

ابعاد مدل سازگاری روی در بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کمی - کیفی

پرخیده حسنی^۱، معصومه اطاقي^۲

تاریخ دریافت: 1391/02/28 تاریخ پذیرش: 1391/05/23

چکیده

پیش زمینه و هدف: مدل سازگاری روی در بیماران مراحل انتهایی کلیوی کاربرد دارد. پرستاران نقش مهمی در حمایت از این بیماران جهت سازگاری دارند. هدف کلی این مطالعه در بخش کیفی تبیین پاسخ‌های سازگار و غیر مؤثر بیماران همودیالیزی در ابعاد مدل روی و در بخش کمی مقایسه نمرات سازگاری آنان در اولین دیالیز با زمان حاضر بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه مرکب (کمی - کیفی) بود. طرح کیفی پدیده شناسی توصیفی بود. داده‌ها با ۱۴ بیمار همودیالیزی و نمونه‌گیری هدفمند به اشباع رسید. کدها با روش‌های استروبروت و فاست استخراج و در طرح کمی وارد شده و با آزمون تی زوجی مقایسه شدند. دقت مطالعه با روش لینکلن و گوبا تأیید شد.

یافته‌ها: کل پاسخ‌های بیماران در ابعاد سازگاری ۶۸۰ مورد (۲۳۶ پاسخ سازگار و ۴۴۴ پاسخ غیر مؤثر) بود. پاسخ‌های سازگار و غیر مؤثر در ابعاد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل به ترتیب در ۹، ۵، ۳ و ۲ زیر طبقه قرار گرفتند. نمره سازگاری کلی و نمره سازگاری در ابعاد فیزیولوژیک و ایفای نقش در زمان حاضر نسبت به اولین دیالیز افزایش معنی‌دار داشته ولی در ابعاد درک از خود و وابستگی متقابل معنی‌دار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری: همودیالیز سازگاری کلی بیماران نارسایی مزمن کلیوی را افزایش می‌دهد. در این مطالعه بر ابعاد فیزیولوژیک و ایفای نقش مؤثر بوده ولی بر ابعاد درک از خود و وابستگی متقابل تأثیری نداشت. تدابیر پرستاری جهت سازگاری در این ابعاد ضروری است.

کلیدواژه‌ها: مدل سازگاری روی، همودیالیز، مطالعه مرکب

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره پنجم، پی در پی 40، آذر و دی 1391، ص 610-620

آدرس مکاتبه: تهران، ابتدای نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۸۸۶۵۵۳۶۹

Email: masoome_otaghi@yahoo.com

مقدمه

درک از خود شامل خود جسمی، خود شخصی و خود بین

فردی است. بعد ایفای نقش مربوط به رفتارهایی است که

جامعه از فرد انتظار دارد و به سه نوع نقش اولیه، نقش ثانویه و

نقش ثالثیه اشاره دارد. بعد وابستگی متقابل به صورت توانایی

دوست داشتن، احترام گذاشتن و دریافت عشق، احترام و ارزش

توصیف می‌شود و به رفتارهای احساسی و عاطفی توجه

می‌شود (۱).

بعد فیزیولوژیک نه زیر بعد دارد: اکسیژناسیون، تغذیه،

به اعتقاد روی، سازگاری در چهار بعد فیزیولوژیک، درک

از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل صورت می‌گیرد. زمانی

که سازگاری مؤثر باشد، پاسخ‌ها مؤثر (سازگارانه) هستند و

زمانی که سازگاری مثبت نباشد، پاسخ‌ها غیرمؤثرند و فرد نیاز

به مراقبت پرستاری دارد. بعد فیزیولوژیک عمدتاً مسئول حفظ

تعادل فیزیولوژیک درباره نیازهای اساسی نظیر فعالیت و

استراحت، تغذیه، دفع، اکسیژن‌رسانی و محافظت است. بعد

^۱ استادیار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دفع، فعالیت و استراحت، محافظت، احساس، مایعات، الکترولیت و تعادل اسید- باز، عملکرد عصب‌شناختی و عملکرد آندوکراین. بعد درک از خود از بعد درک از خود/ هویت گروهی شامل دو زیر بعد است: خود فیزیکی (حس بدنی، تصور بدنی) و خود شخصی (خود ثابت، خود آرمانی، خود اخلاقی - معنوی). جزء «هویت گروهی» از بعد درک از خود/ هویت گروهی شامل چهار زیر بعد است: روابط بین فردی، تصور از خود گروهی، محیط اجتماعی و فرهنگ گروهی. بعد ایفای نقش شامل ۷ زیر بعد است: نقش اولیه، نقش ثانویه، نقش ثالثیه، رفتار ابزاری، رفتار صریح، ایفای نقش و نقش‌های یکپارچه کننده، بعد وابستگی متقابل شامل سه زیر بعد برای افراد و گروه‌ها است: کفایت عاطفی، کفایت تکاملی و کفایت منبع؛ دو زیر بعد برای افراد: دیگران مهم و سیستم‌های حمایتی و سه زیر بعد برای گروه‌ها: بستر، زیر ساختار و منابع (۲).

سودمندی مدل سازگاری روی در پژوهش، آموزش، مدیریت و عملکرد پرستاری به خوبی اثبات شده است. این مدل در بیماران کلیوی در مراحل انتهایی^۱ نیز به کار رفته است (۲). نارسایی مزمن کلیوی^۲ به نقص غیر قابل برگشت عملکرد کلیه گفته می‌شود که در نهایت به مرحله انتهایی بیماری کلیوی منتهی شده و نیازمند یکی از درمان‌های جایگزین کلیه شامل دیالیز یا پیوند کلیه است (۳). آمارها نشان می‌دهند که رشد جهانی مرحله انتهایی بیماری کلیوی تقریباً ۸ درصد بوده و در حال افزایش است (۴،۵) که در ایران طی ۵ سال گذشته بیشتر بوده و حدود ۱۱ الی ۱۲ درصد بوده است (۳،۵).

پرستاران نقش مهمی در حمایت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن جهت سازگاری دارند. در بیماران مرحله انتهایی نارسایی مزمن کلیوی، علیرغم پیشرفت‌های پزشکی، بار روانی -

اجتماعی شدیدی بر بیماران و خانواده‌های آن‌ها وارد می‌شود و باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها در مقایسه با افراد سالم می‌شود. در این بیماران میزان‌های افسردگی و اضطراب بین ۲۰ تا ۳۰ درصد است که در بیماران همودیالیزی تا ۴۰ درصد افزایش می‌یابد. مطالعات دیگر نشان دهنده عوامل مرتبط با برآیندهای بهبود هستند: باورهای مثبت، خوش بینی، کنترل روانی - اجتماعی و حمایت اجتماعی (۶). در مطالعه دیگری با یک طرح کیفی پدیدارشناسی به توصیف تجارب زنده ۵ بیمار مبتلا به ESRD در مورد درمان‌های همودیالیز پرداخته شد. مضمون کلی «پذیرش» و سه زیر مضمون چشم‌انداز مثبت، زندگی خانوادگی و مشارکت در مراقبت یافت شدند. این مطالعه مدل سازگاری روی را حمایت می‌کند (۷). کروگر^۳ در مطالعه خود تحت عنوان «تجارب بیماران همودیالیز و پرستاران آن‌ها» دریافت که انتقال، مشکلات مالی، حمایت خانوادگی، افسردگی و اضطراب به عنوان موانعی در این بیماران عمل می‌کنند (۸). در مطالعه اسمال^۴ تحت عنوان «تجارب کیفیت زندگی از دیدگاه بیماران نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان همودیالیز» ۴ مضمون از داده‌ها پدیدار شد: محدودیت‌های مالی، از دست دادن استقلال و فعالیت‌های اختیاری، محدودیت در روابط و احساس تغییرات فیزیولوژیکی قابل توجه و ضعف (۹).

در ایران نیز مطالعات زیادی بر روی بیماران همودیالیزی انجام شده است. مطالعه توصیفی مدانلو و همکاران بر روی ۱۲۹ بیمار همودیالیزی نشان داد که ۳۷ درصد آنان از افسردگی خفیف و متوسط و ۳۱ درصد از افسردگی شدید و بیش از حد رنج می‌برند (۱۰). براز و همکاران در مطالعه‌ای نیمه تجربی بر روی ۳۲ بیمار همودیالیزی، با اجرای یک مداخله آموزشی کاهش معنی‌دار مشکلاتی همانند بالا بودن اوره، کراتینین، اسید اوریک، فسفر،

³ Krueger

⁴ Small

¹ End- Stage Renal Disease (ESRD)

² Chronic Renal Failure (CRF)

پتاسیم، اضافه وزن بین دو جلسه دیالیز، فشار خون سیستولی و دیاستولی، ادم، خارش پوست، مشکلات موضعی مسیر عروق خونی و افزایش کیفیت زندگی را نشان دادند (۱۱). یغمایی و همکاران در پژوهشی توصیفی همبستگی بر روی ۱۵۳ بیمار همودیالیزی دریافتند اکثر نمونه‌ها دارای درک از خود خنثی (۴۶ درصد) و منفی (۴۲ درصد) بودند (۱۲). عسکری و همکاران در مطالعه‌ای کیفی بر روی درک بیماران نارسایی مزمن کلیه از منابع حمایتی در سازگاری با دیالیز و با روش تحلیل محتوی از داده‌های ۱۶ بیمار همودیالیزی شش مضمون را استخراج کرد: ما شدن با خانواده، اعتماد و امیدواری آگاهانه به پزشک، همدلی و پاسخگویی همدلانه پرستاران، روحیه گرفتن از بیماران سازگار شده و پیوند شده، حس ارزشمندی با همراهی دوستان و دلگرمی و رضایت از سازمان‌های دولتی (۱۳).

این مطالعه در دو بخش کیفی و کمی بر روی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی (ره) ایلام انجام شده و با درک تجارب این بیماران در مورد همودیالیز به بررسی ابعاد سازگاری طبق مدل روی پرداخته و پاسخ‌های سازگار و غیرمؤثر در چهار بعد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل تعیین شده است. هدف کلی مطالعه در بخش کیفی تبیین پاسخ‌های سازگار و غیر مؤثر بیماران همودیالیزی در ابعاد مدل روی و هدف کلی مطالعه در بخش کمی مقایسه نمرات سازگاری بیماران همودیالیزی در اولین دیالیز با زمان حاضر بوده است.

مواد و روش‌ها

طرح کیفی این پژوهش از نوع پدیدارشناسی توصیفی بود. شرکت کنندگان در این پژوهش بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی (ره) ایلام بودند که با توجه به تجربه همودیالیز در آن‌ها، پدیده سازگاری و چهار مفهوم آن

(ابعاد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل) بررسی شدند. تعداد شرکت کنندگان با اشباع داده‌ها به ۱۴ نفر رسید. پژوهشگر پس از نمونه‌گیری هدفمند و برقراری ارتباط با آن‌ها، یک‌بار قبل از مصاحبه با آنان ملاقات نموده و برای جلسات مصاحبه آماده نمود و به سؤالات مقدماتی شرکت کنندگان پاسخ داد. در طی مصاحبه با رعایت ملاحظات اخلاقی و بدون هدایت بحث با سؤالات روشن کننده، به شرکت کنندگان کمک نمود تا تجارب خود را توصیف کنند. سؤالات باز مصاحبه در این پژوهش در جهت بررسی وضعیت فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل در اولین دیالیز و در زمان حاضر (زمان پژوهش) بودند.

با استفاده از روش‌های مصاحبه باز، ضبط گفته‌ها و نوشتن عینی اظهارات و نیز با تهیه دست نوشته‌ها و انجام مصاحبه مجدد به جمع آوری داده‌های کیفی پرداخته شد. بلافاصله پس از مصاحبه، فوراً به اظهارات ضبط شده گوش داده و از معنی دار بودن آن‌ها اطمینان حاصل شد. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از هم جدا نبوده و با شروع جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل هم صورت گرفت. جدا کردن عقاید و فرضیات خود از داده‌های خام در طول مدت پژوهش و یادداشت‌های روزانه جهت تسهیل فرایند تحلیل صورت گرفت. به دنبال جمع‌آوری داده‌ها و مکتوب کردن گفته‌های شرکت کنندگان، پژوهشگر همزمان با مطالعه دست‌نوشته‌ها به نوار ضبط شده نیز گوش داد تا صحت داده‌ها تعیین شود.

راهکار تحلیل داده‌ها در این مطالعه تحلیل محتوای مرکب کیفی و کمی از پاسخ‌های شرکت کنندگان به سؤالات باز پاسخ مصاحبه بود. از روش استروبرت جهت تحلیل کیفی (۱۴) و از روش فاست جهت تحلیل کمی استفاده شد (۱۵). در این مطالعه کلمات، عبارات یا جملاتی که به پاسخ‌های بیماران همودیالیزی به سؤالات مصاحبه اشاره داشتند، در چهار بعد سازگاری مدل روی (فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل)

طبقه‌بندی شدند. طبق مدل روی، پاسخ‌ها به صورت سازگار و یا غیرمؤثر طبقه‌بندی شدند و سپس بر روی تعداد کل پاسخ‌ها در هر یک ابعاد، تحلیل‌های کمی صورت گرفت (مانند محاسبه نمره سازگاری کلی و مقایسه نمرات سازگاری بیماران همودیالیزی در اولین دیالیز با زمان حاضر). نمره گذاری با روش فاست صورت گرفت (۱۵). بدین صورت که نمرات سازگاری از ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته می‌شود که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سازگاری بیشتر است. نمره سازگاری کلی از تقسیم تعداد کل پاسخ‌های سازگار به تعداد کل پاسخ‌ها (پاسخ‌های سازگار و غیر مؤثر) در چهار بعد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل ضرب در صد محاسبه می‌شود. نمره سازگاری در هر بعد مدل روی نیز از تقسیم تعداد کل پاسخ‌های سازگار به کل پاسخ‌ها در آن بعد (پاسخ‌های سازگار و غیر مؤثر) ضرب در صد محاسبه می‌شود. طرح کمی مطالعه به منظور مقایسه اختلاف میانگین نمرات سازگاری در اولین دیالیز با زمان حاضر بوده که از نرم افزار آماری SPSS15 و آمار توصیفی و استنباطی (تی زوجی) جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

جهت افزایش دقت مطالعه کیفی، از روش‌های پیشنهادی لینکلن و گوبا جهت اعتبار، قابلیت تأیید، قابلیت انتقال و وابستگی استفاده شد (۱۴). جهت اعتبار داده‌ها^۱ یا اطمینان از صحت یافته‌ها، با استفاده از کنترل مفاهیم به دست آمده با شرکت کنندگان و اطمینان از نظر آن‌ها در مورد مفهوم استخراج شده، شرکت طولانی مدت در محیط پژوهش و تخصیص زمان کافی جهت جمع آوری اطلاعات و تعلیق افکار پژوهشگر انجام شد. قابلیت تأیید^۲ داده‌ها با ثبت مداوم و کمک گرفتن از یک ناظر خارجی^۳ جهت تأیید استخراج یافته‌ها انجام شد. قابلیت انتقال^۴

¹ Credibility

² Conformability

³ External Check

⁴ transferability

داده‌ها با پرداختن به شباهت‌ها با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و پیدا کردن معانی که جهان شمول‌ترند، به انجام رسید. برای وابستگی^۵ از عین گفته‌های شرکت‌کنندگان به عنوان شاهد استفاده شده و توسط آن‌ها کنترل صحت یافته‌ها تأیید شد و از یک ناظر خارجی برای صحت گذاشتن به یافته‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها

مشخصات نمونه‌های پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول شماره (۱): مشخصات نمونه‌های پژوهش

مشخصات	میانگین
جنسیت	۸ زن (۵۷ درصد) ۶ مرد (۴۳ درصد)
میانگین سن	۵۵/۹ (بین ۳۰-۷۰ سال)
سابقه دیالیز	۲/۴ سال
تحصیلات	۸ بی‌سواد (۵۷/۱ درصد) ۲ ابتدایی (۱۴/۳ درصد) ۲ دیپلم (۱۴/۳ درصد) ۱ کاردان (۷/۱۵ درصد) ۱ کارشناس (۷/۱۵ درصد)
شغل	۷ خانه دار (۵۰ درصد) ۳ بیکار (۱۴/۴۳ درصد) ۳ بازنشسته (۱۴/۴۳ درصد) ۱ کارمند (۷/۱۶ درصد)
شغل قبلی	۵ نفر (۳۶ درصد) ۱ کارگر ۱ کشاورز ۱ نانوا ۱ نیروی انتظامی ۱ تأمین اجتماعی
وضعیت تأهل	۱۲ متأهل (۸۵/۷ درصد) ۱ مجرد (۷/۱۵ درصد) ۱ بیوه (۷/۱۵ درصد)

⁵ interdependency

میانگین تعداد فرزندان	۵/۱ (بین ۲-۱۰ نفر)
تعداد دیالیز در هفته	۲/۵ (بین ۱-۳ بار در هفته)

تعداد کل پاسخ‌های بیماران در ابعاد سازگاری ۶۸۰ مورد بود که شامل ۲۳۶ پاسخ سازگار و ۴۴۴ پاسخ غیر مؤثر بود (جدول ۲).

جدول شماره (۲): جمع بندی تعداد پاسخ‌های بیماران در ابعاد سازگاری

پاسخ	فیزیولوژیک	درک از خود	ایفای نقش	وابستگی متقابل	کل
سازگار	۷۶	۵۲	۳۰	۷۸	۲۳۶
غیر مؤثر	-	-	-	-	۴۴۴
کل	۳۷۵	۱۳۱	۶۱	۱۱۳	۶۸۰

انجام کارها، ناتوانی در حرکت، کاهش فعالیت‌ها، فرسودگی جسمی، پوکی استخوان، شکستگی مهره‌های کمر (غیر مؤثر)

محافظت: ماندگاری فیستول، چکاپ قلب، رفع خارش (سازگار)؛ وجود فیستول در اندام، تعویض مکرر فیستول، شکنندگی عروق، پس زدن پیوند کلیه، عفونت ویروسی، خارش، پتشی، پوسته ریزی، خشکی پوست، جوش‌های زیر پوستی، حساسیت، تب و لرز، بستری شدن مکرر در بیمارستان، عدم رعایت رژیم دارویی (غیر مؤثر)

حواس: بینایی مطلوب، شنوایی خوب، بهبود وضعیت شنوایی (سازگار)؛ مشکلات بینایی، نابینایی، خونریزی چشم، تاری دید، مشکلات شنوایی، احساس عطش، داغی زبان، داغ شدن زیر پاها، اختلالات حسی، گزگز اندام‌ها، گزگز کلیه‌ها، جانباز بودن از ناحیه دست راست (غیر مؤثر)

آب و الکترولیت‌ها: فشار خون طبیعی، کنترل فشار خون (سازگار)؛ فشار خون بالا، افت فشار خون بعد از دیالیز، نوسان فشار خون، بی ثباتی فیزیولوژیک، عدم رعایت محدودیت‌های مصرف مایعات، از بین رفتن ویتامین‌های بدن، کم خونی، ادم اندام‌ها، ادم بدن (غیر مؤثر)

نرولولژیک: اریانتاسیون (سازگار)؛ درد، سردرد، درد اندام‌ها، درد چشم، درد پشت، درد استخوان، کمردرد، درد پا، درد شانه‌ها، درد عضلات، خشکی گردن، مصرف داروهای خواب آور، عصبی بودن، بی‌حوصلگی، فراموشی، سکتة خفیف، بی‌حسی اندام‌ها، عدم

در تحلیل بخش کیفی، پاسخ‌های بیماران در دو طبقه کلی سازگار و غیر مؤثر طبقه بندی شدند. پاسخ‌های بیماران در بعد فیزیولوژیک در ۹ زیر طبقه به شرح زیر طبقه بندی شدند:

اکسیژناسیون: وضعیت ریوی خوب، قلب سالم (سازگار)؛ ناراحتی قلبی، تپش قلب، سینوزیت، سرفه، عفونت گلو، رال ریه‌ها، تنگی نفس، نیاز به اکسیژن (غیر مؤثر)

تغذیه: اشتها خوب، رعایت رژیم غذایی، کارکرد طبیعی گوارشی، رفع استفراغ، بهبود اشتها (سازگار)؛ کم اشتها، بی‌اشتهایی، نفخ شکم، اضافه وزن، ناراحتی معده، تاول دهان و درد به واسطه دندان مصنوعی، تهوع، استفراغ، سوزش معده، مشکلات دندان و لثه، یبوست، کاهش وزن (غیر مؤثر)

دفع: رفع نفرت، رفع عفونت کلیه، رفع سوزش ادرار، رفع تکرر ادرار، رفع عفونت ادراری، رفع ادرار بدون مشکل (سازگار)؛ درد کلیه، تکرر ادرار، اوره و کراتینین بالا، پروتئینوری، لیگوری، نفرت، عفونت کلیوی، ناراحتی مثانه، سوزش ادرار، سنگ کلیه، کوچک شدن کلیه، برداشتن یک کلیه، کیست کلیه، همآچوری، آنوری، عفونت ادراری (غیر مؤثر)

فعالیت و استراحت: خواب طبیعی، خواب راحت، توانایی راه رفتن، تحرک نسبی، توان حرکتی، پیاده روی، رعایت محدودیت‌های فعالیتی، بهبود وضعیت جسمی (سازگار)؛ بی‌خوابی، خستگی، بی‌حالی، بی‌حرکتی، کم حرکتی، محدودیت حرکتی به واسطه دیالیز، ناتوانی در بلند شدن، ناتوانی در راه رفتن، ناتوانی در

پاسخ‌های بیماران در بعد ایفای نقش در ۳ زیر طبقه به شرح زیر طبقه بندی شدند:

نقش اولیه (زن، مرد): ایفای نقش خوب، استقلال، توانایی رانندگی، توانایی خرید، کمک به دیگران، انجام دادن کارهای سبک (سازگار)؛ ناتوانی در انجام کارهای شخصی، ناتوانی در انجام فعالیت‌های سابق، ناتوانی در ادامه تحصیل، ناتوانی در مطالعه، شکست‌ها (غیر مؤثر)

نقش ثانویه (همسر، والد، خواهر، برادر، شغل): نقش همسری خوب، نقش والدی خوب، حمایت همسر، حمایت فرزند، ایفای نقش‌های خانوادگی، رضایت از ایفای نقش والدی، حمایت از همکاران، تداوم کار، جبران ساعات کاری از دست رفته به واسطه دیالیز، سازگاری با نقش شغلی (سازگار)؛ ناتوانی در ایفای نقش‌های شغلی، همسری، والدی و خواهر برادری، شکست در نقش‌های شغلی (غیر مؤثر)

نقش ثالثیه (بیماری): سازگار شدن با بیماری (سازگار)؛ عدم تحمل بیماری و پیامدهای آن (غیر مؤثر)

پاسخ‌های بیماران در بعد وابستگی متقابل در ۲ زیر طبقه به شرح زیر طبقه بندی شدند:

سایرین مهم: پذیرش واقعیت، پذیرش واقعیت از طرف سایرین، سازگاری خانواده، ارتباط خوب با همسر، ارتباطات خوب خانوادگی، ارتباط خوب با خویشان، روحیه دادن به خانواده، امید دادن به دیگران، روحیه داشتن، شوخی با دیگران، همدلی با دیگران، هدایت خانواده، راهنمایی دیگران، کمک به دیگران، دوست داشتن اعضای خانواده، حمایت عاطفی خانواده، صمیمیت با اعضای خانواده، صفا در خانواده، توقع نداشتن از سایرین، توجه به نیازهای دیگران، ارزش گذاری در ارتباطات، صمیمیت با همسایه‌ها، صحبت کردن با اعضای خانواده، صحبت کردن با دوستان، رفت و آمد با خویشان، عدم مقایسه خود با دیگران، عدم چشم و هم چشمی، شرکت در تفریحات و میهمانی، شرکت در

تعادل، سرگیجه، خواب آلودگی، بی‌هوشی، بی‌حسی دست راست، بی‌قراری، اسپاسم عضلانی، خواب آلودگی بعد از دیالیز، بی‌حالی بعد از دیالیز، ضعف و بی‌حالی (غیر مؤثر)

آندوکراین: دیابت، یرقان، گواتر (غیر مؤثر)

پاسخ‌های بیماران در بعد درک از خود در ۵ زیر طبقه به شرح زیر طبقه‌بندی شدند:

خود جسمی: پذیرش جسم خود، عادت کردن به محدودیت‌ها (سازگار)؛ احساس تفاوت داشتن با سایرین، عدم رعایت محدودیت‌ها، خسته شدن از محدودیت‌ها، سخت دیدن دیالیز، بی‌نظم دیدن بدن، ضعیف دیدن بدن، احساس نقص جسمی (غیر مؤثر)

خود شخصی: خوب بودن با دیالیز، کنترل احساس عصبانیت، آرام شدن، پذیرش واقعیت، پذیرش تدریجی واقعیت، احساس استقلال، روحیه داشتن، شوخی کردن، همراهی با سایرین، امیدواری، صبر و تحمل، مثبت نگری، همدلی، شعر گفتن، آواز خواندن، سعی در شاد بودن (سازگار)؛ ناامیدی، عصبانیت، ناراحتی، درماندگی، نگرانی، ترس، ناباوری، گریه کردن، احساس وابستگی، شناخت ناکافی، ناآگاهی، عدم پذیرش واقعیت، احساس بدبختی، احساس عجز، عصبی شدن، بی‌قراری، وسواس، خود خوری (غیر مؤثر)

خود ایده آل: الگو برداری از صبر پدر، سؤالات فلسفی در جهت مثبت (سازگار)؛ سؤالات فلسفی در جهت منفی، حسرت سلامتی، حسرت گذشته، اذیت شدن دیگران (غیر مؤثر)

خود معنوی: دعا، نذر، رضا به تقدیر، امید به خدا، توکل به خدا، رابطه خوب با خدا، زیارت، پذیرش خود معنوی، درک از خود معنوی، رضایت از خدا (سازگار)؛ انتظار مرگ، احساس گناه، ناتوانی در انجام فرائض دینی (غیر مؤثر)

خود اخلاقی: پذیرش خود اخلاقی، درک از خود اخلاقی، عدم تأثیر دیالیز در رد ارزش‌های اخلاقی (سازگار)

مراسم ختم، شاد شدن از دیدار فرزندان، سعی در رفع سوء تفاهم‌ها (سازگار)؛ عدم پذیرش واقعیت از طرف دیگران، ناباوری سایرین، کم شدن صمیمیت‌ها، انزوا طلبی، کاهش ارتباط به واسطه شرم از بدحالی، تنهایی، اثر بر روان همسر، قطع ارتباط با برخی خویشان، عصبی بودن، ارتباط کم با دیگران، نارضایتی از دیگران، توقع از دیگران، بد اخلاقی با اطرافیان، احساس طرد شدن، ناتوانی در برقراری ارتباط، عدم حضور والدین، عدم تحمل خانواده، وابستگی شدید به خانواده، ناراحتی خانواده، نگرانی و دلهره در مسافرت‌ها، ناتوانی در سر زدن به خویشان، برخوردهای

غلط دیگران، دوری جغرافیایی از نزدیکان (غیر مؤثر)

سیستم‌های حمایتی: حمایت بیمارستان، حمایت خانواده، حمایت و مساعدت فرزندان، حمایت و مساعدت خویشان، حمایت ارگان‌ها و سازمان‌های امدادی (سازگار)؛ عدم حمایت مالی، وجود فشار اقتصادی (غیر مؤثر)

جدول ۳ تحلیل بخش کمی مطالعه را نشان می‌دهد که نمرات سازگاری در چهار بعد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و وابستگی متقابل و نیز نمره سازگاری کلی در اولین دیالیز با زمان حاضر مقایسه شده‌اند.

جدول شماره (۳): مقایسه نمرات سازگاری در اولین دیالیز با زمان حاضر با استفاده از آزمون تی زوجی

p-value	زمان حاضر		اولین دیالیز		زمان دیالیز
	انحراف معیار میانگین	میانگین	انحراف معیار میانگین	میانگین	ابعاد سازگاری
* ۰/۰۰۴	۹/۵	۴۱/۵۱	۳/۳۲	۷/۲۱	فیزیولوژیک
۰/۰۹۰	۹/۹۵	۳۸/۶۱	۸/۹۹	۱۹/۲۹	درک از خود
* ۰/۰۰۵	۱۰/۰۲	۶۳/۹۳	۸/۴۶	۱۷/۸۶	ایفای نقش
۰/۱۸۴	۲/۱۸	۶۳/۹۳	۹/۲	۸۲/۱۴	وابستگی متقابل
* ۰/۰۰۱	۶/۷۷	۴۶/۲۱	۹/۷	۱۶/۲۵	سازگاری کلی

توجه: علامت * نشان دهنده معنی‌داری آماری با در نظر گرفتن خطای ۵ درصد است.

در مقایسه اولین دیالیز با زمان حاضر، میانگین نمره سازگاری در بعد فیزیولوژیک از ۷/۲۱ به ۴۱/۵۱ رسیده و افزایش معنی‌دار ($p=0/004$) داشته، در بعد درک از خود از ۱۹/۲۹ به ۳۸/۶۱ رسیده و افزایش یافته ولی اختلاف میانگین‌ها معنی‌دار نبوده، در بعد ایفای نقش از ۱۷/۸۶ به ۶۳/۹۳ رسیده و افزایش معنی‌دار ($p=0/005$) داشته و در بعد وابستگی متقابل از ۸۲/۱۴ به ۶۳/۹۳ کاهش یافته ولی معنی‌دار نبوده است. میانگین نمره سازگاری کلی از ۱۶/۲۵ در اولین دیالیز به ۴۶/۲۱ در زمان حاضر رسیده است که اختلاف آن‌ها با $p=0/001$ معنی‌دار بوده است.

نمره سازگاری کلی در زمان حاضر نسبت به اولین دیالیز افزایش معنی‌دار داشته است. همچنین نمره سازگاری بیماران همودیالیزی در زمان حاضر نسبت به اولین دیالیز در ابعاد فیزیولوژیک و ایفای نقش افزایش معنی‌دار داشته است ولی در ابعاد درک از خود و وابستگی متقابل معنی‌دار نبوده است. تدابیر پرستاری جهت سازگاری در این ابعاد ضروری است. مطالعات بسیاری یافته‌های کیفی این مطالعه را تأیید می‌کنند که به نمونه‌هایی اشاره می‌شود: بعد فیزیولوژیک: پاسخ‌های بیماران در این بعد در ۹ زیر طبقه به صورت سازگار یا غیر مؤثر طبقه بندی شدند. مک کارتی و همکاران در مطالعه‌ای کیفی از پرستاران کلیوی به عوارض نارسایی مزمن کلیوی نظیر بالا بودن سطوح اوره و کراتینین، نقص در توانایی‌های شناختی، مشکلات حافظه، محدودیت انرژی، خستگی، مشکلات تغذیه‌ای و تنفسی و... اشاره دارند (۱۶). کروگر

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های بخش کیفی در قالب کدهای استخراجی در ابعاد مدل سازگاری روی بیان شدند. یافته‌های بخش کمی نشان داد که

در مطالعه‌ای کیفی از تجارب بیماران همودیالیزی و پرستاران آن‌ها به مشکلات فیزیولوژیکی بیماران نظیر ناراحتی، افت فشار خون، تهوع، استفراغ، کرامپ‌های عضلانی، سر دردها، از دست دادن قوام عضلانی و تغییر در رنگ پوست اشاره می‌نماید (۸). همچنین یکی از مضمون‌های حاصل از مطالعه کیفی اسمال^۱ در مورد تجارب کیفیت زندگی بیماران نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز، احساس تغییرات فیزیولوژیک قابل توجه و ضعف^۲ بود که با دو الگوی تغییرات فیزیولوژیک دراماتیک به واسطه ناتوانی بیمار در حفظ تعادل مایعات و تجارب ضعف مشخص می‌شود. وی بیان می‌کند که برخی از عوارض انواع مختلف ناراحتی‌های جسمی که غالباً به صورت «ضعف» نام گذاری می‌شوند، ناشی از نارسایی مزمن کلیوی است و برخی دیگر ناشی از درمان این بیماری است (۹). لی^۳ و همکاران نیز در مطالعه کیفی خود تحت عنوان «تجربه خستگی بیماران همودیالیز در تایوان» با هدف توسعه درک نظری از خستگی به بررسی پرداختند. یافته‌ها مشخص کرد که خستگی مفهومی چند بعدی است و بعد اول خستگی جسمی شامل چهار مضمون خستگی عادی، تجربه نشانه‌های اورمیک، رنج بردن از اختلالات خواب و ناکافی بودن انرژی جسمی بود (۱۷).

بعد درک از خود: پاسخ‌های بیماران در این بعد در پنج زیر طبقه به صورت سازگار یا غیر مؤثر طبقه بندی شدند. لین و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان «پدیدارشناسی تصمیم‌گیری در مورد همودیالیز در میان تایوانی‌ها» به توصیف تجربه انتخاب‌های همودیالیزی در بین تایوانی‌های مبتلا به بیماری کلیوی مرحله آخر (ESRD) پرداخت. نتایج تحلیل داده‌ها، سه طبقه وسیع و ده مضمون را آشکار کرد. طبقه اول، رویارویی با درمان دیالیز شامل چهار مضمون است: ترس ایجاد شده با عقاید

غلط، یک احساس خطر برای زندگی، نگرانی در مورد نقص درک از خود و ترس از محدودیت‌های فیزیکی. طبقه دوم، جستجوی بیشتر اطلاعات شامل سه مضمون است: نظر خواستن از اعضای خانواده، جستجوی اطلاعات حرفه‌ای و جستجوی درمان‌های دیگر. طبقه سوم، زندگی کردن با دیالیز شامل سه مضمون است: بدتر شدن نشانه‌ها، حمایت خانوادگی و قانون علیت (۱۸). تی جرینا در مطالعه خود تحت عنوان «عوامل روانی- اجتماعی مؤثر بر پیگیری درمان همودیالیز در زنان مکزیکی- آمریکایی» به مطالعه پدیدارشناسی و اثرات روانی- اجتماعی بر روی رفتار عدم پیگیری درمان در بیماران همودیالیزی پرداخت. فقر، تاریخچه درمان طولانی‌تر، وضعیت مهاجرت، فقدان‌های هویتی درک شده و اختلال عملکرد خانوادگی به عنوان عواملی پدیدار شدند که به عدم پیگیری درمان در میان این نمونه هدفمند اثر داشتند (۱۹). در مطالعه لی و همکاران بعد دوم خستگی روانی شامل سه مضمون بیزاری از درمان طولانی مدت، افسردگی درک شده و احساس فرسودگی بود (۸).

بعد ایفای نقش: پاسخ‌های بیماران در این بعد در سه زیر طبقه به صورت سازگار یا غیر مؤثر طبقه بندی شدند. مطالعه براز و همکاران تأثیر آموزش را در ایفای نقش فیزیکی به عنوان یکی از هشت بعد کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی نشان داده است (۱۱). مطالعه طیبی و همکاران نشان دهنده محدودیت در ایفای نقش عاطفی در بیماران همودیالیزی بوده است که در مقایسه با بیماران پیوند کلیه اختلاف معنی‌داری نداشته است (۲۰). مطالعه کیفی اسمال در مورد تجارب کیفیت زندگی بیماران نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز یک الگوی استرس مربوط به کار را نشان داد که به بیان ایشان می‌تواند مربوط به ایفای نقش غیر مؤثر باشد. چرا که نقش‌ها مجموعه‌ای از الگوهای رفتاری مورد انتظار اجتماعی هستند که همه افراد در سراسر دوره زندگی‌شان آن‌ها را محقق می‌سازند. بیماران همودیالیزی به علت پیامدهای

¹ Small

¹ Weakness

³ Lee

تغییرات سلامتی نمی‌توانند همیشه ایفای نقش مؤثری نشان دهند، بنابراین استرس نقش و شکست‌های نقشی را تجربه می‌کنند (۹).

بعد وابستگی متقابل: پاسخ‌های بیماران در این بعد در دو زیر طبقه به صورت سازگار یا غیر مؤثر طبقه بندی شدند. توجه به اینکه بیماران همودیالیزی برای رویارویی با مشکلات و پیامدهای نارسایی مزمن کلیوی از منابع حمایتی مختلفی استفاده می‌نمایند، یافته‌های این مطالعه تا حدودی با یافته‌های مطالعه کیفی عسکری در ۶ مضمون ما شدن با خانواده، اعتماد و امیدواری آگاهانه به پزشک، همدلی و پاسخگویی همدلانه پرستاران، روحیه گرفتن از بیماران سازگار شده و پیوند شده، حس ارزشمندی با همراهی دوستان و دلگرمی و رضایت از سازمان‌های دولتی هم‌خوانی دارد (۱۳).

یافته‌های بخش کمی نشان دادند که نمره سازگاری کلی در زمان حاضر نسبت به اولین دیالیز افزایش معنی‌دار داشته است که با در نظر گرفتن همودیالیز به عنوان تنها راه درمانی کاهش دهنده مشکلات و پیامدهای ناشی از نارسایی مزمن کلیوی قابل توجیه است. همچنین نمره سازگاری بیماران همودیالیزی در زمان حاضر نسبت به اولین دیالیز در ابعاد فیزیولوژیک و ایفای نقش افزایش معنی‌دار داشته است. بهبود وضعیت فیزیولوژیکی با همودیالیز قابل انتظار است. مطالعات اسمال (۹) و طیبی و همکاران (۲۰) ایفای نقش غیر مؤثر را در بیماران همودیالیزی نشان می‌دهند، اما برخی مطالعات اشاره دارند که علیرغم وجود نارسایی مزمن کلیوی و مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی متعاقب آن که محدودیت در ایفای نقش را ایجاد می‌کند، برخی خصوصیات فردی بیماران می‌تواند باعث ایفای نقش مؤثر شود. به عنوان نمونه نازاریو و توراتو بیان می‌کنند علیرغم خطرات بارداری در دیالیز نباید فراموش شود که زنانی وجود دارند که مصمم به داشتن بچه بوده‌اند و به واسطه عقاید مذهبی شان مبنی بر اینکه خداوند

بچه‌ها و خودشان را از صدمات حفظ می‌کند، در ایفای نقش مادری موفق بوده‌اند (۲۱). رامبد و همکاران در مطالعه خود به تأثیر خود کار آمدی در بیماران همودیالیزی و عوامل وابسته به آن پرداخته‌اند که در بهبود ایفای نقش نیز مؤثر است (۲۲). رحیمیان و همکاران به تأثیر روش‌های مقابله‌ای با عوامل تنیدگی آور در بیماران همودیالیزی اشاره داشته‌اند که می‌تواند روش زندگی، وضعیت خانوادگی، موقعیت‌های شغلی و اجتماعی را دست‌خوش تغییر نماید (۴).

نتایج کمی این مطالعه نشان داد که اختلاف نمره سازگاری بیماران همودیالیزی در زمان حاضر نسبت به اولین دیالیز در ابعاد درک از خود و وابستگی متقابل معنی‌دار نبوده است. در مطالعه یغمایی و همکاران اکثر نمونه‌ها دارای درک از خود خنثی و منفی بودند. ایشان با توجه به وجود همبستگی بین درک از خود و وضعیت سلامت در بیماران همودیالیزی، ایشان نتیجه گرفتند که علاوه بر اختلالات جسمی ناشی از نارسایی مزمن کلیوی و همودیالیز، ساختار روانی و محیط اجتماعی این بیماران نیز می‌تواند در انگیزش و امید به زندگی آن‌ها اثر بگذارد (۱۲). در مورد بعد وابستگی متقابل می‌توان اشاره کرد که با توجه به اینکه تجربه بیماری نارسایی مزمن کلیوی یک مفهوم چند بعدی است که متأثر از فرایند بیماری و ویژگی‌های فردی است، درک بیماران از منابع حمایتی نیز چند بعدی است (۱۳) و بنابراین عوامل بسیاری غیر از همودیالیز می‌تواند بر سازگاری در بعد وابستگی متقابل آن‌ها تأثیر گذار باشد.

تقدیر و تشکر

از بیماران همودیالیزی شرکت کننده در این پژوهش که بدون بیانات پرارزش آن‌ها انجام این پژوهش امکان پذیر نبود؛ مسئولین و پرسنل بخش همودیالیز مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی (ره) ایلام که در جهت تسهیل انجام این پژوهش همکاری داشتند؛

ارسال مستنداتی در خصوص پژوهش کیفی مساعدت نمودند و آقای اکبر درویشی، کارشناس حشره شناسی پزشکی که به عنوان ناظر خارجی در این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

خانم دکتر فاست، مدرس کالج پرستاری و علوم سلامت دانشگاه ماساچوست که با ارائه روش تحلیل کیفی - کمی و نامه‌های الکترونیکی به هدایت پژوهش یاری رساندند؛ آقای دکتر افراسیابی فر، ریاست دانشکده پرستاری و مامایی یاسوج که با

References:

1. Shahsavari Isfahani S, Payravi H. Nursing Theories and their Application. Tehran: Boshra Publishers; 2008. P. 117-28.
2. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2nd Ed. Philadelphia: F A Davis Company; 2006. P. 364-37.
3. Raiesifar A, Torabpur M, Mohsenizad P. Causes of chronic renal failure in hemodialysis patients of Abadan. Iran J Crit Care Nurs 2010; 2(4): 157-160.
4. Rahemian B, Nasiri M, Shamsalinia E, Sadghi N, Sorosh A. Quality of life, stressor factors and coping Strategies in hemodialysis patients. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2009; 6(4): 170-7. (Persian)
5. Asgari MR, Mohammadi E, Fallahi Khoshknab M, Tamadon M. The perception of chronic renal failure patients from advocacy resources in adjustment with hemodialysis: A qualitative study. Iran J Crit Care Nurs 2011; 3(4): 133-42.
6. Mitchell A, Farrand P, James H, Luke R, Purtell R, Wyatt K. Patients' experience of transition onto haemodialysis: a qualitative study. J Ren Care 2009; 35(2):99-107.
7. Scaife D. What is the Lived Experience of the Client with End Stage Renal Disease on Hemodialysis. Medical College of Ohio; 2006
8. Krueger L. Experiences of Hmong Patients on Hemodialysis and the Nurses Working with Them. J Nephrol Nurs 2009; 36(4): 379-88.
9. Small LF. Quality-of-life experiences from the perspective of patients receiving hemodialysis for chronic renal failure. J Interdisciplinary Health Sci 2010, 15 (1):1-7.
10. Modanloo M, Taziki SA, Khadam H, Behnampour N. Depression in hemodialysis patients and it's relation to Their personal characteristics. J Gorgan Univ Med Sci 2005; 7(1): 47-50.
11. Baraz Sh, Mohammadi J, Bromand B. the effect of self-care education on quality of life and physical problems in patients under preservative dialysis. Hayat J 2005, 11(24, 25): 51-62.
12. Yaghmaei F, Khalafi A, Khost N, Alavimajd H. The relation between self concept and general health status in patients under hemodialysis. Pajouhandeh J 2005, 10(6): 389-94.
13. Asgari MR, Mohammadi E, Fallahi Khoshknab M, Tamadon MR. The perception of chronic renal failure patients from advocacy resources in adjustment with hemodialysis: A qualitative study. Iran J Crit Care Nurs 2011; 3(4):133-42.
14. Struebert JH, Carpenter RD. Qualitative research in nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 59.
15. Fawcett J. The Roy Adaptation Model and Content Analysis. Aquichan. 2006; 6(1): 34-37.
16. McCarthy A, Cook PS, Fairweather C, Shaban R, Martin-McDonald K. Compliance in peritoneal dialysis: a qualitative study of renal nurses. Int J Nurs Pract 2009;15(3):219-26.

17. Lee B-O, Lin C-C, Chaboyer W, Chiang C-L, Hung C-C. The fatigue experience of haemodialysis patients in Taiwan. *J Clin Nurs* 2007;16(2):407-13
18. Lin C-C, Lee B-O, Hicks FD. The phenomenology of deciding about hemodialysis among Taiwanese. *West J Nurs Res* 2005; 27(7):915-29.
19. Tijerina MS. Psychosocial factors influencing Mexican-American women's adherence with hemodialysis treatment. *Soc Work Health Care* 2006;43(1):57-74.
20. Tayyebi A, Salimi SH, Mahmoudi H, Tadrissi SD. Comparison of quality of life in hemodialysis and renal transplantation patients. *Iran J Crit Care Nurs* 2010; 3(1): 19-22.
21. de Carvalho Pinto Nazario R, Turato ER. Fantasies about pregnancy and motherhood reported by fertile adult women under hemodialysis in the Brazilian Southeast: a clinical-qualitative study. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;15(1):55-61.
22. Rambod M, Payravi H, Sarban MT, Rafiei F, Hossaini F. Self-efficacy in patients under hemodialysis and its dependant factors. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2008; 18(62):28-34.