

بررسی رابطه خودپنداره با ابعاد وضعیت سلامت در بیماران تحت درمان با همودیالیز در

بیمارستانهای منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید

بهشتی در سال ۱۳۸۳

دکتر فریده یغمایی^{۱*}، علی فلفلی^۲، نادره فوست^۳، دکتر حمید علوی مجد^۴

چکیده

سابقه و هدف: بیماری مزمن کلیوی ابعاد مختلف بالینی، روانی - اجتماعی و اقتصادی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سلامت به عنوان مهمترین هدف درمان مطرح بوده و تلاشها بر بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران استوار است. سلامت مفهومی است که هر فرد با توجه به معیارهای خود آن را تعریف می‌کند. این مفهوم تحت تأثیر عوامل جسمی، روانی و اجتماعی مختلفی قرار دارد. بنابراین در ارزیابی وضعیت سلامت، باید نگرش بیمار به خود در نظر گرفته شود. این نگرش مفهوم روان‌شناسی - اجتماعی - پرستاری به نام خودپنداره است. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه خودپنداره با ابعاد وضعیت سلامت در بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۳ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی همبستگی، ۱۵۳ بیمار تحت درمان با همودیالیز شرکت داشتند. نمونه‌های پژوهش در محدوده سنی ۶۵-۱۵ سال قرار داشتند، سابقه پیوند کلیه نداشتند و حداقل یک سال و در طول هفته سه بار همودیالیز می‌شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ای بود شامل سه بخش اطلاعات جمعیت شناختی، خودپنداره و وضعیت سلامت که اعتبار آن به وسیله اعتبار محتوایی و پایایی آن با روش همسانی درونی و آزمون مجدد تعیین گردید.

یافته‌ها: از ۱۵۳ بیمار تحت درمان با همودیالیز در این پژوهش ۸۱ نفر مرد و ۷۲ نفر زن بودند. این بیماران در محدوده سنی ۶۵-۱۵ سال با میانگین سنی ۴۷ سال قرار داشتند. اکثر آنها متأهل (۶۲/۷٪) و دارای تحصیلات دیپلم (۴۱/۲٪) بودند. بیشتر آنها بیکار (۳۹/۲٪) و زنان خانه‌دار (۳۷/۹٪) بودند. همچنین ۳۵/۹ درصد آنان طول مدت درمان با همودیالیز بین ۵-۲ سال داشتند. کمترین میانگین در بین ابعاد وضعیت سلامت مربوط به بعد جسمی (۳۵/۸٪) بود. وضعیت سلامت روانی (۳۶/۹٪)، اقتصادی (۴۳/۱٪)، اجتماعی (۴۷/۲٪) و دارو و درمان (۵۴٪) در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند. اکثر نمونه‌ها (۴۶/۴٪) امتیاز ضعیفی از وضعیت سلامت کسب نمودند. میانگین درصد امتیاز کسب شده از وضعیت سلامت در بین نمونه‌ها ۴۲/۱۹ با انحراف معیار ۱۲/۰۴ بود. اکثر نمونه‌ها دارای خودپنداره خنثی (۴۵/۸٪) و منفی (۴۱/۸٪) بودند. خودپنداره با ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی وضعیت سلامت رابطه معنی‌داری داشت و همبستگی آن با ابعاد جسمی و روانی از دیگر جنبه‌ها بیشتر بود. اما با بعد دارو و درمان ارتباط معنی‌داری را نشان نداد. همچنین خودپنداره با وضعیت سلامت کلی همبستگی قوی (۰/۷۳) را نشان داد (P < ۰/۰۱). وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت شغلی و درآمد با وضعیت سلامت رابطه معنی‌داری داشت ولی، بین جنس، سن و طول مدت درمان با وضعیت سلامت رابطه معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: وجود همبستگی بین خودپنداره و وضعیت سلامت نشان می‌دهد که نوع نگرش بیماران به خود در تصور آنها از سلامت و داشتن یک زندگی مولد است. بنابراین، علاوه بر اختلالات جسمی ناشی از نارسایی مزمن کلیه و همودیالیز، ساختار روانی و محیط اجتماعی بیماران می‌تواند در انگیزش و امید به زندگی آنها تأثیر بگذارد.

* نویسنده مسؤول: استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. نمابر: ۲۲۲۵۹۴۲۹، آدرس برای مکاتبه: تهران، خیابان شریعی، جنب بیمارستان کودکان

مفید، دانشکده پرستاری و مامایی E-mail: farideh_Y2002@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴. استادیار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه

امروزه با افزایش امید به زندگی، بیماری‌های مزمن به عنوان مشکل اساسی بهداشتی مطرح شده‌اند. افراد مبتلا به این بیماریها ناچارند نقش خود را از یک فرد معمولی با یک زندگی طبیعی به فردی با نقش بیمار دائمی تبدیل کنند و همواره تحت نظر گروههای درمانی باشند. بیماری نارسایی مزمن کلیوی نیز از جمله بیماری‌های مزمن است که باعث می‌شود فرد به خاطر وضعیت سلامت و بیماری و درمان آن پیوسته نقش یک بیمار را در زندگی ایفا کند (۱-۳).

همودیالیز شایع‌ترین روش درمانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی است. این روش درمان قطعی نارسایی کلیوی نیست و فقط نشانه‌های بیماری را در حد تقریباً مطلوبی کنترل می‌کند. همودیالیز به طور مرتب و هر هفته دو تا سه بار انجام می‌شود و بیمار مادام‌العمر به آن وابسته است. این روش درمانی اگرچه امروزه به شکل کاملاً پیشرفته و بی‌خطر در آمده است، ولی فشار جسمی، روانی و اجتماعی مضاعفی را به بیمار وارد می‌کند.

نارسایی مزمن کلیه اثرات متقابلی بر روی شرایط جسمی، روانی و وضعیت عملکرد افراد دارد که سبب انواع محرومیت‌ها و تغییر شیوه زندگی می‌شود. مشکلات مالی، عدم اشتغال، محدودیت در مصرف مایعات و رژیم غذایی، تغییر در وظایف و نقش‌های خانوادگی و کاهش توانایی در رسیدن به اهداف طولانی مدت زندگی از آن جمله است (۴ و ۵). وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مفاهیمی هستند که در بیماران نارسایی مزمن کلیوی و تحت درمان با همودیالیز بسیار مورد توجه بوده است و پژوهشگران مختلفی از دیدگاه‌های متفاوت به آن پرداخته‌اند. مطالعات کیفیت زندگی و وضعیت سلامت راههای جامع و دقیقی برای گسترش اجتماعی اطلاعات در خصوص بیماری‌ها و تأثیر درمان‌ها فراهم می‌کنند. همچنین استفاده از بررسی‌های کیفیت زندگی در فعالیتهای بالینی می‌تواند به بهبود عملکرد بالینی به وسیله پیشنهاد تغییر در درمان و عوامل طولانی کننده زندگی کمک کند (۶). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است لذا باید از زوایای مختلف بررسی شود. سنجش کیفیت زندگی در طیف وسیعی از تصمیم‌گیری‌ها، چه از نظر اجتماعی و چه از نظر پزشکی و بالینی حایز اهمیت است. یکی از مفاهیمی که در بیماران تحت درمان با همودیالیز به شدت مخدوش می‌شود، خودپنداره است. خودپنداره جزئی از شناخت آگاهانه است که درک

دانش، ارزش‌ها و احساسات فرد درباره خودش را در بر می‌گیرد و شامل چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی، و زیستی است (۷ و ۸). این مفهوم که یکی از مفاهیم عمیق روان‌شناسی اجتماعی است و در نوع نگرش بیمار نسبت به سلامت، روابط با دیگران، امید به زندگی و قابلیت سازگاری بسیار تأثیر گذار است. خودپنداره را می‌توان به عنوان شاخصی قابل توجه در تغییراتی ناشی از بیماری‌های مزمن در نظر گرفت. همچنین خودپنداره می‌تواند به عنوان عامل تعیین کننده مهم در کیفیت زندگی ارزیابی شود (۹).

بنابراین نارسایی مزمن کلیوی از یک سو با پایین آوردن کیفیت زندگی خودپنداره را تخریب می‌کند و از سوی دیگر به طور مستقیم با مخدوش کردن خودپنداره، اثر منفی بر کیفیت زندگی می‌گذارد (۸). کیفیت زندگی سلامت مدار مفهومی بسیار گسترده است و از جنبه‌های مختلفی تأثیر می‌پذیرد و خودپنداره تنها به عنوان یک عامل که با کیفیت زندگی در تقابل دوطرفه است، قابل ارزیابی است. این که فرد تنها مرجع معتبر برای ارزیابی وضعیت سلامت خود است، روز به روز مورد توجه پژوهشگران قرار می‌گیرد است. کیفیت زندگی برپایه تجربه زندگی فرد قرار دارد و اساساً بر مبنای ارزیابی شخصی از تجارب زندگی خود قابل بررسی است. قضاوت شخصی بدین جهت عامل تعیین کننده‌ای است که افراد مختلف برای چیزهای متفاوتی ارزش قایل‌اند. در نتیجه ناتوانی خاص که برای فردی ادامه زندگی را غیر ممکن می‌سازد، از نظر فرد دیگر تنها به عنوان یک ناراحتی قلمداد می‌شود. لذا هیچ تعریف واحدی از کیفیت زندگی که تحت شرایط مشخصی توسط تمامی افراد به یکسان تجربه شود، وجود ندارد.

بنابر مطالب بالا بیماری مزمن کلیوی اختلال گسترده‌ای تلقی می‌شود که بیمار را در همه ابعاد تحت تأثیر قرار می‌دهد. مشکلات روانی - اجتماعی نیز به علت طبیعت این بیماری نقش مخرب زیادی در زندگی فرد دارند. سلامت به عنوان مهمترین هدف درمانی در این بیماران مطرح است و تلاشها بر بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران استوار بوده است.

سلامت یک مفهوم پویاست و عوامل زیادی بر آن تأثیر می‌کنند که در هر یک از تعاریف متعدد سلامت، بر بعضی از آنها تأکید شده است. در ارزیابی وضعیت سلامت نیز مفاهیم زیادی مورد بررسی

مبتنی بر هدف استفاده شد و نمونه‌ها بر اساس شرایط و مشخصات واحدهای مورد پژوهش انتخاب شدند.

ابزار مورد استفاده جهت جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای شامل سه بخش بود. بخش اول شامل پرسش‌هایی درباره مشخصات فردی افراد بود. بخش دوم شامل پرسشنامه خودپنداره بود. جهت طراحی آن از منابع موجود در زمینه طیف مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بیماران همودیالیزی، خودپنداره و عزت نفس در بیماران دیالیزی استفاده شد. همچنین چند ابزار مشهور و شناخته شده خودپنداره به کار گرفته شد. این ابزارها شامل، پرسشنامه خودپنداره راجرز (۱۹۷۴)، پرسشنامه خودپنداره بزرگسالان (ASSCI) پرسشنامه خودپنداره هاریسون، پرسشنامه خودپنداره بک، پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت و پرسشنامه عزت نفس آیزینگ هستند. این ابزارها بارها در نقاط مختلف جهان استفاده شده‌اند و اعتبار و پایایی آنها تأیید شده است. در ایران نیز این ابزارها به فارسی ترجمه شده است و اعتبار و پایایی آنها بر روی گروه‌های مختلفی بغیر از بیماران دیالیزی سنجیده شده است. به همین دلیل با توجه به ویژگی بیماران دیالیزی در ایران، جهت بهتر سنجیدن ویژگی مورد نظر در این دسته از بیماران، ترکیبی از ابزارهای فوق استفاده گردید. پرسشنامه طراحی شده شامل ۶۶ سؤال و دارای چهار بخش جسمی - ظاهری، ویژگی‌های فردی، خانوادگی - اجتماعی و اقتصادی - شغلی است و خودپنداره براساس امتیازات کسب شده به صورت کاملاً مثبت، مثبت، خنثی، منفی و کاملاً منفی طبقه‌بندی می‌شود. بخش سوم شامل پرسشنامه وضعیت سلامت بود. برای تهیه این پرسشنامه از منابع موجود در زمینه اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی بیماران تحت درمان با همودیالیز و چند ابزار مشهور از جمله SF-۳۶، KDQOLS و SQLI استفاده شد. این ابزار شامل ۴۵ عبارت است که در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و دارو و درمان تنظیم شده است.

برای تعیین اعتبار ابزار مورد استفاده در این پژوهش اعتبار محتوایی و اعتبار صوری مورد بررسی قرار گرفت. برای تعیین پایایی از دو روش همسانی درونی و آزمون مجدد استفاده شد. همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ برای ابزار بررسی وضعیت سلامت ۰/۸۹ و برای ابزار بررسی خودپنداره ۰/۹۱ به دست آمد. ضریب همبستگی پیرسون نیز در روش آزمون مجدد برای ابزار بررسی وضعیت سلامت ۰/۸۹ و برای ابزار بررسی خودپنداره ۰/۹۲ به دست آمده است. اطلاعات با مراجعه به بخش‌های مورد نظر در تمامی شیفت‌ها و دادن توضیحات لازم برای بیماران،

قرار می‌گیرد که فراگیرترین و پذیرفته‌ترین آنها کیفیت زندگی است. اخیراً استفاده از اصطلاح کیفیت زندگی سلامت مدار در متون علمی رواج یافته است که تأثیر کیفیت زندگی را بر سلامت آشکارتر می‌کند. سلامت مفهومی است که از دیدگاه شخص تعریف می‌شود و هر فردی با توجه به معیارهای خود آن را تعریف می‌کند. این تعریف شخصی نیز تحت تأثیر عوامل جسمی، روانی و اجتماعی مختلفی قرار دارد. هم در فرد سالم و هم در فرد بیمار خود هسته اصلی وضعیت سلامت است. نوسان خودپنداره بین سلامت و بیماری باعث تغییر در تعریف از سلامت از سوی بیمار می‌شود. نقشی که هم اکنون بیمار ایفا می‌کند و تغییرات آن نسبت به قبل از بیماری، تغییرات بدنی و ظاهری و اختلال در عزت نفس از این دسته‌اند که همگی زیر مجموعه‌های خودپنداره‌اند.

پس برای ارزیابی صحیح از وضعیت سلامت باید نگرش بیمار به خود در نظر گرفته شود. این نگرش در قالب مفهوم روان‌شناسی - اجتماعی به نام خودپنداره بررسی می‌شود. باید توجه کرد که بیمار از ابتدا بیمار نبوده، بلکه فردی با تجربیات، آرمان‌ها، معیارها و ارزشهای خاص یک فرد سالم بوده است. با وقوع بیماری، خودپنداره فرد به میزان زیادی تخریب شده است. شناخت امروز او از خود مجموعه‌ای از ارزش‌ها و آرمان‌های دیروز به اضافه محدودیت‌ها و تغییرات امروز است. این پژوهش با هدف تعیین همبستگی میان خودپنداره با وضعیت سلامت در بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی همبستگی است که در آن همبستگی خودپنداره با ابعاد وضعیت سلامت در بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش بیماران تحت درمان با همودیالیز دارای شرایط زیر شرکت داده شدند: حداقل سن آنها ۱۵ سال و حداکثر سن ۶۵ سال بود. سابقه پیوند کلیه نداشتند. بیماران حداقل یک سال به طور مداوم تحت درمان با همودیالیز بودند. هر یک در طول هر هفته سه بار تحت درمان با همودیالیز قرار می‌گرفتند. از نظر وضعیت جسمانی قادر به پاسخگویی به سؤالات بوده به زبان فارسی مسلط و دارای سواد خواندن و نوشتن بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری

نشان می‌دهد که خودپنداره با ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی وضعیت سلامت رابطه معنی داری داشت و همبستگی آن با ابعاد جسمی و روانی از دیگر جنبه‌ها بیشتر بود. اما با بعد دارو و درمان ارتباط معنی داری را نشان نداد. همچنین خودپنداره با وضعیت سلامت کلی همبستگی قوی ($r=0/73$) را نشان داد ($P<0/01$). وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت شغلی و درآمد با وضعیت سلامت رابطه معنی داری نشان دادند. در حالی که بین جنس، سن و طول مدت درمان با وضعیت سلامت رابطه معنی داری مشاهده نشد.

بحث

این پژوهش وضعیت سلامت را در کنار خودپنداره به عنوان مفهومی که به نوع نگرش بیماران نسبت به خود از جنبه‌های مختلف می‌پردازد، در بیماران دیالیزی مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که کمترین میانگین در بین ابعاد وضعیت سلامت از آن بعد جسمی بود. اسکافی (۲) و دیازباکیو (۳) در پژوهش خود این گونه مطرح کردند که اکثر نمونه‌ها امتیاز ضعیفی از وضعیت سلامت خود کسب کردند. وضعیت سلامت روانی، اقتصادی، اجتماعی و دارو و درمان در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند. این بدان معناست که

جمع‌آوری شد. داده‌های حاصل از این پژوهش به کمک ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در بین ۱۵۳ بیمار تحت درمان با همودیالیز که در این پژوهش شرکت داشتند ۸۱ نفر مرد و ۷۲ نفر زن بودند. این بیماران در محدوده سنی ۶۵-۱۵ سال قرار داشتند (میانگین سنی ۴۷ سال)، اکثر آنها متأهل (۶۲/۷٪) و دارای تحصیلات دیپلم (۴۱/۲٪) بودند. بیشتر آنها را افراد بیکار (۳۹/۲٪) و زنان خانه‌دار (۳۷/۹٪) تشکیل می‌دادند. همچنین در ۳۵/۹ درصد آنان طول مدت درمان با همودیالیز بین ۲-۵ سال بود. میانگین و انحراف معیار امتیاز وضعیت کلی سلامت $21/20 \pm 74/72$ درصد به دست آمد. میانگین، انحراف معیار بخش جسمی $39/39 \pm 35/8$ ، بخش روانی $75/67 \pm 36/9$ ، بخش اجتماعی $97/5 \pm 47/2$ ، بخش اقتصادی $70/2 \pm 43/1$ و بخش دارو و درمان $89/5 \pm 54/5$ درصد محاسبه شد. اکثر نمونه‌ها (۶۷/۴٪) امتیاز ضعیفی از وضعیت سلامت کسب نمودند و تنها ۶/۵ درصد از نمونه‌ها امتیاز خوب و ۱/۳ درصد آنها امتیاز بسیار خوب کسب کردند. میانگین درصد امتیاز کسب شده از وضعیت سلامت در بین نمونه‌ها ۴۲/۱۹ با انحراف معیار ۱۲/۰۴ بود.

جدول ضرایب همبستگی خودپنداره با ابعاد وضعیت سلامت

وضعیت سلامت کلی	ابعاد وضعیت سلامت				
	جسمی	روانی	اجتماعی	اقتصادی	دارو و درمان
خودپنداره	۰/۷۳*	۰/۶۶*	۰/۲۵*	۰/۳۰*	۰/۱۲
جسمی	۱	۰/۶۱*	۰/۲۱*	۰/۱۸*	۰/۰۷
روانی	۰/۶۱*	۱	۰/۲۸*	۰/۲۵*	۰/۰۹
اجتماعی	۰/۲۱*	۰/۲۸*	۱	۰/۱۴	۰/۱۹*
اقتصادی	۰/۱۸*	۰/۲۵*	۰/۱۴	۱	-۰/۰۳
دارو و درمان	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۱۹*	-۰/۰۳	۱
وضعیت سلامت کلی	۰/۷۳*	۰/۷۹*	۰/۵۷*	۰/۴۸*	۰/۳۹*

* $P<0/001$

مشکلات و عوارض جسمی و روانی بیشترین نقش را در ضعف سلامت بیماران تحت درمان با همودیالیز بر عهده دارند. بالا بودن نسبی امتیازات بعد دارو و درمان نشان دهنده این مطلب است که

اکثر نمونه‌ها دارای خودپنداره خنثی (۴۵/۸٪) و منفی (۴۱/۸٪) بودند و تنها ۸/۵ درصد از نمونه‌ها دارای خودپنداره مثبت بودند و هیچ یک از نمونه‌ها در طیف خودپنداره کاملاً مثبت قرار نگرفتند. جدول

دنبال آن موقعیت اجتماعی بهتری می شود که این عوامل در ایجاد سلامت و تداوم خودپنداره مثبت مؤثر است.

یافته‌های پژوهش حاضر رابطه معنی‌دار سلامت را با میزان در آمد نشان داد. این یافته مشابه یافته دونیس و همکاران است (۹). بیماران تحت درمان با همودیالیز، استقلال مالی، جایگاه مناسب در خانواده و انگیزه اقتصادی را از عوامل مهم در افزایش سطح سلامت خود دانستند. بنابراین، می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که وجود همبستگی بین خودپنداره و سطح سلامت نشان می‌دهد که نوع نگرش بیماران به خود در تصور آنها از سلامت و داشتن زندگی مولد تأثیر گذار است. یعنی، علاوه بر اختلالات جسمی ناشی از نارسایی مزمن کلیه و همودیالیز، ساختار روانی و محیط اجتماعی بیماران می‌تواند در انگیزش و امید به زندگی آنها تأثیر بگذارد. این اطلاعات می‌تواند پرستاران را به سوی دیدگاه مراقبتی صحیح تر و کارآمدتری در دو بعد روانی و اجتماعی سوق دهد. انجام مراقبت‌های روان‌پرستاری تخصصی در کنار مراقبت‌های بالینی حین همودیالیز، مشاوره‌های روانشناسی و کمک به بیماران برای شناسایی توانایی‌های خود با وجود بیماری و درمان می‌تواند به بیماران برای سازگاری هر چه بهتر با تغییرات زندگی کمک کند و نگرش منفی آنها نسبت به خود را تعدیل کند. در بعد اجتماعی نیز تشویق بیماران به حضور در جامعه تا حد امکان، ترغیب آنها به ادامه کار و فعالیت با توجه به محدودیت‌های بیماری، آشنا ساختن آنها با بیماران موفق، سعی در ایجاد صمیمیت و تعامل بین بیماران حاضر در بخش همودیالیز از راهکارهای مناسب در این راستاست.

محدودیت‌های پژوهش

روند تطابق بیماران تحت درمان با همودیالیز با شرایط جدید زندگی شامل مراحل مختلفی است که در بیماران متفاوت است و شرایط روانی بیماران و مسایلی که به تازگی برای آنها اتفاق افتاده عواملی بودند که در این تحقیق در نظر گرفته نشدند و می‌توانستند بر پاسخگویی بیماران به سؤالات اثر داشته باشند.

تشکر و قدردانی

از همکاری مسئولین محترم بخش‌های همودیالیز بیمارستان‌های لقمان حکیم، امام حسین، شهدای تجریش و شهید لطفی‌نژاد تهران تشکر و قدردانی می‌شود.

بیماران تقریباً از خدمات بخش‌های همودیالیز راضی بوده و با رعایت رژیم غذایی خاص، تهیه داروها و تحمل عوارض آنها سازگاری قابل قبولی پیدا کرده‌اند.

خودپنداره بیشترین همبستگی را با بعد جسمی وضعیت سلامت داشت. دیالیز تصویر ذهنی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و احساسی ناخوشایند و بیمار گونه از بدن برای بیمار ایجاد می‌کند (۴). براون و پارفری (۵) در این مورد می‌نویسند: کاهش یا فقدان ادرار، محرومیت‌های غذا و مایعات، افزایش یا کاهش وزن و وجود دائمی لوله‌ها باعث اختلال تصویر ذهنی بیمار می‌شود. علاوه بر این، کاهش انرژی جسمی، تغییر در فعالیت جنسی، تغییرات ناشی از اقدامات جراحی، اثرات سوزن، بیماری‌های استخوانی و خستگی مداوم همگی در نگرش بیمار نسبت به خود تأثیر گذارند. در تأیید یافته‌های پژوهش، دونیس و همکاران (۹) نیز در مطالعه خود همبستگی میان خودپنداره و بعد جسمی را معنی‌دار گزارش کردند. یافته‌های آنان نشان داد که اکثر نمونه‌های مورد پژوهش در گروه خودپنداره خنثی قرار داشتند. بیش از یک سوم آنها دارای خود پنداره ضعیف بودند.

بعد روانی بیشترین همبستگی را با خودپنداره نشان داد. در همین رابطه، دونیس و همکاران (۹) نیز بیشترین تأکید را بر رابطه بین بعد روانی سلامت با خودپنداره دارند و بیان می‌کنند هنگامی که فرد تحت تأثیر بیماری مزمن قرار می‌گیرد، تغییرات خودپنداره می‌تواند مشکلات ناشی از بیماری را افزایش یا کاهش دهد. چون احساس فرد نسبت به خود به طور مداوم از تجربیات فرد تأثیر می‌پذیرد و بیشتر تغییرات قابل توجه در نقش‌ها صورت می‌گیرد، خودپنداره در زمانی که این نقش‌ها مختل شوند آسیب پذیر خواهد بود. خود برای بیمار کلیوی در قالب بیماریش، درمان آن و تجربیات او تعریف می‌شود. خودپنداره این بیماران می‌تواند به صورت درجه‌ای از شباهت فرد بیمار کلیوی مزمن در آید. در واقع، می‌توان خودپنداره آنان را به صورت مفهومی متغیر که بین شباهت یا عدم شباهت بیمار کلیوی مزمن در حرکت و نوسان است، بررسی کرد. بیمارانی که خودپنداره آنها به یک بیمار کلیوی مزمن نزدیک تر است، آمادگی بیشتری برای سازگاری با مشکلات دارند. بین سطح سلامت و سن و سطح سلامت و میزان تحصیلات رابطه معنی داری به دست آمد. یافته ریموند و همکاران (۱۰) نشان داد که افزایش سن نمونه‌ها سبب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود. سگال و چپرقلید (۱۱) می‌گویند که داشتن تحصیلات عالی سبب دستیابی به شغل بهتر و به

REFERENCES

1. Curtin BR, Bultman CD. Haemodialysis patients symptom experience effects on physical and mental functioning . Nephrology Nursing Journal. 2002; 29 (6), 562-74.
۲. اسکافی س. بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همو دیالیز در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. پایان نامه کارشناسی ارشد تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۷.
3. Diazbaxo J A. Quality of life evaluation using SF-36: comparison of haemodialysis and peritoneal dialysis patient. American Journal of Kidney Disease. 2000; 32 (2), 293-300.
4. Thomas N. Renal Nursing. 2nd ed. UK. Balliere Tindall Co. 2002; p: 191.
5. Brown E and Parfery P. Complications of long-term Disease. London. Oxford University Press. 1999; pp: 220-1.
6. Stanhope M, Lancaster J. Foundations of Community Health Nursing. USA. Mosby Co. 2002; pp: 84-5.
7. Carson V.B. Mental Health Nursing. 2nd ed. W B Saunders Co. 2000 ; pp: 167-8.
8. King G, Hinds P. Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives. Massachusett. Jones and Bartlett Publishers.1998; pp: 70-2.
9. Devnis G. M. Psychological impact of illness intrusiveness moderated by self-concept and age in end-stage renal disease. Health Psychology. 1997; 16 (6), 529-38.
10. Reymond K. Quality of life in Patient on chronic dialysis: self assessment 3 months after the start of treatment. American Journal of Kidney Disease. 1997; 29 (4) 584-92.
11. Segall A, Chipperfield J.G. Two view of self-rated general health status. Social Science & Medicine. 2002; 56 (2), 203-17.