

Autumn 2024, Volume 13, Issue 4

Comparison of Health-Promoting Lifestyle and Psycho-Social Adjustment in Patients Undergoing Hemodialysis, with Kidney Stones and Healthy People

Mahsa Saleh¹, Anita Baghdasarians^{2*}

1- Master of Clinical Psychology, Department of Psychology. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2 -Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Anita Baghdasarians. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: sarians72@gmail.com

Received: 21 April 2024

Accepted: 20 Aug 2024

Abstract

Introduction: The lifestyle and dietary restrictions of kidney patients seriously affect their physical and mental functions, work ability and even their social relationships. The purpose of the present study was comparison of health-promoting lifestyle and psycho-social adaptation in patients undergoing hemodialysis, with kidney stones and healthy people.

Methods. The present research method is descriptive-comparative. The statistical population included all adult men and women under hemodialysis treatment, patients with kidney stones and healthy people living in Tehran. A sample of 2 groups, each group consisting of 60 people (120 people) of patients treated with hemodialysis and patients with kidney stones referred to Iranshahr Hospital located in Tehran in the summer and fall of 2023 and a healthy group including 60 people that according to their statements, they were free of kidney diseases and were selected to visit Iranshahr Hospital for outpatient treatment or as a patient's companion. Finally, 180 people were selected by convenience sampling method. Demographic questionnaire, "Health-Promoting Life Style Profile II" and "Psychosocial Adjustment to Illness Scale" were used to collect data. For the validity of the instruments, previous researches were used and reliability was calculated using the internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data analysis was done in SPSS. 26.

Results: The results of one-way analysis of variance and Tukey's test showed that there is a statistically significant difference between the health-promoting lifestyle in healthy people and patients undergoing hemodialysis treatment. So that the score of health-promoting lifestyle in healthy people is different by 16 points ($t=15.91$, $P=0.001$) from patients treated with hemodialysis. But the results did not show any significant difference between other groups in terms of health-promoting lifestyle. Also, there was a statistically significant difference between the psycho-social adjustment to the disease of healthy people and patients undergoing hemodialysis treatment and patients with kidney stones, and the score of psycho-social adjustment to the disease of healthy people was about 23 points ($t=22/88$, $P=0/001$). It is different compared to patients treated with hemodialysis and also significant difference was seen between other groups.

Conclusions: Healthy people have a better health-promoting lifestyle than patients treated with hemodialysis, and also healthy people have better psycho-social adjustment to the disease than patients treated with hemodialysis and patients with kidney stones. Therefore, therapists and counselors are suggested to pay more attention to increasing psycho-social adjustment to the disease and improving the lifestyle of this group of patients, and if necessary, consider training or treatment courses for these patients.

Keywords: Health Promoting Lifestyle, Psycho-Social Adjustment, Dialysis, Kidney Stones.

مقایسه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و سازگاری روانی - اجتماعی در بیماران تحت درمان با همودیالیز، مبتلا به سنگ کلیه و افراد سالم

مهسا صالح^۱، آنیثا باغداساریانس^{۲*}

۱ - کارشناسی ارشد بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲ - دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: آنیثا باغداساریانس. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ایمیل: sarians72@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۵/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۲

چکیده

مقدمه: سبک زندگی و محدودیت‌های غذایی خاص بیماران کلیوی به طور جدی در عملکردهای جسمی و روانی، توانایی شغلی و حتی روابط اجتماعی آن‌ها اثر گذار است. هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در بیماران تحت درمان با همودیالیز، مبتلا به سنگ کلیه و افراد سالم (فاقد بیماری‌های کلیوی) بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل کلیه زنان و مردان بزرگسال تحت درمان همودیالیز، بیماران مبتلا به سنگ کلیه و افراد سالم ساکن شهر تهران بود. نمونه از میان ۲ گروه که هر گروه ۶۰ تن (۱۲۰ تن) از بیماران تحت درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سنگ کلیه مراجعه کننده به بیمارستان ایرانشهر واقع در شهر تهران در تابستان و پاییز سال ۱۴۰۲ و یک گروه سالم شامل ۶۰ تن که به اظهارات خودشان بدون بیماری‌های کلیوی بودند و به بیمارستان ایرانشهر در تهران جهت درمان‌های سرپایی و یا به عنوان همراه بیمار مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. در نهایت ۱۸۰ تن به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی، «نیمرخ سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی ۲» (Health-Promoting Life Style Profile II) و «مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری» (Psychosocial Adjustment to Illness Scale) استفاده شد. برای روایی ابزارها به پژوهش‌های پیشین اکتفا شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد. تحلیل داده‌ها در نرم افزار اسپس اس نسخه ۲۶ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون توکی نشان داد، بین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در افراد سالم و بیماران تحت درمان با همودیالیز تفاوت آماری معنادار وجود دارد. طوری که نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در افراد سالم حدود ۱۶ نمره ($t=15/91, P=0/001$) با بیماران تحت درمان با همودیالیز متفاوت است. ولی نتایج از لحاظ سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بین سایر گروه‌ها تفاوت معناداری را نشان نداد. همچنین بین سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری افراد سالم و بیماران تحت درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سنگ کلیه تفاوت آماری معناداری وجود داشت و نمره سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری افراد سالم حدود ۲۳ نمره ($t=22/88, P=0/001$) نسبت به بیماران تحت درمان با همودیالیز متفاوت است و همچنین بین سایر گروه‌ها تفاوت معناداری دیده شد.

نتیجه گیری: افراد سالم از سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بهتری نسبت به بیماران تحت درمان با همودیالیز برخوردار هستند و همچنین افراد سالم سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری بهتری نسبت به بیماران تحت درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سنگ کلیه دارند. لذا به درمانگران و مشاوران پیشنهاد می‌شود، توجه بیشتری نسبت به افزایش سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری و بهبود سبک زندگی این گروه از بیماران داشته باشند و در صورت نیاز برای این بیماران دوره‌های آموزشی و یا درمانی در نظر بگیرند. **کلیدواژه‌ها:** سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری، همودیالیز، سنگ کلیه.

مقدمه

سبک زندگی، فعالیت های عادی و معمول روزانه است که افراد آن ها را در زندگی خود به طور قابل قبول پذیرفته اند (۱). سازمان جهانی بهداشت اشاره می کند که رفتارهای ناسالم و اثرات طولانی مدت سبک زندگی می تواند باعث بیماری شود (۲). سبک زندگی را می توان به تمامی رفتارهایی که افراد آن ها را تحت کنترل خود دارند و یا تهدیدی برای سلامت آن ها محسوب می شود، تعریف کرد. عامل کامل کننده سبک زندگی سالم، رفتارهای حفاظت از سلامت (پیشگیری و کاهش خطر) و رفتارهای ارتقاء سلامت هستند (۳). منشور اتاوا، برای ارتقای سلامت مشخص می کند که سلامت هدف زندگی نیست بلکه منبعی برای زندگی روزمره است. این مفهوم بر منابع اجتماعی، شخصی و همچنین توانایی های فیزیکی تأکید دارد. سازمان جهانی بهداشت در واژه نامه اصلاحات ارتقاء سلامت در سال ۲۰۲۱ عوامل تعیین کننده سلامت را مجموعه ای از عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی و محیطی که امید به زندگی سالم افراد و جمعیت ها تعیین می کند، معرفی کرده است (۴). سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، الگویی چند بعدی از ادراکات و اعمالی است که فرد با انگیزه شخصی خود انجام می دهد که سبب تقویت سطح سلامتی و خود شکوفایی فرد می گردد (۵). Pender در سال ۱۹۹۶ سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را در ۶ بعد تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت پذیری در مقابل سلامت، مدیریت تنش، رشد معنوی و روابط بین فردی طبقه بندی کرده است (۱). سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت پیش بینی کننده تنش و اضطراب می باشند (۶).

همچنین بیماری کلیوی آسیب یا بیمار شدن کلیه ها است که به ۲ نوع، بیماری کلیوی حاد و بیماری کلیوی مزمن تقسیم می شود و یک وضعیت سلامت شایع و رو به افزایش است. بیماری های کلیوی می تواند با گذشت زمان بدتر شود و ممکن است منجر به نارسایی کلیه (kidney failure) گردد (۷). بیماری های مزمن کلیوی و نارسایی کلیه، مشکلات بهداشتی جهانی هستند که با عوارضی مانند مرگ و هزینه های مراقبت های بهداشتی همراه می باشند (۸). نارسایی کلیه عموماً علامتی برای بیماران ایجاد می کند که ممکن است به درمان کوتاه مدت یا طولانی مدت جایگزین کلیه نیاز داشته باشند.

نارسایی کلیه که نیاز به درمان طولانی مدت جایگزین کلیه دارد، به عنوان بیماری کلیوی مرحله نهایی (End-stage Renal Disease) نیز شناخته می شود (۹). درمان های جایگزین کلیه شامل دیالیز صفاقی، همودیالیز و پیوند کلیه هستند و حدود ۲/۶۲ میلیون تن در سراسر جهان تحت درمان همودیالیز هستند (۱۰).

همودیالیز اولین گزینه درمانی برای بیماران مبتلا به نارسایی کلیه در مرحله نهایی بیماری کلیوی است (۱۱). بر اساس الگوی زیستی روانی-اجتماعی مرتبط با مرحله نهایی بیماری کلیوی، مشخص شده است که، دیالیز پیامدهای بیولوژیکی و روانی-اجتماعی دارد. با این حال، بسیاری از مطالعات بر روی اثرات بیولوژیکی دیالیز تمرکز دارند و توجه کمی به مسائل روانی-اجتماعی در همودیالیز شده است. عوامل تنش زای روانی-اجتماعی که بیماران تحت درمان با همودیالیز با آن مواجه هستند، بسیار زیاد است (۱۲). موارد بیولوژیکی شامل افزایش سطح سیتوکین ها و انتقال دهنده های عصبی تحت تاثیر اورمی (وجود اوره در خون) است و موارد روانی-اجتماعی شامل از دست دادن آزادی، احساس رفاه، چالش های غذایی، تغییرات در روابط اجتماعی و حرفه ای و موارد دیگر است. درمان های دیالیز، به ویژه همودیالیز نیز با توجه به سبک زندگی و محدودیت های غذایی گسترده مورد نیاز برای مدیریت مرحله آخر بیماری کلیوی بر حس کنترل بیمار تأثیر می گذارد و می تواند منجر به کناره گیری اجتماعی شود (۱۳). بیماران احساس می کنند که همودیالیز بر تعامل اجتماعی تأثیر می گذارد و روابط آن ها را تغییر می دهد. علاوه بر این، عملکردهای جسمی و روانی بر توانایی آن ها در کار و مستقل بودن تأثیر می گذارد. بررسی ها نشان می دهد که اولین سال های شروع همودیالیز با تغییر در وضعیت اشتغال و کاهش درآمد همراه است (۱۲).

بیماری سنگ کلیه یک بیماری اورولوژیکی است که با ایجاد کلسیفیکاسیون در داخل سیستم جمع آوری کلیه مشخص می شود. سنگ های تشکیل شده در کلیه می توانند به صورت موضعی باعث درد و عفونت شوند، اما می توانند به داخل حالب حرکت کرده و کلیه را مسدود کنند و باعث کولیک حالب شوند. طبق اظهارات Néill و همکاران، شواهدی برای رابطه بین سنگ کلیه و پریشانی روانی، هم اضطراب و هم افسردگی وجود دارد (۱۴). امروزه

کلیوی بودند و به بیمارستان ایران شهر جهت درمان های سرپایی و یا بررسی هایی به غیر از درمان و بررسی بیماری های کلیوی و یا به عنوان همراه بیماران (نه لزماً بدون هیچ گونه بیماری دیگر)، مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. اندازه نمونه در این پژوهش با استفاده از نرم افزار جی پاور (G*power Software) نسخه ۳،۱،۹،۲، باتوجه به تعداد گروه ها (۳ گروه) و سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۲۵ (برای آزمون تحلیل واریانس یک راهه) ۱۵۹ (۵۳ تن در هر گروه) به دست آمد. اما برای اطمینان از کفایت ۱۸۰ تن (۶۰ تن در هر گروه) در نظر گرفته شد (۱۷). معیار ورود به پژوهش شامل سن بالای ۲۰ سال، زندگی کردن در شهر تهران، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن سنگ کلیه به تشخیص پزشک اورولوژی با حداقل یک بار سابقه بیماری برای گروه بیماران مبتلا به سنگ کلیه (نوع سنگ مهم نبوده)، استفاده از دستگاه همودیالیز برای گروه بیماران تحت درمان با همودیالیز که عملکرد کلیه آن ها دچار مشکل شده است و گذشت حداقل ۱ ماه از شروع همودیالیز و انجام همودیالیز حداقل ۲-۳ بار در هفته به مدت ۳ الی ۴ ساعت، نداشتن بیماری های کلیوی برای گروه افراد سالم، رضایت برای شرکت در پژوهش و دارا بودن گوشی هوشمند و داشتن اینترنت بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل پاسخ دادن یکسان به تمام گزینه ها و عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود.

به منظور جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

مقیاس جمعیت شناختی شامل جنس، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال بود. «نیمرخ سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی ۲» (Health-Promoting Life Style Profile II) که توسط Walker و همکاران در آمریکا در سال ۱۹۸۷ طراحی شده است (۱۸). این ابزار از ۵۲ عبارت تشکیل شده است که دارای ۶ مولفه، تغذیه (nutrition) شامل عبارت های: ۲۸،۱۴،۲۰،۲۶،۳۲،۳۸،۵۰؛ فعالیت بدنی (physical activity) شامل عبارت های: ۴،۱۰،۱۱،۱۶،۲۲،۲۸،۳۴،۲۶؛ مسئولیت بهداشتی (health responsibility) شامل عبارت های: ۳،۵،۹،۱۵،۲۱،۳۳،۳۵،۳۹،۴۰؛ مدیریت تنش (stress management) شامل عبارت های: ۴۴،۴۵،۴۶؛ رشد معنوی (spiritual growth) شامل عبارت های: ۲۳،۲۷،۲۹،۴۱،۵۱؛ شامل عبارت های: ۶،۱۲،۱۷،۱۸،۲۴،۳۰،۳۶،۳۷،۴۲،۴۸،۵۲

سنگ کلیه به علت تغییر در سبک زندگی، از جمله کم تحرکی و مصرف غذاهای بدون پروتئین، فیبر و همچنین تنش در حال افزایش است (۱۵). سنگ کلیه به علت عود مجدد و نیاز به بررسی دوره ای و ترس افراد از تجربه درد در بسیاری از جنبه ها، از زندگی اجتماعی گرفته تا زندگی کاری، تاثیر می گذارد. همچنین مطالعات جدید شروع به بررسی چالش های فیزیکی و روانی - اجتماعی بیماری سنگ کلیه کرده اند، این تأثیرات معمولاً با علائم ادراری مکرر و دردناک، علائم گوارشی، اختلالات خواب، تأثیرات کار، تأثیر بر روابط و درمان مشخص می شوند (۱۶). با توجه به پیشینه پژوهش می توان عنوان کرد، بیماری های کلیوی و شدت ناشی از آن ها، به علت عوارض بیماری و درمان بر سلامت روان و کیفیت زندگی افراد تاثیر منفی می گذارد و باعث تغییر در سبک زندگی آن ها می شود. امروزه بیماران زیادی تحت درمان با همودیالیز هستند. به نظر می رسد تا کنون این گروه از بیماران در مورد تغییر های پژوهش که نقش بسزایی در جلوگیری از کاهش کیفیت زندگی بیماران دارد مورد مقایسه قرار نگرفته اند، از این رو هدف پژوهش حاضر مقایسه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران تحت درمان با همودیالیز، بیماران مبتلا به سنگ کلیه و افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر به روش توصیفی - مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز، بیماران مبتلا به سنگ کلیه و افراد سالم (فاقد بیماری کلیوی) در شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. در پژوهش حاضر ۱۸۰ تن شامل بیماران تحت درمان با همودیالیز (۶۰ تن) و بیماران مبتلا به سنگ کلیه (۶۰ تن) و نیز افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) (۶۰ تن) شرکت داشتند. این افراد به روش نمونه گیری در دسترس از بین بیماران بزرگسال تحت درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سنگ کلیه که به بخش دیالیز و بخش سنگ شکن بیمارستان ایران شهر در شهر تهران، در تابستان و پاییز ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند و گروه سالم شرکت کننده در این پژوهش نیز از بین افراد بزرگسال که به اظهارات خودشان فاقد بیماری

روابط بین فردی (interpersonal relations) شامل عبارت های: ۱،۷،۱۳،۱۹،۲۰،۳۱،۴۳،۴۹؛ هستند. این ابزار شامل طیف لیکرتی ۴ درجه ای و نمره گذاری آن هرگز =۱، گاهی اوقات =۲، اغلب =۳، همیشه =۴ است (۱۹). حداقل نمره ۵۲ و حداکثر ۲۰۸ بوده و نمره که فرد کسب می کند نسبت به میانگین کل (۱۳۰ نمره) سنجیده می شود، به گونه ای که نمره ای کمتر از ۱۳۰ نمره سبک زندگی نامطلوب و نمره بیشتر از ۱۳۰ نمره سبک زندگی مطلوب را گزارش می دهد. نمره هر کدام از ابعاد به صورت جداگانه و همچنین نمره کلی برای تمام مولفه ها محاسبه می شود (۱). روایی سازه به روش تحلیل عامل تاییدی روی ۹۵۲ فرد بزرگسال در کشور های آسیایی بررسی و نتایج نشان داد که ابزار دارای ۶ عامل است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۹۴ و برای ۶ مولفه آن طیف ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شد.

در پژوهش Chao (۲۰) که بر روی ۱۰۶۲ دانشجوی تایوانی انجام شد، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی ۲» نسخه تایوانی با ساختار ۶ عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۷۸ گزارش شد.

در پژوهش محمودی زیدی و همکاران (۲۱) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی ۲» روی ۱۸۰ تن از کارکنان مراکز بهداشتی در شهر سقز با ساختار ۶ عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۹۳ گزارش شد. در پژوهش نوروزی مقدم و همکاران (۲۲) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی ۲» روی ۳۰۰ بیمار دارای سنگ مجاری ادرار در شهر رشت، بررسی و ساختار ۶ عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۸۰ و مولفه های آن بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ گزارش شد.

«مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری» (Psychological Adjustment to Illness Scale) توسط Derogatis در آمریکا در سال ۱۹۸۶ جهت ارزیابی چگونگی سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری، در جریان بیماری طی و یا تاثیرات باقی مانده از بیماری طراحی شده است (۲۳). این مقیاس دارای

۴۵ عبارت و ۷ زیرمقیاس که شامل مقیاس سلامت محور (health orientation) که شامل عبارت های ۱ تا ۸، محیط کاری (vocational environment) که شامل عبارت های ۹ تا ۱۳، محیط خانوادگی (domestic environment) که شامل عبارت های ۱۴ تا ۲۱، روابط جنسی (sexual relationship) که شامل عبارت های ۲۲ تا ۲۷، توسعه روابط فامیلی (extended family) که شامل عبارت های ۲۸ تا ۳۲، محیط اجتماعی (social environment) که شامل عبارت های ۳۳ تا ۳۸ و اختلال روانشناختی (psychological distress) که شامل عبارت های ۳۹ تا ۴۵ بوده است. نمره دهی مقیاس بر اساس طیف لیکرت و ۴ گزینه ای (اصلا=صفر، کمی=۱، تاحدی=۲، کاملاً=۳) و دامنه نمره کلی آزمون بین صفر تا ۱۳۵ بوده است. از مجموع نمره هر زیر مقیاس و تقسیم بر تعداد عبارت آن زیر مقیاس، میانگین نمره سازگاری هر زیر مقیاس و مجموع نمره کل عبارت ها و تقسیم بر تعداد عبارت ها، میانگین نمره سازگاری کل بدست می آید. نمره بالا وضعیت نامناسب سازگاری را نشان می دهد. طبقه بندی نمره سازگاری کل با منطق ۳۳ درصد به ۳ دسته، سازگاری زیاد (میانگین نمره ۱) سازگاری متوسط (بین ۲-۱) سازگاری کم (بیشتر از ۲) است. (۲۴).

در پژوهش Derogatis (۲۳) روی ۲۶۹ بیمار تحت درمان با همودیالیز آمریکایی روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری» بررسی و ساختار ۷ عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، در طیف ۰/۶۳ تا ۰/۸۷ گزارش شد. در پژوهش Hu و همکاران (۲۵) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری» روی ۲۳۶ بیمار کلیوی در چین بررسی و ساختار ۷ عاملی تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۹۱ گزارش شد.

در پژوهش فقهی و همکاران (۲۴) روی ۶۰ تن از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در شهر بیرجند روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری» بررسی و ۷ زیر مقیاس گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۸۳ گزارش کردند. در پژوهش اکبر زاده و همکاران (۲۶) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی

چالش‌ها و موانع در جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و عدم رضایت و تمایل بیماران در پاسخ‌گویی به پرسشنامه کاغذ-قلمی به علت فرایند همودیالیز در بیماران تحت درمان با همودیالیز و درد شدید افراد مبتلا به سنگ کلیه هنگام مراجعه به مرکز سنگ‌شکن، پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین توسط پرسشنامه ساز پرسا، برای هر گروه به صورت مجزا با ذکر ویژگی‌های همان گروه و حفظ محرمانه بودن بودن اطلاعات در ابتدای صفحه پرسشنامه تهیه شد.

پس از اخذ اجازه، شماره تلفن همراه از بیماران و افراد سالم (فاقد بیماری‌های کلیوی)، که داوطلب پاسخگویی به پرسشنامه بودند، گرفته شد و لینک پرسشنامه‌ها، برای ۳ گروه مورد مطالعه از طریق پیامک ارسال گردید تا در شرایط و موقعیت مطلوب به سوالات به صورت آنلاین پاسخ دهند.

قابل ذکر است در ابتدا، برای هر گروه سوالات راهنمایی‌های لازم ذکر شده بود و همچنین شماره تلفن نویسنده اول مقاله حاضر در اختیار آن‌ها قرار داشت تا در صورت لزوم جهت رفع هر گونه ابهام، بتوانند با نویسنده اول در ارتباط باشند. پس از به حد نصاب رسیدن ۳ گروه مورد مطالعه، داده‌ها استخراج و برای تحلیل آماده شد. به طور کلی حدود ۱۲۰ روز، از اوایل مرداد ماه تا اواخر مهر ماه سال ۱۴۰۲ برای جمع‌آوری داده‌ها وقت صرف شد.

در این پژوهش اصول اخلاقی از جمله اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که شرکت در پژوهش هیچ گونه آسیب احتمالی برای شرکت‌کنندگان به همراه نخواهد داشت. داده‌های بدست آمده با استفاده از آمارهای توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره توصیف شد و با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و همگنی واریانس‌ها (برای اطلاع از نرمال بودن داده‌ها)، آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون توکی در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ذکر شده است.

«مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری» روی ۲۰۸ تن از زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کستیک با ساختار ۷ عاملی تایید شد. پایایی این مقیاس روی نمونه‌های فوق، ۰/۷۸ گزارش شد.

در پژوهش حاضر برای روایی «نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی ۲» و «مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری» به پژوهش‌های پیشین اکتفا شد. برای بررسی پایایی از روش همسانی درونی با محاسبه آلفا کرونباخ «مقیاس سبک زندگی ارتقادهنده سلامتی» و «مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری» روی ۱۸۰ تن از بیماران تحت درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سنگ کلیه و افراد سالم (فاقد بیماری‌های کلیوی) در شهر تهران که در پژوهش حاضر شرکت داشتند، به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۹ به دست آمد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، پس از تصویب پروپوزال، در ابتدا کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی اخذ شد. سپس با مراجعه به بیمارستان ایران‌شهر واقع در شهر تهران، مجوزهای لازم از ریاست، مدیریت بخش دیالیز و بخش سنگ‌شکن بیمارستان ایران‌شهر دریافت شد. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که، ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش به صورت کاغذ-قلمی تهیه شد. پرستاران بخش دیالیز و بخش سنگ‌شکن و پرستاران حاضر در محیط بیمارستان، نویسنده اول مقاله حاضر را به بیماران و افراد سالم (فاقد بیماری‌های کلیوی) معرفی کردند. قبل از اجرای پژوهش به بیماران حاضر در بخش دیالیز و بخش سنگ‌شکن و در محیط بیمارستان (برای افراد فاقد بیماری‌های کلیوی) اطلاع داده شد که برای انجام پژوهش دانشگاهی می‌توانند داوطلبانه در پاسخگویی به ابزارهای پژوهشی اقدام به همکاری نمایند. همچنین فرم رضایت آگاهانه در اختیار آن‌ها قرار داده شد و در مورد محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. سپس نویسنده اول مقاله حاضر، ابزارها را بین بیماران و افراد سالم (فاقد بیماری‌های کلیوی) که مطابق با معیار پژوهش بودند، توزیع کرد. سپس راهنمای ابزارها قرائت گردید. در راهنمایی ابزارها این طور بیان شد، که هر یک از عبارت‌های ابزار را بخوانند و پاسخ‌های مناسبی که به با ویژگی‌های آن‌ها شباهت دارند را انتخاب کنند. اما به دلیل

جدول ۱: توزیع جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها

عبارت	سالم		سنگ کلیه		همو دیالیز		مجموع		
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
جنسیت	زن	۴۰	۶۶/۷	۳۰	۵۰/۰	۲۸	۴۶/۷	۹۸	۵۴/۴
	مرد	۲۰	۳۳/۳	۳۰	۵۰/۰	۳۲	۵۳/۳	۸۲	۴۵/۶
سن	۳۰-۲۱	۲۲	۳۶/۷	۳	۵۰/۰	۲	۳/۳	۲۷	۱۵/۰
	۴۰-۳۱	۱۶	۲۶/۷	۱۹	۳۱/۷	۱۳	۲۱/۷	۴۸	۲۶/۷
	۵۰-۴۱	۱۶	۲۶/۷	۲۵	۴۱/۷	۹	۱۵/۰	۵۰	۲۷/۸
	۶۰-۵۱	۴	۶/۷	۱۱	۱۸/۳	۱۶	۲۶/۷	۳۱	۱۷/۲
	۶۱ سال به بالا	۲	۳/۳	۲	۳/۳	۲۰	۳۳/۳	۲۴	۱۳/۳
	زیر دیپلم	۰	۰/۰	۰	۰/۰	۱۰	۱۶/۷	۶۱	۸/۹
تحصیلات	دیپلم	۳	۵/۰	۱۵	۲۵/۰	۲۵	۴۱/۷	۴۳	۲۳/۹
	کاردانی	۰	۰/۰	۲	۳/۳	۹	۱۵/۰	۱۱	۶/۱
	کارشناسی	۲۶	۴۳/۳	۲۱	۳۵/۰	۱۵	۲۵/۰	۶۲	۳۴/۴
	کارشناسی ارشد	۲۳	۳۸/۳	۱۱	۱۸/۳	۱	۱/۷	۳۵	۱۹/۴
	دکتر	۸	۱۳/۳	۵	۸/۳	۰	۰/۰	۱۳	۷/۲
	دانشجو	۱۹	۳۱/۷	۲	۳/۳	۲	۳/۳	۲۳	۱۲/۸
وضعیت شغلی	شاغل	۳۱	۵۱/۷	۳۷	۶۱/۷	۲۳	۳۸/۴	۹۱	۵۰/۶
	خانه دار	۵	۸/۳	۱۳	۲۱/۷	۱۶	۲۶/۷	۳۴	۱۸/۹
	بازنشسته	۳	۵/۰	۸	۱۳/۳	۱۷	۲۸/۳	۲۸	۱۵/۶
وضعیت تأهل	بیکار	۲	۳/۳	۰	۰/۰	۲	۳/۳	۴	۲/۲
	مجرد	۱۹	۳۱/۷	۸	۱۳/۳	۷	۱۱/۷	۳۴	۱۸/۹
	متاهل	۴۱	۶۸/۳	۵۲	۸۶/۷	۵۳	۸۸/۳	۱۴۶	۸۱/۱
	مجموع	۶۰	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۶۰	۱۰۰/۰	۱۸۰	۱۰۰/۰

شاغلین با ۹۱ تن (۵۱ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به افراد فاقد شغل با ۴ تن (۲ درصد) بود. نتایج برای وضعیت تاهل گروه های مورد مطالعه نشان داد، در مجموع ۳۴ تن (۱۹ درصد) مجرد و ۱۴۶ تن (۸۱ درصد) متاهل بودند. در جدول ۲ ویژگی‌های توصیفی متغیرهای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری، در ۳ گروه نشان داده شده است.

نتایج جدول فوق نشان می دهد در مجموع ۹۸ تن (۵۴ درصد) را زنان و ۸۲ تن (۴۵ درصد) را مردان تشکیل دادند و همچنین بیشترین فراوانی سنی مربوط به گروه سنی ۴۱-۵۰ سال (۲۸ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۱-۳۰ سال (۱۵ درصد) بود. بیشترین فراوانی مربوط به مقطع تحصیلی کارشناسی با ۶۲ تن (۳۴ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به مقطع تحصیلی کاردانی با ۱۱ تن (۶ درصد) بود و همچنین بیشترین فراوانی مربوط به

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

گروه ها	متغیرها	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	کجی
گروه سالم	سبک زندگی	۱۰۴	۱۸۴	۱۳۹/۴۶	۹۶/۱۸	-۰/۰۸۶	-۰/۴۹۰
	سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری	۵۸	۱۲۹	۹۸/۰۵	۱۳/۱۹	۰/۱۶۴	-۰/۵۲۸
گروه بیماران مبتلا به سنگ کلیه	سبک زندگی	۱۰۴	۱۸۴	۱۳۱/۷۰	۲۰/۹۸	-۰/۰۸۶	-۰/۴۹۰
	سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری	۸۹	۱۳۵	۱۱۱/۱۶	۱۰/۸۶	۰/۱۶۴	-۰/۵۲۸
بیماران تحت درمان با همودیالیز	سبک زندگی	۹۳	۱۲۹	۱۲۳/۵۵	۱۳/۱۹	۰/۴۹۳	-۰/۷۴۸
	سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری	۹۴	۱۴۲	۱۲۰/۹۳	۱۰/۰۸	-۰/۶۵۹	۱/۰۴۸

مهسا صالح و آنیثا باغداداساریانس

متغیرهای مورد مطالعه در مراحل مختلف اندازه گیری شده و در هر ۳ گروه مورد مطالعه در حد نرمال (بین ۲ تا ۲-) بوده و این بیانگر طبیعی بودن متغیرهای مورد بررسی است (جدول ۲).

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، جهت بررسی طبیعی بودن داده ها و همگنی واریانس متغیر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در ۳ گروه مورد مطالعه با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت (جدول ۳).

شاخص های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه نشان داد، که میانگین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی در گروه افراد سالم ۱۳۹/۴۶ با انحراف معیار ۱۸/۹۶، بیماران مبتلا به سنگ کلیه ۱۳۱/۷۰ با انحراف معیار ۲۰/۹۸ و بیماران تحت درمان با همودیالیز ۱۲۳/۵۵ با انحراف معیار ۱۳/۱۹ بوده و همچنین میانگین نمره سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در افراد سالم ۹۸/۰۵۰ با انحراف معیار ۱۳/۱۹، بیماران مبتلا به سنگ کلیه ۱۱۱/۱۶ با انحراف معیار ۱۰/۸۶ و بیماران تحت درمان با همودیالیز ۱۲۰/۹۳ با انحراف معیار ۱۰/۰۸ بود. میزان کجی و کشیدگی

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در مورد نرمالیتی متغیرها و آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانس ها

آزمون همگنی واریانس ها			آزمون کولموگروف-اسمیرنوف			متغیر زمان	
P-value	Df2	Df1	آماره لوین	P-value	Df		آماره
				۰/۲۷۰	۶۰	۰/۹۷۶	گروه سالم
۰/۲۲۵	۱۷۷	۲	۱/۵۰۲	۰/۲۴۶	۶۰	۰/۹۷۵	بیماران مبتلا به سنگ کلیه
				۰/۲۰۴	۶۰	۰/۹۶۶	بیماران تحت درمان با همودیالیز
				۰/۳۷۰	۶۰	۰/۹۷۹	گروه سالم
۰/۷۱	۱۷۷	۲	۲/۶۸۱	۰/۷۰۷	۶۰	۰/۹۸۶	بیماران مبتلا به سنگ کلیه
				۰/۲۳۳	۶۰	۰/۹۶۷	بیماران تحت درمان با همودیالیز

با بیماری ($F_{(۱۷۷,۲)} = ۲/۶۸۱, P > ۰/۰۵$) از مفروضه همگنی واریانس ها تخطی صورت نگرفته است. جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه، سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری را در ۳ گروه نشان می دهد.

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در جدول ۳ نشان داد، داده های جمع آوری شده در سطح معناداری ($P > ۰/۰۵$)، در ۲ متغیر در هر ۳ گروه، پیش فرض طبیعی بودن یا همان پارامتریکی بودن داده ها رعایت شده است و آزمون لوین نیز نشان داد که متغیر سبک زندگی و سازگاری روانی-اجتماعی ($F_{(۱۷۷,۲)} = ۱/۵۰۲, P > ۰/۰۵$)

جدول ۴: آزمون تحلیل واریانس یک طرفه

P-value	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرها
۰/۰۰۱	۸/۸۰	۳۸۰/۰۸۳	۲	۷۶۰/۱۶۷	بین گروهی
		۴۳۱/۶۸	۱۷۷	۷۶۴۰۸/۳۸	درون گروهی
			۱۷۹	۸۴۰۱۰/۰۶	مجموع
۰/۰۰۱	۶۰/۲۴	۷۹۱۰/۸۱	۲	۱۵۸۲۱/۶۳	بین گروهی
		۱۳۱/۳۰	۱۷۷	۲۳۲۴۰/۹۱	درون گروهی
			۱۷۹	۳۹۰۶۲/۵۵	مجموع

نتایج جدول ۴ نشان داد متغیر مستقل وضعیت سلامتی بر نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری معنادار بود و متغیر سبک زندگی و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری ($F_{(۱۷۷,۲)} = ۶۰/۲۴۸, P < ۰/۰۱$) در بین ۳ گروه افراد سالم، بیماران مبتلا به سنگ کلیه و بیماران تحت درمان با همودیالیز تفاوت معناداری وجود داشت. در ادامه به منظور بررسی تفاوت های گروه افراد سالم،

نتایج جدول ۴ نشان داد متغیر مستقل وضعیت سلامتی بر نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری معنادار بود و متغیر سبک زندگی و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری ($F_{(۱۷۷,۲)} = ۸/۸۰۵, P < ۰/۰۱$)

بیماران مبتلا به سنگ کلیه و بیماران تحت درمان با همودیالیز از آزمون توکی استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه میانگین سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بین گروه ها

متغیرها	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	P-value
سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	افراد سالم	بیماران مبتلا به سنگ کلیه	۷/۷۶	۳/۷۹	۰/۱۰۴
		بیماران تحت درمان با همودیالیز	۱۵/۹۱°	۳/۷۹	۰/۰۰۱
	بیماران مبتلا به سنگ کلیه	افراد سالم	-۷/۷۶	۳/۷۹	۰/۱۰۴
		بیماران تحت درمان با همودیالیز	۸/۱۵	۳/۷۹	۰/۰۸۳
سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری	بیماران تحت درمان با همودیالیز	افراد سالم	-۱۵/۹۱°	۳/۷۹	۰/۰۰۱
		بیماران مبتلا به سنگ کلیه	-۸/۱۵	۳/۷۹	۰/۰۸۳
	افراد سالم	بیماران مبتلا به سنگ کلیه	-۱۳/۱۶°	۲/۰۹	۰/۰۰۱
		بیماران تحت درمان با همودیالیز	-۲۲/۸۸*	۲/۰۹	۰/۰۰۱
سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری	بیماران مبتلا به سنگ کلیه	افراد سالم	۱۳/۱۶°	۲/۰۹	۰/۰۰۱
		بیماران تحت درمان با همودیالیز	-۹/۷۶°	۹/۲	۰/۰۰۱
	بیماران تحت درمان با همودیالیز	افراد سالم	۲۲/۸۸*	۲/۰۹	۰/۰۰۱
		بیماران مبتلا به سنگ کلیه	۹/۷۶°	۲/۰۹	۰/۰۰۱

نمره نمره سازگاری روانی - اجتماعی در بین ۲ گروه بیماران مبتلا به سنگ کلیه و بیماران تحت درمان با همودیالیز نیز تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/01, t = 9/76$). به عبارت دیگر، نمره سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در گروه بیماران مبتلا به سنگ کلیه حدود ۱۰ نمره کم تر از سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران تحت درمان با همودیالیز بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران تحت درمان با همودیالیز، بیماران مبتلا به سنگ کلیه و افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که در نمره کل سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، بین ۳ گروه بیماران تحت درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سنگ کلیه و افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش برای مقایسه ۳ گروه با یکدیگر نشان داد، نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت تنها در بین ۲ گروه افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) و بیماران تحت درمان با همودیالیز تفاوت آماری معناداری وجود دارد و به این معنا است که افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بهتری نسبت به بیماران

همچنان که نتایج جدول ۵ نشان می دهد، میانگین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی در بین ۲ گروه افراد سالم و بیماران تحت درمان با همودیالیز تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/01, t = 15/91$). به عبارت دیگر، نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی در گروه افراد سالم حدود ۱۶ نمره بالاتر از سبک زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز بود. اما بین گروه های دیگر (بیماران مبتلا به سنگ کلیه و بیماران تحت درمان با همودیالیز، بیماران مبتلا به سنگ کلیه و افراد سالم) از نظر نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنان که نتایج جدول ۵ نشان می دهد، میانگین نمره سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بین ۲ گروه افراد سالم و بیماران مبتلا به سنگ کلیه تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/01, t = 13/16$). به عبارت دیگر، نمره سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در گروه افراد سالم ۱۳ نمره کم تر از نمره سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به سنگ کلیه بود. همچنین میانگین نمره سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بین ۲ گروه افراد سالم و بیماران تحت درمان با همودیالیز نیز تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/01, t = 22/88$). به عبارت دیگر، نمره سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در گروه افراد سالم حدود ۲۳ نمره کم تر از نمره سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران تحت درمان با همودیالیز بود. همچنین میانگین

برای مقایسه ۳ گروه با یکدیگر نشان داد، گروه ها به صورت ۲ به ۲ از لحاظ سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. به عبارتی، می توان گفت افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) از سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری بهتری نسبت به بیماران تحت درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سنگ کلیه برخوردار هستند. همچنین بیماران مبتلا به سنگ کلیه سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری بهتری نسبت به بیماران تحت درمان با همودیالیز دارند در رابطه با پژوهش های نسبتاً مشابه می توان گفت که این یافته ها با نتایج پژوهش های، Kang و همکاران (۳۰)، Nair و همکاران (۳۱)، Detsyk & Solomchak (۳۲) همراستا بوده و تا حدودی با نتایج مطالعه Al-Arabi (۳۳) متفاوت است. Kang و همکاران (۳۰) با توجه به نتیجه داده ها مطالعه خود بیان داشتند، که بیماران تحت درمان با همودیالیز در سطح بالینی ناسازگاری روانی - اجتماعی با بیماری قرار دارند. علاوه بر آن، برحسب زیر مقیاس های سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری، میزان سازگاری در حوزه های پریشانی روانی، محیط اجتماعی، محیط خانوادگی و جهت گیری مراقبت های بهداشتی نسبتاً بالاتری از میزان سازگاری در روابط جنسی، است. همچنین مطالعه Nair و همکاران (۳۱) در مطالعه نشان دادند، افراد مبتلا به بیماری مزمن کلیه پیشرفته در وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین، کنترلی بر پیشرفت بیماری ندارند، اضطراب مرگ و پریشانی وجودی را تجربه می کنند و برای مقابله با آن بر معنویت تاکید می کنند. بیماران فقدان حس کنترل بر پیشرفت بیماری، اضطراب مرگ، عدم قطعیت پیش آگهی و پریشانی وجودی را تجربه می کنند و با پذیرش، اجتناب، روی آوردن به باورهای معنوی یا تعامل با جامعه مذهبی برای سازگاری پاسخ می دهند. اشتغال ذهنی و ترس از مرگ، منابع تازه شناخته شده پریشانی روانی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه است. مطالعه حاضر تا حدودی با نتایج مطالعه Al-Arabi (۳۳) متفاوت است. زیرا نویسنده در مطالعه خود دریافت که بیماران تحت درمان با همودیالیز شرایط خوبی دارند و بیماری خود را به عنوان بخشی از زندگی می پذیرند و با آن سازگار هستند و احساس می کنند که همودیالیز به زندگی آن ها گره خورده است. در تبیین یافته های فوق می توان بیان کرد که مزمن بودن بیماری و مزمن بودن مرحله نهایی بیماری کلیوی مشکلات روانی - اجتماعی با بیماری قابل توجهی را برای

تحت درمان با همودیالیز دارند ولی در نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بین ۲ گروه افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) و بیماران مبتلا به سنگ کلیه و بین ۲ گروه بیماران تحت درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سنگ کلیه تفاوت معناداری مشاهده نشد. در رابطه با پژوهش های نسبتاً مشابه می توان گفت که این یافته با نتایج پژوهش های Sariaslan & Kavurmacı (۲۷)، Fukushima و همکاران (۲۸)، نوروزی مقدم و همکاران (۲۲) همسو می باشد. همراستا با این یافته می توان به پژوهش Sariaslan & Kavurmacı (۲۷) اشاره کرد، که آن ها در مطالعه خود نشان دادند، نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در بیماران تحت درمان با همودیالیز، کم تر از متوسط و بالاترین میانگین نمره در زیرمقیاس مسئولیت پذیری در قبال سلامتی و کمترین نمره در زیرمقیاس فعالیت بدنی بود. پژوهش Fukushima و همکاران (۲۸) نشان داد که اکثر بیماران تحت درمان با همودیالیز فعالیت بدنی کافی ندارند و بیماران تحت درمان با همودیالیز که از نظر جسمی فعالیت بیشتری دارند، نمره بالاتری در حوزه روانی کسب کردند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بیماران مبتلا به سنگ کلیه تنها یک نمره بالاتر از میانگین است. همانطور که نوروزی مقدم و همکاران (۲۲) در مطالعه خود دریافتند نمره کل سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران مبتلا به سنگ کلیه نزدیک به میانگین قرار دارد و برخی از مولفه های آن پایین تر از میانگین است. در تبیین نتایج فوق می توان بیان داشت که بیماران تحت درمان با همودیالیز رفتار های سبک زندگی و فعالیت بدنی پایین تری نسبت به افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) دارند. ارتباط بین عدم فعالیت بدنی و پیامدهای آن در سبک زندگی که باعث خطرات مشکلات روانی برای افراد مبتلا به بیماری مزمن کلیوی که همودیالیز می شوند و یا گیرندگان پیوند کلیه هستند، به خوبی ثابت شده است (۲۹). لازم به ذکر است در بررسی سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت مطالعه ای که یافته های ناهمسو با مطالعه حاضر داشته باشد یافت نشد.

از یافته های دیگر پژوهش حاضر این است که بین بیماران تحت درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سنگ کلیه و افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) از نظر سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج پژوهش

درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سنگ کلیه دارند. لذا پیشنهاد می شود، درمانگران و مشاوران توجه بیشتری نسبت به افزایش سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری و بهبود سبک زندگی این گروه از بیماران داشته باشند و در صورت نیاز دوره های آموزشی و یا درمانی، برای این بیماران در نظر بگیرند. یکی از محدودیت های پژوهش حاضر، نمونه های فاقد بیماری های کلیوی بودند که می تواند سایر بیماری های آن ها در نتایج پژوهش تاثیر گذار باشد. از دیگر محدودیت های پژوهش، مکان پژوهش بود زیرا نمونه گیری در یک بیمارستان خصوصی صورت گرفته بود لذا در تعمیم نتایج آن به جمعیت های دیگر باید این نکته را لحاظ نمود.

سیاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد مهسا صالح رشته روانشناسی بالینی، با راهنمایی خانم دکتر آیتا باغدادساریانس در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است که با کد پژوهشی ۱۰۱۲۲۴۰۰۵۴۵۴۷۹۳۲۰۲۶۱۶۲۷۷۳۸۵۲ در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی در تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۳۱ به تصویب رسیده و در سایت پژوهشیار به آدرس اینترنتی <https://ris.iau.ir> ثبت گردیده است. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی مورد بررسی قرار گرفت و با شناسه IR.IAU.CTB.REC.1402.055 در تاریخ ۱۴۰۲/۵/۱۵ به ثبت رسید. در این راستا از تمامی افرادی که ما را در این پژوهش یاری نمودند تشکر می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

- Asadi H, Habibi Soola A, Davari M. [Study of the health-promoting lifestyle status in nursing students of Ardabil School of Nursing and Midwifery 2019]. *Journal of Health*, 2023; 13 (4) :527-536. <https://doi.org/10.52547/j.health.13.4.527><http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-2675-fa.html>
- Chia F, Huang WY, Huang H, Wu CE. Promoting

بیماران تحمیل می کند. بیماران تحت درمان با همودیالیز زیان های ملموس و مختلفی را مانند، از دست دادن آزادی شخصی، خودمختاری، قدرت، توانایی عملکردی و تصویر بدن را بیان می کنند. بیماران همچنین نامالیامات روانی - اجتماعی را از نظر عملکرد اجتماعی و خانوادگی، اشتغال، سازگاری و عدم اطمینان بیان کردند. بیماران مبتلا به مرحله نهایی بیماری کلیوی در نتیجه بیماری خود در معرض تنش های جسمی و روانی متعددی قرار می گیرند (۳۴). درمان با همودیالیز برنامه روزانه بیماران را تعیین می کند و تمام تصمیمات آن ها باید با برنامه همودیالیز مطابقت داشته باشد. بیماران واقعاً معتقدند که دستگاه همودیالیز تأثیر کنترل کننده در زندگی آن ها است. بدون دستگاه همودیالیز، افراد قادر به تسکین درد و رنج جسمی خود نیستند، و در عین حال نیز همین امر، ممکن است به رنج عاطفی آن ها ارتباط داشته باشد (۳۵). از آنجایی که سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به سنگ کلیه، پایین تر از افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) است، می توان گفت که با مطالعه Detsyk & Solomchak (۳۲) همراستا بوده و سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به سنگ کلیه پیشرفت و عود سنگ کلیه کاهش می یابد. بیماری های مزمن باعث ایجاد طیف گسترده ای از واکنش های روانزا می شود و رنج جسمی و روانی بیماران مبتلا به سنگ کلیه باعث کاهش کیفیت زندگی آن ها می شود (۱۶).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد سالم (فاقد بیماری کلیوی) از سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بهتری نسبت به بیماران تحت درمان با همودیالیز برخوردار هستند و همچنین افراد سالم (فاقد بیماری های کلیوی) سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری بهتری نسبت به بیماران تحت

- healthy behaviors in older adults to optimize health-promoting lifestyle: An intervention study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(2):1628. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021628>
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice*. Upper Sadder River (NJ); Prentice Hall;2006 https://umbrella.lib.umb.edu/permalink/01MA_UMB/2bmrjn/

- alma995389603503746
4. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. Health Promotion International. 2021; 36 (6):1578-1598. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab067> <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
 5. Bahramian Z, moghimian M, Azarbarzin M. [The effect of education based on health belief model on health-promoting the lifestyle of patients with type 2 diabetes]. Daneshvar Medicine. 2022;30(3):42-51. https://daneshvarmed.shahed.ac.ir/article_3833.html
 6. Kelly DL, Yang GS, Starkweather AR, Siangphoe U, Alexander-Delpech P, Lyon DE. Relationships among fatigue, anxiety, depression, and pain and health-promoting lifestyle behaviors in women with early-stage breast cancer. Cancer Nursing, 2020;43(2):134-146. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000676>
 7. Akokuwebe ME, Idemudia ES. Prevalence and knowledge of kidney disease risk factors among Nigerians resident in Lagos State Metropolitan District, South West Nigeria. Annals of African Medicine. 2023 ;22(1):18-32. https://journals.lww.com/aoam/fulltext/2023/22010/prevalence_and_knowledge_of_kidney_disease_risk.4.aspx https://doi.org/10.4103/aam.aam_223_21
 8. Oliva-Damaso N, Delanaye P, Oliva-Damaso E, Payan J, Glasscock RJ. Risk-based versus GFR threshold criteria for nephrology referral in chronic kidney disease. Clinical Kidney Journal. 2022;15(11):1996-2005. <https://academic.oup.com/ckj/article/15/11/1996/6571261> <https://doi.org/10.1093/ckj/sfac104>
 9. Levey AS, Grams ME, Inker LA. Uses of GFR and albuminuria level in acute and chronic kidney disease. New England Journal of Medicine. 2022;386(22):2120-2128. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2201153>
 10. Marin AE, Redolat R, Gil-Gómez JA, Mesa-Gresa P. Addressing cognitive function and psychological well-being in chronic kidney disease: A systematic review on the use of technology-based interventions. Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(4):3342. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043342>
 11. Anding-Rošt K, von Gersdorff G, von Korn P, Ihoršt G, Josef A, Kaufmann M, Huber M, Bär T, Zeißler S, Höfling S, Breuer C. Exercise during hemodialysis in patients with chronic kidney failure. NEJM Evid. 2023;2(9): EVIDOa2300057. <https://doi.org/10.1056/EVIDOa2300057>
 12. Almutary H. Psychosocial aspects in hemodialysis. In Updates on Hemodialysis 2023. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.109592>
 13. Vučković M, Radić J, Kolak E, Nenadić DB, Begović M, Radić M. Body composition parameters correlate to depression symptom levels in patients treated with hemodialysis and peritoneal dialysis. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023;20(3):2285. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032285>
 14. Néill EN, Richards HL, Hennessey D, Ryan EM, Fortune DG. Psychological distress in patients with urolithiasis: A systematic review and meta-analysis. Journal of Urology. 2023;209(1):58-70. https://journals.lww.com/auajuro/abstract/2023/01000/psychological_distress_in_patients_with.16.aspx <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000003032>
 15. Manjiri MA, Salari R, Asadpour AA, Yousefi M, Jamali J, Ghazanfari SM, Reza M. [Life quality assessment of patients with kidney stones and its relationship with their temperament from the Persian medicine aspect]. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2023;30(5):619-631
 16. Raja A, Wood F, Joshi HB. The impact of urinary stone disease and their treatment on patients' quality of life: A qualitative study. Urolithiasis. 2020; 48:227-234. <https://doi.org/10.1007/s00240-019-01142-0>
 17. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G* Power software. Journal of Educational Evaluation for Health Professions. 2021;18. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17>
 18. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nursing Research, 1987;36(2):76-81. https://journals.lww.com/nursingresearchonline/abstract/1987/03000/the_health_promoting_lifestyle_profile_.2.aspx <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
 19. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and validity of Persian version of the Health-Promoting Lifestyle Profile]. Journal of Mazandaran

- University Medical Sciences. 2011; 20(1):102-113.
20. Chao DP. Health-promoting lifestyle and its predictors among health-related and non-health-related university students in Taiwan: A cross-sectional quantitative study. *BMC Public Health*. 2023;23(1):827. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-023-15760-2>
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15760-2>
 21. Mahmoodi H, Asghari Jafarabadi M, Mohammadi Y, Shirzadi S, Sadeghi M, Sharifisaqezi P. [Correlation of body mass index and health-promoting lifestyle among health care workers of Saqez city]. *Journal of Health Promotion Management*. 2016;5(2):42-51.
 22. Norouzi Moghaddam E, Jahansaz S, Najafi E, Nasiri K, Saeidi S. [Evaluation of health-promoting lifestyle in patients with urolithiasis and related socio-demographic factors]. *Journal of Health and Care*2021; 23 (3) :250-258. <https://doi.org/10.52547/jhc.23.3.250>
 23. Derogatis LR. The psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*. 1986;30(1):77-91. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(86\)90069-3](https://doi.org/10.1016/0022-3999(86)90069-3)
 24. Feghhi H, Saadatjoo S, Dashtjerdi R, Kalantari S, Alidousti M. [The effect of a training program based on Roy's adaptation model on psychosocial adaptation in patients with type II diabetes in Birjand, Iran]. *Journal of Diabetes Nursing*. 2016;4(2):8-24.
 25. Hu N, Wang A, Chang T. Social support mediates the relationship between illness perception and psychosocial adaptation among young and middle-aged kidney transplant recipients in China. *Frontiers in Psychology*. 2023;14: 1062337. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1062337>
 26. Akbarzadeh Y, Hashemi S. [Prediction of psycho-social adjustment to illness based on health locus of control with the mediation of perceived social support in women with polycystic ovary syndrome]. *Journal of Health Promotion Management*. 2024; 13 (2):14-26. <http://jhpm.ir/article-1-1703-fa.html>
 27. Sariaslan A, Kavurmacı M. Evaluation of healthy lifestyle behaviors and affecting factors of hemodialysis patients. *Journal of Preventive Epidemiology*. 2020;5(2): e19-. <https://pdfs.semanticscholar.org/1d8a/ba6c2006d3e11a9c2c>
b0d4fcc4bf768291a1
 28. Fukushima RLM, Micali PN, Carmo EGD, Orlandi FDS, Costa JLR. Cognitive Abilities and physical activity in chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Dementia & Neuropsychologia*. 2019; 13, 329-334. <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn13-030010>
 29. Wilkinson TJ, Clarke AL, Nixon DG, Hull KL, Song Y, Burton JO, Smith AC. Prevalence and correlates of physical activity across kidney disease stages: An observational multicenter study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2021; 36(4): 641-649. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfz235>
 30. Kang S, Kim H, Myung H. Factors affecting psychosocial adjustment in hemodialysis patients. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2019; 31(1): 38-49. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>
<https://doi.org/10.7475/kjan.2019.31.1.38>
 31. Nair D, Bonnet K, Wild MG, Umeukeje EM, Fissell RB, Faulkner ML, Cavanaugh KL. Psychological adaptation to serious illness: A qualitative study of culturally diverse patients with advanced chronic kidney disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2021;61(1): 32-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.014>
 32. Detsyk O, Solomchak D. Peculiarities of social, psychological and physiological adaptation of patients with urolithiasis. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2016;22(2).161-165. <https://doi.org/10.5604/20834543.1208224>
 33. Al-Arabi SA. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal*. 2006;33(3):285-298
 34. Hansen MS, Tesfaye W, Sewlal B, Mehta B, Sud K, Kairaitis L, Castelino RL. Psychosocial factors affecting patients with end-stage kidney disease and the impact of the social worker. *Journal of Nephrology*, 2021; 35(1):43-58. <https://doi.org/10.1007/s40620-021-01098-8>
 35. Lin CC Han CY, Pan IJ. A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis. *Asian Nursing Research*. 2015;9(1): 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.007>