مقاله
پژوهشی

امید در مراقبت کنندگان و بیماران همودیالیزی

سیما سادات حجازی[1]، شیما نیکبخت[2*]، داود نصیری زرین قبائی[3]، آرش اکابری[4]، علیرضا نظری شیهکی[5]

[1]مربی، عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[2]کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری شیروان، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، شیروان، ایران
[3]دانشجوی کارشناسی ارشد علوم تشریح، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
[4]عضو هیات علمی گروه آمار حیاتی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[5]مربی، عضو هیات علمی، دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
***نویسنده مسئول:** دانشکده پرستاری شیروان ، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
پست الکترونیک: nikbakht.shima@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: *در بیماری های مزمن، امید مکانیسم سازگاری مهمی بوده و به عنوان فاکتوری چند بعدی در بهبودی و سازگاری موثر تعریف می شود. ناامیدی و به دنبال آن افسردگی یک پیامد شایع در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه است. به دلیل شیوع بالای عوارض و اختلالات روانی‌اجتماعی مشاهده شده در بیماران دیالیزی و مراقبت کنندگان آنها این مطالعه با هدف تعیین سطح امید بیماران همودیالیزی و مراقبت کنندگان آنها صورت گرفته است.*

مواد و روش کار: *در این مطالعه توصیفی مقایسه ای از نوع مقطعی، تمامی بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به بیمارستان امام علی(ع) شهر بجنورد و مراقبت‌کننده اصلی آنها که حداقل ۶ ماه از شروع درمان آنها گذشته باشد، از فروردین تا خرداد ماه سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده شاخص امید هرث بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری همچون مجذور کای، تی تست و محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و با به کارگیری نرم افزار SPSS۱۷ صورت گرفت.*

یافته‌ها: *در مجموع تعداد ۶۲ نفر بیمار و۶۳ مراقبت کننده وارد مطالعه شدند. میانگین امید در گروه بیمار ۱۹/۷ و در گروه مراقبت کنندگان ۱۸/۷ بود و از نظر آماری تفاوت معنی داری مشاهده نشد اما اختلاف آماری سطوح امید در دو گروه معنی دار شد($p= ۰/۰۰۱$). افراد دارای امید پایین، متوسط، بالا درگروه بیماران به ترتیب ۷۹٪، ۱۷/۷٪، ۳/۲٪ و در گروه مراقبان به ترتیب دارای امید ۹۸/۴٪، ۱/۶٪ بودند و هیچکدام از مراقبت‌کنندگان وضعیت امید بالایی نداشتند.*

نتیجه گیری: *یافته های مطالعه بیان‌گر این بودند که مراقبت کنندگان نمره امید کمتری را نسبت به بیماران دارند که بر لزوم برنامه‌ریزی جهت حمایت و بازتوانی مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در کنار درمان و حمایت از بیمار تاکید دارد.*

واژه های کلیدی: *امید، مراقبت کنندگان، دیالیز، نارسایی مزمن کلیوی*

وصول: ۹۳/۵/۱۴
اصلاح: ۹۳/۷/۱۹
پذیرش: ۹۳/۱۰/۱۰

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۳؛ دوره ۶ (۴): ۸۱۷-۸۰۷
Journal of North Khorasan University 2014;6(4):807-817

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

امید امری پیچیده و فردی است و دارای جنبه های متعددی می باشد و منعکس کننده ی اشتغالات ذهنی فرد در رابطه با مسایل جاری زندگی روزمره است و سبب تلاش فرد برای حفظ زندگی و برقراری ارتباطات اجتماعی شده و باعث تعدیل فشارهای عاطفی و بارهای مالی و روانی در او می شود و به کسب کنترل و احاطه بر شرایط زندگی به وی کمک می کند [۱] در بیماری های مزمن، امید مکانیسم سازگاری مهمی بوده و بعنوان فاکتوری چند بعدی در بهبودی و سازگاری موثر تعریف می شود [۲] در روند پذیرش بیماری مزمن، امید نقشی کلیدی ایفا کرده و پذیرش رژیم های درمانی پیچیده و رعایت آنها را در فرد افزایش می دهد و به طور مثبتی با ارتقای کیفیت زندگی بیمار ارتباط دارد [۳] همچنین سبب تغییر تجربه ی بیمار و خانواده ی وی در زندگی با یک بیماری مزمن و نحوه ی مدیریت تغییرات ایجاد شده در زندگی می شود [۱]. نتایج مطالعه ی ترویت[1] و همکاران (۲۰۱۲) حاکی از وجود رابطه ی مثبت و معنی داری بین امید و سازگاری در مراقبت کنندگان کودکان مبتلا به سرطان است [۴]. همچنین نتایج مطالعات نشان می دهد که هر چه امید در مراقبت کننده بالاتر باشد، سطوح پایین تری از تنش های روانی اجتماعی را تجربه کرده و احساس خوب بودن در او افزایش می یابد [۵] امید، این کیفیت اندازه پذیر، می تواند در مرحله ی بررسی و شناخت فرآیند پرستاری استفاده شود و مداخلاتی در جهت ارتقای آن اعمال گردد، چرا که بدون ارتقای امید زمینه برای پذیرش آموزش های درمانی و مراقبتی به وجود نخواهد آمد [۶]. از یک جنبه ی دیگر، چون مراقبت خانواده محور یکی از اساسی ترین مفاهیم پرستاری است که باعث حفظ یکپارچگی خانواده و ارتقای سلامت آن خواهد شد [۷] و با توجه به این که در اکثریت موارد مراقبت کنندگان از بیماران مزمن یکی از اعضای اصلی خانواده ی آنها می باشد، توجه به کیفیت زندگی و امید مراقبت کننده در رسیدن به هدف پرستاری با رویکرد خانواده محوری کمک کننده خواهد بود. بنابراین پرستار می تواند با آموزش های خانواده محور گامی در جهت تقویت امید خانواده ها بردارد و با اصلاح روابط پرتنش، بر منابع خانوادگی جهت ادامه زندگی فرد تاکید کرده و به این ترتیب امید بیمار و خانواده و در نتیجه کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد [۸]. موقعیت های تهدید کننده ی زندگی، از دست دادن ها و یا تغییرات در طول زندگی بر روی سطح امید افراد تاثیرگذاراند [۹]. بیماری های مزمن یکی از عواملی هستند که تغییرات اساسی را در روند زندگی عادی افراد و خانواده ی آنها ایجاد می کنند [۱۰]. نارسایی مزمن کلیوی نیز در این دسته از بیماری ها قرار دارد. پاتوفیزیولوژی این بیماری به گونه ای است که علاوه بر عوارض جسمانی متعددی که برای بیمار ایجاد می کند، عواقب روانی – اجتماعی متعددی را نیز به همراه دارد و تغییرات فاحشی را در زندگی روزمره ی به وی تحمیل می کند [۱۱،۱۲] عواقبی همچون تغییر شیوه ی زندگی، فشارهای اقتصادی، از کار افتادگی، بستری شدن در بیمارستان به صورت مکرر، نیاز به پیروی از رژیم های درمانی پیچیده و محدودیت در مصرف مایعات و مواد غذایی، بروز تظاهرات پوستی و مخاطی در نتیجه ی دیالیز طولانی مدت و ترس از ناتوانی و مرگ، زندگی سخت و تغییر یافته ای را به بیمار و خانواده ی او تحمیل کرده که در نهایت موجب افسردگی، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی وی می شود [۱۵-۱۳] در نتیجه ناامیدی و به دنبال آن افسردگی یک پیامد شایع در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و تحت درمان با درمان های جایگزین می باشد که با بررسی امید و افزایش آن می توان تا حدی از بروز افسردگی جلوگیری کرد. نتایج مطالعه پورغزنین و همکاران (۲۰۰۵) بر روی بیماران دریافت کننده ی پیوند کلیه نشان داد که اکثریت این بیماران درسطوح پایین امید قرار دارند [۶] پس مراقبین سلامت موظف اند در برنامه ی مراقبتی خود به ایجاد، حفظ و پیش برد امید در بیمار توجه کنند.

بیماریهای مزمن نه تنها بیمار بلکه خانواده ی وی را نیز تحت تاثیر قرار می دهند [۱۶]. بار سنگین مسئولیت، که مراقبت کنندگان اصلی تحمل می کنند، فشار های مالی، تغییر در عملکرد خانواده، مدت زمان طولانی که خانواده بیماران باید برای مراقبت از آنها صرف کنند، باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می شود [۱۷] مراقبت از بیمار ناتوان،

1 -Truitt

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

مراقب کننده را با مشکلات متعددی مواجه می کند که بر سلامت جسمی و روانی وی تأثیر منفی داشته و گاهی ارتباطات خانوادگی را نیز مختل می سازد. در فرآیند مراقبت از بیماران مزمن، غالبا مراقبین احساس عدم کنترل بر زندگی دارند [۱۸] و این در حالی است که اعضای خانواده به عنوان مراقب بیمار تاثیر مثبتی بر سازگاری او با بیماری داشته و نقشی محوری در مدیریت جنبه های مختلف مراقبت از بیمار را به عهده دارند [۷] تاکنون مطالعات بسیاری در زمینه امید در کشورهای مختلف [۲،۶،۱۱] و در گروه ها و بیماران مختلف همچون بیماران سرطانی، بیماران دریافت کننده پیوند و دیگر گروه ها انجام شده است [۶،۱۹]. اما مطالعاتی که به ارزیابی سطح امید در بیماران تحت دیالیز و به ویژه مراقبت کنندگان آنها پرداخته باشد کمتر مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اهمیت موضوع مطالعه ی حاضر با هدف تعیین سطح امید بیماران همودیالیزی و مراقبت کنندگان اصلی آنها انجام گردید.

روش کار

مطالعه حاضر به روش مقطعی و از نوع توصیفی – مقایسه ای در مرکز دیالیز بیمارستان امام علی (ع) شهر بجنورد، در هر سه شیفت کاری صورت گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه ی بیماران تحت درمان با همودیالیز و مراقبت کننده ی اصلی آنها در این مرکز بود که حداقل ۶ ماه از شروع درمان با همودیالیز آنها گذشته باشد و در شش ماه گذشته هیچ گونه حادثه ی ناگواری (مانند فوت بستگان درجه اول) را تجربه نکرده باشند. روش نمونه گیری به شیوه ی در دسترس بود. کلیه ی بیماران مرکز همودیالیز بیمارستان امام علی(ع) که معیار ورود به مطالعه را داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. به ازای هر بیمار یک مراقبت کننده مورد بررسی قرار گرفت، یکی از بیماران به دلیل تکمیل ناقص پرسشنامه از مطالعه حذف شد، در نتیجه ۶۲ بیمار و ۶۳ مراقبت کننده در نهایت مورد بررسی قرار گرفتند. پس از کسب تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و با اخذ رضایت نامه های لازم و معرفی پژوهشگر به محیط پژوهش و پس از توضیح هدف پژوهش و امانت داری در حفظ اطلاعات، پرسشنامه ها توسط بیماران و مراقبت کنندگان اصلی آنها و با همکاری پژوهشگر در حین انجام همودیالیز تکمیل گردید. فرآیند نمونه گیری از فروردین ماه تا پایان خرداد ماه سال ۹۲ به طول انجامید. ابزار مورد استفاده پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش بود. بخش اول اطلاعات جمعیت شناختی، بخش دوم اطلاعات مربوط به بیماری که خود حاوی ۶ سوال در زمینه طول مدت درمان با دیالیز، تعداد دفعات انجام دیالیز درهفته، مدت زمانی که هر جلسه صورت می پذیرد، روش انجام همودیالیز، سابقه پیوند کلیه و ذکر سایر بیماری های همراه می باشد و بخش سوم شاخص امید هرث (Herth) بود. این آزمون فرم ۱۲ سوالی شاخص امید هرث در قالب لیکرت ۳ موردی است که بر مبنای ۶ بعد امید دوفالت (Dufalt) تنظیم شده است. در این فرم سوالهای ۱، ۲، ۶ و ۱۱ با توجه به زیر معیار شناختی- زمانی و سوال های ۴، ۷، ۱۰، ۱۲ و ۳، ۵، ۸، ۹ به ترتیب از راست به چپ بر اساس معیارهای عاطفی- رفتاری و نسبی- زمینه ای که از ترکیب ابعاد مطرح شده حاصل گشته اند، تنظیم گردیده است [۲۰] و در آن نگرش بیماران نسبت به زندگی، هدفمندی، احساس تنهایی و ترس، توانایی مواجهه با مشکلات، اعتقادات درونی، احساس درونی، توانایی دریافت و ابراز عشق، شادی و احساس بیماران درباره ارزشمندی زندگی مورد سنجش قرار می گیرد. در این سوالات به گزینه موافقم ۳ نمره، مطمئن نیستم ۲ نمره و مخالفم ۱ نمره تعلق می گیرد. در این بین دو سوال ۳ و ۶ بطور معکوس نمره گذاری می شوند. در مجموع حداقل نمره کسب شده از این آزمون ۱۲ و حداکثر آن ۳۶ است. نمره بین ۱۲ تا ۲۴ به معنای امید پایین و نمرات بین ۲۵ تا ۳۰ و ۳۱ تا ۳۶ به ترتیب به معنای سطح امید متوسط و بالا هستند [۱۹].

هرث پایایی این پرسشنامه را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون مجدد، ضریب همبستگی ۰/۹۱ گزارش کرده است. در ایران نیز پور غزنین پس از استخراج و ترجمه شاخص هرث دو شیوه یاد شده را برای مشخص کردن پایایی آزمون بکار برده و بر اساس آن ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۶ و ضریب همبستگی پیرسون را ۰/۸۴تعیین نموده است. وی همچنین روایی محتوای ابزار را از طریق تطبیق هر سوال

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

با ابعاد امید دوفالت و نظر چندین متخصص روان شناسی مورد تایید قرار داده است [۲۰]. در بیماران تحت پیوند کلیه نیز این شاخص مورد استفاده قرار گرفته و پایایی آن به شیوه آزمون مجدد مورد سنجش واقع شده است که ضریب همبستگی پیرسون ۷۸٪ به دست آمده و پایایی ابزار مجددا به تایید رسیده است [۶].

در انتها جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمونهای آماری همچون مجذور کای، آنالیز واریانس، محاسبه ی ضریب همبستگی پیرسون و تی تست و با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده شد که بدین منظور نرم افزار SPSS۱۷ به کارگرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه تعداد ۱۲۵ نفر که ۶۲ نفر (۴۹/۶٪) بیمار و ۶۳ نفر (۵۰/۴٪) مراقبت کنندگان آنها بودند، مورد بررسی قرار گرفتند که ۵۳/۲٪ بیماران و ۴۷/۶٪ مراقبت کنندگان زن بودند و دو گروه بیماران و مراقبین از نظر جنسیتی تفاوت معنی داری نداشتند. مدت زمان انجام دیالیز در بیماران، حداقل ۶ ماه بود (براساس معیار ورود)، ۲۲/۶٪ افراد ۶ ماه تا یک سال، ۳۳/۹٪یک تا سه سال، ۱۲/۹٪ سه تا پنج سال، ۲۷/۴٪ پنج تاده سال و ۳/۲٪ بیش از ده سال تحت دیالیز بودند. ۵۴/۸٪ از بیماران به بیماری دیگری علاوه برنارسایی کلیه مبتلا بودند، که در این میان پرفشاری خون بیشترین بیماری همراه با ۳۸/۲٪ افراد، دیابت ۳۲/۴٪، هر دو بیماری همراه باهم (پرفشاری خون و دیابت) ۱۴/۷٪ و سایر بیماری ها ۱۴/۷٪ بود. از کل ۶۲ نفری که تحت دیالیز بودند، فقط ۴ نفر(۶/۵٪) سابقه پیوند کلیه داشتند.

جدول ۱ و نتایج آزمون کای اسکوئر نشان می دهد که اکثر مراقبان سن ۲۰ تا ۴۰ سال داشتند در حالی که در گروه بیماران ۲۷/۴٪ در این رده سنی قرار داشتند، دو گروه از نظر طبقه سنی تفاوت معنی داری با یکدیگر داشتند ($p<۰/۰۰۱$). ۸۰/۶٪ بیماران و ۶۳/۵٪ مراقبت کنندگان متاهل بودند. در کل وضعیت تاهل در دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی داری داشتند ($p=۰/۰۰۹$). همچنین دو گروه از نظر تعداد فرزندان تفاوت معنی داری با یکدیگر داشتند، یکی از دلایل این امر تفاوت سنی دو گروه و همچنین نسبت افراد ازدواج نکرده در گروه مراقبت کنندگان است. ۲۵/۴٪ مراقبت کنندگان و ۱/۶٪ بیماران تحصیلات دانشگاهی داشتند، از طرفی فقط ۱۷/۵٪ مراقبت کنندگان تحصیلات ابتدایی داشتند درحالی که این نسبت در بیماران ۵۸/۱٪ بود. تفاوت دو گروه از نظر وضعیت تحصیلی معنی دار بود. از نظر شغلی ۱۴/۵٪ بیماران و ۲۷٪ مراقبت کنندگان بیکار بودند، همچنین ۳/۲٪ بیماران و ۲۰/۶٪ مراقبت کنندگان کارمند بودند، ۳۳/۹٪ بیماران از کار افتاده بودند و در گروه مراقبت کننده فقط یک نفر ۱/۶٪ از کار افتاده وجود داشت. دو گروه از نظر وضعیت شغلی تفاوت معنی داری با یکدیگر داشتند ($p<۰/۰۰۱$). اکثریت بیماران دیالیزی (۷۷/۴٪) در آمد کمتر از ۴۰۰ هزار تومان داشتند و بیشینه در آمدشان با ۱۱/۳٪ در آمد ۸۰۰ هزار تا یک میلیون تومان بود. در حالی که ۲۵/۴٪ مراقبین در آمد ۸۰۰ هزار تا یک میلیون و ۶/۳٪ درآمد بیش از یک میلیون داشتند. دو گروه از نظر وضعیت درآمدی تفاوت معنی داری داشتند ($p<۰/۰۰۱$). ۶۶/۱٪ بیماران و ۵۵/۸٪ مراقبت کنندگان بیان کردند کفایت درآمد ندارند، دو گروه از نظر کفایت در آمد تفاوت معنی داری نداشتند. جدول ۲ و نتایج آزمون تی مستقل نشان می دهد، میانگین امید در گروه بیمار ۶/۰ ± ۱۹/۷ و در گروه مراقبت کنندگان ۲/۸ ± ۱۸/۷ می باشد و از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارند. اما از نظر سطوح امید (امید طبقه بندی شده) همانطور که جدول ۳ و نتایج آزمون کای اسکوئر نشان می دهد تفاوت آماری معنی دار شد ($p= ۰/۰۰۱$). ۷۹٪ بیماران و ۹۸/۴٪ مراقبت کنندگان در سطح امید پایین، ۱۷/۷٪ بیماران و ۱/۶٪ مراقبت کنندگان در سطح متوسط و ۳/۲٪ بیماران در سطح امید بالا قرار داشتند، ولی هیچکدام از افراد گروه مراقب وضعیت امید بالایی نداشتند. بین میانگین نمره ی امید بیماران و وضعیت تاهل رابطه ی معنی داری مشاهده نشد ولی در مراقبت کنندگان میانگین امید در افراد طلاق گرفته بیشترین مقدار، در افراد مجرد رتبه بعدی و کمترین میزان امید در افراد متاهل مشاهده شد، میانگین امید حسب وضعیت تاهل مراقبت کنندگان تفاوت معنی داری داشت ($p=۰/۰۲۰$) نتایج محاسبه ی ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که در افراد دیالیزی بین طول مدت درمان و امید رابطه مستقیم و معنی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول ۱: توزیع بیماران تحت درمان با همودیالیز و مراقبت کنندگان آنها در بیمارستان امام علی (ع) شهر بجنورد در سال ۱۳۹۲ بر حسب طبقات سنی

سن	گروه	
	بیمار (درصد)تعداد	مراقبت کننده (درصد) تعداد
کمتر از ۲۰ سال	۲ (۳/۲)	۶ (۹/۵)
۲۰-۴۰ سال	۱۷ (۲۷/۴)	۳۵ (۵۵/۶)
۴۰-۶۰سال	۲۳ (۳۷/۱)	۲۰ (۳۱/۷)
بیشتر از ۶۰سال	۲۰ (۳۲/۳)	۲ (۳/۲)
آزمون کای اسکوئر		P<۰/۰۰۱

جدول ۲: مقایسه نمره امید در بیماران تحت درمان با همودیالیز و مراقبت کنندگان آنها در بیمارستان امام علی (ع) شهر بجنورد در سال ۱۳۹۲

	گروه	
	بیمار انحراف معیار± میانگین	مراقبت کننده انحراف معیار± میانگین
نمره امید	۱۹/۷ ± ۶/۰	۱۸/۷ ± ۲/۸
آزمون تی تست		P= ۰/۲۱۱

جدول ۳: سطوح امید در بیماران تحت درمان باهمودیالیز و مراقبت کنندگان آنها در بیمارستان امام علی (ع) شهر بجنورد در سال ۱۳۹۲

نمره امید	گروه		
	بیمار (درصد)تعداد	مراقبت کننده (درصد) تعداد	کل (درصد) تعداد
پایین	۴۹ (۷۹/۰)	۶۲ (۹۸/۴)	۱۱۱ (۸۸/۸)
متوسط	۱۱ (۱۷/۷)	۱ (۱/۶)	۱۲ (۹/۶)
بالا	۲ (۳/۲)	۰ (۰/۰)	۲ (۱/۶)
آزمون کای اسکوئر		P= ۰/۰۰۱	

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

داری (r=۰/۳۲۰، p<۰/۰۱۱) وجود دارد بدین معنی که با افزایش طول مدت بیماری، نمره امید در فرد به صورت معنی داری افزایش یافته است. همچنین بین میانگین نمره ی امید در مراقبت کنندگان و نسبت آنها با بیمار رابطه ی معنی داری مشاهده نشد. میانگین نمره ی امید در طبقه های مختلف تحصیلی بیماران تفاوت معنی داری داشت (p=۰/۰۱۲) ولی تفاوت میانگین امید در طبقه های مختلف تحصیلی مراقبت کنندگان بیماران تفاوت معنی داری نداشت. همچنین در هر دو گروه بیمار و مراقبت کننده با افزایش درآمد میانگین نمره ی امید کاهش یافته است. در هر دو گروه تفاوت میانگین امید در سطوح درآمد تفاوت معنی داری داشت (p=۰/۰۱). در هر دو گروه میانگین امید در سطوح کفایت درآمد تفاوت معنی داری مشاهده شد (p≤۰/۰۰۱).

بحث

این مطالعه به بررسی امید در بیماران تحت درمان با همودیالیز و مراقبت کنندگان آنها پرداخته است که با توجه به نقش پررنگ امید در بیماران و مراقبت کنندگان آنها و اهمیت حمایت خانوادگی در پذیرش تغییرات ایجاد شده در زندگی مبتلایان به بیماری های مزمن نتایج آن قابل توجه می باشد. قابل ذکر است که بررسی سطح امید در مراقبت کنندگان بیماران همودیالیزی برای اولین بار در ایران در این مطالعه صورت گرفته است.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که اکثریت بیماران تحت درمان با همودیالیز در سطح امید پایین قرار داشتند در حالی که در مطالعه مشابهی که اورلاندی[1] و همکاران در سال۲۰۱۲ بر روی بیماران همودیالیزی انجام دادند، امید اکثریت بیماران در سطح بالا گزارش شده است. در هر دو مطالعه ابزار مشابه برای بررسی امید به کار برده شده است [۱۱]. در مطالعه اورلاندی و همکاران با توجه به بالاتر بودن سن بیماران نسبت به مطالعه ی حاضر انتظار می رفت که به دلیل وجود بیماری های همراه و اختلالات روانی همچون افسردگی در سنین بالاتر، امید پایین تر باشد. این تفاوت قابل توجه در نتایج را می توان به تفاوت های فرهنگی موثر در پذیرش بیماری، کیفیت مراقبت های درمانی، میزان حمایت اجتماعی دریافت شده و وضعیت اقتصادی در واحد پژوهش این دو مطالعه ارتباط داد. در مطالعه ی فولادی و همکاران (۱۳۹۲) نیز میانگین نمره ی امید بیماران تحت درمان با همودیالیز در محدوده ی امید بالا قرار داشته که با نتایج این مطالعه متفاوت است [۹] همچنین در مطالعه بالجانی و همکاران (۱۳۹۰) که بر روی بیماران سرطانی صورت گرفته بود، میانگین نمره ی امید این بیماران با استفاده از شاخص امید هرث ۳۵/۵۳ به دست آمده بود که در محدوده ی امید بالا قرار داشته و با نتایج این مطالعه متفاوت بود [۲۱]. در سایر مطالعات صورت گرفته جهت بررسی امید مبتلایان به سایر بیماری های مزمن نیز تفاوت نتایج با مطالعه حاضر مشاهده می شود. در مطالعه بلووول[2] و همکاران (۲۰۰۴) بر روی بیماران مبتلا به سکته مغزی و در پژوهش بالسانلی[3] و همکاران (۲۰۱۱) بر روی بیماران دیابتی و بیماران سرطانی سطح امید بالا گزارش شده است که با نتایج این مطالعه متفاوت است [۱۰،۲۲]. چنین نتایجی قابل توجه به نظر می رسد، چون در نظر عموم، بیماران سرطانی از نظر امید، در سطح پایینی قرار دارند و این در حالیست که نمره ی کسب شده توسط بیماران همودیالیزی مورد بررسی در مطالعه حاضر حتی از میانگین نمره ی بیماران سرطانی نیز کمتر بوده است. هرث معتقد است (Hearth) (۲۰۰۰) انکار به عنوان یک مکانیسم کوتاه مدت برای روبرو شدن با یک واقعه تهدید کننده ی حیات می تواند دلیلی برای بالا بودن امید در بیماران سرطانی باشد [۲۳] که در خصوص بیماران دیالیزی با توجه به طولانی و مزمن بودن سیر بیماری و درمان و طی شدن مراحل مختلف روانی مواجهه با بیماری مزمن و با توجه به معیار ورود مطالعه ی حاضر که طی شدن حداقل شش ماه از شروع همودیالیز بود، احتمالا چنین مکانیسم هایی کمک کننده نبوده و پایین بودن نمره ی امید توجیه پذیر می شود. در مطالعه ی اوانجلیستا[4] و همکاران (۲۰۰۳) که بر روی زنان دریافت کننده پیوند قلب صورت گرفته، نمره پایین امید گزارش

1 -Orlandi

2 -Bluvol
3 -Balsanelli
4 -Evangelista

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

شده [۲۴] که وجود تشابه ماهیت بیماری کلیوی و بیماری قلبی ناتوان کننده ی منجر به دریافت پیوند، در از دست دادن یکی از اعضای حیاتی بدن و وابستگی بیمار به درمان های طولانی و رژیم های دارویی- درمانی پیچیده و تغییرات قابل توجه در سبک زندگی و الگوی ایفای نقش در خانواده [۲۵] می تواند توجیه کننده ی امید پایین در این گروه از بیماران باشد. همچنین در مطالعه ی پورغزنین و غفاری (۱۳۸۲) اکثریت بیماران دریافت کننده ی پیوند کلیه ی تحت بررسی آنها نیز در سطح پایین امید بودند که با نتایج این مطالعه هم سو است [۶].

میانگین نمره ی امید در اکثریت مراقبت کنندگان مورد بررسی در مطالعه حاضر در محدوده ی امید پایین قرار داشت و این در حالیست که در مطالعه بالسانلی و همکاران(۲۰۱۱) بر روی مراقبت کنندگان بیماران سرطانی و دیابتی و اکثریت مراقبت کنندگان بیماران اسکیزوفرنی در مطالعه قهرمانی و همکاران (۲۰۰۶) همچنین در مطالعه ی باستانی و همکاران (۱۳۹۱) بر روی مادران کودکان مبتلا به تالاسمی در محدوده ی امید بالا قرار داشتند که با نتایج این مطالعه متفاوت است [۱۸،۱۰،۸].

مطالعه ی ما نشان داد که سطح امید در مراقبت کنندگان پایین تر از بیماران بوده است. در مطالعه ی بالسانلی و همکاران (۲۰۱۱) نیز میانگین نمره ی امید گروه مراقبت کنندگان کمتر از میانگین نمره ی امید در بیماران مبتلا به سرطان بود که با نتایج این مطالعه هم سو است [۱۰]. بلاسکو[1] و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه ی خود گزارش داده اند که مراقبت کنندگان بیماران همودیالیزی تحت فشار زیادی قرار دارند [۲۶]. همچنین مطالعه آوسار[2] و همکاران (۲۰۱۳) نشان داده است که فشار تحمل شده توسط مراقبت کنندگان بیماران همودیالیزی بسیار بیشتر از فشاری بوده که مراقبت کنندگان بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی تجربه کرده اند [۲۷] که این نتایج به نوعی یافته های مطالعه ی حاضر را تقویت می کند. همچنین نتایج مطالعه بلاسکو و همکاران (۲۰۰۲) علاوه بر تاکید بر این مساله که مراقبت کنندگان بیماران همودیالیزی تحت فشار زیادی می باشند نشان داده که این فشار بیشترین تاثیر را بربخش سلامت روانی و توانایی حفظ شادابی آنها داشته است [۲۶] و با توجه به اینکه امید با سلامت روان ارتباط دارد [۲۸]، نتایج مطالعات فوق به شیوه ای غیر مستقیم وجود سطوح پایین امید را در مراقبت کنندگان بیماران تحت درمان با همودیالیز مورد تایید قرار می دهند. در هردو گروه بیمار و مراقبت کننده در مطالعه حاضر با افزایش سطح درآمد امید کاهش یافته است و این در صورتی است که در مطالعه قهرمانی و همکاران (۲۰۰۶) با افزایش سطح درآمد، کیفیت زندگی افزایش پیدا کرده است [۸].

در مطالعه ی حاضر بین میانگین نمره ی امید بیماران و وضعیت تاهل رابطه ی معنی داری مشاهده نشد و این در حالی است که در مطالعه ی شاکری نیا (۱۳۹۱) بر روی سالمندان مرد مبتلا به دردهای جسمانی مزمن، میانگین نمره ی امید سالمندان متاهل بالاتر از سالمندان بدون همسر بوده است که با نتایج این مطالعه متفاوت است [۲۹]. بیماران بیسواد مبتلا به سرطان سینه در مطالعه اوزتونک[3] و همکاران(۲۰۱۳) نمره ی امید کمتری نسبت به بیماران با سطح تحصیلات بالاتر داشتند [۳۰] و این درصورتی است که در مطالعه ی حاضر بیماران با سطح سواد پایین تر نمره ی امید بالاتری کسب کرده اند که با نتایج مطالعه ی ذکر شده متفاوت است. مراقبت کنندگان متاهل در این مطالعه نمره ی امید کمتری را نسبت به افراد مجرد و مطلقه کسب کرده اند و این در حالیست که مادران متاهل مراقبت کننده از کودکان مبتلا به تالاسمی در مطالعه باستانی نمره ی امید بالاتری نسبت به مادران غیر متاهل کسب کرده اند که بانتایج این مطالعه متفاوت است [۱۸]. در نهایت تعداد محدود بیماران و مراقبت کنندگان مورد بررسی و استفاده از روش نمونه گیری غیرتصادفی و در دسترس را از محدودیت های این پژوهش می توان نام برد.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان دهنده ی سطوح پایین امید در بیماران تحت درمان با همودیالیز و مراقبت کنندگان

1- Belasco
2- Avsar
3- oztunc

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

آنها بود. از آنجایی که نتایج مطالعات مختلف نشان می دهند که امید یکی از مهمترین عوامل برای سازگاری موثر به شمار می آید، برای رسیدن به سازگاری مناسب با بیماری نارسایی مزمن کلیوی و پذیرش رژیم درمانی باید به دنبال راه کارهای مناسبی جهت ارتقا امید در بیماران بود. حمایت موثر خانواده و مراقبت کنندگان بیمار بدون پذیرش و سازگاری با بیماری به دست نخواهد آمد که لازمه ی آن افزایش امید می باشد. و از آنجایی که با افزایش احساس کنترل بر زندگی، ایجاد هدف و معنی در زندگی، داشتن نگرش مثبت و بکارگیری اعمال مذهبی و برقراری روابط گرم و صمیمانه می توان امید را افزایش داد، پرستار می تواند با آموزش این موارد به خانواده ها گامی را در جهت تقویت امید خانواده ها برداشته و به حل روابط پرتنش کمک کرده و بر منابع خانوادگی جهت ادامه زندگی فرد تاکید نماید و به این نحو امید بیمار و مراقبت کننده و در نتیجه کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد. انجام مطالعاتی در خصوص تعیین دقیق تر عوامل تاثیر گذار بر امید و بررسی اثربخشی مداخلات مختلف پرستاری جهت افزایش سطح امید در این بیماران و مراقبت کنندگان آنها، می تواند راهنمایی جهت رسیدن به این هدف مهم باشد.

تشکرو قدر دانی

مقاله حاضر براساس نتایج طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی با کد ۶۰۳/پ/۹۱ که با حمایت مالی آن دانشگاه صورت گرفته، نگارش شده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، پرسنل بخش دیالیز بیمارستان امام علی(ع) شهر بجنورد، بیماران دیالیزی و مراقبت کنندگان آن‌ها تشکر و تقدیر نمایند.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

References

1. Davison SN, Simpson C, Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study, BMJ 2006;333(7574):886.
2. Borneman T, Ferrell BR, The concept of hope in family caregivers of cancer patients at home, J Hosp Palliat Nurs 2002; 4(1): 21-33.
3. Eliott JA, Olver IN, Hope, life and death: a qualitative analysis of dying cancer patients' talk about hope, Death Stud 2009; 33(7): 609-38
4. Truitt M, Biesecker B, Capone G, Bailey T, Erby L, The role of hope in adaptation to uncertainty: The experience of caregivers of children with Down syndrome, Patient Educ Couns 2012; 87(2): 233–238
5. Pinar G, Pinar T, Ayhan A, The strain and hopelessness in family caregivers of patients with gynecologic cancer receiving chemotherapy, UHOD 2012; 22(3): 170- 180
6. Pourghaznyn T, Ghaffari F, Study of relationship between hope and self-esteem in renal recipient at ImamReza Hospital in Mashhad, J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 2005; 13(1): 61-57. [Persian]
7. Khanjari S, Oskouie F, Eshaghian Dorche A, Haghani H, Quality of life in parent of children with leukemia and its related factors, Iran J Nurs (IJN) 2013; 26(82): 1-10. [Persian]
8. Ghahremani Z, Jafarpoure Alavi M, Gholam araghi M, Hosseini F, Correlates of quality of life in the family caregivers of schizophrenic patients with hope, Iran J Nurs 2006; 19(45): 17-26. [Persian]
9. Fouladi Z, Ebrahimi A, Manshaei GH, Afshar H, Fouladi M, Investigation of relationship between positive psychological variables (spirituality and hope) psychopathology (depression, stress, anxiety) and quality of life in hemodialysis patients Isfahan – 2012, J Res Behave Sci 2014; 11(6): 567-577 [Persian]
10. Balsanelli ACS, Grossi SAA, Herth K, Assessment of hope in patients with chronic illness and their family or caregivers, Acta Paul Enferm 2011; 24(3): 354-358.
11. Orlandi FS, Garbelotti Pepino B, Iost Pavarini SC, Dos Santos A, Zazzetta de Mendiondo MS, The evaluation of the level of hope of elderly chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis, Rev Esc Enferm USP 2012; 46(4): 897-901.
12. Rahimi A**,** Ahmadi F**,** Gholyaf M, The effects of continuous care model on depression, anxiety, and stress in patients on hemodialysis, Nephrol Nurs J 2008; 35(1): 39-43.
13. Aghakhani N, Nazari R, Sharif Nia H, Nahrir B, A comparative study of quality of life (qol) among patients with haemodialysis and peritoneal dialysis, J GorganBouyeh Fac Nurs Midwifery 2011; 8(2): 35- 42 [Persian].
14. Feroze U, Martin D, ReinaPatton A, Kalantar Zadeh K, Kopple JD, Mental health, depression, and anxiety in patients on maintenance dialysis, Iran J Kidney Dis 2010; 4(3): 173-180.
15. Tajbakhsh R, Dehghan M, Azarhoush R,“ et al”, Mucocutaneons manifestation in end stage renal disease patients under hemodialysis in 5th Azar hospital in Gorgan, Iran (2009), J Gorgan Uni Med Sci 2011; 13(1): 115-120. [Persian]
16. Çelik G, Annagur BB, Yılmaz M, Demir T, Kara F, Are sleep and life quality of family caregivers affected as much as those of hemodialysis patients?, Gen Hosp Psychiatry 2012; 34(5): 518-524.
17. Vellone E, Piras G, Talucci C, ZichiCohe M, Quality of life for caregivers of people with Alzheimer’s disease, J Adv Nurs 2008; 61(2): 222-231.
18. Bastani F, Sayahi S, Haghani H, Social support and relationship with hope among mothers of a child with leukemia, J Clin Nurs Midwifery 2012; 1 (1): 23- 32. [Persian]
19. Abdi N, Taghdisi MH, Naghdi S, The effects of hope promoting interventions on cancer patients, A case study in Sanandaj, Iran in 2007, Armaghane- danesh 2009; 3(14): 24-34. [Persian]
20. Fekry K, Shafie Abadi A, Sanaei Zaker B, Harirchi A, Guided imagery's effectiveness on anxiety and life expectancy of women with breast cancer, Res Appl Psycholog 2007; (31): 1-16. [Persian]
21. Baljani E, Arax M, Mohammad Alizadeh S, Hope in cancer patients refferd to Ghazi Hospital’s of Tabriz, J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci 2012; 21(75):1-8[Persian].
22. Bluvol A, Ford-Gilboe M, Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors, J Adv Nurs 2004; 48(4): 322-32.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

23.Herth K, Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer, J Adv Nurs 2000 Dec; 32(6): 1431-41.
24.Evangelista LS, Doering LV, Dracup K, Vassilakis ME, Kobashigawa j, Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients, J Heart Lung Transplant 2003; 22(6): 681-386.
25.Gee Ch, Howe G, Kimmel P, Couples coping in response to kidney disease: A developmental perspective, Semin Dial 2005; 18(2): 103-108.
26.Belasco AG, Sesso R, Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients , Am J Kidney Dis 2002; 39(4): 805–812.
27.Avsar U, Avsar UZ, Cansever Z, "et al", Psychological and emotional status, and caregiver burden in caregivers of patients with peritoneal dialysis compared with caregivers of patients with renal transplantation, Transplant Proc 2013; 45(3): 883-886.
28.Von Ah DM, Russell KM, Carpenter J," et al", Health-related quality of life of african american breast cancer survivors compared to healthy african american women, Cancer Nurs 2012; 35(5): 337–346.
29.Shakeri Nia E, Effect of Social Assists and Hopefulness in Elderly Health status with chronic pain, Salmand Iran J Ageing 2012;7(1): 7-15. [Persian]
30.Oztunc G, Yesil P, Paydas S, Erdogan S, Social Support and Hopelessness in Patients with Breast Cancer, Asian Pac J Cancer Prev 2013; 14(1): 571-578.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

Hope in caregivers and hemodialysis patients

Orginal Article

Hejazi S S1, Nikbakht Sh2, Nasiri ZarrinGhabaee D3, Akaberi A4, Nazari Sheyhaki A1*

[1]Lecturer, Faculty member, Bojnurd Faculty of Nursing & Midwifery, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[2] B.Sc in Nursing, Nursing Department, North Khorasan university of medical science, Shirvan, Iran
[3] MS.c student of Anatomical Science, Student research committee, mazandaran university of medical Science,Sari, Iran
[4]Faculty member of Biostatistics, Faculty of Medicine, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran
***Corresponding Author:** North Khorasan university of medical science, Shirvan, Iran
Email: nikbakht.shima@gmail.com

Abstract

Background and objectives: *In chronic disease, hope is an important and multidimensional coping mechanism. Hopelessness and depression is a common consequence in chronic renal failure patients. Because of high incidence of social and mental disorders in these patients and their caregivers, the aim of this study was to determine the hope of hemodialysis patients and their caregivers.*

Material and Methods: *In this comparison – descriptive, cross-sectional study, patients and their caregivers were selected through convenience sampling method. For data gathering, we used Herth Hope Index. For data analysis, statistical tests such as Chi-square, independent t-test were performed using SPSS v17.*

Results: *62 patients and 63 caregivers were included into the study. The mean of hope in two groups had no significant differences. 17.7% Patients and 1.6% caregivers had moderate hope and 3.2% of patients were at high levels of hope, but none of the caregivers had high level of hope. Differences between two groups in the levels of hope (classified hope) was significant (p=0.001).*

Conclusion: *Findings show that caregivers had lower level of hope than their patients and this represents a high stress and possibly depression in caregivers as a result of the disease in one of their family members. Our results underline the need for protection and rehabilitation programs in addition to treatment for patients with chronic diseases and their caregivers.*

Keywords: *Hope, Caregivers, Dialysis, Chronic kidney failure*

Journal of North Khorasan University 2014;6(4):807-817

Recivied: 5 Aug 2014
Revised: 11 Oct 2014
Accepted: 31 Dec 2014

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]