

نام خانوادگی: شیروانیان	نام: الهه
عنوان پایان نامه: بررسی ادراک از بیماری، افسردگی، اضطراب، شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان پیش‌بین‌های پیروی از درمان و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز شهر اصفهان	
استادان راهنما: دکتر مهناز مهرابی‌زاده هنرمند، دکتر ایران داودی	
رشته: روان‌شناسی	گرایش: بالینی
دانشگاه: شهید چمران	دانشکده: علوم تربیتی و روان‌شناسی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۸۹/۱/۲۳	تعداد صفحات پایان نامه: ۱۴۴
کلید واژه‌ها: پیروی از درمان، کیفیت زندگی مربوط به سلامت، ادراک از بیماری، افسردگی، اضطراب، شیوه‌های مقابله با استرس، حمایت اجتماعی ادراک شده	
<p>چکیده</p> <p>پژوهش حاضر به منظور بررسی ادراک از بیماری، افسردگی، شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان متغیرهای پیش‌بین پیروی از درمان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز شهر اصفهان اجرا گردید. نمونه شامل ۲۰۰ بیمار کلیوی مرحله انتهایی تحت درمان همودیالیز شهر اصفهان بود، که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مختصر شده پرسشنامه ادراک از بیماری (Brief-IPQ)، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS)، پرسشنامه شیوه‌های مقابله با استرس (CISS)، پرسشنامه رفتار پیروی در بیماران کلیوی (RABQ) و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL) بود. در این پژوهش به منظور تحلیل داده‌ها از همبستگی متعارف استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که نه تنها ترکیب خطی پیروی از درمان و کیفیت زندگی بیماران کلیوی (شاخص بقا) به وسیله ترکیب خطی عوامل روان‌شناختی قابل پیش‌بینی است، بلکه شاخص ذهنی پیروی از درمان به وسیله شیوه مقابله اجتناب‌مدار، حمایت اجتماعی ادراک شده، شیوه مقابله مسأله‌مدار، اضطراب و طول مدت ادراک شده، شاخص عینی پیروی به وسیله طول مدت ادراک شده، افسردگی، مقابله اجتناب‌مدار و کنترل شخصی و کیفیت زندگی بیماران کلیوی به وسیله پیامدهای ناشی از بیماری، ماهیت، بازنمایی عاطفی، افسردگی، اضطراب و مقابله هیجان‌مدار قابل پیش‌بینی هستند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که عوامل روان‌شناختی در پیش‌بینی پیروی از درمان و به ویژه کیفیت زندگی به عنوان شاخص‌های بقا واریانس قابل توجهی را تبیین می‌کند.</p>	

فهرست مطالب

عنوان صفحه

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه	۲
۱-۲- بیان مسأله	۳
۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش	۷
۱-۴- اهداف پژوهش	۹
۱-۵- سؤال پژوهش	۱۰
۱-۶- فرضیه‌های پژوهش	۱۰
۱-۷- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش	۱۰
۱-۷-۱- ادراک از بیماری	۱۰
۱-۷-۲- افسردگی	۱۱
۱-۷-۳- اضطراب	۱۲
۱-۷-۴- حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۳
۱-۷-۵- شیوه‌های مقابله با استرس	۱۳
۱-۷-۶- پیروی از درمان (شاخص‌های ذهنی و عینی)	۱۳
۱-۷-۷- کیفیت زندگی مربوط به سلامت	۱۴

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه پژوهش

۲- مبانی نظری و پیشینه پژوهش	۱۶
۲-۱- بیماری‌های کلیه	۱۶
۲-۱-۱- درمان نارسایی کلیه	۱۸
۲-۲- پیروی از درمان	۱۸
۲-۲-۱- مقدمه	۱۸
۲-۲-۲- تعریف و مفهوم پیروی	۱۹
۲-۲-۳- شیوع و تأثیرات کلی عدم پیروی از درمان	۲۰
۲-۲-۴- عوامل مؤثر بر پیروی	۲۳
۲-۲-۴-۱- ویژگی‌های بیماری و درمان	۲۴

۲۶	..... ویژگی‌های بیمار	۲-۲-۴-۲
۲۸	..... ویژگی‌های پزشک و سیستم خدمات درمانی	۲-۲-۴-۳
۲۸	..... الگوهای تبیین کننده پیروی از درمان	۲-۲-۵
۲۹	..... مدل اعتقاد سلامتی	۲-۲-۵-۱
۳۰	..... مدل بین نظریه‌ای تغییر رفتار	۲-۲-۵-۲
۳۱	..... نظریه رفتار طراحی شده	۲-۲-۵-۳
۳۱	..... نظریه زیستی-پزشکی	۲-۲-۵-۴
۳۲	..... نظریه‌های یادگیری رفتاری	۲-۲-۵-۵
۳۲	..... نظریه‌های ارتباطی	۲-۲-۵-۶
۳۲	..... کیفیت زندگی	۲-۳
۳۲	..... مقدمه	۲-۳-۱
۳۳	..... تعریف و مفهوم کیفیت زندگی	۲-۳-۲
۳۵	..... مؤلفه‌های کیفیت زندگی	۲-۳-۳
۳۵	..... کیفیت زندگی مربوط به سلامت	۲-۳-۴
۳۶	..... کیفیت زندگی در بیماران کلیوی مزمن	۲-۳-۵
۳۸	..... ادراک از بیماری	۲-۴
۳۸	..... مقدمه	۲-۴-۱
۳۹	..... مدل خود نظم‌بخشی لونتال	۲-۴-۲
۴۰	..... ادراک از بیماری و پیروی از درمان	۲-۴-۳
۴۲	..... ادراک از بیماری و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	۲-۴-۴
۴۳	..... پیامدها	۲-۴-۴-۱
۴۳	..... کنترل شخصی / درمان‌پذیری	۲-۴-۴-۲
۴۴	..... ماهیت	۲-۴-۴-۳
۴۴	..... طول مدت	۲-۴-۴-۴
۴۵	..... بازنمایی عاطفی	۲-۴-۴-۵
۴۵	..... افسردگی	۲-۵

۴۵	..... مقدمه ۲-۵-۱
۴۶	..... افسردگی در بیماری‌های جسمی ۲-۵-۲
۴۸	..... افسردگی در بیماران کلیوی مرحله انتهایی ۲-۵-۳
۴۹	..... رابطه افسردگی با پیروی از درمان و کیفیت زندگی ۲-۵-۴
۵۰	..... اضطراب ۲-۶
۵۰	..... مقدمه ۲-۶-۱
۵۱	..... اضطراب در بیماران کلیوی مرحله انتهایی ۲-۶-۲
۵۲	..... رابطه اضطراب با کیفیت زندگی و پیروی از درمان ۲-۶-۳
۵۲	..... شیوه‌های مقابله با استرس ۲-۷
۵۳	..... تعریف و مفهوم مقابله با استرس ۲-۷-۱
۵۳	..... نظریه مقابله ۲-۷-۲
۵۵	..... مقابله مسأله مدار ۲-۷-۲-۱
۵۵	..... مقابله هیجان مدار ۲-۷-۲-۲
۵۶	..... مقابله اجتناب مدار ۲-۷-۲-۳
۵۷	..... استرس‌زها و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران کلیوی مرحله انتهایی ۲-۷-۳
۵۸	..... رابطه شیوه‌های مقابله‌ای و پیروی از درمان ۲-۷-۴
۵۹	..... رابطه شیوه‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی ۲-۷-۵
۵۹	..... حمایت اجتماعی ۲-۸
۶۰	..... تعریف حمایت اجتماعی ۲-۸-۱
۶۰	..... انواع حمایت اجتماعی ۲-۸-۲
۶۱	..... حمایت ارزیابی ۲-۸-۲-۱
۶۱	..... حمایت محسوس ۲-۸-۲-۲
۶۱	..... حمایت اطلاعاتی ۲-۸-۲-۳
۶۱	..... حمایت عاطفی ۲-۸-۲-۴
۶۳	..... نظریه‌های حمایت اجتماعی ۲-۸-۳
۶۳	..... نظریه تأثیر مستقیم حمایت اجتماعی ۲-۸-۳-۱

۶۳	..... نظریه تأثیر غیر میتقیم یا فرضیه ضربه گیر
۶۴	..... مکانیزم‌های اثر حمایت اجتماعی در بیماران کلیوی مرحله انتهایی
۶۵	..... رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و پیروی از درمان
۶۶	..... رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و پیروی از درمان
۶۷	..... جمع بندی و نتیجه گیری

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

۶۹	..... جامعه آماری
۶۹	..... ۳-۱-۱- نمونه و روش نمونه گیری
۶۹	..... ۳-۱-۲- ویژگی های جمعیت شناختی نمونه
۷۱	..... ۳-۱-۳- نمونه روان سنجی
۷۱	..... ۳-۲- ابزارهای پژوهش
۷۱	..... ۳-۲-۱- مقیاس ادراک از بیماری فرم مختصر (Brief-IPQ)
۷۲	..... ۳-۲-۱-۱- پایایی مقیاس Brief-IPQ
۷۳	..... ۳-۳-۱-۲- روایی مقیاس Brief-IPQ
۷۴	..... ۳-۲-۲- مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS)
۷۵	..... ۳-۲-۲-۱- پایایی مقیاس HADS
۷۵	..... ۳-۲-۲-۲- روایی مقیاس HADS
۷۶	..... ۳-۲-۳- مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند وجهی (MSPSS)
۷۷	..... ۳-۲-۳-۱- پایایی مقیاس MSPSS
۷۸	..... ۳-۲-۳-۲- روایی مقیاس MSPSS
۷۹	..... ۳-۲-۴- پرسش نامه شیوه های مقابله با استرس برای موقعیت ویژه (CISS)
۸۰	..... ۳-۲-۴-۱- پایایی مقیاس CISS
۸۱	..... ۳-۲-۴-۲- روایی مقیاس CISS
۸۲	..... ۳-۲-۵- پرسش نامه رفتار پیروی در بیماران کلیوی (RABQ)
۸۲	..... ۳-۲-۵-۱- پایایی پرسش نامه RABQ
۸۲	..... ۳-۲-۵-۲- روایی پرسش نامه RABQ

- ۸۴ ۳-۲-۶- میزان وزن بین جلسات دیالیز (IWG)
- ۸۵ ۳-۲-۷- پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL-36TM)
- ۸۵ ۳-۲-۷-۱- پایایی پرسش‌نامه KDQOL-36TM
- ۸۶ ۳-۲-۷-۲- روایی پرسش‌نامه KDQOL-36TM
- ۸۷ ۳-۳- طرح پژوهش
- ۸۸ ۳-۴- روش‌های آماری تحلیل داده‌ها

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

- ۹۰ ۴-۱- یافته‌های توصیفی
- ۹۶ ۴-۲- اصطلاحات کلیدی در تحلیل همبستگی متعارف
- ۹۶ ۴-۲-۱- همبستگی متعارف
- ۹۶ ۴-۲-۲- وزن‌های متعارف
- ۹۷ ۴-۲-۳- بارهای متعارف
- ۹۷ ۴-۲-۴- بارهای متقاطع متعارف
- ۹۷ ۴-۲-۵- تابع متعارف
- ۹۸ ۴-۲-۶- ریشه متعارف یا مقادیر ویژه
- ۹۸ ۴-۲-۷- شاخص تزايد
- ۹۸ ۴-۳- یافته‌های مربوط به آزمون فرضیه‌ها
- ۹۹ ۴-۳-۱- معنی داری مدل کامل تحلیل همبستگی متعارف
- ۱۰۱ ۴-۳-۲- استخراج توابع متعارف و ارزیابی تناسب کلی
- ۱۰۱ ۴-۳-۳- استخراج توابع متعارف قابل تحلیل (آزمون معنی داری آماری و عملی توابع)
- ۱۰۲ ۴-۳-۴- محاسبه شاخص تزايد
- ۱۰۳ ۴-۳-۴- محاسبه میزان واریانس مشترک
- ۱۰۳ ۴-۳-۴- محاسبه میزان واریانس تبیین شده
- ۱۰۴ ۴-۳-۴- محاسبه شاخص تزايد
- ۱۰۵ ۴-۳-۵- یافته‌های مربوط به آزمون فرضیه اول
- ۱۰۹ ۴-۳-۶- یافته‌های مربوط به آزمون فرضیه‌های ۱-۱، ۱-۲، ۱-۳ پژوهش

۴-۳-۷- سنجش اعتبار تحلیل همبستگی متعارف ۱۱۳

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۵-۱- تبیین یافته‌ها ۱۱۸

۵-۲- محدودیت‌های پژوهش ۱۲۵

۵-۳- پیشنهادات ۱۲۵

۵-۳-۱- پیشنهادات پژوهشی ۱۲۵

۵-۳-۲- پیشنهادات کاربردی ۱۲۵

فهرست منابع ۱۲۷

چکیده انگلیسی

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۳-۱: فراوانی و درصد فراوانی بیماران برحسب طول مدت درمان دیالیز	۷۰
جدول ۳-۲: فراوانی و درصد فراوانی بیماران بر اساس سطح تحصیلات	۷۰
جدول ۳-۳: خلاصه نتایج آزمون روایی همگرا مؤلفه‌های مقیاس Brief-IPQ در پژوهش حاضر.....	۷۳
جدول ۳-۴: تشخیص‌گذاری افسردگی و اضطراب از روی نمرات مقیاس HADS	۷۴
جدول ۳-۵: ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس HADS در پژوهش حاضر.....	۷۵
جدول ۳-۶: خلاصه نتایج آزمون روایی سازه مقیاس HADS در پژوهش حاضر.....	۷۶
جدول ۳-۷: ضریب آلفای کرونباخ مقیاس MSPSS در پژوهش حاضر	۷۷
جدول ۳-۸: خلاصه نتایج آزمون روایی سازه مقیاس MSPSS در پژوهش حاضر.....	۷۸
جدول ۳-۹: ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های CISS در پژوهش حاضر	۸۰
جدول ۳-۱۰: خلاصه نتایج آزمون روایی سازه خرده مقیاس‌های CISS در پژوهش حاضر.....	۸۱
جدول ۳-۱۱: نتایج محاسبه نسبت روایی محتوای RABQ	۸۳
جدول ۳-۱۲: ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه KDQOL-36 TM	۸۶
جدول ۳-۱۳: خلاصه نتایج آزمون روایی همگرا خرده مقیاس‌های KDQOL-36 TM در پژوهش حاضر.....	۸۷
جدول ۴-۱: میانگین و انحراف معیار نمره RABQ و مؤلفه‌های آن در نمونه پژوهش.....	۹۰
جدول ۴-۲: میانگین و انحراف معیار نمره پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی و مؤلفه‌های آن در نمونه پژوهش	۹۱
جدول ۴-۳: میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس ادراک از بیماری و مؤلفه‌های آن در نمونه پژوهش	۹۱
جدول ۴-۴: میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی در نمونه پژوهش	۹۲

جدول ۴-۵. میانگین و انحراف معیار نمره خرده مقیاس‌های شیوه‌های مقابله با استرس در نمونه پژوهش	۹۲
جدول ۴-۶. میانگین و انحراف معیار نمره مقیاس حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در نمونه پژوهش	۹۳
جدول ۴-۷. همبستگی بین متغیرهای ملاک با مؤلفه‌های ادراک از بیماری	۹۴
جدول ۴-۸. همبستگی ساده بین متغیرهای ملاک با سایر متغیرهای پیش بین	۹۵
جدول ۴-۹. آزمون معنی داری برای مدل کامل تحلیل همبستگی متعارف	۱۰۰
جدول ۴-۱۰. ویژگی‌های توابع حاصل از تحلیل متعارف	۱۰۱
جدول ۴-۱۱. نتایج تحلیل کاهش بعد برای توابع متعارف	۱۰۲
جدول ۴-۱۲. تحلیل تزیاید متغیرهای متعارف وابسته و مستقل در تابع اول و دوم	۱۰۴
جدول ۴-۱۳. ضرایب استاندارد، ساختاری، مجذور ضرایب ساختاری، بارهای متقاطع و مجذور آن‌ها در تابع اول	۱۰۶
جدول ۴-۱۴. ضرایب استاندارد، ساختاری، مجذور ضرایب ساختاری، بارهای متقاطع و مجذور آن‌ها در تابع دوم	۱۰۸
جدول ۴-۱۵. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای روان‌شناختی با شاخص ذهنی پیروی از درمان	۱۱۰
جدول ۴-۱۶. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای روان‌شناختی با شاخص عینی پیروی از درمان	۱۱۱
جدول ۴-۱۷. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای روان‌شناختی با کیفیت زندگی	۱۱۲
جدول ۴-۱۸. تحلیل حساسیت نتایج همبستگی متعارف به وسیله حذف یک متغیر مستقل در تابع اول	۱۱۴

فهرست شکل‌ها

صفحه	عنوان
۸۷	شکل ۱-۳- عناصر تحلیل همبستگی متعارف
۹۷	شکل ۱-۴- تابع متعارف
	شکل ۲-۴. نمودار همبستگی متعارف عوامل روان‌شناختی و شاخص بقا در بیماران
۹۹	همودیالیز.....

۱-۱- مقدمه

بیماری کلیوی مرحله انتهایی^۱ (ESRD)، نتیجه زوال پیشرونده در کارکرد کلیه در یک دوره زمانی طولانی است. با توقف کارکرد کلیه، مایعات بدن و سموم متابولیکی افزایش می‌یابد و الکترولیت‌ها به سرعت در خون و نسوج بدن انباشته می‌شود. این مواد باید توسط یک ابزار جایگزین کاهش یابد تا بیمار ESRD زنده بماند (کریستنسن و اهلرز^۲، ۲۰۰۲). اگرچه پیوند کلیه به عنوان درمان انتخابی این بیماری معرفی شده است (مارتین و تامپسون^۳، ۲۰۰۰)، اما تعداد محدود اهدا کننده‌های اعضا، به معنای آن است که اکثریت بیماران نیازمند روش درمانی جبرانی برای درمان خود هستند (هیلی و موس^۴، ۲۰۰۰). همودیالیز یک روش عملی، ایمن و کارآمد برای بیماران ESRD است و بنابراین رایج‌ترین نوع درمان است که برای این بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد. همودیالیز به کمک غشای نیمه تراوی ماشین دیالیز انجام می‌شود که به وسیله آن آب اضافی، مواد زاید (سموم) و نمک موجود در خون بیمار را پاک می‌کند. این کار معمولاً سه بار در هفته و تقریباً ۴ ساعت در هر جلسه انجام می‌شود (اکونور، جاردین و میلار^۵، ۲۰۰۸).

چنین درمانی فشارهای جسمانی و روانی زیاد، تقاضاهای درمانی متعدد و فشار اقتصادی بالایی بر بیمار وارد می‌کند. در واقع این عامل یکی از موانع اصلی است که باعث می‌شود بسیاری از بیماران از دریافت درمان خودداری کنند (فینچام^۶، ۲۰۰۵). میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۱ مورد در یک میلیون نفر است و سالانه حدود ۸ درصد به این میزان افزوده می‌شود (اسملتزر و همکاران^۷، ۲۰۰۴، به نقل از سجادی، اکبری، کیان‌مهر و عطاردی، ۱۳۸۷). آمریکا با نرخ ۱۱۱۳ بیمار کلیوی تحت دیالیز در هر یک میلیون جمعیت و ژاپن با نرخ ۱۳۹۷ بیمار در هر یک میلیون نفر، بالاترین نرخ شیوع ESRD را در جهان دارند (هیلی و موس، ۲۰۰۰). بر اساس آخرین آمار ارائه شده توسط مرکز مدیریت پیوند و بیماری‌های خاص ایران، تعداد بیمارانی که در کشور ما دچار نارسایی مزمن کلیوی هستند حدود ۲۵ هزار نفر می‌باشد که تقریباً بیش از ۵۰ درصد این بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌باشند (سجادی و همکاران، ۱۳۸۷). اگرچه

-
1. End –Stage Renal Disease
 2. Christensen & Ehlers
 3. Martin & Thampson
 4. Hailey & Moss
 5. O'conore, Jardine, & Millar
 6. Fincham
 7. Smeltzer

ESRD یک اختلال جسمانی درمان پذیر است، اما در ایالات متحده نرخ مرگ و میر در این بیماران ۲۳/۶ درصد در سال ۱۹۹۲ برآورد شده است (فینچام، ۲۰۰۵). متأسفانه در ایران هیچ اطلاعات گزارشی شده‌ای از تعداد بیماران فوت شده در اثر بیماری ESRD یافت نشد.

به منظور کاهش نرخ مرگ و میر، بیماران ESRD می‌بایستی از تجویزها و دستورهای مختلف پزشکی پیروی کنند. شاخص‌های درمانی که این بیماران از آن پیروی می‌کنند عبارتند از: الف) محدودیت‌های سخت در رژیم غذایی (از قبیل محدودیت در مصرف مواد حاوی پتاسیم و فسفات)، زیرا مصرف بالای این مواد می‌تواند به عوارض جانبی قلبی عروقی و ایست قلبی منجر شود.

ب) محدودیت در مصرف مایعات از دیگر الزامات ضروری در این بیماران است. به دلیل ناتوانی بیمار در دفع مایعات بدن، آب و مایعات می‌بایست به صورت مختصر مصرف شود و افراط در مصرف مایعات می‌تواند به گرفتگی عضلات، ناتوانی در انقباض قلب، استفراغ، تورم و حتی مرگ منجر شود.

ج) همچنین شرکت منظم و به موقع در جلسات دیالیز و مصرف داروهای تجویز شده توسط پزشک از دیگر شاخص‌های پیروی در این بیماران است (کریستنسن، بنوش و اسمیت^۱، ۱۹۹۷، به نقل از اکونور و همکاران، ۲۰۰۸).

۲-۱- بیان مسأله

پیروی از توصیه‌های درمانی، موضوعی است که از دیرباز در ارتباط میان بیمار و متخصصان بالینی مطرح بوده و عدم پیروی از توصیه‌های درمانی، همواره یک مشکل مهم و چند وجهی در حوزه سلامت محسوب شده است. با این وجود در حدود چهار دهه است که پیروی به‌طور جدی مورد توجه قرار گرفته و در این مدت بخش عمده‌ای از ادبیات سلامت به این موضوع اختصاص یافته است (ارین^۲، ۲۰۰۲).

پژوهش‌های گوناگونی به مطالعه گستردگی مسأله پیروی پرداخته‌اند و آمارهای گوناگونی در رابطه با میزان عدم پیروی ارائه شده است. شیوع عدم پیروی از درمان ۸ تا ۷۱ درصد است و ۱۰

1. Benotsch & Smith
2. Erien

درصد از پذیرش‌های بیمارستانی و ۲۳ درصد پذیرش پرستار خانگی به دلیل عدم پیروی است (دونوان^۱، ۱۹۹۵، به نقل از ورمیر و هیرنشاو^۲، ۲۰۰۱)

به‌طور کلی، نرخ متوسط عدم پیروی از دستورهای پزشکی در حدود ۴۰ درصد است، به این معنا که از هر ۵ بیمار ۲ نفر آن‌چه را که به آنان توصیه شده است به اندازه کافی اجرا نمی‌کنند. در واقع تنها ۶۰ درصد از بیماران به طور نسبتاً کامل از توصیه‌های درمانی پیروی می‌کنند و این میزان در مداخله‌های پیچیده‌تر و توصیه‌های طولانی، کمتر است (بنت و همکاران، ۲۰۰۵). هم‌چنین پیروی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن بسیار کمتر از بیماران دچار بیماری‌های حاد است (استربرگ و بلاشک^۳، ۲۰۰۵).

عدم پیروی، پیامدهای ناخوشایند گوناگونی در بردارد که توجه به آن را هرچه بیشتر ضروری می‌سازد. افراد با اجرا نکردن دستورهایی که پزشک می‌دهد، عملاً خطر ابتلا به مشکلاتی را که تا آن زمان گرفتارش نبوده‌اند، بیشتر می‌کنند یا به طولانی شدن و بدتر شدن عارضه‌ای که به آن مبتلا هستند، تن می‌دهند. برآوردها نشان می‌دهد که احتمالاً ۲۰ درصد از بستری شدن‌ها در بیمارستان، حاصل پی‌گیری نکردن توصیه‌های پزشکی از سوی بیماران است (لی^۴، ۱۹۸۲، به نقل از سارافینو^۵، ۲۰۰۶).

در عین حال به نظر می‌رسد اهمیت رعایت دستورهای پزشک، به نوع بیماری و درمان تجویز شده نیز بستگی دارد. برای مثال، در بیماران کلیوی مزمن، به خاطر الزامات گوناگون درمان همودیالیز، بسیاری از آنان ممکن است از رژیم تجویز شده پیروی نکنند که این امر نتایج بالینی موفق را به تعویق می‌اندازد (دن هرینک و همکاران^۶، ۲۰۰۷). شیوع عدم پیروی در جنبه‌های گوناگون رژیم دیالیز قابل ملاحظه است و در پژوهش‌های مختلف ۵۰ درصد یا بیشتر گزارش شده است (کوتنر، ژانگ، مک‌کلن و کال^۷، ۲۰۰۲). عدم پیروی از درمان در بیماران ESRD با افزایش مرگ و وخامت بیماری در این بیماران همراه است. از طرفی، پیروی ضعیف اغلب به آزمایش‌های اضافی و غیر ضروری، تغییر در طرح درمان، تغییر یا تعدیل مقدار داروی تجویز شده و بستری

-
1. Donwan
 2. Vermeire & Hearnshaw
 3. Osterberg & belachk
 4. Lee
 5. Sarafino
 6. Denhaerynck.
 7. Kutner, Zhang, McCellan, & Col

شدن در بیمارستان منجر می‌شود که در نهایت افزایش هزینه مراقبت پزشکی را به همراه دارد. هزینه کلی مربوط به عوارض ثانویه ناشی از پیروی ضعیف در بیماران تحت دیالیز و پیوند کلیه در ایالات متحده امریکا، بالغ بر ۹۵۰ میلیون دلار گزارش شده است (ادهم^۱، ۲۰۰۳).

در پی شناسایی عوامل مؤثر بر پیروی و عدم پیروی از درمان در بیماران کلیوی، نقش عوامل روان‌شناختی در عدم پیروی از درمان در این بیماران مورد پژوهش‌های گوناگونی قرار گرفته است. کوتنر و همکاران (۲۰۰۲) بیان می‌کنند که ارتباط عوامل عاطفی، روان‌شناختی و اجتماعی با عدم پیروی از درمان دیالیز موضوع پیچیده‌ای است و مسائل روانی-اجتماعی زیربنایی که به عدم پیروی از درمان دیالیز منجر می‌شود، به خوبی درک نشده‌اند. در واقع اثرات جسمانی بیماری‌های کلیه اغلب آشکار و واضح هستند، در حالی که تأثیرات عاطفی و هیجانی آن ممکن است پوشیده باشد. با این حال تأثیر و اهمیت این عوامل را نمی‌توان نادیده گرفت. از ابتدای ابتلا به این بیماری، افراد تحت درمان دیالیز، با یکسری عواطف شدید مواجه می‌شوند. در این میان رایج‌ترین عواطف، ترس از آینده، عصبانیت، فقدان کنترل و افسردگی می‌باشد. تجربه این عواطف می‌تواند کیفیت زندگی و واکنش این بیماران نسبت به بیماری خود را تحت تأثیر قرار دهد، به طوری که این بیماران از رژیم تجویز شده و حتی پیگیری درمان‌های ضروری برای بیماری خود خودداری کنند (پترسون و همکاران^۲، ۱۹۹۹). در مطالعه بر روی بیماران ESRD تحت درمان با همودیالیز، افسردگی، ادراک از بیماری و سلامت روانی ادراک شده، متغیرهایی هستند که به عنوان مکانیسم‌های مهمی در عدم پیروی این بیماران معرفی شده‌اند (کیمل، پترسون و ویز^۳، ۱۹۹۶؛ دیوریو^۴، ۱۹۹۷؛ کورتین، لانگراف و آبتز^۵، ۱۹۹۴، به نقل از کوتنر و همکاران، ۲۰۰۲).

از دیگر موضوعات قابل بررسی در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری کلیوی مرحله انتهایی، کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن است. دو مفهوم پیروی از درمان و کیفیت زندگی از عوامل مهم در بقای بیماران ESRD شناخته شده است (کیمل و همکاران، ۱۹۹۸؛ مایز^۷ و همکاران، ۲۰۰۳). کیفیت زندگی مفهومی است که احساس خوب بودن را از نظر جسمانی و روانی

-
1. Adham
 2. Peterson
 3. Kimmel, Peterson & Weihs
 4. DeOreo
 5. Kurtin, Langraf & Abetz
 6. survival
 7. Mapes

دربرمی‌گیرد. انسان‌ها به طور فزاینده‌ای تمایل به افزایش طول عمر دارند و به ویژگی‌های مثبت زندگی توجه خاصی دارند و در سبک و شیوه زندگی خود، کیفیت زندگی را مد نظر قرار می‌دهند (آندرسون و بورکهارد^۱، ۱۹۹۹). مفهوم کیفیت زندگی چتر بزرگی است که عوامل گوناگون را تحت پوشش قرار می‌دهد. این عوامل بر زندگی تأثیرگذارند و در شکل‌گیری روابط بین‌فردی نقش دارند (کینگ و هیندز^۲، ۱۹۹۸). از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، بیماری‌های مزمن است. کیفیت زندگی اگرچه در متون پزشکی مکرراً بحث شده، اما اندازه‌گیری آن با دیدگاه‌ها، روش‌ها و ابعاد متنوعی انجام شده است. بنابر مطالعات گوناگون، در بین اجزاء متنوع کیفیت زندگی، این ابعاد مورد توجه قرار گرفته‌اند: وضعیت سلامت عمومی، توانایی‌های کارکردی، وضعیت روانی، سطح خوب بودن، رضایت‌مندی از زندگی، شادی، سطوح تعقل، درد، نشانه‌ها، خستگی، کارکرد جنسی، فعالیت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و وضعیت حرفه‌ای (پروتکین و فیناستین^۳، ۲۰۰۲).

بیماری کلیوی مرحله انتهایی یک بیماری مزمن، ناتوان‌کننده و تهدیدکننده زندگی است که بر رفتار، خلق، فرایند شناختی، توانایی کارکرد، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و به ویژه کیفیت زندگی بیمار تأثیر می‌گذارد و علاوه بر صرف هزینه‌های زیاد درمانی، به علت طولانی بودن دوره بیماری، نیاز به مراقبت بلندمدت دارد (برلیم و همکاران، ۲۰۰۶). وارشیو^۴ (۱۹۹۰) بیان می‌کند که بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی برای تأمین سلامت خود تحت درمان با همودیالیز قرار می‌گیرد، در حالی که عوامل تنش‌زا علاوه بر این که باقی می‌مانند، ممکن است تشدید نیز بشوند، زیرا بیمار دیالیزی با عوامل تنش‌زای متعدد فیزیکی، روانی و اجتماعی مواجه می‌باشد و از لحاظ آینده خود احساس ناامنی می‌کند، چون در روش زندگی، وضع خانوادگی و موقعیت وی تغییرات زیادی رخ داده است.

مشکل عمده بیماران دیالیزی که موجب پیچیده‌تر شدن شرایط کیفی زندگی آنان می‌گردد مسائل روانی-اجتماعی ناشی از بیماری، روش‌های مقابله و تطابق و سازگاری با بیماری است. دامنه واکنش‌های تطابقی نسبت به بیماری و دیالیز، از احساس کسب مجدد توانایی‌ها به‌طور کامل تا خودکشی متغیر می‌باشد (باری^۵، ۱۹۹۶). از طرفی مشکلات روان‌شناختی هم‌چون افسردگی،

-
1. Anderson & Burckhardt
 2. King & Hinds
 3. Prutkin & Feinstein
 4. Varricho
 5. Barry

اضطراب (ساین، ماتلوی و سیندل^۱، ۲۰۰۷) و ادراک فرد از بیماری (ادراک بیمار در مورد کنترل شخصی، درمان‌پذیری، طول مدت بیماری) می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد (کاوایس و همکاران^۲، ۲۰۰۴).

پژوهش‌های مربوط به حوزه روان‌شناختی در بیماران کلیوی مرحله انتهایی در سال‌های اخیر مورد توجه بیشتری قرار گرفته است. همان‌گونه که اشاره شد کیفیت زندگی و پیروی از درمان دو حوزه مهم تحقیقات مربوط به بقا و میزان بستری شدن^۳ این بیماران در بیمارستان می‌باشد که به شدت تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی قرار می‌گیرد. با این وجود، در پژوهش‌ها نقش برخی از عوامل روان‌شناختی به‌طور جداگانه بر روی کیفیت زندگی و پیروی از درمان در این بیماران مورد بررسی قرار گرفته است ولی نقش چندین متغیر روان‌شناختی به‌طور هم‌زمان مورد توجه قرار نگرفته است. به علاوه نتایج مطالعات گوناگون در مورد نقش عوامل روان‌شناختی بر پیروی از درمان و کیفیت زندگی این بیماران متناقض است. بر اساس آنچه ذکر شد و فقدان پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور، در پژوهش حاضر به بررسی برخی از متغیرهای روان‌شناختی به‌عنوان عوامل پیش‌بین پیروی از درمان و کیفیت زندگی در بیماران کلیوی مزمن تحت دیالیز شهر اصفهان پرداخته می‌شود.

۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و تحت درمان با همودیالیز به علت درمان‌های متعدد و پیچیده با مشکلات گوناگون و تغییرات ریشه‌ای در الگوی زندگی روبرو هستند که بر عملکرد اجتماعی و روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. بررسی موضوعات روان‌شناختی که ممکن است منجر به عدم پیروی مداوم از درمان شود، یک حوزه مهم برای پژوهش است (باینز و جیندال، ۲۰۰۰). دانش کافی و جامع از عواملی که رفتارهای خود مراقبتی بیمار و پیروی از درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به ویژه به خاطر پیامدهای جدی عدم پیروی بیمار در بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی او، موضوع بسیار مهمی است (اکونور و همکاران، ۲۰۰۸). عدم پیروی از درمان علاوه بر ایجاد مشکلات فردی برای خود بیمار، دارای تبعات اجتماعی در سطح خانوادگی و جامعه نیز می‌باشد،

1. Sayin, Mutluay & Sindel
2. Covic et al.
3. hospitalization

به طوری که با بدتر شدن سلامت جسمانی و روانی بیمار که از پیامدهای پیروی ضعیف است، فشار بر اعضای خانواده برای مراقبت دقیق و طولانی تر بیشتر می شود و استرس و نگرانی آن ها در مورد عضو بیمار خانواده، افزایش می یابد. از طرفی تبعات اقتصادی و مالی ناشی از صرف هزینه های اضافی برای بهبود وضعیت بیمار را برای خانواده به همراه دارد و در صورتی که بیمار نقش سرپرست خانواده را بر عهده داشته باشد، این مشکل دو چندان خواهد شد. بنابراین فهم بیشتر از ماهیت چند عاملی عدم پیروی، برای بهبود نتایج درمانی، پیشگیری از رها کردن درمان و ارتقاء سلامت جسمانی و روانی بیمار موضوعی مناسب و بجا است.

از سوی دیگر، مطالعات جدید نشان می دهد که کیفیت زندگی در بیماران کلیوی مزمن یک پیش بینی کننده مهم مرگ و میر و میزان بستری شدن در این بیماران است. به همین دلیل شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در بیماران کلیوی مزمن به ویژه بیماران کلیوی تحت درمان با همودیالیز که شرایط سخت و محدود کننده بیشتری در مقایسه با بیماران کلیوی تحت درمان با دیالیز صفاقی قرار دارند، یک موضوع با اهمیت و قابل بررسی می باشد. در واقع بررسی کیفیت زندگی کمک می کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی تری مورد توجه قرار گرفته و روش های درمانی مورد تجدیدنظر قرار گیرد.

پژوهش حاضر از این نظر دارای اهمیت است که به یکی از اصلی ترین دغدغه های روان شناسی سلامت یعنی پیروی بیماران از توصیه های درمانی می پردازد که متخصصان بالینی هم چنان به دنبال روش هایی برای ارتقاء آن در بیماری های مزمن هستند (راسل^۱ و دیگران، ۲۰۰۳). از طرفی این مسئله را در بیماران کلیوی مزمن تحت همودیالیز مورد مطالعه قرار می دهد که یکی از بیماری های شایع مزمن و رو به فزونی بوده و جزء آن دسته از بیماری های است که پیروی از توصیه های پزشک، مبتنی بر رعایت رژیم غذایی و کنترل عوامل خطر ساز نقش مهمی در پیشگیری از وخامت بیماری، اختلالات توأم و همچنین ارتقاء سلامت بیمار دارد. این پژوهش هم چنین پاسخگوی نیازهایی است که در حوزه مطالعات مرتبط با کیفیت زندگی در این بیماران وجود دارد. به طوری که پژوهش حاضر درصدد کمک به شناسایی هر چه بیشتر متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی و پیروی از درمان در این گروه از بیماران بوده و به این ترتیب نتایج این پژوهش می تواند به بهبود پیامدهای درمانی و پیشگیری از وخامت بیماری و مرگ و میر ناشی از

1. Russel

آن کمک نماید. به عبارت دیگر می‌توان این دو عامل (کیفیت زندگی بیماران کلیوی و پیروی از درمان) را به عنوان شاخصی برای تداوم بقا در این بیماران قرار داد که انجام این پژوهش می‌تواند عوامل روان‌شناختی دخیل در آن را مورد بررسی قرار دهد. همچنین انجام این پژوهش به متخصصان حوزه سلامت و روان‌شناسی در خصوص اتخاذ راهبردهای مرتبط با ارتقاء پیروی از درمان و بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک می‌کند.

۴-۱- اهداف پژوهش

هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی پیروی از درمان (بر اساس شاخص‌های ذهنی و عینی) و کیفیت زندگی بیماران کلیوی مزمن تحت دیالیز شهر اصفهان بر اساس ادراک از بیماری، افسردگی، اضطراب، شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی ادراک شده است. اهداف جزئی تحقیق عبارتند از:

- تعیین رابطه بین مؤلفه‌های شیوه‌های مقابله با استرس (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار) و پیروی از درمان (بر اساس شاخص‌های ذهنی و عینی) بیماران کلیوی مزمن تحت دیالیز شهر اصفهان

- تعیین رابطه بین مؤلفه‌های شیوه‌های مقابله با استرس (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار) و کیفیت زندگی بیماران کلیوی مزمن تحت دیالیز شهر اصفهان

- تعیین رابطه بین مؤلفه‌های ادراک از بیماری (ادراک در مورد پیامدهای ناشی از بیماری، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، درمان‌پذیری، قابلیت درک و فهم، نگرانی، بازنمایی عاطفی، ماهیت و ادراک از علت بیماری) و پیروی از درمان (شاخص‌های ذهنی و عینی) بیماران کلیوی مزمن تحت دیالیز شهر اصفهان

- تعیین رابطه بین مؤلفه‌های ادراک از بیماری (ادراک در مورد پیامدهای ناشی از بیماری، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، درمان‌پذیری، قابلیت درک و فهم، نگرانی، بازنمایی عاطفی، ماهیت و ادراک از علت بیماری) و کیفیت زندگی بیماران کلیوی مزمن تحت دیالیز شهر اصفهان

- تعیین رابطه میان شاخص ذهنی پیروی از درمان (پیروی خود گزارش دهی یا تفسیر ذهنی بیماران از میزان پیروی) و شاخص عینی آن^۱ (IWG)

1. Interdialytic Weight Gain

۵-۱- سؤال پژوهش

آیا ادراک از بیماری، افسردگی، اضطراب، شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی ادراک شده، پیش‌بینی کننده پیروی از درمان (شاخص‌های ذهنی و عینی پیروی) و کیفیت زندگی در بیماران کلیوی مزمن تحت همودیالیز شهر اصفهان می‌باشد؟

۶-۱- فرضیه‌های پژوهش

۱- ادراک از بیماری، افسردگی، اضطراب، شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی ادراک شده، پیش‌بینی کننده پیروی از درمان (شاخص‌های ذهنی و عینی پیروی از درمان) و کیفیت زندگی در بیماران کلیوی مزمن تحت همودیالیز است.

۱-۱- ادراک از بیماری، افسردگی، اضطراب، شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی ادراک شده، پیش‌بینی کننده شاخص ذهنی پیروی از درمان در بیماران کلیوی مزمن تحت همودیالیز است.

۱-۲- ادراک از بیماری، افسردگی، اضطراب، شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی ادراک شده، پیش‌بینی کننده شاخص عینی پیروی از درمان (IWG) در بیماران کلیوی مزمن تحت همودیالیز است.

۱-۳- ادراک از بیماری، افسردگی، اضطراب، شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی ادراک شده، پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بیماران کلیوی مزمن تحت همودیالیز است.

۷-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

۱-۷-۱- ادراک از بیماری

تعریف مفهومی: بنابر مدل خود تنظیمی لونتال^۱ (۱۹۸۴)، به نقل از برادبنت، پتری، مین و وینمن^۲ (۲۰۰۶) ادراک از بیماری فرایندی است که در آن افراد بنا به درکی که از بیماری خود دارند به آن واکنش شناختی و هیجانی نشان می‌دهند.

ادراک از بیماری شامل چندین مؤلفه است که عبارتند از:

1. Self-regulatory Leventhal model
2. Broadbent, Petrie, Main & Weinman

- پیامدهای ناشی از بیماری: به باورهای بیمار راجع به تأثیر بیماری بر کیفیت کلی زندگی و یا بر ظرفیت کارکردی اشاره دارد.

- طول مدت: به باورهای بیمار راجع به جریان بیماری و مقیاس زمانی علائم بیماری اشاره دارد.

- کنترل شخصی: میزانی که بیماران معتقدند می‌توانند بیماری‌شان را کنترل کنند.

- درمان‌پذیری: به میزانی که بیماران معتقدند بیماری‌شان قابل درمان است اشاره دارد.

- ماهیت: به باورهای بیمار راجع به برچسب بیماری و آگاهی از علائم آن اشاره دارد.

- نگرانی: به میزان نگرانی فرد در مورد بیماری‌اش اشاره دارد.

- قابلیت درک و فهم: دیدگاه فرد در مورد بیماری خود و تصویر یا درکی که فرد از بیماری خود دارد.

- بازنمایی عاطفی: عواطفی همچون ترس، اضطراب، افسردگی، عصبانیت و... که فرد در برابر بیماری از خود نشان می‌دهد.

- علیت: به عواملی که بیمار فرض می‌کند علت ایجاد کننده بیماری وی می‌باشد، اشاره دارد

(لونتال و همکاران، ۱۹۸۴)

تعریف عملیاتی: در این پژوهش، ادراک از بیماری توسط نمره‌ای سنجیده شد که فرد از فرم مختصر پرسش‌نامه ادراک از بیماری^۱ (Brief- IPQ) کسب نموده است. هر ماده یکی از مؤلفه‌های ادراک از بیماری که در قسمت بالا به آن اشاره شد را مورد سنجش قرار می‌داد. این پرسش‌نامه توسط برادبنت و همکاران (۲۰۰۶) طراحی شده است.

۲-۷-۱- افسردگی

تعریف مفهومی: منظور از افسردگی حالتی است که در آن فرد از زندگی لذتی نبرده و نشانه‌هایی چون کاهش علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی از خود نشان می‌دهد (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۷).

1. Brief-Illness Perception Questionnaire

2. Sadok & Sadock