

بررسی درک بیماران از کبد چرب: مطالعه پدیدار شناسی

حسین حبیب زاده^۱، فاطمه الحانی^۲، منیره انوشه^۳، حمیدرضا عمرانی^۴

تاریخ دریافت: ۸۸/۴/۲۵ تاریخ پذیرش: ۸۸/۸/۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: توجه به علایم ذهنی و تجارب درک شده از طرف بیماران در بیماری‌های مختلف یکی از مجاری معتبر جهت رسیدن به تشخیص پزشکی یا پرستاری است. توجه به تجربیات دست نخورده بیماران و احساسات واقعی آن‌ها تضمین کننده اثر بخشی هر نوع برنامه مراقبتی و آموزشی است. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه با استفاده از رویکرد پدیدار شناسی انجام شده است که در آن از مصاحبه‌های عمیق بدون ساختار استفاده شد. در کنار مصاحبه عمیق، از رویکردهای دیگر تحقیق کیفی از قبیل مشاهده رفتار و ارتباطات غیر کلامی بیمار و یادداشت‌های میدانی نیز استفاده شد. همکاران پژوهش ۹ بیمار کبد چرب بودند که به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب و داده‌های حاصل به روش تماتیک آنالیز بررسی و بیان شد. **یافته‌ها:** در این مطالعه پس از دسته بندی محتوای مصاحبه‌ها، در مجموع سه درون‌مایه اصلی استحصال گردید. به‌طور کلی تجارب بیماران از کبد چرب به این صورت بود که آن‌ها نقش سه عامل را در فرایند بیماری دارای اهمیت تلقی کردند. حمایت و پشتیبانی خانواده، پایداری به تغییرات ایجاد شده در سبک زندگی و داشتن امید به آینده مهم‌ترین عامل در پسرقت یا پیشرفت بیماری بیان شد. **بحث و نتیجه گیری:** تجربه شیوه جدیدی از سبک زندگی، نیاز به حمایت خانواده‌ها و در نهایت تزریق امید به روح این بیماران از تجارب ملموس بیماران است که باید در مدیریت بیماری کبد چرب و در کنار آن سایر بیماری‌های مزمن مورد نظر باشد تا همچنان بر اهمیت تجارب بیمار از بیماری خود در فرایند درمان تأکید شود. **کلید واژه‌ها:** کبد چرب، پدیدار شناسی، درک بیماران

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم شماره چهارم، ص ۲۱۶-۲۱۰، زمستان ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پرستاری و مامایی تلفن: ۰۹۱۴۳۶۱۳۰۱۱

Email alhani-F@modares.ac.ir

مقدمه

راس آن بیماری «کبد چرب»^۴ می‌باشد که دارای ویژگی مذکور است و توجه به تجارب بیماران از درک علل و عوامل بیماری، علایم و نشانه‌ها، سودمندی درمان و آینده بیماری از دیدگاه تحقیقی شایسته اهمیت می‌باشد. کبد چرب به بزرگی خفیف تا متوسط کبد اطلاق می‌شود که در این حالت میزان چربی و عمدتاً تری گلیسیرید، از ۵ درصد وزن کبد فزونی می‌یابد. کبد چرب

توجه به علایم ذهنی و تجارب درک شده از طرف بیماران در بیماری‌های مختلف یکی از مجاری معتبر جهت رسیدن به تشخیص پزشکی یا پرستاری است. این مسئله به‌ویژه در بیماری‌های خاموش و با سیر مزمن اهمیت پیدا می‌کند. یکی از این بیماری‌های خاموش، اختلالات تغذیه‌ای و متابولیک کبد و در

^۱ دانشجوی دوره دکتری آموزش پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس. عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی ارومیه

^۲ دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

^۴ مدیر مرکز فوریت های پزشکی ارومیه

غیرالکلی^۱ طیفی از بیماری است که از ابتلا کبد چرب به تنهایی تا ایجاد هپاتیت استئاتوتیک غیر الکل^۲ متغیر می‌باشد. بروز NASH در بالغین به علت چاقی، هیپر لیپیدمی، دیابت نوع دوم، حاملگی، گرسنگی‌های طولانی و مصرف بعضی از داروها شایع‌تر است. این نکته را نیز باید در نظر داشت که کبد چرب حتی بدون وجود ریسک فاکتور و عوامل زمینه ساز دیگر، الزاما یک روند خوش خیم نمی‌باشد و می‌تواند به‌طرف سیروز کبدی و فیبروز پیشرفت نماید (۱).

تاکنون در دنیا مطالعات بسیاری در مورد میزان شیوع کبد چرب در گروه‌های سنی مختلف و ارتباط آن با سایر بیماری‌ها، شرایط جسمی خاص و مصرف داروها و موارد مختلف انجام شده است. در مطالعه انجام شده بر روی ۳۶ کودک بیمار در تورنتو میانگین سنی ابتلا به کبد چرب ۱۲ سال گزارش شده است. ۸۳ درصد بیماران چاق بوده و ۸ درصد بیماران نیز دیابتی بوده‌اند. در مطالعه ای که در کشور اسپانیا بر روی افراد به ظاهر سالم، جهت تعیین فراوانی کبد چرب انجام شد. شیوع آن در سونوگرافی ۱۵/۹ درصد گزارش گردید.

در مطالعه ای دیگر در ژاپن روی کارگران بالای ۳۰ سال، شیوع کبد چرب در سونوگرافی، ۱۷/۹ درصد گزارش شد. بروز و شیوع این بیماری تحت تاثیر عوامل مختلفی از قبیل سن، محل سکونت از لحاظ جغرافیایی، وضعیت تغذیه ای - متابولیک بیماران دارد. در ایالات متحده و دیگر کشورهایی که الکل در آنجا زیاد مصرف می‌شود، شایع‌ترین علت کبد چرب الکلسم مزمن می‌باشد. شایع‌ترین علت کبد چرب در مناطق قاره آمریکا، آمریکای جنوبی و آسیا، سوء تغذیه پروتئینی به‌خصوص در دوره شیرخوارگی و اوایل کودکی است و از طرف دیگر بروز این بیماری در دیابت ۵/۷ درصد و در افراد چاق ۵/۳ درصد بیش از افراد مشابه جامعه است. در کشور ایران میزان شیوع کبد چرب در سال ۱۳۸۲ برای

مردان ۱۷/۱ درصد و برای زنان ۳۹ درصد گزارش شده است. و شیوع بیماری‌های مرتبط از قبیل هپاتیت مزمن (۲/۶ درصد) و سیروز کبدی (۰/۸ درصد) برآورده شده است (۲).

علائم و شکایات کبد چرب وابسته به میزان ارتشاح چربی، طول درمان این ارتشاح و علت زمینه ای آن متفاوت است. بیماران چاق و دیابتیک مبتلا به کبد چرب مزمن معمولا هیچ تجربه ای را از بیماری ذکر نمی‌کنند. در بسیاری از موارد این اختلال با میزان‌های شیوع و مرگ و میر بیماری‌های کبدی در ارتباط بوده و بروز این اختلال در افرادی که پیوند کبد داشته‌اند نیز بالا است (۳).

آنچه مهم‌تر است توجه به طرز فکر، تجربه و برداشت بیماران از بیماری کبد چرب است که بی شک شناخت این تجارب و در کنار آن رفتارهای بیماران یافته‌های ارزشمندی است تا محقق مسئله را به‌طور دقیق و همه جانبه نگریسته و در یک کلام بیماری را از عینک بیماران نگاه کند. در این تحقیق کیفی پدیدار شناسانه سؤال اساسی این بود که تجربه بیماران کبد چرب از زندگی با بیماری‌شان چگونه می‌باشد؟ و سؤالات فرعی عبارت بودند از:

فرایند سازگاری با بیماری از نظر بیماران به چه شکل است؟ عوامل موثر بر تجربه مثبت و منفی بیماری کدامند؟ و تصویری که از آینده بیماری برای خودشان طراحی کرده‌اند چگونه می‌باشد؟ هدف از این تحقیق هم توصیف و تبیین تجارب بیماران از زندگی با بیماری کبد چرب می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه با استفاده از رویکرد پدیدار شناسی^۳ انجام شده است، چرا که بهترین شیوه تحقیقی برای شناخت عمق تجربه و معنای مفهوم، پدیدار شناسی است. پدیدار شناسی دارای دیدگاهی کل نگر است که مطالعه انسان و جهان را با یک علم تفسیری و با

^۱ Non alcoholic fatty liver Disease (NASH)

^۲ Non alcoholic steato hepatitis

^۳ Phenomenology

هدف رسیدن به معنی امکان پذیر می‌داند. این معنی در متن روابط بین فردی ایجاد می‌شود. پدیدار شناسی در واقع یکی از روش‌های مطالعه کیفی است که اغلب تجارب، طرز فکر، طرز تلقی و در یک کلام دنیای درونی و ذهنی افراد را به تصویر می‌کشد و بدون تفسیر و دخالت پیش فرض‌های ذهنی محقق در مورد آن فرد یا پدیده تجربه شده (مورد مطالعه)، محقق از عینیت به سوی انتزاع فزاینده پیش رود (۴).

حقیقت در متن یا عرصه تجربه انسانی است و آن را باید در فعالیت‌های آگاهانه انسان جستجو کرد به عبارت دیگر جهان تجربه ذهنی است و دنیای بیماری از این قاعده مستثنی نیست. اگر بخواهیم درک و شناخت کامل و درستی از پدیده‌ها داشته باشیم و یا به حقیقت و معنی یک پدیده دست پیدا کنیم باید از افرادی که این پدیده را آگاهانه تجربه کرده اند بخواهیم تجارب روزمره خودشان از پدیده را برای محقق توصیف کنند، چرا که واقعیت‌ها نسبی هستند و معنی هر پدیده به تناسب موقعیت‌های فردی، اجتماعی و محیطی نزد افراد، متفاوت است در واقع هر فرد بخشی از حقیقت است. هنر یک محقق این است که در یک فرایند منظم و تعامل پویا، این اجزای جدا شده و پراکنده حقیقت را در نزد افرادی که آن پدیده را تجربه کرده اند، جستجو کند و با گردآوری، تحلیل، تفسیر و ترکیب آن‌ها معنی کامل‌تری از آن را به تصویر بکشد. به عبارت دیگر اگر معانی جمع شد می‌توان حقیقت را بیان کرد و بر اساس حقیقت، واقعیت را استوار ساخت (۵).

اشتروبرت و کارپنتر^۱ عقیده دارند که در واقع پدیدارشناسی یک رهیافت جامع پژوهشی است که دیدگاه‌های فلسفی، جامعه‌شناسی و روانشناسی را یکجا و بایکدیگر دارد (۶).

پدیدارشناسی و پرستاری در بسیاری از موارد در کنار همدیگر هستند چرا که هر دو با مشاهده، مصاحبه و تعاملات با مددجو

سروکار داشته و در این صورت است که می‌توان به تجارب عمیق مددجویان پی برد. لذا این روش به وفور در پرستاری به‌عنوان روش پژوهشی قابل استفاده می‌باشد (۷). اوپنهایم^۲ معتقد است مهارت محقق بیان عین جملات نمونه‌ها در فرایند مصاحبه است (۸). جهت نزدیکی محقق به تجربه خالص بیماران از بیماری کبد چرب از مصاحبه‌های عمیق بدون ساختار^۳ استفاده شد. البته تا حد اشباع داده‌ها^۴، مصاحبه‌ها تکرار شدند. چرا که افزایش تعداد مصاحبه‌ها و مرور متون ثبت شده جهت افزایش اطمینان از صحت داده‌ها موثر است. مصاحبه‌ها در کلینیک درمانی انجام شد و در کنار مصاحبه عمیق، از رویکردهای دیگر تحقیق کیفی از قبیل مشاهده رفتار و ارتباطات غیر کلامی بیمار و یادداشت‌های میدانی نیز استفاده شد. این روش یعنی تلفیق منابع^۵ به صحت داده‌های جمع‌آوری شده کمک نمود و به عبارت دیگر بر روایی ابزار گردآوری اطلاعات افزود. در طول مصاحبه و مشاهده سعی شد تا با تعاملات مناسب و با بکارگیری فنون برقراری ارتباط موفق تجربه واقعی بیماران ثبت شود. در همین راستا جهت افزایش اعتماد علمی از فن کنترل نمونه‌ها^۶ بهره گرفته شد. در طول مصاحبه‌ها ارتباطات غیر کلامی بیمار، رفتارها و حرکات، اشارات بدن و حرکات صورت یادداشت و در تجزیه تحلیل گویه‌ها مورد توجه قرار گرفت، مصاحبه‌ها ضبط و در اولین فرصت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با تکرار مصاحبه‌ها متون ضبط شده مقایسه و داده‌های غنی‌تری جهت اخذ نکات مهم و تم‌ها بدست آمد. مشارکت کنندگان تحقیق^۷ بیمار کبد چرب بودند که نتایج آزمایشات پاراکلینیکی بیماری آن‌ها را تایید کرده بود.

نمونه‌گیری

² Oppenheim

³ Non structured deep interview

⁴ Data saturation

⁵ Triangulation

⁶ Member Check

⁷ Participants

¹ streubert & carpenter

پولایت و بک^۱ (۲۰۰۶) بیان می‌کنند که جهت انتخاب نمونه‌ای همسو با معیارهای محقق بهترین روش نمونه‌گیری هدفمند^۲ می‌باشد (۹). جهت انتخاب نمونه‌ها از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد و در نهایت از ۹ بیمار (۵ زن و ۴ مرد) مصاحبه عمیق بعمل آمد تا اطلاعات ذهنی جهت به تصویر کشیدن تجربه واقعی بیماران جمع آوری گردد. محیط پژوهش به صورت هدفمند و با نظر محقق، شهرستان خوی انتخاب شد چرا که تجربه شخصی محقق از شیوع بالای کبد چرب در شهرستان خوی روی انتخاب محیط پژوهش تاثیر گذار بود.

ویژگی‌های مشارکت کنندگان: بیماری وی به دنبال آزمایشات پاراکلینیکی تایید شده باشد.

- حداقل یک سال از بیماری ایشان گذشته باشد.

- حداقل در ۶ ماه گذشته توسط محقق پرستاری نشده باشد. (جهت اطمینان از Bracketing)

- مشارکت کننده از بیماری مزمن دیگری به غیر از کبد چرب رنج نبرد.

- تمایل و تعهد بیمار به بیان احساسات واقعی و درونی خود.

ملاحظات اخلاقی: موارد اخلاقی که در این پژوهش تا حد توان رعایت شدند عبارت بودند از:

- اخذ رضایت نامه کتبی از مشارکت کنندگان در پژوهش

- ضبط تمامی مصاحبه‌ها با اجازه مشارکت کنندگان و نگهداری آن‌ها در مکانی مطمئن

- کدگذاری مشارکت کنندگان در تحقیق بدون درج نام مصاحبه شونده

- امانت داری در انتقال متون مصاحبه از ضبط به ثبت
- رعایت اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات
- احترام به نظر مشارکت کنندگان حتی هنگام درخواست جهت خروج از تحقیق
- زمان و مکان مصاحبه‌ها با توافق مشارکت کننده‌ها تعیین شد.

یافته‌ها

محقق از روش تماتیک آنالیز^۳ برای آنالیز اطلاعات بهره گرفت. گرفت. بعد از دسته بندی اطلاعات، درونمایه‌های مرتبط با ویژگی‌های جسمی، روانی و اجتماعی و معنوی استخراج و تجربیات بیماران از بیماری کبد چرب در قالب سه درون‌مایه اساسی بیان شد.

۱. بیماران در هنگام مصاحبه بیان می‌کردند که «به‌ویژه در اوایل تشخیص بیماری و ۳ ماه اول بدون حمایت خانواده تحمل بیماری مشکل و میزان امید به آینده تا حد قابل توجهی کاهش می‌یافت. آن‌ها نیاز به حمایت خانواده را احساس کرده و آن را طلب می‌کردند. بویژه از افراد نزدیک به آن‌ها مثل همسرانشان»

«من اعضای خانواده ام را واقعاً مفید می‌دانستم و همیشه روی آن‌ها حساب باز کرده بودم.»

«من همیشه احساس می‌کردم کسانی هستند که با درد و رنج من شریک باشند و اعضای خانواده ام هیچ وقت مرا تن‌ها نخواهند گذاشت.»

«وقتی اعضای خانواده در مورد بیماری من صحبت می‌کردند احساس می‌کردم از عمق وجودشان نگران من

¹ Polife & Beck

² Purposive sampling

³ thematic analysis

«من چاقی مفرط دارم فکرش را بکنید حالا باید ورزش هم بکنم.»
«یک قسمت بزرگی از زندگی من مراجعه به پزشک، خوردن داروها، رفتن به پارک و پیاده روی شده. وقتی هم این کارها را انجام ندهم وضعیتم بدتر می‌شود بنابراین من محکوم به انجام این کارها هستم.»
بنابراین لزوم تغییر در سبک زندگی به عنوان دومین درون‌مایه (تم) استحصال شد.

۳. آنچه از متون مصاحبه‌های بعمل آمده از بیماران نشان می‌داد بیانگر دغدغه ذهنی بیماران از آینده بیماری کبد چرب و سرنوشت نهایی بیماری ایشان بود. این موضوع از واکنش آن‌ها به سؤالات مرتبط با میزان امید به زندگی و متون استخراج شده از پاسخ بیماران به این طبقه سؤالات قابل کشف بود. اغلب بیماران «بیماری خود را قابل کنترل دانسته و بیان کردند که به آینده بیماریشان امیدوار هستند و احساس می‌کنند این موضوع وابسته به لطف خدا و رعایت آموزش‌های پزشکی و پرستاری می‌باشد. همچنین بیماران نقش امید به خدا، زندگی و آینده را در پیشرفت سیر بهبودی خود و کاهش عوارض بیماری به‌ویژه استرس و اضطراب مهم تلقی کردند».

«دکتر بیماری مرا قابل کنترل تشخیص داده به همین خاطر من به آینده امیدوارم.»
«خدا را شکر که بیماری را علاج نگرفتم ولی باید خیلی رعایت کنم.»
«وقتی قطع امید می‌کنم احساس می‌کنم بیماری‌ام تشدید می‌شود.»

هستند و هر کاری لازم باشد برای من انجام خواهند داد. به‌ویژه همسر که در این میان نقش اساسی داشت.»
«بعد از ازدواج، بچه‌ها و شوهرم تنها تکیه گاه من بودند فکر می‌کردم اگر آن‌ها نبودند خیلی وقت پیش این بیماری مرا کشته بود.»
بنابراین حمایت و پشتیبانی به عنوان اولین درون‌مایه (تم) استحصال شد.

۲. فقط تعدادی از بیماران شیوه زندگی نادرست را علت اصلی بیماری میدانستند ولی همگی بیان داشتند "بعد از ابتلا به بیماری تغییراتی در شیوه زندگی‌شان باید اتفاق بیافتد که بعضی اوقات تحمل این تغییرات سخت است ولی با علم به تأثیر آن در فرایند بهبودی تعهد به رعایت آن‌ها ایجاد شده است. به عنوان مثال رعایت رژیم غذایی مناسب، ورزش‌های نرم و تحرک بدنی، پرهیز از اضطراب و استرس‌ها، شرکت در برنامه‌های تفریحی، رعایت رژیم دارویی و زمان مصرف داروها، مراجعه به‌هنگام به پزشک، از مواردی است که بعد از ابتلا به بیماری باید رعایت شوند."

«من دیگه آدم دیگری شده ام اون آدم سابق نیستم.»

«از زمان ابتلا به این بیماری برنامه زندگی روزانه‌ام عوض شده دیگر هرچه بخواهم نمی‌تونم انجام دهم آن کاری را می‌کنم که دکتر یا پرستارم می‌گویند.»

«دیگه من با غذاهای خوشمزه خداحافظی کرده ام ولی در عوض راحت تر شده ام»

«تا زمانی که خدا بخواهد و به حرف دکتر گوش کنم مشکلی نخواهم داشت و می‌توانم تا چند سال دیگر زنده بمانم و از زندگی لذت ببرم».

بنابراین امید به خدا، زندگی و آینده به عنوان سومین درون‌مایه (تم) استحصال شد.

بحث و نتیجه گیری

براساس آنچه که از درون‌مایه‌های اصلی استحصال گردید، تجربه بیماران از بیماری کبد چرب که بیماری با طول مدت بالا است بدون حمایت و همراهی خانواده تحمل مشکلات مربوط به بیماری شاید برای بیماران بسیار مشکل و طاقت فرسا باشد. به عبارت دیگر حمایت اعضای خانواده از بعد جسمی، روحی روانی، اجتماعی و معنوی از عوامل مؤثر در تحمل بیماری است. در این زمینه یافته‌های این مطالعه با یافته‌های مطالعه تاک و پرادو^۱ هماهنگ است. آن‌ها معتقدند درمان ایده‌الی برای کبد چرب وجود ندارد لذا بیمار مجبور است دوره‌های درمانی کوتاه مدت را تکرار کند و در این میان آنچه نقش تعیین کننده ای دارد حمایت و همراهی خانواده با بیمار است (۱۰).

تحمل کبد چرب بعنوان یک بیماری مزمن که در اتیولوژی خود چاقی، دیابت و رژیم غذایی نامناسب رادارد، بی شک بیماران را با نوعی تغییر در سبک زندگی روبرو خواهد کرد و این موضوعی بود که اکثر همکاران پژوهش در طول مصاحبه‌ها به آن اشاره کردند. بنابراین تغییر در سبک زندگی درون‌مایه دیگری بود که اکثر بیماران در طول مصاحبه‌ها به آن اشاره کرده و آن را یکی از تجربیات مهم خودشان بیان نمودند. بهرامی و دریانی (۱۳۸۳) نیز تحقیقی بر روی بیماران کبد چرب در ایران انجام دادند و یافته‌های پژوهشی ایشان نشان دادند که ریسک فاکتورهای عمده

این بیماری اضافه وزن (۵۵/۳ درصد)، چاقی مفرط (۳۱/۹ درصد)، افزایش سطح چربی خون (۷۵/۵ درصد)، و دیابت (۵/۷ درصد) بوده و با توجه به شیوع این بیماری در جامعه جوان‌تر لازم است تغییراتی اساسی در شیوه زندگی بیماران ایجاد شود و این بیماران ملزم به پیروی از این تغییرات می‌باشند (۱۱). در تمامی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افسردگی و ترس از آینده یافته شایع است، لذا به نظر می‌رسد از نظر پرستاری لازم است مورد بررسی قرار گرفته و در طرح برنامه مراقبتی به این موضوع نیز توجه شود. در طول پژوهش بیماران بیان کردند که امید به خدا، آینده و دوست داشتن زندگی به آن‌ها نیروی فراوانی می‌داد تا بیماری و عوارض آن را بهتر تحمل نمایند به طوری که بدون امید به آینده بیماری آن‌ها روند سریع‌تری به خود می‌گرفت و عوارض آن تشدید می‌یافت. حتی این مورد روی رعایت رژیم دارویی، مراجعه منظم به پزشک و حساسیت به پیشرفت درمان بسیار تأثیر گذار تلقی می‌شد. توجه به مسایل روانی - عاطفی در مواردیکه بیمار باید بیماری با طول مدت بالا را تحمل کند حتی از مسایل جسمانی اهمیت بیشتری داشته و پرستاران باید در برنامه‌های آموزش حین تریخیص و مراقبت‌های در منزل به آن توجه ویژه مبذول دارند.

با پیشرفت علوم پزشکی و افزایش سطح خدمات رسانی در بیماری‌های مزمن روز به روز بر آمار شیوع این بیماری‌ها افزوده می‌شود. همچنین به علت طولانی بودن فرایند بیماری نمی‌توان از این بیماری‌ها در بیمارستان مراقبت نمود و لازم است بیمار در محیط خانه مورد مراقبت قرار گیرد. در این میان آموزش‌های پرستاری برای این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است تا با حداقل عوارض و کنترل بیماری همچنان از زندگی لذت ببرند. آنچه که در تعیین طرح مراقبتی مناسب برای این بیماران دارای اهمیت است، توجه به تجربیات و درک بیمار از بیماری خود است. به بیایی دیگر حقیقت بیماری را باید فقط از خود بیمار شنید و

¹ Tock & Prado

توصیه برای مطالعات بیشتر

پیشنهاد می‌شود این مطالعه با نمونه بیشتری در گروه‌های سنی مختلف و مکان‌های دیگر انجام شود. مصاحبه با اعضای خانواده و بویژه همسران بیماران نیز جهت بیان احساسات و تجربیاتشان بسیار کمک کننده خواهد بود. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای کمی با استفاده از ابزارهای کیفیت زندگی انجام و نتایج آن با تحقیق حاضر مورد مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

انجام این تحقیق بدون همکاری و همراهی بیماران محترم و راهنمایی‌های آقای دکتر رضا رضازاده متخصص بیماری‌های داخلی میسر نبود بنابراین لازم می‌دانم از این بزرگواران تشکر نمایم.

براساس آن برای آموزش به بیمار و طرح برنامه مراقبتی تصمیم‌گیری نمود. تجربه شیوه جدیدی از سبک زندگی، نیاز به حمایت خانواده‌ها از این بیماران و تزریق امید به روح این بیماران از مواردی است که باید در مدیریت بیماری‌های مزمن و در کنار آن بیماری کبد چرب مورد نظر باشد تا همچنان بر اهمیت تجارب بیمار از بیماری خود در فرایند درمان تأکید شود.

محدودیت‌های تحقیق

۱. مصاحبه با بیماران جنس مخالف با توجه به تکرار مصاحبه‌ها، ضبط صحبت‌ها و مسایل مربوط به نگرش بیمار و خانواده به این موضوع.
۲. مسایل اخلاقی به علت بیان سؤالاتی در مورد زندگی شخصی بیماران.
۳. با هماهنگی پزشکان محترم محیط مصاحبه مطب پزشکان انتخاب شد که شرایط استاندارد برای مصاحبه را نداشت.

References

1. Collier J. Non-alcoholic fatty liver disease. *Medicine* 2006; 35:2.
۲. سوادکوهی ف. فراوانی کبد چرب و ارتباط آن با چربی خون. *مجله طبیب شرق*، سال پنجم، شماره ۳، ۱۳۸۲، صفحات ۸۳-۱۷۷.
3. Kwon DY, Jung YS, Kim SJ, Park HK, Park JH, Kim YC. Prevalence and risk factors of non-alcoholic fatty liver disease in potential living liver donors in Korea: a review of 589 consecutive liver biopsies in a single center. *J Hepatol* 2007; 47:239-44.
۴. نیکبخت نصرآبادی ع ر. تجارب حرفه ای شدن پرستاران در آغاز ورود به مرحله بالینی پرستاری در ایران. *مجله حیات*، دوره ۱۱، شماره ۴-۳، پاییز و زمستان، ۱۳۸۴، صفحات ۱۸-۵.
5. Speziale HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing*. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2007.
۶. نیکبخت نصرآبادی ع ر. ثناگو م، جویباری ل. بررسی و تحلیل پدیدارشناسی تجربه درد در سه خرده فرهنگ در ایران. *مجله حیات*، سال ۱۱، شماره ۲۵-۲۴، بهار و تابستان ۱۳۸۴، صفحات ۴۰-۳۳.
7. Beck CT. Phenomenology: its use in nursing research. *Int J Nurs Stud* 1994; 31(6): 499- 510.
8. Robertson G. Individuals' perception of their quality of life following a liver transplant: an exploratory study. *J Adv Nurs* 1999; 30(2): 497- 505.
9. Polite DF, Beck CT. *Essential of nursing research: methods: appraisal and utilization*. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott; 2006.

10. Tock L, Pradoo WL. Nonalcoholic liver disease decrease in obese adolescents after multidisciplinary therapy. Federal University of Soa Paulo 2006; 18(12):1241-5.
11. Bahrami H, Daryani NE, Mirmomen S, Kamangar F, Haghpanah B, Djalili M. Clinical and histological features of nonalcoholic steatohepatitis in Iranian patients. PMID: 2003; 3:27.