



بررسی حالات روانی در بیماران دیالیزی

دکتر اصغر الهی^۱، دکتر منصوره رضانی^{۲*}

چکیده

دیالیز به عنوان راه حلی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، خود سازه‌ای استرس زاست و این استرس مزمن به دلایل مختلف برای بیماران دشواریهای روانی چندی را به وجود می‌آورد. پژوهش زیر در مورد ۱۰۰ بیمار کلیوی تحت دیالیز و ۱۰۰ بیمار کلیوی غیر دیالیزی در دو بیمارستان شهید هاشمی نژاد و امام خمینی (ره) در طول ۳ ماه از اواخر سال ۷۰ تا اوایل سال ۷۱ انجام شده است. در این بررسی ۹ بعد از ابعاد روانی بیماران بر اساس پرسشنامه SCL-90-R^(۱) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که نمره افسردگی ۲۱ درصد افراد و حساسیت میان فردی ۱۲ درصد افراد بالاتر از نقطه برش بوده است. همچنین نمره افکار پارانوئیدی در ۱۲ درصد، شکایت‌های جسمانی در ۹ درصد افکار وسواسی - اجباری در ۷ درصد، اضطراب در ۶ درصد، ترس مرضی در ۵ درصد، روان پریشی در ۴ درصد و پرخاشگری در ۳ درصد بالاتر از نقطه برش قرار داشت. این ویژگیها در رابطه با جنس، سن و مدت دیالیز مورد بررسی قرار گرفته است.

Andesbeh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴۰

کلید واژه: بیماران دیالیزی، مشکلات روانشناختی، نارسایی مزمن کلیه، استرس مزمن، SCL-90-R

در سالهای اخیر به کمک فن آوری (تکنولوژی) و پیشرفت روشهای درمانی بیماران کلیوی با استفاده از دستگاههای همودیالیز بر طول عمر بیماران افزوده شده است. افزایش عمر که هدف درمان این بیماران می‌باشد، آنها را با دشواریهای روانی - اجتماعی روبرو می‌سازد و گاهی این افزایش طول عمر مشکل آفرین نیز می‌گردد. به عبارتی برای فرد دیالیزی نه تنها بیماری و درمانش مسئله ساز است، بلکه حتی در برخوردها و مناسباتش با محیط نیز مشکلاتی ایجاد می‌شود. با توجه به تعداد فراوان و روزافزون این بیماران و نبود امکان به کارگماردن ایشان در

* روانپزشک، و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، خیابان طالقانی کوچه جهان پلاک ۱ انستیتو روانپزشکی تهران.
** پزشک عمومی، کیلومتر ۷ جاده کرج، بیمارستان شهید نواب صفوی

بدن بیمار انجام می‌شود.

جنبه‌های روانشناختی همودیالیز

در بیماران دیالیزی مهمترین نکته این است که زندگی بر اساس دیالیز مزمن، استرس زا می‌باشد. این استرسها عبارتند از:

۱- محرومیت‌های ناشی از محدودیت غذایی و مایعات.

۲- وابستگی، که در برخی این مسئله استرس زاست،

گروهی آن را قابل قبول و برخی رضایت بخش می‌دانند.

۳- پرخاشگری^(۱) که به دلیل همان محدودیتها و وابستگی و کاهش سلطه بیمار است.

۴- تغییر در تصور از بدن^(۲) که به دو مسئله ارتباط دارد:

الف- ارتباط با ماشین و احساس وارد شدن ماشین به داخل بدن و گسترش مرزهای جسمی به ماشین.

ب- ادرار نکردن بسیار استرس زاست و چندان هم مورد توجه قرار نگرفته است.

۵- اجتناب از مرگ؛ عقیده بر این است که کوتاه‌تر بودن دوران زندگی در این گروه بیماران می‌تواند علت قوی استرس باشد. برخی معتقدند که بیماران نه تنها از مرگ می‌ترسند بلکه از زندگی نیز هراس دارند، و این مسئله نیز دلیل بالا بودن میزان خودکشی این بیماران است.

سازگاری بیمار با دیالیز طولانی مدت

این سازگاری از سه دیدگاه مورد توجه قرار می‌گیرد:

۱- سازگاری با برنامه‌های درمانی مانند مواظبت از شانت، آمدن به موقع برای دیالیز به ویژه رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات که بیش از یک چهارم بیماران این رژیم درمانی را به خوبی پذیرفته‌اند^(۳). یک سوم بیماران تا حدودی این محدودیتها را پذیرفته‌اند^(۴) و بقیه رژیم غذایی پیشنهادی را نپذیرفته‌اند. مشکل اساسی این پذیرش، سازگاری با محدودیت مایعات می‌باشد و بیشتر

اجتماع، سبب می‌شود بیماران دیالیزی کم کم از اجتماع خود کناره‌گیری کرده و دچار ناامیدی شوند. برای پیشگیری از چنین پیشامدی و نیز به منظور بهبود وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی این بیماران می‌باید در نخستین گام مشکلات آنان را شناخت و سپس در جهت رفع آنها کوشید. هدف این پژوهش نیز شناسایی این مشکلات و راه‌گشایی در جهت کمک به آنان است.

همودیالیز

اختلال و کاهش کارکرد کلیه، انباشت مواد زائد در خون و تغییرات در حجم و غلظت مایعات بدن را به دنبال دارد. این اختلالات خود سبب ایجاد اختلالاتی در سوخت و ساز و کارکرد غدد می‌گردند. برای کاهش دادن و از بین بردن این اختلالات، با استفاده از دستگاه دیالیز مواد زائد به ماده دیالیز منتقل شده و کمبود مواد شیمیایی بدن جبران می‌گردد.

اساس کار همودیالیز بسیار ساده می‌باشد و سیستم آن شامل ممبران، پمپ، مانیتور، ساختمانهای محافظت کننده و سیستم انتقالی می‌باشد. این کار نیز توسط دو عمل صورت می‌گیرد:

۱- انتشار غیر فعال مواد محلول در طول ممبران به طوری که این انتشار از بخش با غلظت بالا به سوی بخش با غلظت پایین است.

۲- اولترا فیلتراسیون مایع که از طریق تولید گرادیان فشار در طول ممبران انجام می‌شود. با این وجود حتی اگر دیالیز بتواند اعمال تنظیمی و سوخت و ساز و ترشحی را هم جبران کند ولی باز هم قادر نیست که مانند کلیه طبیعی بر اساس نیاز بدن عمل تنظیم هموستاز را لحظه به لحظه انجام دهد. هموستاز باید در بدن تنظیم گردد و این کار با:

۱- به کارگیری دقیق ترکیب مایعی که در مقابل خون دیالیزی قرار می‌گیرد،

۲- ثابت نگهداشتن فشار ترانس ممبران برای حرکت و یا جابجایی مایعات بدن، بر اساس بررسی کلینیکی مایعات

بیماران، پیوسته از تشنگی شکایت دارند.

۲- توانبخشی، که خود شامل: الف- توانبخشی شفلی
ب- توانبخشی اجتماعی و ج- وابستگی خانوادگی
می باشد.

۳- موقعیتهای روان شناختی بیمار، شامل بود یا نبود و
شدت عوارض و مشکلات روانی بیمار است و در مورد
شدت بروز عوارض روانی، اتفاق نظر وجود ندارد. ولی در
این عقیده که شایعترین نشانه بیماری روانی مشاهده شده
در این بیماران افسردگی است، اتفاق نظر وجود دارد؛ که
این افسردگی می تواند دوره ای باشد.

اضطراب عارضه ای است با شیوع کمتر و نادرتر از آن،
تظاهرات گذرای روان پریشانه که در گامه های^(۱) نخستین
دیالیزی (۶ ماه اول) این عوارض شدیدتر است. به طور
کلی، افسردگی در ۵۰ درصد موارد و اضطراب در ۳۰
درصد موارد مشاهده گردیده است. همچنین سایر
ناراحتیهای روانی در حد متوسط به میزان بیشتر و
عوارض روانی شدید به میزان کمتر دیده شده است.

عواملی که سازگاری بیمار را با همودیالیز تحت تأثیر قرار می دهد

این عوامل عبارتند از شخصیت بیمار و نقش ساخت
و کار دفاعی از جمله جداسازی، جابجایی و فرافکنی. اما
عوامل دیگری نیز به شرح زیر در این زمینه تأثیر گذارند:
الف- تأثیر هوش نیز در این متغیر مورد بررسی قرار گرفته
و دیده شده است که افراد باهوش، سازگاری بهتری پیدا
کرده و توانبخشی آنها با مشکلات کمتری روبرو می شود.
ب- ویژگیهای شخصیتی پذیرش برنامه های درمانی را
تحت تأثیر قرار می دهد. مانند ویژگیهایی که منجر به
استفاده نابجا از رژیم غذایی می شوند و نیز باعث کاهش
قدرت تحمل، انکار نقش بیماری و رفتار خودکشی
می گردد.

به طور کلی هر چقدر شخصیت پیش از بیماری با
نیات تر باشد، سازگاری و تطابق وی با برنامه های دیالیز

در بیماران دیالیزی مهمترین نکته
این است که زندگی بر اساس
دیالیز مزمّن، استرس زا می باشد

موفقیت آمیزتر است.

ج- وجود بیماری عضوی^(۲) مغز از نکات مهمی است که
توان بخشی اجتماعی و خانوادگی را تحت تأثیر قرار
می دهد.

د- تأثیر وابستگی و ارتباطهای خانوادگی در سازگاری
بیمار: بررسیها نشان داده است که هر قدر حمایت از بیمار
بیشتر باشد، میزان سازگاری وی بیشتر است. البته باید
این نکته را نیز به یاد داشت که وقتی این پشتیبانی به
صورت زیاده از حد درآید، گرایش به پس رفت و حتی
افسردگی در بیمار افزایش می یابد.

ه- نقش روانپزشک در دیالیز مزمّن شامل ارزیابی پیش از
دیالیز بیماران و نیز درمان روانپزشکی آنان در سازگاری
بیمار مؤثر است. درمان می تواند به شکلهای گوناگونی
چون درمان دارویی ضد افسردگی همراه یا بدون آرام
بخشهای ساده و درمانهای روانشناختی مانند آرام سازی،
گروه درمانی و بالاخره، روان درمانی فردی باشد.

روشن پژوهش

این بررسی بر روی ۲۰۰ بیمار کلیوی صورت گرفته
است. ۱۰۰ بیمار گروه آزمایشی را بیماران کلیوی تحت
دیالیز و ۱۰۰ بیمار گروه گواه را بیماران کلیوی غیر
دیالیزی تشکیل می دادند. پژوهش در دو بیمارستان شهید
هاشمی نژاد و امام خمینی (ره) در مدت ۴ ماه از بهمن سال
۱۳۷۰ تا اردیبهشت سال ۱۳۷۱ به طول انجامیده است.

بررسیها نشان داده است که هر قدر حمایت از بیمار بیشتر باشد، میزان سازگاری وی بیشتر است

مدت دیالیز (در گروه آزمایش) تعداد دفعات دیالیز (در گروه آزمایش) طول مدت بیماری کلیوی (در گروه گواه) بوده است.

نتایج پژوهش

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که سن آزمودنیها، ۲۱-۴۰ سال بوده و ۳۰ درصد زنان مورد بررسی در این گروه جای داشته‌اند. کمترین فراوانی در گروه سنی ۲۰-۱۳ سال بوده است که زنان ۷ درصد گروه را تشکیل می‌دادند. ۳۰ درصد مردان مورد بررسی نیز در گروه سنی ۲۰-۱۳ سالگی قرار داشتند که بیشترین فراوانی تلقی می‌شود. کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۰-۱۳ و گروه سنی بیش از ۶۵ سالگی بود که هر یک ۳ درصد کل مردان گروه آزمایش را تشکیل می‌دادند. هیچ یک از افراد گروه آزمایش در گروه سنی کودکی یعنی ۱-۱۲ سالگی قرار نداشتند.

از نظر وضعیت تأهل، ۳۴ درصد زنان گروه آزمایش را زنان متأهل و ۲ درصد آنان را افراد مطلقه و بیوه تشکیل می‌دادند. نسبت زنان متأهل در گروه گواه به ۴۰ درصد می‌رسید. ۱۴ درصد زنان گروه آزمایش و ۶ درصد زنان گروه گواه مجرد بودند. ۳۰ درصد مردان گروه آزمایش را متأهلین تشکیل می‌دادند. مردان مجرد ۱۹ درصد و جدا شده‌ها تنها ۱ درصد بودند. درصد مردان مجرد بیش از زنان مجرد و مردان متأهل در گروه گواه بیشتر از مردان متأهل در گروه آزمایش بود (جدول ۱).

ابزار پژوهش را دو پرسشنامه به شرح زیر تشکیل داده‌اند: ۱- آزمون SCL-90-R، شامل ۹۰ سؤال می‌باشد که ۹ بعد از اختلالات روانی را در بیمار بررسی می‌کند. این ابعاد عبارتند از: افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، شکایات جسمانی، روان پریشی و افکار پارانوئیدی. برای هر یک از پرسشها، ۵ گزینه، شامل هیچ، کمی، تا حدی، زیاد و به شدت، وجود دارد، که برای آنها به ترتیب امتیاز ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می‌شود. برای تعیین کل امتیاز هر فرد، امتیاز پاسخ به پرسشهای هر یک از ابعاد را جمع کرده، بر تعداد سئوالات بعد مربوطه تقسیم کرده و نمره میانگین هر بعد را به طور جداگانه به دست می‌آوریم. میانگین کل را نیز از تقسیم تمامی امتیاز فرد بر ۹۰ می‌توان به دست آورد. ضمناً آزمون به صورت فردی و در بالین بیماران انجام گرفت.

شاخصهای این پرسشنامه عبارتند از:

الف- جمع کل نشانه‌های مثبت^(۱) (PST) که از طریق شمارش تعداد علائمی که بیمار به طور مثبت گزارش می‌کند، به دست می‌آید.

ب- شاخص کلی شدت بیماری^(۲) (GSI)، نشان دهنده وسعت و عمق اختلالات بوده، و اطلاعاتی راجع به تعداد علائم و شدت ناراحتی ناشی از آن می‌دهد.

ج- شاخص ناراحتی ناشی از نشانه‌های مثبت^(۳) (PSDI) که عبارت از سنجش خالص شدت ناراحتی است.

برای محاسبه PST، پاسخهای مثبت علامت زده شده (پاسخهای غیر صفر) را شمارش می‌کنیم.

برای محاسبه PSDI، عدد به دست آمده از PST را بر تعداد پاسخهای مثبت کل، تقسیم می‌کنیم. در این بررسی به علت زیاد بودن متغیرهای بررسی شده فقط از شاخص GSI استفاده شده است.

۲- پرسشنامه مشخصات: که پرسشهای آن عبارت از سن، جنس، شغل، میزان درآمد ماهیانه، میزان تحصیلات، طول

1-Positive Symptoms Total

2-Global Severity Index

3-Positive Symptoms Distress Index

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی در دو گروه آزمایشی و گواه بر حسب جنسیت، گروههای سنی، وضعیت تحصیلی، تأهل و شغل

متغیرها	گروه آزمایشی		گروه گواه	
	مرد	زن	مرد	زن
	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد	فراوانی درصد
گروههای سنی				
۱۳-۲۰	۳	۷	۵	۵
۲۱-۴۰	۳۰	۳۰	۲۳	۲۵
۴۱-۶۵	۱۴	۱۳	۱۸	۱۶
بالتر از ۶۵	۳	۰	۴	۴
وضعیت تحصیلی				
بی سواد	۶	۲۰	۳	۹
ابتدایی	۲۱	۱۴	۱۴	۱۸
سیکل	۱۳	۱۱	۱۴	۸
دیپلم	۸	۲	۱۵	۹
فوق دیپلم	۲	۳	۴	۶
وضعیت تأهل				
مجرد	۱۹	۱۴	۱۴	۶
متأهل	۳۰	۳۴	۳۶	۴۰
بیوه، مطلقه	۱	۲	۰	۴
وضعیت شغلی				
محصل	۴	۴	۷	۴
کارمند	۶	۴	۱۰	۳
خانه‌دار	۰	۳۴	۰	۳۵
آزاد	۷	۳	۱۴	۵
ازکاربرکنار شده	۲۴	۵	۷	۰
بازنشسته	۶	۰	۴	۱
غیره	۳	۰	۸	۲

Andooshch
Va
Rafar
اندیشه و رفتار
۴۴

سال ۱۳۹۰ / شماره ۱ / ۴۴
ISSN 2538-474X / PDA
سال ۱۳۹۰ / شماره ۱ / ۴۴

به ترتیب در جدولهای ۲ و ۳ ارائه گردیده است.

طول مدت دیالیز در گروه آزمایشی و طول مدت بیماری کلیوی در گروه گواه

جدول ۲- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی در گروه آزمایش بر حسب مدت دیالیز

زن		مرد		مدت دیالیز
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۷٪	۷	۹٪	۹	کمتر از ۱ سال
۳۰٪	۳۰	۲۶٪	۲۶	۱-۵
۵٪	۵	۱۳٪	۱۳	۵-۱۰
۸٪	۸	۲٪	۲	بیشتر از ۱۰ سال
۵۰٪	۵۰	۵۰٪	۵۰	جمع

جدول ۳- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی در گروه گواه بر حسب مدت بیماری کلیوی

زن		مرد		طول مدت بیماری
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲۵٪	۲۵	۳۸٪	۳۸	کمتر از ۵ ماه
۱۳٪	۱۳	۸٪	۸	۵-۱۲ ماه
۸٪	۸	۷٪	۷	۱-۵ سال
۴٪	۴	۲٪	۲	بیشتر از ۵ سال
۵۰٪	۵۰	۵۰٪	۵۰	جمع

میزان مشکلات روانی در بیماران کلیوی مزمن تحت درمان با دیالیز به ترتیب شامل افسردگی (۲۱ درصد)، حساسیتهای میان فردی (۱۲ درصد)، افکار پارانوئیدی (۱۲ درصد)، شکایات جسمانی (۹ درصد)، افکار وسواسی، اجباری (۷ درصد)، ترس مرضی (۵ درصد)، روان پریشی (۴ درصد) و پرخاشگری (۳ درصد) بوده است.

درباره ارتباط ابعاد نه گانه یاد شده با سن باید یادآور شویم که در ابعاد اضطراب، افسردگی، شکایات بدنی، پرخاشگری و افکار پارانوئیدی، بیشترین نمرات در سنین میانسالی و بالاترین نمرات در بعد حساسیت میان فردی، در سنین نوجوانی به دست آمده است. نمرات مربوط به وسواس و اجبار در سالمندان بیش از دیگر گروههای سنی

بوده است.

در ارتباط با جنسیت، نمرات مربوط به ابعاد اضطراب، افسردگی، وسواس و اجبار، حساسیت میان فردی و افکار پارانوئیدی در زنان و شکایتهای بدنی و پرخاشگری در مردان بیشتر دیده شده است.

در ارتباط با شدت ناراحتیهای مختلف و طول مدت دیالیز، می توان گفت که نمرات بدست آمده در ابعاد اضطراب، شکایات بدنی، پرخاشگری، حساسیت میان فردی و افکار پارانوئیدی، در افرادی که سابقه ۵-۱۰ سال دیالیز داشته اند بیشتر از دیگر گروهها بوده است. افسردگی در یکسال اول و وسواس در کسانی که سابقه بیش از ده سال استفاده از دیالیز داشته اند، از شدت بالاتری برخوردار بوده است. نمرات مربوط به ابعاد نه گانه

اختلالات روانی در آزمودنیهای گروه گواه در جدول ۴ ارائه گردیده است. نمرات مربوط به ابعاد نه گانه اختلالات روانی در آزمودنیهای گروه آزمایش در جدول ۵ و نمرات GSI دو گروه آزمایشی و گواه در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۴- ارتباط ابعاد نه گانه اختلالات روانی با طول مدت بیماری در آزمودنیهای گروه گواه

GSI اضطراب افسردگی شکایات پرخاشگری وسواس حساسیت پارانوئیدی فراوانی درصد										
طول مدت بیماری		بدنی			میان فردی					
کمتر از ۵ ماه	۰/۷۸	۰/۷	۰/۹۴	۰/۸۱	۰/۴۸	۰/۸۶	۰/۹۴	۵۸	۵۸	٪۵۸
۵-۱۲ ماه	۰/۸۴	۰/۷۳	۱/۰۱	۱/۱۱	۰/۵۶	۰/۹۵	۱	۲۱	۲۱	٪۲۱
۱-۵ سال	۱/۰۱	۱	۱/۲۴	۱/۱۳	۰/۸	۰/۹۴	۱/۱۶	۱۵	۱۵	٪۱۵
بیشتر از ۵ سال	۰/۷۵	۰/۵۳	۰/۹۶	۰/۹	۰/۴۴	۰/۹۵	۰/۶۲	۱۶	۱۶	٪۱۶

جدول ۵- ارتباط ابعاد نه گانه اختلالات روانی با طول مدت دیالیز در آزمودنیهای گروه آزمایش

GSI اضطراب افسردگی شکایات پرخاشگری وسواس حساسیت پارانوئیدی فراوانی درصد										
طول مدت دیالیز		بدنی			میان فردی					
کمتر از ۱ سال	۱/۱۳	۱/۰۲	۱/۶۵	۱/۲۱	۰/۷۸	۱/۱۱	۱/۲۱	۱۶	۱۶	٪۱۶
۱-۵	۰/۶	۰/۸۶	۱/۲۳	۱/۰۸	۰/۷۲	۱/۰۲	۱/۰۲	۵۶	۵۶	٪۵۶
۱۰-۵	۱/۲۵	۱/۱۷	۱/۵۸	۱/۳۳	۰/۹۶	۱/۱۷	۱/۲۹	۱۸	۱۸	٪۱۸
بیشتر از ۱۰ سال	۱/۰۶	۰/۷۷	۱/۶۳	۱/۱۶	۰/۵۵	۱/۱۹	۱/۲۳	۱۰	۱۰	٪۱۰

Andeeshbeh
Va
Rafitar
اندیشه و رفتار
۴۶

جدول ۶- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی در گروههای آزمایشی و گواه بر حسب میزان نمرات GSI

GSI	مرد		زن		مرد		زن	
	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه	آزمایش	گواه
هیچ	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۱-۹۰	۲۵	۳۴	۲۱	۳۴	۲۱	۳۴	۲۱	۳۳
۹۱-۱۸۰	۲۲	۱۶	۲۹	۱۶	۲۹	۱۶	۲۹	۱۷
۱۸۱-۲۷۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
۲۷۱-۳۶۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
جمع	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰	۵۰

سال ۱۳۹۰ / شماره ۴ / شماره ۱ / ۵۶

خلاصه

به طور کلی مشکلات روانی و جسمی که بیماران دیالیزی از آن رنج می‌برند بسیار پیچیده و گسترده است و شناخت این مشکلات راهگشای اقدامات درمانی، اجتماعی و حمایتی است. جمع بندی یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیماران کلیوی مزمن تحت درمان با دیالیز بیش از همه از افسردگی، حساسیت بین فردی، افکار پارانوئیدی، شکایات جسمانی، افکار وسواسی اجباری، اضطراب، ترس مرضی و روان پریشی رنج می‌برند. با توجه به این یافته‌ها جهت بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی این افراد، باید بیمار، بستگان و کادر بالینی مربوطه، آموزش کافی داشته باشند تا بتوانند ارتباط عاطفی مناسب با اطرافیان ایجاد نمایند و بیماران دیالیزی بتوانند برای داشتن زندگی پویا و سازنده خود را آماده سازند.

منابع

- Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences. (1988). *Quality of life in chronic dialysis patients factors unrelated to dialysis modality.*
- Garralda, M. E., Jameson, R. A., & Reynolds, J. M. (1988). Psychiatric adjustment in children with chronic renal failure. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 29, 79-90.
- Jarecke, C. R., Demoya, V. F., & Ware, M. R. (1990). A case of mania secondary to hemodialysis. *Journal of Clinical Psychopharmacological*. 10. 298-9.
- Ventura, M. C., Gonzalez, R., Alarcon, A., & Ilabres, E. (1989). Chronic haemodialysis and personality. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 52, 47-50.
- Wolcott, D. L., Wellisch, D. K., Marsh, J. T., Schaeffer, J., Lands, V. J., Nissencon, A. R. (1988). Relationship of dialysis modality and other factors to cognitive function in chronic dialysis patients. *American Journal of Kidney-Bis*, 12, 275-84.
- Wolcott, D. L., Nissencon, A. R., Landsverk, J. (1988). Quality of life in chronic dialysis patients factors unrelated to dialysis modality. *General Hospital Psychiatry*, 10, 267-77.

- Coscarelli, C. (1990). Depression and self perception in chronic hemodialysis patients. ... 11, 557-60.
- Department of psychiatry, Massachussets General Hospital (1988). *Hyperprolactinemia and psychological distress in women undergoing chronic hemodialysis.* Boston:



علی (ع) فرمود:

سوء ظن، کارها را خراب می‌کند و بدیها را برمی‌انگیزد.

میزان الحکمه / ج ۵ / ص ۶۳۶