

بسم الله الرحمن الرحيم



دانشگاه علامه طباطبائی

پردیس آموزشهای نیمه حضوری

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی (گرایش روان شناسی عمومی)

عنوان:

مقایسه تاب آوری و سبک زندگی بین بیماران دیالیزی و پیوند کلیه

۶۰ - ۲۵ ساله شهر تهران

استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر فاطمه قائمی

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر فرامرز سهرابی

نگارش:

سیمین قاسم زاده مجاوری

سال تحصیلی ۹۱ - ۱۳۹۰

تقدیم به

تمامی انسانهایی که در مقابل بحران های زندگی ایستادگی کردند با صبر و پشتکار تلاش حسیتمکی ما پذیر از این گذرگاه با شجاعت
عبور کردند نه تنها از بیماری ما سرایند بلکه بالنده و رشد یافته به درجات عالی تری از زندگی دست یافتند .

تشکر

با سپاس و قدرشناسی از تمامی عزیزانی که در این راه مریاری نموده اند همه پزشکان و پرستاران محترم بخش های دیالیز و پیوند کلیه انجمن حمایت از بیماران پیوند کلیوی اساتید محترم راهما و مشاوران و نوره خانب آقایی دکتر درتاج پیمان محترم پیوند کلیه و دیالیز و در نهایت بکارهای صمیمانه همسر و فرزند عزیزم که با صبر و توصله مرا تشویق و دلگرم نمودند

چکیده:

مقدمه: نارسایی کلیه، بیماری شایع و خطرناکی است که منجر به از دست دادن عملکرد کلیه ها می گردد. این بیماری و درمان های آن که دیالیز و پیوند کلیه است، می تواند بیماران را در معرض طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار داده، تاب آوری و سبک زندگی آن ها را تحت تاثیر قرار دهد. بنابراین پژوهش حاضر به مقایسه تاب آوری و سبک زندگی بیماران دیالیزی و پیوند کلیه 25_60 ساله شهر تهران می پردازد.

روش: در این مطالعه توصیفی و تحلیلی، از پرسش نامه های تاب آوری کانر و دیویدسون و مقیاس های اساسی آدلری برای موفقیت های بین فردی نسخه بزرگسالان (BASIS _A) و آزمون هایلوین، کولموگروف _ اسمیرنف، آزمون T برای گروه های مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. روش نمونه گیری تصادفی ساده و تعداد نمونه ها 140 بیمار کلیوی (70 بیمار دیالیزی و 70 بیمار پیوند کلیه) از میان کلیه بیماران دیالیزی و پیوند کلیه 25_60 ساله شهر تهران بود.

نتایج: تاب آوری و سبک زندگی در دو گروه بیماران پیوند کلیه و دیالیزی به صورت نرمال توزیع شده بود. ضریب همبستگی پیرسون رابطه تاب آوری و سبک زندگی در بیماران دیالیزی را مثبت و معنا دار نشان داد $P < 0/05$ بنا بر این بین تاب آوری و سبک زندگی بیماران دیالیزی رابطه وجود دارد همچنین نتایج آزمون T نشان داد که میانگین تاب آوری بیماران زن و مرد پیوند کلیه تفاوت معنی داری داشت $P < 0/05$ در سایر موارد بین دو گروه رابطه معنی دار وجود نداشت.

نتیجه گیری: بین تاب آوری و سبک زندگی در بیماران دیالیزی رابطه وجود داشت همچنین بین تاب آوری بیماران زن و مرد پیوند کلیه تفاوت معنی داری وجود داشت، تاب آوری بیماران مرد بیشتر از زنان بود. بنابراین می توان از آموزش مهارت های سازگاری و سبک زندگی برای بیماران دیالیزی و پیوند کلیه به ویژه زنان استفاده کرد.

کلید واژه ها: تاب آوری، سبک زندگی، دیالیز، پیوند کلیه.

فهرست مطالب:

صفحه

عنوان

فصل یکم: مقدمه / معرفی پژوهش

۲	مقدمه
۶	بیان مسئله
۹	اهمیت و ضرورت پژوهش
۱۰	اهداف پژوهش
۱۱	سوال های پژوهش
۱۱	تعاریف مفهومی و عملیاتی واژه ها و اصطلاحات

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۱۵	مقدمه
۱۵	تاب آوری
۱۸	مولفه های تاب آوری
۱۹	رویکردهای نظری تاب آوری
۲۴	ضرورت و شرایط تاب آوری
۲۵	عوامل خطرو محافظ و نقش آن در کاهش و افزایش تاب آوری
۲۷	خصوصیات یک شخصیت تاب آور
۳۱	پیشایندها و پیامدهای تاب آوری

۳۲	سطوح تاب آوری
	راهبردهای تقویت و پرورش تاب آوری
	۳۳
۳۵	پیشینه پژوهشی تاب آوری
۳۸	تاب آوری در بیماران تحت دیالیز مزمن
۴۰	سبک زندگی
۴۱	فرض های نظریه آدلر
۴۴	تحول سبک زندگی
۴۵	ریشه های سبک زندگی
۴۶	سبک های زندگی ناسازگارانه
۵۰	انواع حالت های روحی
۵۱	نقصان ها
۵۴	پایان گرایی یا تلولوژی
۵۵	پیشینه تجربی سبک زندگی
۵۶	دیالیز
۵۷	نارسایی کلیه
۵۸	نارسایی حاد
۵۹	نارسایی مزمن
۵۹	دیالیز چیست؟
۵۹	

انواع دیالیز

- ۶۱ چگونگی تاثیر دیالیزخونی بر شیوه زندگی
- ۶۳ عوارض دیالیز صفاقی
- ۶۴ چگونگی تاثیر دیالیز صفاقی بر سبک زندگی
- ۶۴ مشکلات اختصاصی در بیماران دیالیزی
- ۶۵ افزایش فشار خون
- ۶۵ اختلالات جنسی ناشی از نارسایی مزمن کلیه در زنان و مردان
- ۶۵ اثرات بالقوه فیزیکی بر روی تمایلات جنسی مردان
- ۶۶ اثرات روانی CKD (بیماری مزمن کلیوی) در تمایلات جنسی مردان
- ۶۶ تصویر فرد از فیزیک خویش
- ۶۶ نگرانی و استرس
- ۶۶ ترس
- ۶۶ بیماری های مزمن کلیوی و خطرات آن برای زنان
- ۶۷ مقاله ویژه ای برای زنان مبتلا به بیماری مزمن کلیوی (CKD)
- ۶۷ دوره قاعدگی و بیماری مزمن کلیوی (CKD)
- ۶۷ روابط جنسی و CKD
- ۶۷ بارداری و بیماری مزمن کلیه
- ۶۸ یائسگی و CKD

۶۸	جنبه های روان شناختی دیالیز خونی
۷۱	سبک زندگی و سازگاری در بیماران دیالیز خونی
۷۳	عوامل موثر بر سازگاری بیمار با دیالیز خونی
۷۴	سازگاری بیمار با دیالیز طولانی مدت
۷۴	دیالیز و روابط اجتماعی
۷۶	پیوند کلیه
۷۶	انتخاب گیرنده پیوند
۷۶	انتخاب اهدا کننده
۷۸	شیوع بیماری مزمن کلیه در دنیا و ایران
۸۰	کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه
۸۰	چگونه پیوند بر شیوه زندگی تاثیر می گذارد؟
۸۱	مزایای پیوند
۸۱	معایب پیوند
۸۶	فشار خون بالا در پیوند کلیه

فصل سوم: روش پژوهش

۸۹	مقدمه
۸۹	طرح پژوهش
۸۹	جامعه آماری
۹۰	روش نمونه گیری، حجم و تعداد نمونه

۹۰	ابزار پژوهش
۹۳	روش گرد آوری داده ها
۹۳	روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۹۵	مقدمه
۹۵	توصیف داده ها
۱۰۵	تحلیل داده ها
۱۰۵	سوال های پژوهش

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱۱۷	مقدمه
۱۱۹	یافته ها
۱۲۰	بحث و نتیجه گیری
۱۲۹	محدودیت های پژوهش
۱۳۰	پیشنهادها
۱۳۱	منابع
۱۴۱	چکیده انگلیسی
۴۲	پیوست

فهرست شکل ها :

صفحه	عنوان
۶۰	شکل ۱-۲: روش دسترسی برای دیالیز خونی
۶۱	شکل ۲-۲: روش دسترسی برای دیالیز خونی
۶۲	شکل ۳-۲: دیالیز صفاقی

فهرست جداول و نمودارها :

صفحه	عنوان
۹۶	جدول ۱-۴: جدول توزیع فراوانی و درصدی شرکت کنندگان دو گروه از نظر جنسیت
۹۶	نمودار ۱-۴: نمودار میله ای جنسیت دردوگروه
۹۷	جدول ۲-۴: جدول توزیع فراوانی و درصدی شرکت کنندگان دو گروه از نظر تأهل
۹۷	نمودار ۲-۴: نمودار میله ای وضعیت تأهل دردوگروه
۹۸	جدول ۳-۴: توزیع فراوانی میزان تحصیلات شرکت کنندگان دوگروه
۹۸	نمودار ۳-۴: نمودار میله ای میزان تحصیلات دردوگروه
۹۹	جدول ۴-۴: جدول توزیع فراوانی و درصدی شرکت کنندگان دو گروه از نظر وضعیت اشتغال
۹۹	نمودار ۴-۴: نمودار میله ای وضعیت اشتغال دردوگروه
۱۰۰	جدول ۵-۴: جدول توزیع فراوانی و درصدی شرکت کنندگان دو گروه از نظر تعداد فرزند
۱۰۰	نمودار ۵-۴: نمودار میله ای تعداد فرزند دردوگروه
۱۰۱	جدول ۶-۴: جدول توزیع فراوانی و درصدی شرکت کنندگان دو گروه از نظر سابقه بیماری کلیوی یا دیالیز
۱۰۱	نمودار ۶-۴: نمودار میله ای سابقه بیماری دردوگروه
۱۰۲	جدول ۷-۴: جدول توزیع فراوانی و درصدی شرکت کنندگان دو گروه از نظر علت بیماری
۱۰۳	نمودار ۷-۴: نمودار میله ای از نظر علت بیماری
۱۰۳	جدول ۸-۴: بررسی توزیع نرمال از آزمون کلموگروف اسمیرنف

- ۱۰۴ نمودار ۴-۸: نمودار تاب آوری در دو گروه
- ۱۰۴ نمودار ۴-۹: نمودار تاب آوری در دو گروه
- ۱۰۵ جدول ۴-۹: میانگین و انحراف استاندارد تاب آوری و سبک زندگی در دو گروه
- ۱۰۶ جدول ۴-۱۰: نتایج آزمون t برای مقایسه تاب آوری بیماران دیالیزی و پیوند کلیه
- ۱۰۶ جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون t برای مقایسه سبک زندگی بیماران دیالیزی و پیوند کلیه
- ۱۰۷ جدول ۴-۱۲: ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه تاب آوری و سبک زندگی در بیماران دیالیزی
- ۱۰۷ جدول ۴-۱۳: ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه تاب آوری و سبک زندگی در بیماران پیوند کلیه
- ۱۰۸ جدول ۴-۱۴: نتایج آزمون t برای مقایسه تاب آوری و سبک زندگی بیماران زن و مرد پیوند کلیه
- ۱۰۹ جدول ۴-۱۵: نتایج آزمون t برای مقایسه تاب آوری و سبک زندگی بیماران زن و مرد دیالیزی
- ۱۱۰ جدول ۴-۱۶: نتایج آزمون t برای مقایسه تاب آوری و سبک زندگی بیماران زن و مرد پیوند کلیه
- ۱۱۱ جدول ۴-۱۷: ضریب همبستگی پنج خرده مقیاس اصلی سبک زندگی
- جدول ۴-۱۸ تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی مؤلفه‌های اصلی سبک زندگی در بیماران دیالیزی و پیوند کلیه
- ۱۱۱
- ۱۱۲ جدول ۴-۱۹: نتایج آزمون t برای مقایسه تک تک مؤلفه‌های سبک زندگی در دو گروه بیماران دیالیزی و پیوند کلیه
- ۱۱۳ جدول ۴-۲۰: ضریب همبستگی پنج خرده مقیاس حمایتی سبک زندگی
- ۱۱۴ جدول ۴-۲۱: تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی مؤلفه‌های حمایتی سبک زندگی در بیماران دیالیزی و پیوند کلیه
- ۱۱۴ جدول ۴-۲۲: نتایج آزمون t برای مقایسه تک تک مؤلفه‌های حمایتی سبک زندگی در دو گروه بیماران

فصل یکم



معرفی پژوهش

مقدمه

مهم ترین مسئله ای که بیش از هر چیز در زندگی انسان ها مطرح است، سلامتی آن هاست. سلامت طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی دارای سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی است. هر فرد ترکیبی از روابط متقابل ابعاد فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی است و تغییرات در هر یک از این ابعاد موجب تأثیر بر سایر ابعاد می شود. (رضایی، و همکاران ۱۳۸۸).

موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمدنی، مطرح بوده است اما هر گاه سخنی از آن به میان آمده عموماً بعد جسمی آن مد نظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامتی بخصوص بعد روانی آن توجه شده است. (زرگر نتاج؛ ۱۳۸۸) بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۵) سلامتی صرفاً نبود بیماریها ناتوانی نیست بلکه حالتی از آسایش جسمانی روانی و اجتماعی است.

با توجه به تعاریف ذکر شده، اختلالات فیزیولوژیک می تواند تعادل زندگی فرد را در سایر ابعاد نیز دچار اختلال کند. با توجه به تعریف فاسی و همکاران (۲۰۰۸) کلیه یکی از تمایز یافته ترین ارگان های بدن است. که اختلال در عملکرد آن می تواند آسیب جدی به سلامت جسمانی و روانی فرد وارد کند.

کلیه ها یک جفت ارگان لوبیایی شکل و قرمز مایل به قهوه ای هستند و در فضای خلف صفاقی (پشت و خارج حفره صفاقی) روی دیواره خلفی شکم از مهره دوازدهم سینه ای تا مهره سوم کمری بالغین قرار دارد و و زنان حدود ۱۱۳ تا ۱۷۰ گرم است. به دلیل وضعیت قرار گرفتن کبد کلیه راست اندکی پایین تر از کلیه چپ می باشد. (اسملترز، بیر، هینکل. ۲۰۱۰)

کلیه طبیعی سه عمل اصلی را بر عهده دارد:

۱- دفع مواد زائد ناشی از متابولیسم ازت.

۲- تنظیم بیلان آب و الکترولیت.

۳- وظیفه آندوکراین و متابولیک. ژنژر، زنگراف، مان، دروک (۱۳۶۵).

بیماری های کلیه در پزشکی داخلی امروز جایگاه خاص خود را دارد و رسیدگی فوری به بیماری های ارگان حیاتی کلیه و رفع اختلالات حاد آن بسیار الزامی است در بیماران دچار نارسایی کلیه ابتدا باید مشخص شود که آیا بیماری حاد است یا مزمن . در صورتی که بررسی یافته های آزمایشگاهی حاکی از افزایش مقادیر اوره کراتینین در گذشته نزدیک باشد، وجود فرایند حاد بسادگی اثبات می شود (فاسی و همکاران ، ۲۰۰۸).

بیماری مزمن کلیه یک مشکل سلامت در دنیای امروز است. امروزه به کمک بررسی آزمایشگاهی می توان این بیماری را تشخیص داد. بیماری مزمن کلیه وضعیتی است که با از دست رفتن پیش رونده توانایی کلیه در حفظ سطوح نرمال محصولات متابولیسم پروتئینی (همچون اوره)، حفظ فشار خون و هماتوکریت نرمال و حفظ تعادل آب، الکترولیت ها و اسید- باز بدن مشخص می شود. در بالغین فعالیت کلیه بر اساس سطوح پلاسمایی کراتینین و اوره محاسبه می شود. بر اساس تعاریف موجود بیماری مزمن کلیه به وجود آسیب ساختاری یا عملکرد کلیوی که برای مدت بیش از سه ماه طول بکشد اطلاق می گردد. بیماری مزمن کلیه یک بیماری شایع، خطرناک و قابل درمان است. فقدان اطلاعات آماری در مورد این بیماری در ایران مانع مهمی در سوق دادن امکانات سیستم سلامت به سمت تشخیص زود هنگام این بیماری خاموش است (شهبازیان و همکاران ۱۳۸۹).

انتهای طیف بیماری مزمن کلیه، بیماری مرحله نهائی کلیه می باشد که در این مرحله بیمار نیازمند درمان باروش های جایگزین یک کلیه می باشد . بیماری مزمن کلیه موقعیت تهدید کننده ای برای وضعیت سلامتی، اقتصادی واجتماعی فرد مبتلا، خانواده و جامعه بیماراستو از چند سال گذشته توجه فوق العاده زیادی را خصوصاً در کشورهای پیشرفته به خود معطوف کرده است. پیوند کلیه در انسال اغلب موثرترین درمان نارسایی مزمن کلیوی پیشرفته محسوب می شود (فاسی و همکاران، ۲۰۰۸).

اغلب بیماریها بخصوص بیماری نارسایی کلیه می تواند بر میزان تاب و توان و مقاوت بیماران در برابر بیماریها و سبک زندگی آنها اثر گذار باشد. از آنجایی که نارسایی کلیه در مرحله نهایی به دو روش درمانی دیالیز و پیوند کلیه نیاز خواهد داشت در این بخش به بررسی مفهوم تاب آوری و سبک زندگی می پردازیم تا نقش این دو متغیر را در زندگی بیماران دیالیزی و پیوند کلیه بررسی کنیم .

تاب آوری اصطلاحی است که در سال های اخیر استفاده ی بسیاری از آن می شود. در حال حاضر این واژه کاربردهای بسیاری دارد ، برای توصیف هر چیزی که مقاومت بالایی در برابر مسائل و مشکلات دارد مورد استفاده قرار می گیرد. مثلا زمانی که فردی برای بقای در برابر مشکلات طبیعت میایستد و مقاومت می کند و یا برای کودک یا بزرگسالی که مورد سوء استفاده و یا خشونت قرار گرفته ولی همچنان با مسائش دست و پنجه نرم می کند و به دنبال راه حل است، استفاده می شود. تاب آوری از واژه لاتین (rescindere) می آید که به معنای لغو یا فسخ کنوانسیون می باشد . معنای اصلی از واژه (résiliation) در زبان فرانسه می آید که به معنای (forfeiting) به معنای رها کردن شرایط است (فانوف، ۲۰۱۱) .

پژوهشگران، به نوبه خود، در تلاش برای پیدا کردن ویژگی های آن دسته از افرادی هستند که ظرفیت بیشتری برای مقابله دارند، به این امید که دیگران را برای تاب آوری بیشتر در مقابله با استرس، ترس و افسردگی آماده سازند، اما واقعا امکان دارد که تاب آوری روحی را تحت تاثیر قرار داد؟ آیا برخی از شخصیت ها به طور طبیعی خوشبین تر از دیگران نیستند؟ آیا هر چیزی در سطح فردی به ارتقاء سطح سلامت عاطفی در جهانی که به طور فزاینده متلاطم می شود موثر است؟ درست است که برخی از افراد با چشم انداز مثبت به طور طبیعی به دنیا می آیند، و خوشبینی به عنوان یک عامل کلیدی در تاب آوری به حساب می آید اما محققان در حال حاضر به تجارب جدید و روابط حمایتی در رابطه با تغییر ساختار مغز دست یافته اند. این باعث شده است که روانشناسان تصور کنند که خوشبینی و تاب آوری قابل ایجاد است. (ماریس ؛ ۲۰۰۸)

تاب آوری به معنای تحمل، سازگاری با بحران های زندگی و غلبه بر آن هاست. تاب آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست. بلکه فرد تاب آور، مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است. تاب آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی- معنوی، در مقابل شرایط مخاطره آمیز می باشد (کانر و دیوید سون ۲۰۰۳).

حال این سؤال پیش می آید چه چیزی یک فرد را تاب آور می سازد؟ چرا رشد یک فرد در مواجهه با مشکلات رو به زوال می رود، در حالی که شخص دیگری با مشکلات شدید تر رشد موفقی پیدا می کند. (کرد میزرا، ۱۳۸۸)

بعد از روشن نمودن مفهوم تاب آوری به بررسی مفهوم متغیر دیگرمان یعنی سبک زندگی می پردازیم تا با تاثیر بیماری نارسایی کلیه بر سبک زندگی بیماران دیالیزی و پیوند کلیه بیشتر آشنا شویم.

آلفرد آدلر^(۱) رویه و روش مشخص فرد در زندگی را شیوه یا سبک زندگی نامید. او این مفهوم را به عنوان خود، شخصیت، فردیت، وحدت و یگانگی شخصیت، شکل دهنده فعالیت های خلاق فرد، شیوه مواجهه فرد با مشکلات، عقیده و نظر فرد در باره خود و مشکلات زندگی، نگرش کلی نسبت به زندگی بکار برده است. سبک زندگی معرف نحوه کنار آمدن شخص باموانع زندگی و شیوه وی برای یافتن راه حل ها و رسیدن به اهداف است. (شارف ۱۳۸۸).

شیوه زندگی، تکیه کلام نظریه آدلر است و مشخص ترین بعد روان شناسی فردی است. شخص بر اساس شیوه زندگی خاص خود ایفای نقش می کند. آن، کلی است که به اجزاء فرمان می دهد. شیوه زندگی مجموعه عقاید، طرح ها و نمونه های عاداتی رفتار، هوی و هوس ها، هدف های طویل المدت، تبیین شرایط اجتماعی و یا شخصی است که برای تأمین امنیت خاطر فرد لازم است (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۸۶).

گرچه سبک زندگی منحصر به فرد ما در طول شش سال زندگی بوجود می آید ولی رویداد های بعدی می توانند تأثیر عمیقی بر رشد شخصیت ما داشته باشند. تجربیات به خودی خود عوامل تعیین کننده نیستند بلکه تعبیر ما از این رویدادها، شخصیت را شکل می دهد. ما می توانیم در تجربیات کودکی بازنگری کنیم و هشیارانه سبک زندگی تازه ای به بار آوریم (کوری، ۲۰۰۵ به نقل از سید محمدی ۱۳۸۵).

1) Adler, A

با توجه به آنکه در این پژوهش به مقایسه تاب آوری و سبک زندگی در بیماران دیالیزی و بیماران پیوند کلیه می پردازیم ، لازم است به شرح و توصیف بیماری های کلیه به عنوان یک عضو بسیار مهم بدن پردازیم و در کنار آن به عوارض بیماری و مسائلی که در زندگی این بیماران به وجود می آید اشاره نماییم تا در ضمن پژوهش با دشواری های روند بیماری و سطح مقاومت این افراد در مواجهه با این چالش بزرگ،همین طور به تغییر شیوه زندگی این افراد چه در هنگام بیماری و چه پس از آن یعنی در صورت پیوند کلیه آشنایی بیشتری پیدا کنیم.

بر اساس تعاریف موجود بیماری مزمن کلیه به وجود آسیب ساختاری یا عملکردی کلیوی که برای مدت بیش از سه ماه طول بکشد اطلاق می گردد. لذا وجود یکی از سه مشخصه زیر برای تعریف بیماری مزمن کلیه کفایت می کند.وجود اختلال آسیب شناختی؛ وجود مشخصات آسیب کلیوی شامل اختلال در ترکیب خون، ادرار (بصورت آلبومینوری^۱: آلبومین به کراتینین در نمونه ادراری بالاتر از ۳۰mg/gr) و یا وجود اختلال در بررسیهای تصویربرداری افت میزان تصفیه گلومرولی (GFR)^۲بمیزان کمتر از ۶۰ سی سی در دقیقه به ازاء ۱/۷۳ متر مربع بدن. میزان تصفیه گلومرولی ،استاندارد طلائی برای اندازه گیری GFR محاسبه کلیرانس آلبومین می باشد که بطور معمول امکان انجام آن وجود ندارد. آزمایشات جایگزین شامل تعیین کلیرانس^۳ کراتینین با جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته است که این آزمایش نیز بعنوان غربالگری در سطح جامعه مشکلات قابل ملاحظه ای دارد. (شهبازیان و همکاران، ۱۳۸۹).

از دهه ۱۹۶۰ راه های متفاوتی در دسترس قرار گرفته اند تا مردم مبتلا به نارسایی کلیه را زنده و کارآمد نگه دارند. این راه ها شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی^۴ و پیوند کلیه هستند که از میان آنها همودیالیز بیشتر از سایر درمانها مورد استفاده قرار می گیرد. همودیالیز^۵ درمانی است که از آن برای مددجویان شدیداً بیمار که نیازمند درمان طولانی مدت یا همیشگی با همودیالیز هستند، استفاده می شود. یکی دیگر از راه های درمان بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، پیوند کلیه است. به این ترتیب کلیه مزبور جایگزین عملکرد از دست رفته کلیه می شود. بیمار همودیالیزی به دلیل آثار مخرب ناشی از فرآیند بیماری، در تمامی اعضای خود دچار اختلال است. به

¹ -albuminuria

² - glomerular filtration rate

³ - clearance

⁴ - peritoneal

⁵ - hemodialysis

دفع آلبومین از ادرار

میزان تصفیه گلومرولی

زدودگی

دیالیز صفاقی

دیانل خنک

طوری که حتی قادر به پاسخگویی مناسب به تنش های خفیف نیز نیست. اگرچه پیوند کلیه نیز به مثابه یک روش جراحی و نیز فرآیندی با تعداد زیادی عوارض جسمی می تواند فرد را به سوی مسائل و مشکلات روحی - روانی سوق دهد (رضایی و همکاران، ۱۳۸۸).

کلیه مهمترین عضوی است که در ایران پیوند می شود و سالانه بیش از دو هزار پیوند کلیه در کشور انجام می شود. منابع پیوند هم از اهدا کنندگان زنده و اهداکنندگانی است که دچار مرگ مغزی می شوند، تامین می شود (مجله اخبار پزشکی، ۱۳۸۹).

امروزه در کشورهای توسعه یافته هدف اصلی در سلامت بیماران مبتلا به ESRD¹ تأمین کیفیت زندگی بالاتر برای این بیماران و افزایش امید به حیات آنها می باشد در حالیکه در کشورهای در حال توسعه، هدف اصلی فراهم آوردن حداقل نیازهای درمانی این بیماران با کمترین بار اقتصادی وارد شده بر جمعیت عموم باشد. در هر دو مورد سیاستگزاری مبتنی بر آمار اپیدمیولوژیک صحیح، تضمین کننده حصول هدف می باشد. (شهبازیان و همکاران ۱۳۸۹).

با در نظر گرفتن اینکه دیالیز و پیوند کلیه به عنوان درمان های نهایی نارسایی مزمن کلیه هستند و مشکلات جسمانی، روانی، اجتماعی و اقتصادی که برای این بیماران به وجود می آید، به نظر می رسد که این افراد نیاز به تاب و توان، امید و صبوری بیشتری در رویارویی با این دشواری ها دارند. با توجه به تعریف سیبرت (۲۰۰۵) از تاب آوری که می گوید: کنار آمدن موثر با تغییرات سریع شکننده، حفظ سلامتی به هنگام مواجهه با فشار مداوم، انعطاف پذیری در مواجهه با موانع زندگی، تغییر برای جستجوی راه های جدید از زندگی و کار در زمانی که یک شیوه قدیمی برای دراز مدت امکان پذیر نیست و در نهایت اینکه انجام تمام موارد بالا بدون اینکه کار غیر عادی و مضر از ما صادر شود. همین طور به گفته الورد و همکاران (۲۰۰۵) که تاب آوری را چنین تعریف می کند: مهارت ها، خصوصیات و توانمندی هایی که فرد را قادر می سازد با سختی ها، مشکلات و چالش ها سازگار شود هر چند برخی از ویژگی های مرتبط با تاب آوری را می توان یاد داد و تقویت نمود.

با توجه به تعاریف ذکر شده تاب آوری خصوصیتی است که به انسانها کمک می کند تا در مواجهه با بحران ها، بیماری ها، از دست دادن ها و دشواری های زندگی از پانیاختد و در گذار از این موانع، ضمن حفظ سلامتی و

¹-End stage renal disease