری، مؤلفه سلامت روان از کیفیت زندگی را به طور قابل توجهی بهبود بخشید که با نتایج حاصل از پژوهش همخوانی دارد (۳۹).

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه با تنش‌های گوناگون جسمی، روانی (اختلال در نقش، خستگی، ضعف، کاهش فعالیت‌های روزمره) رو به رو می‌باشند که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این بیماران اگر برای تأمین سلامت نسبی خود تحت درمان با همودیالیز هم قرار گیرند فقدان یا ازدست دادن شغل، درآمد، عدم امنیت اجتماعی، اختلال در برنامه ریزی برای آینده از دست دادن موقعیت خانوادگی از دست دادن آزادی به دلیل وابستگی به ماشین همودیالیز و زمان صرف شده جهت انجام همودیالیز از عوامل تنش‌زایی هستند که باعث تغییر بیشتر شیوه زندگی آنان می‌شود (۴۰).

مدل مراقبت مشارکتی می‌تواند مداخله‌ای سودمند در جهت ارتقاء سلامت روانی بیماران دیالیزی باشد، بیماری مزمن کلیه و درمان آن، تنیدگی‌های زیادی را به بیماران تحمیل می‌کند، درک این عوامل به وسیله بیمار، به تیم درمان

این روش، شاید بتوان به عنوان مکمل مناسبی برای دارو درمانی برای بیماران همودیالیزی مورد استفاده قرار بگیرد. اجرای مراقبت‌ها بر اساس تئوری‌های پرستاری به لحاظ جامعیت می‌تواند منجر به نتایج اثربخش در ابعاد جسمی و روانی گردد. با توجه به نتایج مطالعه مذکور مبنی بر به‌کارگیری مراقبت مشارکتی در افزایش بهزیستی روان شناختی به نظر می‌رسد بتوان از اثرات سودمند این الگو در کنترل بهتر بیماران همودیالیزی بهره برد. همچنین این مطالعه نشان می‌دهد پیگیری مراقبت‌های بیماران به وسیله پرستار تأثیر مثبتی بر کنترل بهتر بیماری دارد.

پژوهش حاضر بر روی بیماران همودیالیزی انجام شد و به علت کرونا و پایین بودن سطح ایمنی این بیماران و همچنین مزمین بودن بیماری شرکت کنندگان جلسات مراقبت مشارکتی با رعایت پروتکل‌های بهداشتی باید انجام می‌شد که این موضوع تاحدی بحث آموزش جلسات به صورت گروه‌های چند نفره را با محدودیت مواجه نمود و پیشنهادات جهت پژوهش‌های بعدی، بررسی تأثیر این مدل بر دو بعد روابط مثبت با دیگران و پذیرش خود در بیماران همودیالیز. از آنجایی که در این پژوهش، این مدل بر دو بعد پذیرش خود و روابط مثبت با دیگران در بیماران همودیالیز تأثیر نداشت.

بررسی تأثیر این مدل در بهزیستی روان شناختی سایر بیماری‌های مزمین با توجه به شیوع فراوانی اختلالات روان شناختی در بیماری‌های مزمین. مدل مراقبت مشارکتی برای اولین بار بود که بر روی بهزیستی روان شناختی بیماران همودیالیزی انجام شد، هدفش ارزیابی تأثیر مداخله مراقبت مشارکتی مستقیماً روی بهزیستی روان شناختی بوده در همین زمینه پیشنهاد می‌شود تأثیر مدل مراقبت مشارکتی از طریق تأثیر بر متغیرهای میانجی با رسم الگوریتم و conceptual map مربوطه، تأثیر متغیرهای میانجی چون تعهد، کنترل، مبارزه‌جویی، مساعدت و حمایت اجتماعی و امید... و در نهایت، بررسی تأثیر مدل مراقبت مشارکتی با مشارکت سایر اعضای تیم بهداشتی روان پزشکی - روانشناس - تغذیه - مددکار - فیزیوتراپیست، مطالعات آتی انجام شود.

کاربرد عملی یافته‌ها

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که اجرای مدل مراقبت مشارکتی باعث ارتقاء بهزیستی روان شناختی بیماران همودیالیزی بیمارستان امام رضا (ع) گردید. مدیران پرستاری

کمک می‌کند و بیماران را قادر می‌سازد تا دیدگاهی مثبت نسبت به زندگی و سلامتی داشته باشند، از آنجایی که بسیاری از بیماران توانایی ارزیابی کامل را ندارند، لذا لازم است پرستاران و تیم درمان نقش کلیدی در این رابطه را داشته باشند (۱۴). مشارکت دادن بیمار در برنامه‌های درمانی و تصمیم‌گیری می‌تواند در ارائه بهتر خدمات سلامتی مؤثر باشد (۱۵)، اما با این وجود، ذکر این نکته مهم است که پژوهش‌های اندکی در خصوص بهزیستی روان شناختی بیماران همودیالیزی انجام شده است و نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد تا تأثیر جنبه‌های مختلف این روش مشخص گردد. از نتایج مطالعات مختلف می‌توان استنباط نمود که دلایل کافی در خصوص انجام پژوهش‌های بیشتر در حوزه‌های بهزیستی روان شناختی وجود دارد که امید است در پژوهش‌های آینده به این مسئله توجه شود. همچنین مطالعات اندکی در زمینه ی مدل مراقبت مشارکتی بر روی بیماران به ویژه بیماران همودیالیزی صورت گرفته است که امید است در پژوهش‌های آتی به این مهم توجه لازم شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تأثیر اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر بهزیستی روان شناختی بیماران همودیالیزی بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان آمل انجام گرفت، اجرای مدل مراقبت مشارکتی باعث ارتقاء بهزیستی روان شناختی بیماران همودیالیزی بیمارستان امام رضا (ع) گردید. بیماران پس از شرکت در جلسات آموزشی مراقبت مشارکتی، ارتقاء رشد شخصی، هدفمند بودن در زندگی، تسلط بر محیط و خود مختاری را نشان دادند.

تغییر در میزان ارتقاء رشد شخصی، هدفمند بودن در زندگی، تسلط بر محیط و خود مختاری سبب شد تا افراد گروه مداخله پس از شرکت در جلسات مراقبت مشارکتی، افزایش بهزیستی روان شناختی را نشان داده و در مقابل، در گروه شاهد نیز قبل و بعد از انجام مداخله از نظر میانگین بهزیستی روان شناختی اختلاف معناداری وجود نداشت. برطبق نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان بیان کرد که استفاده از مراقبت مشارکتی به عنوان یک مداخله ی مؤثر پرستاری می‌تواند باعث افزایش بهزیستی روان شناختی بیماران همودیالیزی شود و با توجه به سادگی، کم بودن تعداد جلسات نسبت به سایر درمان‌های شناختی و کم هزینه بودن

سیاسگزاری

این مقاله حاصل از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد رشته روان پرستاری دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی می‌باشد و بدین گونه مراتب تقدیر و تشکر از دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی به عمل می‌آید. همچنین از کلیه بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند و از کارکنان بیمارستان امام رضا (ع) شهر آمل نهایت قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ گونه تعارض منافی ندارد.

References

1. Högerle BA, Kohli N, Habibi-Parker K, Lyster H, Reed A, Carby M, et al. Challenging immunosuppression treatment in lung transplant recipients with kidney failure. *Transpl Immunol*. 2016; 35:18-22. <https://doi.org/10.1016/j.trim.2016.02.002>
2. Monfared A, Khosravi M, Orang poor R, Moosavian Roshan zamir S, Aghajani Nargesi D. Reasons of Chronic Renal Failure in Hemodialysis Patients in Guilan Province, *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2003; 12(46):76-83. [Persian].
3. Brunner LS, Smeltzer SCOC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins*; 2010.
4. Ghavidel F, Mohammadzadeh S, Pirasteh H, Alavi Majd H. Effect assessment of applying the partnership care model on quality of life in hemodialysis patients referring to Be'sat Hospital of Iri Air Force, *EbnesinA*. 2009; 12(2):22-7. [Persian].
5. Khodabakhshi Koolae A NA, Baiati Z, Rahmatizadeh M. J. Effectiveness of supportive psychotherapy on quality of life in patients with type2 diabetes *Diabetes NursPersian*. 2015 ;3(3): 31-41. [Persian].
6. Shkurti E, Shtiza D. Mental Characteristics of Hemodialysis Patients 2014. <https://doi.org/10.5901/jesr.2014.v4n1p143>
7. Aghanwa HS, Morakinyo O. Psychiatric complications of hemodialysis at a kidney center in Nigeria. *Journal of*

با تکیه بر نتایج تحقیق حاضر می‌توانند در برنامه ریزی جهت بکارگیری روش‌های گوناگون آموزش از این مدل به عنوان روش آموزشی در بخش‌های بالینی البته با ورود پزشکان خود استفاده کنند.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، نکات اخلاقی طبق پروتکل‌های اخلاقی کدهای اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی رعایت و کد اخلاق دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی به شماره R.USWR.REC.1399.175 انجام شد. همچنین، فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش توسط همه شرکت کنندگان امضا شد.

- psychosomatic research. 1997; 42(5): 445-51. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00360-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00360-1)
8. Kouidi E. Health-related quality of life in end-stage renal disease patients: the effects of renal rehabilitation. *Clinical nephrology*. 2004; 61 Suppl 1: S60-71.
9. Noorbala A A, Bagheri Yazdi S A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M R. Mental Health Status of Individuals Fifteen Years and Older in Tehran-Iran (2009). *IJPCP*. 2011; 16 (4) :479-483. [Persian].
10. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. *Iran J Crit Care Nurs*. 2010; 2(4): 153-6. [Persian].
11. Afshar. R, Ghaedi. Gh, Sanavi. S, Davati. A, Rajabpour. A. (2010). Depression and related factors in patients undergoing conventional maintenance hemodialysis, *Daneshvar Medicine*, 17(88), 59. magiran.com/p820891. [Persian].
12. Hedayati S, Robert DM, Toto DW, Morris JR. Prevalence of major depressive episode in CKD. *Am J Kidney Dis*. 2009; 54(3): 424-32. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2009.03.017>
13. Rahimi A, Ahamadi F, Gholiaf M. Effects of applying Continuous Care Model (CCM) on stress, anxiety and depression in hemodialysis patients. *J Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 2007; 4(30):353-9. [Persian].
14. Shafipour V, Jafari H, Shafipour Ljkmj. Relation of Quality of Life And Stress Intensity in Hemodialysis Patients. 2009; 14(3): 155-160. [Persian].

15. Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN, et al. Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial. *Jama*. 2009; 301(12): 1242-52. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.377>
16. Sunderji N, Ion A, Zhu A, Perivolaris A, Rodie D, Mulsant BH. Challenges in conducting research on collaborative mental health care: a qualitative study. 2019;7(2): E405-E14. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20180172>
17. Farhad L, Brazparandjani S, Latifi SM, Chahkhoei M, Khalili A, Paymard A, et al. The Effect of Collaborative Care model on the Fatigue in Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis: A Randomized Clinical Trial. *Qom Univ Med Sci J*. 2016;10(8):71-9. [Persian].
18. KhoushNevis Ma, Javadinasab M, Ghaneei M, Hosseini Sya, Karimi Zarchi Aa, Ebadi A, et Al. Effect of Using Collaborative Care Model on Life Quality of Chemical Injuries With Chronic Bronchiolitis. 2009;2(2): 47-50. [Persian].
19. Rezapour P, Shahriari M, Moieni M, Sanei H. Evaluation of the effect of collaborative care on depression, anxiety and stress of patients after coronary angioplasty. *Iranian Journal Of Medical - Surgical Nursing*. 2016; 5(2): 59-66. [Persian].
20. Zareiyan A. Exploratory analysis of factors influencing client education in NAJA Vali-e-Asr hospital: a cross-sectional study. *Journal of Police Medicine*. 2013; 2(3): 151-8. [Persian].
21. Sultani A, Hadavi M, Heydari S, Shahabinezhad M. Barriers to patient education based on the viewpoints of nurses and nurse managers in hospitals of Rafsanjan University of Medical Sciences, 2008. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2013; 12(4): 309-18. [Persian].
22. Dehghani A, Orang M, Abdollahi Fs, Parvianian Na, Vejdani M. Barriers to patient education in clinical care; viewpoints of nurses. 2014. [Persian].
23. Mardanian DL, Salahshorian A, Mohammad Aj, Hosseini F. Nurses' perception of Patient Teaching, Enhancing And Inhibiting Factors. 2005. [Persian].
24. Mirzaei-Alavijeh M, Jalilian F, Karami-Matin B, Hosseini S, Jouybari T, Mahboubi M, et al. Patient education in nursing: Investigation the role of individual and organizational barriers. *Research Journal of Applied Sciences*. 2016; 11(8): 704-8. [Persian].
25. Ghorbani R, Soleimani M, Zeinali M-R, Davaji M. Iranian nurses and nursing students' attitudes on barriers and facilitators to patient education: A survey study. *Nurse education in practice*. 2014; 14(5): 551-6. [Persian]. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.06.003>
26. Rostami H, Montazam S, Ghahremanian A. Survey of education barriers from nurses and patients viewpoint. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2010;18(1):50-60. [Persian].
27. Taghizadeganzadeh M, Ravanipour M, Jahanpour F, Sobhanian S, Motamed N. Barriers to educating the elderly patients from the perspectives of the nurses in the hospital of Bushehr University of Medical Sciences in 2014. *Community Health Journal*. 2014;7(4):37-44. [Persian].
28. Arian M MH, TabatabaeiChehr M, Tayebi V, Gazerani A. J .: The comparison between motivational factors and barriers to patient education based on the viewpoints of nurses and nurse managers. *Nurs Educ*. 2015; 4(3): 66-77. [Persian].
29. Kotwani A, Chhabra SK, Tayal V, Vijayan VK. Quality of asthma management in an urban community in Delhi, India. *Indian J Med Res*. 2012; 135(2): 184-92.
30. Lashkari F, Brazparandjani S, Latifi SM, Chahkhoei M, Khalili A, Paymard A, et al. The effect of collaborative care model on the fatigue in patients undergoing maintenance hemodialysis: A randomized clinical trial. 2016. [Persian].
31. Belsher BE, Evatt DP, Liu X, Freed MC, Engel CC, Beech EH, et al. Collaborative Care for Depression and Posttraumatic Stress Disorder: Evaluation of Collaborative Care Fidelity on Symptom Trajectories and Outcomes. *J Gen Intern Med*. 2018; 33(7): 1124-30. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4451-5>
32. Zinati F, Khashaninia Z, Rahgoi A, Rezasoltani P, Babamahmodi F. The effect of partnership caring model on quality of life of adolescents with major thalassemia. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2016; 2(2): 57-67. [Persian].
33. Hua C, Huang Y, Su Y, Bu J, Tao H. Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with

- chronic heart failure. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2017; 50(11). <https://doi.org/10.1590/1414-431x20176355>
34. Ryff. C. D. Keyes. C. L. M Shomtkin .D. Optimal Well-Being: Empirical Encounter of Two Traditional. Journal of Personality and Social Psychology. 2002; (62) 6. 1007-1022. [Persian]. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
35. Bayani. A.S., Ashoor. M. K, Bayani. A. (2008). Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales, Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology, 14(2), 146. magiran.com/p548416. [Persian].
36. Michaeli Manee, F. (2010). The Study of Ryff Psychological Well-being Scale Factorial Structure between Urmia University Students. Journal of Modern Psychological Researches, 5(18), 143-165. [Persian].
37. Zamani. S, Bahrainian. S, Ashrafi. S. Impresment Spiritual Intelligence on the Quality of life and Psychological well being among the elderly living nursing home in bandar abbas. Iranian Journal of Geriatric Nursing. 2015; 1(4): 82-94. [Persian].
38. Tabarsy B, Ghiyasvandian S, Moslemi Meheni S, Mohammadzadeh Zarankesh S. Evaluation of the Effectiveness of Collaborative Care Model on the Quality of Life and Metabolic Indexes in Patients with Type 2 Diabetes. J Educ Community Health. 2018;5(1):4-12. [Persian]. <https://doi.org/10.21859/jech.5.1.4>
39. Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009531.pub2>
40. Combes, G., Allen, K., Sein, K., Girling, A., & Lilford, R. Taking hospital treatments home: a mixed methods case study looking at the barriers and success factors for home dialysis treatment and the influence of a target on uptake rates. Implementation Science, (2015); 10(1): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0344-8>