

بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز در مقایسه با دریافت کنندگان پیوند کلیه

اعظم رسولی^۱مشاوران: دکتر مصطفی اقلیما^۲، دکتر امیر محمود حریری^۳

Abstract

The present research is comparative-causative study in which the life quality of hemodialysis and renal-transplant receivers at Islamshahr district has been compared. The population under study consist of men over 20 years old among which 40 hemodialysm and 40 renal-transplant patient have been randomly selected as the case samples of the study. On the basic of the aims of this research, 16 assumptions were specified representing the life quality indicators. In order to collect the data, two questionnaires were prepared. The first one was prepared by the researcher. It was about the patients demographic information. The second one was Ivans & Cop life quality standards test adapted by Dr. Ali Delavar & Dr. Mohammad Reza Sadeghi. In order to analyze and describe the gathered data, we have used some charts and diagrams as well as the T-test. The results revealed that the majority of the tested persons are under diploma degree, jobless, any income, homeless and personal vehicle. T-test shows a significant difference between the sanitary situation indicators, matrial relations, relations between parents and children, family relation, political manners, spare time and life quality total mark in both groups. Only in the health indicators and marital relations of transplant patients, the average mark is higher. In the other case renal-transplant receivers this level is lower than dialysm patients. It should be noted however that, both groups are in a low level of life quality.

Key words : Life quality, Hemodialys, Renal_transplant

۱- کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مددکاری اجتماعی

۳- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مددکاری اجتماعی

چکیده:

پژوهش حاضر یک مطالعه علی - مقایسه‌ای است که به منظور بررسی و مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز و دریافت‌کنندگان پیوند کلیه، در شهرستان اسلامشهر صورت گرفته است. جامعه آماری پژوهش، بیماران مرد بالای ۲۰ سال می‌باشند که از بین آنها به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده، تعداد ۴۰ نفر بیمار تحت درمان با همودیالیز و ۴۰ نفر دریافت‌کننده پیوند کلیه به عنوان نمونه‌های مورد مطالعه انتخاب شدند. با توجه به اهداف پژوهش، ۱۶ فرضیه، در قالب شاخص‌های کیفیت زندگی مطرح گردید و جهت جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه مجزا استفاده شد: پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیماران توسط پژوهشگر تدوین گردید و پرسشنامه دیگر، تست استاندارد کیفیت زندگی ایوانز و کوپ بود که توسط دکتر علی دلاور و دکتر محمدرضا صادقی در ایران هنجاریابی شده است. به منظور تجزیه و تحلیل و توصیف اطلاعات گردآوری شده از جداول و نمودارهای فراوانی و همچنین آزمون t استفاده شده است. نتایج حاکی از آن بود که اکثریت افراد در نمونه‌های مورد مطالعه دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم بوده، بیکار و فاقد منبع درآمد، منزل مسکونی و وسیله نقلیه شخصی می‌باشند؛ آزمون t بین شاخص‌های وضعیت سلامتی، روابط زناشویی، روابط والدین با فرزندان، روابط فAMILI، رفتار سیاسی، اوقات فراغت و نمره کل کیفیت زندگی در هر دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان داد؛ که فقط در شاخص‌های وضعیت سلامتی و روابط زناشویی بیماران پیوندی میانگین بالاتری کسب نمودند و در سایر موارد و همچنین نمره کل کیفیت زندگی میانگین نمرات بیماران پیوندی از میانگین نمرات بیماران دیالیزی کمتر بوده است؛ البته قابل توجه است که هر دو گروه در سطح پایینی از کیفیت زندگی قرار دارند.

کل واژگان:

کیفیت زندگی، بیماری کلیوی، همودیالیز، پیوند کلیه

مقدمه

آن را بیماری می‌نامیم کمک می‌کند. بیماری نقطه مقابل سلامتی است و بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، عبارت است از رفاه و بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی که بیماری کلیوی با ایجاد اختلال در سلامت فیزیکی، سایر ابعاد سلامتی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. در گذشته مجهول بودن علل و عوامل بوجود آورنده بیماری کلیوی و عدم آگاهی از روش‌های پیشگیری، تشخیص و درمان، این بیماری موجب وضعیت تأسف باری برای بیماران می‌شد که در نهایت منجر به مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی زمانی روی می‌دهند که تعادل زندگی افراد را تغییرات محیطی، معضلات و تنگناها، مختل می‌کند. واژه تعادل حیات به مکانیزمی اطلاق می‌شود که بوسیله آن موجود زنده خود را برای ارزیابی توازن پویا در مواجهه، با این مشکلات تجهیز می‌کنند. در حال حاضر بیشتر محققان و متخصصان معتقدند که در هر فرد مفروض، متغیرهای جسمی، روانشناختی و اجتماعی معین به پدیده‌ای که ما

مرگ زودهنگام بیمار به دلیل تجمع سموم و مواد زائد در بدن می‌گردید. به تدریج با پیشرفت علوم در زمینه‌های مختلف روش‌های متفاوتی از قبیل همودیالیز و پیوند کلیه جهت درمان این بیماران شناخته شد. همودیالیز به عنوان یک روش درمانی، امید به زندگی بیماران را علی‌رغم وابستگی دائم به دستگاه دیالیز افزایش می‌دهد که البته این وابستگی عوارض مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برجای می‌گذارد. همانگونه که ساموئل (۱۹۷۹) بیان داشته است، هیچ بیمار دیالیزی نمی‌تواند به همان میزان قبل از بیماری فعالیت نماید این فرد در نتیجه بیماری زیان‌های بسیاری دیده است که این زیان‌ها می‌تواند شامل از دست دادن شغل و یا کاهش فعالیت‌های شغلی، تحصیلی و خانوادگی توأم با از دست دادن امنیت اقتصادی و موقعیت اجتماعی باشد.

در کنار درمان مستمر با همودیالیز یکی دیگر از روش‌های درمانی بیماری‌های حاد کلیوی عمل پیوند کلیه می‌باشد که تقریباً بیش از سایر روش‌ها عملکرد کلیه را به حالت عادی باز می‌گرداند و شخص تقریباً مانند قبل از بیماری قادر به ادامه زندگی طبیعی و فعالیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی خواهد بود. پیوند کلیه گرچه بسیاری از مشکلات ناشی از همودیالیز مستمر را کاهش می‌دهد ولی به دلیل درمان‌های بعدی، استرس‌های ناشی از پس‌زدن پیوند و تأثیرات به جا مانده از دوره درمان با همودیالیز، به صورت انکارناپذیری ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی سلامت فرد را متأثر می‌سازد که چه بسا عمیق و مسئله‌ساز باشد.

به هر حال بیماران تحت درمان با همودیالیز و دریافت‌کنندگان پیوند کلیه نوع دیگری از زندگی را تجربه نموده و می‌نمایند که با افراد سالم جامعه متفاوت است، زیرا یکی از عواملی که عمده‌ترین تأثیر را بر روی کیفیت زندگی انسان‌ها دارد فقر سلامتی است و این موضوع مانع از دستیابی انسان به خواسته‌های مطلوب خویش گشته، توانایی‌ها، عملکردها و همچنین وضعیت اجتماعی - اقتصادی وی را دچار نقصان می‌نماید. بر این اساس به نظر می‌رسد مهمترین جنبه توجه به افراد مبتلا به بیماری مزمن، اهمیت دادن به کیفیت زندگی آنان می‌باشد. در همین زمینه فرانس و پاورز (۱۹۹۳) معتقدند که نارسایی مزمن کلیوی و درمان‌های آن موجب بروز مشکلات عمده‌ای در فعالیت‌های مفید و علایق بیمار می‌گردد که این مشکلات به طور معنی‌داری با کیفیت زندگی افراد رابطه دارد.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۵) کیفیت زندگی را بدین شرح تعریف می‌کند: «کیفیت زندگی نتیجه ترکیب دامنه کاملی از عوامل تعیین‌کننده سلامت، شادی، آموزش، دستاوردهای اجتماعی، هوش، آزادی عمل، عدالت و نبودن ستم است.»

هولزهان عقیده دارد: «کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌شود.» به عبارتی طبق نظر گوتی و همکاران، کیفیت زندگی یک وضعیت «به زیستن» مشتمل بر دو بخش است: (۱) توانایی اجرای فعالیت‌های روزمره که همان بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی است.

۲) رضایت فرد از سطوح عملکرد خود.

اندرسون معتقد است علاوه بر آیتم‌های رضایت از خود و زندگی خانوادگی، منابع اقتصادی در دسترس و فعالیت‌ها و روابط اجتماعی، متغیرهای روحی - روانی مانند افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس و خوش بینی می‌توانند به عنوان واسطه بر تأثیرات متغیرهای فردی مثل سن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و حتی ویژگی‌های بیماری، بر روی کیفیت زندگی نقش داشته باشند.

در مطالعات انجام شده توسط دان و همکاران (۱۹۹۴) توانایی‌های جسمی، شدت بیماری و وضعیت اجتماعی و اقتصادی از عوامل مهم کیفیت زندگی بیماران کلیوی بوده‌اند. بورچارت (۱۹۸۵) معتقد است، تأثیر بیماری مزمن بر روی کیفیت زندگی از مسائلی است که باید مورد توجه متخصصین حمایت اجتماعی و بهداشتی قرار گیرد.

به نظر هینز (۱۹۹۰) کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن با ویژگی‌های آنها ارتباط دارد. در حقیقت مهارت‌های سازگاری افراد در موقعیت‌های گوناگون به آنچه که قبلاً درباره کنترل خود آموخته‌اند بستگی دارد. از این رو پاسخ‌های آنها در رویارویی با شرایط مختلف زندگی متفاوت است. بیماری فیزیکی آن جمله بیماری مزمن کلیوی از موقعیت‌هایی است که روی این پاسخ‌ها تأثیر دارد. سینتیا معتقد است، یکی از فاکتورهای مهمی که در ارزیابی ابعاد مختلف کیفیت زندگی باید مد نظر قرار داد، ارتباط بین بیماری و کیفیت زندگی است و باید دانست که اولین اثر بیماری بر عملکرد اشخاص است و سپس اثرات روانی در بر داشته و به

دنبال آن سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تقریباً تمامی پژوهشگران در ارتباط با مفهوم کیفیت زندگی بر سه اصل کلی توافق دارند:

۱) کیفیت زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و بیماران، خود بهترین قضاوت‌کنندگان راجع به کیفیت زندگی‌شان هستند.

۲) کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است، بدین معنا که یک فرآیند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرونی در آن دخیل می‌باشند.

۳) کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی می‌باشد و باید از زوایا و ابعاد مختلفی سنجیده شود که این ابعاد، اجزاء مرکزی چارچوب پنداشتی تحقیقات کیفیت حیات را تشکیل می‌دهند.

با مروری بر مطالعات انجام شده، مشاهده می‌شود، پرسشنامه‌ها و تست‌های متفاوتی جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی بکار رفته است. که از آن جمله می‌توان به نمایه عملکردی کارنوفسکی، نیمرخ سلامتی نائینگهام، نیمرخ اثرات بیماری، پرسشنامه نمایه سلامتی مک‌مستر، رویکرد صلاحیت اجتماعی گیترو و مستوفسکی، اندازه‌گیری رضایتمندی اندروز و وایتی و آزمون کیفیت زندگی ایوانز و کوپ اشاره نمود.

آزمون کیفیت زندگی ایوانز و کوپ براساس عملکرد مطمئنی نسبت به پاسخهای رفتاری مشخص بویژه تأکید نسبت به فائق آمدن بر محیطی است که بتوان بهترین کیفیت زندگی فعلی را مجسم نماید. این تست ۱۶

توسط ایوانز و کوپ در سال 1998 تدوین گردیده و در سال 1375 توسط دکتر علی دلور، دکتر محمدرضا صادقی و فرهاد هوشنگی ترجمه و در جامعه ایرانی هنجاریابی شده، اعتبار و روایی آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. این تست شامل 192 سؤال در 15 خرده مقیاس و یک مقیاس مطلوبیت اجتماعی می‌باشد که نمره آن در نمره کل به حساب نمی‌آید. اطلاعات جمع‌آوری شده، توسط نمودارهای فراوانی، جداول توصیفی و استنباطی و آزمون مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند.

نتایج حاصل از پژوهش

نتایج حاکی از آن بود که اکثریت افراد در هر نمونه مورد مطالعه تحصیلات پایین‌تر از دیپلم داشتند و به علت بیکاری، فقدان درآمد کافی، نداشتن منزل مسکونی و وسیله نقلیه شخصی و عدم حمایت‌های مطلوب اجتماعی از لحاظ اقتصادی و اجتماعی در شرایط نامساعدی قرار داشتند که مجموعه این عوامل به علاوه بسیاری عوامل پنهان دیگر بر روی کیفیت زندگی این افراد تأثیرگذار است.

نتایج بیشتر آمده از آزمون تفاوت معنی‌داری را بین 6 شاخص از شاخصهای کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی در دو گروه بیماران تحت درمان با همودیالیز و دریافت‌کنندگان پیوند کلیه نشان داد که به قرار ذیل می‌باشد:

شاخص را شامل می‌شود که عبارتند از: رفاه مادی - محیطی، سلامت جسمانی، تحول فردی، روابط زناشویی، روابط والدین با فرزندان، روابط فامیلی، روابط با دوستان، رفتارهای نوع دوستانه، رفتار سیاسی، ویژگیهای شغلی، روابط شغلی، رضایت شغلی، رفتارهای ابتکاری و هنری، فعالیتهای ورزشی، اوقات فراغت و یک مقیاس خودنمایی.

اهداف پژوهش

در پژوهش حاضر با هدف کلی بررسی و مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز و دریافت‌کنندگان پیوند کلیه، 16 شاخص کیفیت زندگی تحت عنوان اهداف جزئی طرح و مورد سنجش ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند.

طرح پژوهش

در این پژوهش از روش علمی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) بهره گرفته شده و در همین راستا 16 فرضیه در قالب شاخصهای کیفیت زندگی مطرح شده است و با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده دو گروه 40 نفری از بین بیماران دیالیزی و پیوندی در شهرستان اسلامشهر به عنوان نمونه‌های مورد مطالعه انتخاب شدند و به منظور جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و تست کیفیت زندگی استفاده شده است که پرسشنامه اول توسط پژوهشگر تدوین گردید و پرسشنامه دوم

میانگین	معیار		
۰/۲۴	۱/۵۳	۳/۴۰	دیالیزی
۰/۲۱	۱/۳۶	۴/۳۵	پیوندی

جدول شماره ۲: وضعیت شاخص روابط زناشویی در دو گروه دیالیزی و پیوندی

خطای معیار میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه بیماران
۰/۲۲	۱/۴۰	۳/۲۵	دیالیزی
۰/۲۴	۱/۵۴	۴/۸۵	پیوندی

جدول شماره ۳: وضعیت شاخص روابط والدین و فرزندان در دو گروه دیالیزی و پیوندی

خطای معیار میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه بیماران
۰/۳۴	۲/۲۰	۴/۶۵	دیالیزی
۰/۳۹	۲/۵۲	۲/۷۷	پیوندی

جدول شماره ۴: وضعیت شاخص روابط فامیلی در دو گروه دیالیزی و پیوندی

خطای معیار میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه بیماران
۰/۳۰	۱/۹۲	۵/۱۲	دیالیزی
۰/۲۲	۲/۱۲	۳/۷۲	پیوندی

جدول شماره ۵: وضعیت شاخص رفتار سیاسی در دو گروه دیالیزی و پیوندی

خطای معیار میانگین	انحراف معیار	میانگین	گروه بیماران

دیالیزی	۴/۴۰	۱/۵۸	۰/۲۵
پیوندی	۳/۱۲	۲/۲۴	۰/۳۵

جدول شماره ۶: وضعیت شاخص اوقات فراغت در دو گروه دیالیزی و پیوندی

گروه بیماران	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین
دیالیزی	۴/۴۵	۲/۰۷	۰/۳۲
پیوندی	۳/۲۷	۱/۹۷	۰/۳۱

جدول شماره ۷: وضعیت نمره کل کیفیت زندگی در دو گروه دیالیزی و پیوندی

گروه بیماران	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار میانگین
دیالیزی	۴۹/۰۹	۱۳/۹۹	۲/۲۱
پیوندی	۴۱/۹۳	۱۵/۴۷	۲/۴۴

بحث در نتایج

در شاخص وضعیت سلامتی و روابط زناشویی دریافت‌کنندگان پیوند کلیه نسبت به بیماران تحت درمان با همودیالیز میانگین بالاتری را کسب کرده‌اند. از آنجا که دریافت‌کنندگان پیوند با دریافت یک عضو سالم به جای عضو بیمار نیازمند دیالیزهای مکرر نمی‌باشند از لحاظ جسمانی تا حدودی سلامت نسبی خود را بازیافته‌اند که این قضیه بر روابط زناشویی آنان نیز تأثیرگذار بوده تا جائیکه منجر به تجربه روابط مطلوبتری خواهد شد. در شاخص روابط فامیلی، بیماران دیالیزی روابط بهتری با

اقوام خود دارند و در حفظ روابط صمیمی و محکم با خویشان، کوشاتر هستند و بیماران پیوندی از آنجا که دوره بحرانی درمان با همودیالیز را پشت سر گذاشته‌اند ممکن است مایل به تجربه زندگی آرامتر، بدون داشتن روابط گسترده فامیلی داشته باشند و یا اینکه با توجه به مسئولیت بیشترشان نسبت به زمان قبل از پیوند آنقدر درگیر مسائل مختلف زندگی باشند که فرصت و انرژی کافی جهت حفظ روابط خویشاوندی نداشته باشند. در شاخص رفتار سیاسی نیز بیماران دیالیزی میانگین بالاتری کسب نموده‌اند. آنها با علاقه بیشتری رفتارهای سیاسی را دنبال می‌کنند و معمولاً در انتخابات،

گردهمایی‌ها و تشکل‌ها حضور بیشتری دارند و مجموعاً به نوعی بیشتر از بیماران پیوندی خود را درگیر مسائل سیاسی می‌نمایند و از آنجا که تمامی مسائل سیاسی، اقتصادی و اجتماعی زنجیروار با هم در ارتباط می‌باشند، ممکن است بیماران تحت درمان با همودیالیز با امید دریافت پیوند کلیه مقرون به صرفه‌تر و زندگی اقتصادی مطلوب‌تر، حتی جریانات سیاسی را پیگیری کنند. در شاخص اوقات فراغت، بیماران تحت درمان با همودیالیز میانگین بالاتری بدست آورده‌اند. به عبارت دیگر اوقات فراغت خود را به نحو خوشایندتری سپری می‌نمایند، جهت تعطیلات خود برنامه‌ریزی بهتری داشته و سعی بیشتری در فراهم ساختن حداقل امکانات جهت بهره‌مندی از تعطیلات آخر هفته می‌نمایند. این در حالی است که همچون دیگر شاخصها در این مورد نیز هر دو گروه با مشکلات بسیاری مواجه می‌باشند. در زمینه نمره‌کل کیفیت زندگی هم هر دو گروه در سطح پایینی از کیفیت زندگی قرار دارند و نیازمند توجه و حمایت‌های ویژه می‌باشند که در این بین بیماران پیوندی از سطح پایین‌تری نسبت به بیماران دیالیزی برخوردارند. این نتیجه می‌تواند حاکی از بسیاری مسائل و مشکلات پنهان، فراسوی پیوند کلیه در بیماران کلیوی باشد. به عنوان نمونه بیماران تحت درمان با همودیالیز به عنوان افراد بیمار مورد توجه خاص قرار گرفته و از حمایتها و خدمات اجتماعی گوناگونی برخوردارند و افراد خانواده، خویشان، بستگان، دوستان، آشنایان و سایر افراد جامعه سعی در حمایت از آنان به عنوان قشر آسیب‌پذیر می‌نمایند. انتظارات عاطفی،

اقتصادی و اجتماعی از این افراد در سطح پایینی قرار دارد و بیماران مجموعاً فشار کمتری را متحمل می‌شوند. در حالیکه بیماران پیوندی با دریافت پیوند کلیه، نگاه جامعه و همچنین خانواده را نسبت به خود تغییر می‌دهند زیرا از دیدگاه اکثریت، این افراد سلامت نسبی خود را بازیافته‌اند و توانایی به عهده گرفتن مسئولیتهای فردی، خانوادگی و اجتماعی خود را دارند و بر این اساس حمایت‌های اجتماعی، اقتصادی و عاطفی از آنها بسیار محدودتر می‌گردد. در حالیکه آنها طی سالها دیالیز، شغل و بخش اعظم سرمایه خود را جهت امرار معاش، دیالیزهای مکرر و انجام پیوند، از دست داده‌اند و در بسیاری موارد با توجه به بالا رفتن سن، از دست دادن سرمایه اقتصادی و عدم توانایی انجام فعالیتهای سنگین امکان بازگشت به مشاغل قبلی خود را ندارند. همچنین جهت پیشگیری از پس‌زدن کلیه پیوندی، ناچار به رعایت بسیاری موارد از قبیل رژیم‌های خاص غذایی، مصرف داروهای ضد دفع پیوند و انجام مشاغل سبک می‌باشند که تمامی اینها به علاوه فشارهای سنگین اقتصادی باعث افزایش استرسها و تنشهای روانی در این افراد می‌شود که به صورت یک سیکل معیوب بر روی کیفیت زندگی تأثیر گذار است و منجر به پایین آمدن سطح کیفیت زندگی آنها می‌شود و همانگونه که فرانس اظهار داشته است کیفیت زندگی ضعیف می‌تواند موجب بکارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنها شود که افزایش

موجود در جامعه از قبیل بهزیستی، کمیته امداد، هلال احمر و ... طلب استمداد کرد.

✓ ارائه خدمات مشاوره‌ای توسط متخصصان

مددکاری اجتماعی به خانواده‌های بیماران

جهت پذیرش، تفهیم و سازگاری با وضعیت

موجود.

✓ تشویق مردم جهت توسعه مشارکت آنها در

زمینه حمایت از بیماران کلیوی (پیوندی و

دیالیزی)

✓ ایجاد امنیت شغلی برای بیماران دیالیزی و

دریافت‌کنندگان پیوند کلیه، متناسب با شرایط

جسمی آنها که در این مورد نیز همکاری

مسئولان امر جهت جابجایی دریافت‌کنندگان

پیوند و بیماران تحت درمان با همودیالیز به

جای حذف آنها در مشاغل مختلف، ضروری

می‌نماید که البته این مسئله بخشی از امنیت

روانی بیماران را تأمین خواهد کرد. همچنین

توانبخشی بیماران کلیوی بخصوص در زمینه

اشتغال، عرصه‌ای است که مددکاران اجتماعی

می‌توانند دانش و هنر خود را در آن به بوجه

آزمایش بگذارند و طبعاً موفقیت آنها نیز

بستگی به همراهی دست‌اندرکاران و

برنامه‌ریزان دارد.

✓ از آنجا که بیماران پیوندی دوره سخت درمان

یا همودیالیز را پشت سر گذاشته‌اند، در نتیجه

به دلیل مسائل و مشکلات خاص این دوران

تنش، خود در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی

بوده و می‌تواند منجر به بازگشت بیماری شود.

پیشنهادهای

در تحقیق حاضر به تبعیت از سنت هر پژوهش در ارائه

اراهکارها، پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

✓ بالا بردن سطح آگاهی مردم از طریق وسایل

ارتباط جمعی به منظور پیشگیری از بروز

بیماریهای کلیوی یکی از بهترین اقدامات جهت

بهبود کیفیت زندگی می‌باشد زیرا بیماری از

هر نوعی که باشد، بعد جسمانی و به تبع آن

سایر ابعاد کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار

می‌دهد.

✓ توسعه خدمات حمایتی برای بیماران از جمله

اقداماتی است که باید توسط مسئولین

صورت گیرد. البته نباید از نظر دور داشت،

همانگونه که نتایج تحقیق حاضر نشان

می‌دهد، بیماران پیوندی نیز با وجود دریافت

پیوند کلیه موفق هنوز نیازمند حمایت‌های همه

جانبه اجتماعی - اقتصادی می‌باشند که این

مسئله بویژه در مورد از کارافتادگان نمود

بیشتری دارد.

✓ حمایت از خانواده‌هایی که دارای بیمار کلیوی

هستند، از طریق بخش مددکاری بیمارستانها

و انجمن حمایت از بیماران کلیوی که البته در

این راستا باید از دیگر ارگانها و نهادهای

منابع:

1. Burchhardt. Carols.(1985). "The impact of Arthritis on quality of life. Nursing Research".
2. Dunn, Sheila A. etal. (1994) "quality of life for Spouses of CAPD patients". ANNAJ.
3. Evans D.R., & Cope W.E. (1989) "Manual for the quality of life questionnaire" North Tonawanda: Multi-Health System Inc.
4. France C., Powers M. (1985) "quality of life index: Development and Propertied" ADV Nursci.
5. Hinds, Cora (1990) "Personal and Contextual Eactor Predicting Patient reported quality of life: exploring congruency with Betty NeumanP's assumption" J. of Adv. Nur.
6. Kiebert G. (1997) "quality of life as an outcome measure in Cancer clinical trials" Eur Urol.
7. Samuel B. Chgatte (1979) "Rehabilitation in choronic Renal Failur" The Williams & Wilkins Company, Baltimor, U.S.A.

۸ - پارک، جی.ای، درسنامه پزشکی، پیشگیری و اجتماعی، ترجمه دکتر حسین شجاعی تهرانی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۳۷۶.

بسیاری از نقشهای مختلف اجتماعی و اقتصادی آنها دستخوش تغییر شده است. بنابراین ارائه خدمات مشاوره‌ای توسط متخصصین مددکاری اجتماعی جهت بازگرداندن اعتماد به نفس و شروع دوباره زندگی مستقل به دریافت‌کنندگان پیوند کلیه ضروری می‌نماید.

✓ توجه به ورزش و اوقات فراغت بیماران و تشکیل گروههای هنری، ورزشی و اردوهای تفریحی می‌تواند از گامهای مثبت جهت بهبود وضعیت روحی، روانی و جسمانی این بیماران باشد.

✓ برگزاری سمینارها، کنفرانسها، کارگاهها و همایشهای مختلف علمی با حضور خود بیماران و دست‌اندرکاران مسائل مرتبط به بیماران نیز می‌تواند راهگشای بسیاری مسائل موجود در زمینه بهبود کیفیت زندگی باشد.

✓ و در نهایت از آنجا که کیفیت زندگی یک ارزش ذهنی و باطنی است جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران باید از نظرات خود آنها استفاده کرد، که در این زمینه انجام تحقیق‌های پیمایشی و نظرسنجی پیشنهاد می‌شود. همچنین انجام تحقیقات و پژوهش‌های مشابه در سطح گسترده‌تر جهت افزایش قابلیت تعمیم نتایج از توصیه‌های پژوهشگر می‌باشد.

۹- سیم‌فروش، ناصر، تاریخچه پیوند کلیه، قطعنامه شماره ۳، تهران ۱۳۶۷.

۱۰- کجیافزاده، محمد، پیوند کلیه، وزارت بهداشتی، تهران، ۱۳۶۲.

شهرام مفا

۱۱- گل، صفیه، مراقبت‌های دیالیز و پیوند کلیه، انتشارات انجمن حمایت از بیماران کلیوی ایران، ۱۳۶۹.

ضی و دکتر هومان اکتایی، انتشارات کیاطب، ۱۳۷۸.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

رتال جامع علوم انسانی