

رابطه‌ی خصوصیات شخصیتی، اضطراب، افسردگی و استرس با وضعیت خودمراقبتی در بیماران همودیالیزی

رضا باقریان سرارودی^۱، * غلامرضا خیرآبادی^۲، محمدرضا مراثی^۳، سارا قانع‌فر^۴
۱. دانشیار روانشناسی سلامت، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. استاد آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۱/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۰۲)

The Relationship between Personality Traits, Anxiety, Depression, and Stress with Self-care in Hemodialysis Patients

Reza Bagherian Sararoudi¹, *Gholam Reza Kheirabadi², Mohammad Reza Maracy³, Sara Ghaneifar⁴

1. Associate professor of health psychology, school of medicine, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Associate Professor of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. Professor of Biostatistics, school of health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
4. General Practitioner, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Original Article

(Received: Apr. 11, 2019 - Accepted: Aug. 24, 2019)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Appropriate self-care is the base of treatment in hemodialysis patients. The aim of this study was to determine the relationship between psychological factors (personality traits, anxiety, depression and stress) and the self-care of hemodialysis patient. **Method:** In a cross-sectional study 125 patients under chronic hemodialysis admitted to Al-Zahra and Noor hospitals of Isfahan city in 2012 were enrolled to the study with regard to the inclusion and exclusion criteria. Data collection tools were including three questionnaires (the five-factor personality inventory (Neo Big-5), Depression Anxiety Stress Scale (DASS) and Hemodialysis Self-care checklist that after the choice of samples were given to complete. the data was analyzed by multivariate regression model. **Findings:** Depression and conscientiousness are significantly correlated with self-care in hemodialysis patients. There is an inverse correlation between self-care and depression and a direct correlation between conscientiousness with self-care. **Conclusion:** It seems that pay attention to psychological factors are required in practice with hemodialysis patients.

Keywords: hemodialysis, self-care, personality traits, psychological factors.

چکیده

مقدمه: اساس درمان بیماران تحت درمان همودیالیز خود مراقبتی مناسب است. این مطالعه با هدف تعیین رابطه متغیرهای روانشناختی (خصوصیات شخصیتی، اضطراب، افسردگی و استرس) با وضعیت خودمراقبتی در بیماران همودیالیزی انجام شده است. روش: در یک مطالعه مقطعی ۱۲۵ نفر بیمار تحت درمان با همودیالیز مزمن مراجعه کننده به بیمارستانهای الزهرا و نور شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ با در نظر داشتن معیارهای ورود و خروج وارد مطالعه شدند و با استفاده از پرسشنامه‌های پنج عاملی شخصیت، اضطراب و افسردگی بیمارستان و خودمراقبتی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون آماری رگرسیون چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** افسردگی و مسئولیت پذیری دو متغیر روانشناختی رابطه معنی دار با وضعیت خود مراقبتی در بیماران تحت درمان همودیالیز داشتند که اولی رابطه معکوس و دومی رابطه مستقیم دارد. **نتیجه‌گیری:** در مدیریت و آموزش بیماران تحت همودیالیز، توجه به ویژگیهای و علائم روانشناختی بیماران ضروری است.

واژگان کلیدی: همودیالیز، خودمراقبتی، خصوصیات شخصیتی، عملکرد روانشناختی.

* نویسنده مسئول: غلامرضا خیرآبادی

*Corresponding Author: Gholam Reza Kheirabadi

Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir

مقدمه

مشارکت خود بیمار و انجام برخی از فعالیتهای خود مراقبتی نمی تواند به اندازه ی کافی موثر باشد و نتایج دلخواه درمانی حاصل گردد. بر اساس تئوری فردی باندورا درک فرد از توانایی خود باعث به کار بردن رفتارهای خود مراقبتی در جهت رسیدن به نتایج دلخواه می شود (تونلی و همکاران^۳، ۲۰۱۸؛ لو و اون^۴، ۱۹۹۸). توانایی خود مراقبتی، ظرفیت اشخاص در بر آوردن احتیاجات مراقبت از خود است که برای حفظ حیات، سلامت و رفاه شخص صورت می گیرد، به عبارت دیگر خود مراقبتی یک صفت پیچیده ی اشخاص است که آنها را قادر می سازد برای نیازمندی های شناخته شده و مخصوص اعمال سودمندی را انجام دهند.

لانکاستر می نویسد: بیماران تحت درمان با همودیالیز در هر جنبه از زندگی با عوامل تنش زای متعددی از جمله مشکلات خانوادگی، تغییر در عملکردهای جنسی، وابستگی به دیگران جهت ادامه زندگی، انزوای اجتماعی، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خود، فشارهای روانی و تهدید مرگ مواجه هستند (لنکستر^۵، ۱۹۸۸). این مشکلات برخی از نیازهای خود مراقبتی عمومی رادر این بیماران تحت تاثیر قرار می دهد و لذا بیماران همودیالیز با توجه به میزان مشکلاتشان نمی توانند به طور کامل نیازهای خود مراقبتی خویش را برآورده سازند.

افسردگی و اضطراب از مشکلات شایع

بیماری نارسایی پیشرفته ی کلیوی یک بیماری مزمن است که روشهای درمان آن شامل درمان طولانی مدت یا پیوند کلیه می باشد و بهترین روش جایگزینی، پیوند کلیه است ولی در اکثر کشورها مشکل اصلی کافی نبودن تعداد کلیه اهدایی است.

در حال حاضر رایج ترین روش درمان بیماری نارسایی پیشرفته ی کلیوی در سراسر دنیا، درمان با همودیالیز است (کیمل و رولف^۱، ۲۰۰۵). میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون نفر است و سالانه حدود ۸ درصد به این میزان افزوده می شود (بویر^۲، ۲۰۱۰). بر اساس آمار ارائه شده توسط مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص ایران، تعداد بیمارانی که در کشور ما دچار نارسایی پیشرفته ی کلیوی هستند حدود ۲۵ هزار نفر می باشد که تقریباً بیش از ۵۰ درصد این بیماران تحت درمان با همودیالیز هستند (مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص، ۱۳۸۶؛ نقل از سجادی، اکبری، کیان مهر، عطاردی، ۱۳۸۷).

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن و پیشرفته ی کلیه و تحت درمان با همودیالیز به علت درمان های دارویی متعدد و پیچیده مشکلات گوناگون و تغییرات ریشه ای در الگوی زندگی دارند که بر عملکرد اجتماعی و روانی آنها تاثیر می گذارد. از آنجایی که درمان با همودیالیز یک روند طولانی مدت است این بیماران نیاز به استفاده از یک سری راه کارها برای بهتر کنار آمدن و اداره نمودن بیماری خود دارند. درمان این بیماران بدون

3. Tonelli et al.,

4. Lev, Owen

5. Lancaster

1. Kimmel, Rolf

2. Boyer

اصفهان بر روی بیماران همودیالیزی انجام شده است. جامعه پژوهش بیماران تحت درمان با همودیالیز مزمن در سال ۱۳۹۰ هستند که در مراکز همودیالیز بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (بیمارستان الزهرا و بیمارستان نور) همودیالیز می‌شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت جهت شرکت در مطالعه، سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، باسواد بودن و داشتن حداقل ۶ ماه سابقه‌ی درمان با همودیالیز، همودیالیزهای اورژانسی نبودن، عدم وجود معلولیت جسمی و یا ذهنی، نداشتن تجربه ناگوار (مرگ عزیزان، ورشکستگی مالی و ...) در شش ماه اخیر و نداشتن سابقه‌ی ابتلا به بیماری‌های روانی یا بستری شدن در بیمارستان روان‌پزشکی قبل از درمان با همودیالیز بودند.

معیارهای خروج نیز عبات بودند از عدم همکاری در مطالعه و عدم رضایت در شرکت در پژوهش. نمونه‌های این پژوهش کلیه‌ی بیماران تحت درمان با همودیالیز مزمن در سال ۱۳۹۰ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های الزهرا و نور شهر اصفهان بودند که از طریق سرشماری و با در نظر داشتن معیارهای ورود و خروج نمونه وارد انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر، پرسشنامه پنج عاملی شخصیت^۳، پرسشنامه‌ی اضطراب، استرس و افسردگی^۴ و پرسشنامه خود مراقبتی بودند.

مقیاس *DASS* یک پرسشنامه-خودگزارشی

روان‌پزشکی در بین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله بیماران همودیالیزی می‌باشد که شیوع آن در مطالعات مختلف، متفاوت است.

از طرفی برخی از مطالعات انجام شده نشان می‌دهد بین افسردگی و خود مراقبتی در بیماران همودیالیزی ارتباط وجود دارد، به طوری که افسردگی یک عامل مهم در رابطه با کاهش تبعیت بیماران از درمان می‌باشد و عدم مشارکت بیماران افسرده در درمان مشکلات طبی آن‌ها را افزوده و سلامت آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد و حتی باعث مرگ زودرس آن‌ها می‌گردد (سنسکای، لگر، و گیل‌مور^۱، ۱۹۹۶؛ واشینگتن، زیمرمن، و براون^۲، ۲۰۱۶).

نکته قابل تأمل این است که لزوماً همه بیماران تحت درمان با دیالیز دچار افسردگی و اضطراب نیستند و افسردگی و اضطراب نیز به‌عنوان تنها عامل اختلال در رفتارهای خود مراقبتی نیست، به نظر می‌رسد عوامل دیگری به‌غیر از صرف تحت درمان با دیالیز بودن (به‌ویژه خصوصیات شخصیتی زمینه‌ای این افراد) در ابتلا به افسردگی و اضطراب در این بیماران مؤثر باشد و این عوامل هم به‌طور مستقل و هم با واسطه مستعد کردن افراد به افسردگی و اضطراب فرآیند خود مراقبتی در این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد، این مطالعه به‌منظور تعیین ارتباطات این متغیرها در بیماران دیالیزی انجام شد.

روش

این مطالعه به‌طور مقطعی در سال ۱۳۹۰ در شهر

3. Neo Big-5

4. Depression Anxiety Stress Scal (DASS)

1. Sensky T, Leger C, Gilmour S.

2. Washington, T., Zimmerman, S., & Browne, T.

باقریان سرارودی و همکاران: رابطه‌ی خصوصیات شخصیتی، اضطراب، افسردگی و استرس با وضعیت خودمراقبتی در...

۰/۸۴ و برای استرس ۰/۶۸ گزارش شد (سپهری و سامانی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه پنج عاملی شخصیت اولین بار توسط کاستا و مک‌کری در سال ۱۹۸۵ ساخته شد (کاستا و مک‌کری^۲، ۱۹۸۵). این پرسشنامه ابتدا شامل ۱۸۱ عبارت به منظور واریسی ۵ عامل بزرگ شخصیت شامل روان رنجوری (*N*)، برون‌گرایی (*E*)، پذیرا بودن (*O*)، توافقی بودن (*A*) و مسئولیت‌پذیری (*C*) بود سپس نسخه تجدیدنظر شده شامل ۲۴۰ عبارت بود.

با توجه به طولانی و پیچیده بودن این نسخه، به منظور استفاده راحت‌تر و سریع‌تر با استفاده از روش تحلیل عوامل نسخه کوتاه آن شامل شصت سؤال و برای هر عامل ۱۲ ماده ساخته شد (باریک و مونت^۳، ۱۹۹۱؛ گروسی، مهریار، و طباطبائی، ۱۳۸۰). نسخه ۶۰ سؤالی را معمولاً ظرف ۱۰ الی ۱۵ دقیقه می‌توان تکمیل نمود. سؤالات این پرسشنامه در قالب مقیاس ۵ نمره‌ای روی طیف لیکرتی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود و از جمع آن‌ها ۵ نمره از ابعاد اصلی پنج‌گانه شخصیتی به دست می‌آید.

کوستا و مک‌گری ضریب آلفای کرونباخ برای هرکدام از زیر مقیاس‌های روان رنجوری (*N*)، برون‌گرایی (*E*)، پذیرا بودن (*O*)، توافقی بودن (*A*) و مسئولیت‌پذیری (*C*) را به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ و روایی آن‌ها را به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۹۱، ۰/۷۶ و ۰/۸۶ گزارش نمودند (۱). نسخه فارسی این پرسشنامه پنج عامل شخصیتی در نمونه از جمعیت ایرانی مورد ارزیابی

است که به وسیله لوویند^۱ در سال ۱۹۹۵ طراحی و ساخته شد. لوویند ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بر روی نمونه‌های دانش‌آموزی و نمونه‌های غیر بالینی تعیین کرد (لوویند و لوویند، ۱۹۹۵). این پرسشنامه سه وضعیت روانی اضطراب، افسردگی و استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دارای گزینه‌هایی مربوط به علائم و نشانه‌های افسردگی ۱۴ سؤال، اضطراب ۱۴ سؤال و استرس ۱۴ سؤال است که توسط خود فرد تکمیل می‌شود برای پاسخگویی به هر سؤال، امتیازات به صورت اصلاً (۰)، تا حدی (۱)، تا حد زیادی (۲) و خیلی زیاد (۳) اختصاص یافته که مجموع امتیازات کسب‌شده، میزان افسردگی، اضطراب و استرس تحمیل شده به فرد را به صورت تخمینی با دامنه نمرات بین حداقل صفر تا حداکثر ۴۲ نشان می‌دهد.

ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط افضل‌ی و همکاران بر روی نمونه ۴۰۰ نفری از دانش‌آموزان مقطع دبیرستان شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲ مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. یافته‌های مطالعه، همبستگی مقیاس افسردگی این آزمون با آزمون افسردگی بک ۰/۸۹۴، با آزمون اضطراب زونگ ۰/۸۳۱ و با سیاهه استرس دانش-آموزان ۰/۷۵۸ گزارش کرده است. ضریب آلفای محاسبه‌شده برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش گردید (افضلی، دلاور، برجعلی، و میرزمانی، ۱۳۸۶) پرسشنامه *DASS* در سال ۱۳۸۵ نیز توسط سپهری و سامانی مورد اعتبار یابی قرار گرفت و ضریب آلفای آن به ترتیب برای افسردگی ۰/۸۹، اضطراب

2. Costa, P. T., & McCrae, R. R.

3. Barrick MR, Mount MK .

1. Lovibond

روش آزمون - باز آزمون که به فاصله یک هفته انجام گرفته و $r = .78$ گزارش شده است (سجادی و همکاران، ۱۳۸۷).

پس از انتخاب نمونه‌ها پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار گرفت تا تکمیل شوند. داده‌های به دست آمده از مطالعه توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از ضریب همبستگی پیرسون و شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و همچنین از آزمون رگرسیون چند متغیره جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۲۵ نفر با میانگین سنی $42/8 \pm 18$ (با دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۶۰ سال) مشارکت داشتند که حدود $74(59,2\%)$ نفر مرد و بقیه زن بودند.

با توجه به اهداف اختصاصی این مطالعه میانگین نمره‌ی افسردگی، اضطراب و استرس و هر یک از ابعاد پنج‌گانه‌ی شخصیتی از قبیل روان‌نژندی، برون‌گرایی و درون‌گرایی، اشتیاق به تجارب تازه، توافق پذیری و مسئولیت‌پذیری و همچنین میانگین نمره‌ی عملکرد خود مراقبتی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

برای تعیین رابطه‌ی بین استرس، اضطراب، افسردگی و هر یک از ابعاد پنج‌گانه‌ی شخصیتی با وضعیت خود مراقبتی از آزمون رگرسیون چند متغیره استفاده شد که نتایج آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.

قرارگرفته است و ضریب آلفای کرونباخ برای هرکدام از زیر مقیاس‌های روان رنجوری (N)، برون‌گرایی (E)، پذیرا بودن (O)، توافقی بودن (A) و مسئولیت‌پذیری (C) به ترتیب $0/73$ ، $0/79$ ، $0/42$ ، $0/58$ و $0/77$ و پایایی با روش باز آزمائی به ترتیب $0/84$ ، $0/86$ ، $0/78$ ، $0/65$ و $0/86$ به دست آمده. همچنین روایی نسخه فارسی این ابزار برای هر یک از زیر مقیاس‌های روان رنجوری (N)، برون‌گرایی (E)، پذیرا بودن (O)، توافقی بودن (A) و مسئولیت‌پذیری (C) به ترتیب $0/91$ ، $0/75$ ، $0/71$ ، $0/78$ و $0/75$ به دست آمده (عطاری، امان‌الهی، مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۸۵).

پرسشنامه‌ی خود مراقبتی شامل یک چک‌لیست عملکرد خود مراقبتی تعدیل‌شده شامل ۲۵ فعالیت خود مراقبتی در زمینه‌ی رعایت رژیم غذایی و کنترل مایعات، مراقبت از پوست و فیستول، فعالیت و خستگی، خواب و استراحت و دیگر فعالیت‌های خود مراقبتی است.

پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت از هرگز تا همیشه درجه‌بندی شده است به هر آیتم بین ۰ تا ۴ امتیاز داده می‌شود. امتیاز حاصل از این ابزار استاندارد شده تبدیل به اعداد بین صفر تا ۱۰۰ گردید و عملکرد خود مراقبتی در سه سطح ضعیف، متوسط و خوب تقسیم‌بندی می‌شود. این چک‌لیست توسط سجادی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی گناباد تهیه شده و جهت روایی آن از روایی محتوی استفاده شده که پس از انجام اصلاحات و لحاظ کردن نظرات چندین نفر از اعضای هیئت علمی و متخصصین نورولوژی مشهد تأیید گردیده است.

پایایی پرسشنامه خود مراقبتی با استفاده از

باقریان سرارودی و همکاران: رابطه‌ی خصوصیات شخصیتی، اضطراب، افسردگی و استرس با وضعیت خودمراقبتی در...

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و دامنه تغییرات متغیرهای مورد مطالعه

نام متغیر	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	دامنه تغییرات نمرات کسب شده	دامنه نمرات پرسشنامه‌ها
استرس	۱۱۸	18 ± 10.8	۰-۴۱	۰-۴۲
اضطراب	۱۱۸	14.4 ± 9.4	۰-۳۷	۰-۴۲
افسردگی	۱۱۸	15.8 ± 11.3	۰-۴۲	۰-۴۲
روان‌نژندی	۱۲۳	35.7 ± 9.7	۵۷-۱۴	۱۲-۶۰
برون‌گرایی و درون‌گرایی	۱۲۲	39.5 ± 7.3	۵۲-۲۱	۱۲-۶۰
اشتیاق به تجارب تازه	۱۲۰	34.4 ± 4.3	۵۲-۲۴	۱۲-۶۰
توافق‌پذیری	۱۲۲	42.7 ± 6.2	۵۵-۲۰	۱۲-۶۰
مسئولیت‌پذیری	۱۲۱	44.6 ± 9.1	۲۰-۶۰	۱۲-۶۰
عملکرد خود مراقبتی	۱۲۵	59.8 ± 15.5	۲۱-۹۱	۰-۱۱۶

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون رگرسیون چند متغیره عوامل مرتبط با خود مراقبتی با کنترل سن و جنس

نام متغیر	ضریب رگرسیون (فاصله اطمینان ۹۵٪)	ضریب رگرسیون استاندارد شده	ضریب همبستگی	p
استرس	$0.48(-0.21/0.7)$	۰/۳۲	۰/۱۷	۰/۱۲
اضطراب	$-0.23(-0.72, 0.26)$	-۰/۱۴	-۰/۰۹	۰/۳۵
افسردگی	$-0.71(-1.27, -0.15)$	-۰/۵۰	-۰/۲۶	۰/۰۱
روان‌نژندی	$0.41(-0.04, 0.86)$	۰/۲۶	۰/۱۹	۰/۰۷
برون‌گرایی و درون‌گرایی	$0.08(-0.49, 0.65)$	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۸
اشتیاق به تجارب تازه	$0.42(-0.19, 1.04)$	۰/۱۲	۰/۱۵	۰/۱۷
توافق‌پذیری	$0.22(-0.30, 0.74)$	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۴۱
مسئولیت‌پذیری	$0.83(0.13, 1.35/31)$	۰/۴۹	۰/۳۴	۰/۰۱

به تجارب تازه، توافق‌پذیری، مسئولیت‌پذیری)، هر پنج بعد با خود مراقبتی رابطه‌ی مثبت دارند اما تنها رابطه‌ی مسئولیت‌پذیری با خود مراقبتی به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که هر چه فرد مسئولیت‌پذیرتر باشد، خود مراقبتی بیشتری دارد.

اگر بخواهیم مقدار اثر متغیرهای فوق را روی خود مراقبتی با توجه به جدول فوق اولویت‌بندی کنیم، با استفاده از ضریب رگرسیون استاندارد شده در درجه‌ی اول اثر افسردگی روی خود مراقبتی بیشتر از سایر متغیرهاست. سپس به ترتیب

یافته‌های حاصل از جدول فوق نشان می‌دهد که بین استرس و خود مراقبتی یک رابطه‌ی مثبت وجود دارد، هرچند به لحاظ آماری معنی‌دار نیست. از طرفی اضطراب و افسردگی، هر دو با خود مراقبتی یک رابطه‌ی منفی دارند که تنها رابطه افسردگی با خود مراقبتی به لحاظ آماری معنی‌دار است و این نشان می‌دهد که افسردگی روی خود مراقبتی اثر معکوس دارد، به طوری که هر چه افسردگی بیشتر شود، خود مراقبتی کاهش می‌یابد. بین ابعاد پنج‌گانه‌ی شخصیتی (روان‌نژندی، برون‌گرایی و درون‌گرایی، اشتیاق

مسئولیت‌پذیری و استرس و روان‌نژندی در درجات دوم و سوم و چهارم اولویت قرار می‌گیرند.

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین سه متغیر اضطراب، استرس و افسردگی، دو متغیر اضطراب و افسردگی با خود مراقبتی یک رابطه‌ی منفی دارند که تنها رابطه افسردگی با خود مراقبتی به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که افسردگی روی خود مراقبتی اثر معکوس دارد، به طوری که هر چه افسردگی بیشتر شود، خود مراقبتی کاهش می‌یابد. برخی از مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد بین افسردگی و خود مراقبتی در بیماران همودیالیزی ارتباط وجود دارد، به طوری که افسردگی یک عامل مهم در رابطه با کاهش تبعیت بیماران از درمان می‌باشد و عدم مشارکت بیماران افسرده در درمان مشکلات طبی آنها را افزوده و سلامت آنها را به مخاطره می‌اندازد و حتی باعث مرگ زودرس آنها می‌گردد که با نتایج مطالعه‌ی ما سازگاری دارد. مطالعه‌ی کویکه و همکاران نیز مؤید این مطلب است که کیفیت برنامه‌ی مراقبتی بیماران که به‌طور هم‌زمان افسردگی و بیماری جسمی داشتند در مقایسه با سایر بیماران کاهش چشمگیری داشته است (کوئیک، اونیتزر، و ولز، ۲۰۰۲). سنسکی و همکارانش اظهار نمودند که بین افسردگی و عدم تبعیت بیماران همودیالیزی از رژیم غذایی توصیه‌شده (یکی از اجزای برنامه‌های

خود مراقبتی) و حتی نمایش ضروری ارتباط معنی‌داری وجود دارد و این امر می‌تواند سلامت بیمار را به خطر انداخته و مرگ آنها را تسریع نماید. این یافته با مطالعه تی‌سی و مریلین^۲ (۲۰۰۲) که ارتباط خود مراقبتی، افسردگی و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی را بررسی کرده‌اند کاملاً همخوانی دارد.

وَنگ و همکاران^۳ (۲۰۰۷) پژوهشی با عنوان (تأثیر کارایی فردی و رفتارهای خود مراقبتی بر نشانه‌های افسردگی در بیماران گیرنده پیوند کلیه در تایوان) انجام دادند که یافته‌های آن نشان داد بین انجام رفتارهای خود مراقبتی و افسردگی در این بیماران یک ارتباط قوی و منفی وجود دارد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

جفری گنزالس و همکاران مطالعه‌ای را باهدف تعیین ارتباط بین افسردگی و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲ انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد بین افسردگی و انجام رفتارهای خود مراقبتی ارتباط معکوس وجود دارد و بیمارانی که افسردگی بیشتر داشتند به مقدار کمتری از رفتارهای خود مراقبتی شامل: رژیم غذایی، ورزش و خودپایشی قند خون پیروی می‌کردند ($p < 0.001$) که نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه ایشان با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (جفری، استفن، و انریکو، ۲۰۰۷).

همچنین والدراما و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که نشانه‌های افسردگی تنها شاخص مرتبط

2. Tasy T, Marilyn H.

3. Weng et al.,

4. Jeffrey SG, Steven AS, Enrico C.

1. Koike AK, Unutzer J, Wells KB.

باقریان سرارودی و همکاران: رابطه‌ی خصوصیات شخصیتی، اضطراب، افسردگی و استرس با وضعیت خودمراقبتی در...

ابعاد پنج‌گانه‌ی شخصیتی (روان‌نژندی، برون‌گرایی و درون‌گرایی، اشتیاق به تجارب تازه، توافق‌پذیری، مسئولیت‌پذیری)، هر پنج بعد با خودمراقبتی رابطه‌ی مثبت دارند اما تنها رابطه‌ی مسئولیت‌پذیری با خودمراقبتی به لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد و این نشان می‌دهد که هر چه فرد مسئولیت‌پذیرتر باشد، خودمراقبتی بیشتری دارد.

در مطالعه‌ای که توسط کریستنسن^۳ و همکارانش بر روی ارتباط بین خصوصیات شخصیتی بر طبق مدل پنج‌عاملی شخصیت و تبعیت بیماران دیالیزی از رژیم دارویی انجام دادند، نتایج مطالعه نشان داد که از بین ابعاد پنج‌گانه‌ی شخصیتی، مسئولیت‌پذیری ارتباط مثبت قابل‌توجهی با پیروی بیماران از رژیم دارویی دارد، اما بین ابعاد دیگر با پیروی از درمان ارتباط قابل‌توجهی یافت نشد که نتایج مطالعه‌ی فوق با نتایج پژوهش حاضر کاملاً همخوانی دارد (ابراهیم، تنو، دین، غفور، و اسماعیل^۴، ۲۰۱۵؛ کریستنسن و اسمیت^۵، ۱۹۹۵).

افسردگی یک مشکل شایع روانی در بین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن است. میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی در مطالعات متعدد بسیار متفاوت است. موراکیو و همکاران بیان می‌دارند: گرچه همودیالیز روش درمانی مناسب برای بیماران نارسایی پیشرفته کلیوی است ولی این روش درمان، با شیوع بالایی از عوارض روانی همراه است که عمدتاً اضطراب و

با عدم پیروی از محدودیت مصرف مایعات و رعایت رژیم غذایی در این بیماران است، ولی بین اضطراب و عدم پیروی از شاخص‌های درمانی ارتباطی یافت نشد (گارسیا و همکاران^۱، ۲۰۰۷) که با نتایج این مطالعه همسو می‌باشد. از سوی دیگر، مطالعات سیگل و لویز (۲۰۰۷) نشان دادند که بین اضطراب و عدم پیروی از درمان رابطه منفی وجود دارد (سیگل، لویز، و می‌یر^۲، ۲۰۰۷).

درک این موضوع که افسردگی با کاهش انگیزه برای تداوم سلامتی و لذت بردن از زندگی باعث اختلال در رفتارهای خودمراقبتی در این افراد گردد امری چندان پیچیده نیست چراکه افراد افسرده گاهی حتی تمایل به زنده ماندن ندارند و عدم مراقبت از خویش می‌تواند به‌عنوان نمادی از اقدام به خودکشی تدریجی در این افراد تلقی گردد.

این مطالعه نشان می‌دهد، بین استرس و خودمراقبتی یک رابطه‌ی مثبت وجود دارد، هرچند به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد.

افراد استرسی به دلیل نگرانی ذاتی که در مورد احتمال وقوع خطر دارند، با نگران شدن در مورد خطرات ناشی از خودمراقبتی ناکافی در این راستا فعال‌تر عمل می‌کنند که این موضوع محدود به بیماران همودیالیزی نیست و حتی در خصوص پرهیز از رفتارهای پرخطر و خودمراقبتی روزانه بدون اینکه فرد بیمار باشد نیز صدق می‌کند. این افراد به فرآیند آموزش اهمیت مراقبت از خود حساس بوده و به رعایت دستورات مقید هستند.

همچنین در این مطالعه مشخص شد که، بین

3. Christensen

4. Ibrahim, N., Teo, S. S., Din, N. C., Gafar, A. H. A., & Ismail, R.

5. Christensen AJ, Smith TW.

1. Garsia et al.,

2. Siegel D, Lopez J, Meier J.

مراقبتی پائین به منظور شناخت علل روان‌شناختی عدم خود مراقبتی کافی در هر مورد و انجام مداخلات برای رفع این علت را باید در درمان این بیماران به‌طور جدی مدنظر قرار داد.

اگرچه مداخلات معطوف به تغییر خصوصیات شخصیتی در این زمینه می‌تواند امری پیچیده و زمان‌بر باشد، چراکه مستلزم انجام روان‌درمانی طولانی‌مدت و زمان‌بر خواهد بود که شاید از حوصله و توان این بیماران خارج باشد ولی در مورد علائم اضطرابی و افسردگی می‌توان به‌سادگی با استفاده از درمان‌های دارویی و روان‌درمانی کوتاه‌مدت به این هدف دست‌یافت.

عدم مصاحبه بالینی جهت تشخیص قطعی افسردگی و اضطراب، نمونه‌گیری محدود به شهر اصفهان از جمله محدودیت‌های این مطالعه هستند. پیشنهاد می‌گردد با توجه به شیوع بالای افسردگی در افراد تحت درمان همودیالیز در مطالعات گذشته و اهمیت آن به‌عنوان تأثیرگذارترین متغیر بر عدم رعایت دستورات خود مراقبتی و اهمیت خود مراقبتی در این بیماران توصیه می‌شود مشاوره روان‌پزشکی دوره‌ای به مجموعه دستورات درمانی این بیماران افزوده شود.

سپاسگزاری

از کلیه بیمارانی که در این پژوهش مشارکت داشتند و کلیه کارکنان بخش‌های همودیالیز که زمینه انجام این پژوهش را فراهم کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

افسردگی بوده و میزان آن از ۲۲/۴ تا ۵۱/۶ درصد گزارش شده است (اگانوا و موراکینو^۱، ۱۹۹۵). لوسون و گلوچسکی میزان شیوع افسردگی در بیماران همودیالیز را در مطالعات مختلف از ۳۰ تا ۱۰۰ درصد ذکر می‌کنند (بیل و دیگران، ۲۰۱۶؛ پتل، پترسون، و کیمل^۲، ۲۰۰۵؛ پیکاریلو، مک-موریس، مک‌دوگال، و چیلکات^۳، ۲۰۱۶؛ لیوسون و گلاچسکی^۴، ۱۹۹۱).

با توجه به شیوع نسبتاً بالای افسردگی در این بیماران، توصیه می‌شود به‌صورت معمول از نظر وجود علائم افسردگی، مورد بررسی قرار گیرند تا به‌موقع تشخیص داده شوند. با تشخیص به‌موقع علائم و نشانه‌های افسردگی و ایجاد زمینه جهت افزایش پیروی از رفتارهای خود مراقبتی و انجام آن می‌توان عوارض روانی و جسمی ناشی از درمان با همودیالیز را کاهش داد.

با توجه به ماهیت فرایند همودیالیز درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و انجام برخی از فعالیت‌های خود مراقبتی نمی‌تواند به‌اندازه‌ی کافی مؤثر باشد و نتایج دلخواه درمانی حاصل گردد؛ بنابراین قسمتی از درمان مؤثر این بیماران تمرکز بر افزایش توانایی مراقبت از خود می‌باشد، اگرچه آموزش بیماران در مورد اهمیت این موضوع می‌تواند در ارتقاء این فرآیند نقش مهمی داشته باشد، ولی با توجه به نتایج مطالعه حاضر و سایر مطالعات هم‌جهت، مداخلات روان‌شناختی به‌ویژه در مورد بیماران با توان خود

1. Aganwa HS, Morakinyo O.

2. Patel, S. S., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L.

3. Picariello, F., Moss-Morris, R., Macdougall, I. C., & Chilcot, J.

4. Leveson JL, Glocheski S.

منابع

- عطارى، يوسفعلی،، امان الهی فرد، عباس،، مهرابی زاده هنرمند مهناز. (۱۳۸۵). بررسی رابطه ویژگیهای شخصیتی و عوامل فردی- خانوادگی با رضایت زناشویی در کارکنان اداره های دولتی شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۱۳(۳)، ۸۱-۱۰۸.
- سجادی، موسی،، اکبری، علی،، کیان مهر، مجتبی،، عطاردی بیمرغی، علیرضا. (۱۳۸۷). بررسی ارتباط خودمراقبتی و افسردگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده. *افق دانش*، ۱۴(۱)، ۱۷-۱۳.
- Kimmel, P. L., & Peterson, R. A. (2005). *Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. In Seminars in dialysis (Vol. 18, No. 2, pp. 91-97).*
- Boyer, M. J. (2010). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.*
- Lev, E. L., & Owen, S. V. (1998). *A prospective study of adjustment to hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 25(5), 495.*
- Tonelli, M., Wiebe, N., Bello, A., Field, C. J., Gill, J. S., Hemmelgarn, B. R., ... & Thadhani, R. (2018). *Concentrations of trace elements and clinical outcomes in hemodialysis patients: a prospective cohort study. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 13(6), 907-915.*
- Lancaster, L.E. (1988). *Impact of chronic illness over the life span. American Nephrology Nurses Association Journal, 15(3), 164-167.*
- Sensky, T., Leger, C., & Gilmour, S. (1996). *Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. Psychotherapy and psychosomatics, 65(1), 36-42.*
- Washington, T., Zimmerman, S., & Browne, T. (2016). *Factors associated with chronic kidney disease self-management. Social work in public health, 31(2), 58-69.*
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). *The structure of negative*

- emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy, 33(3), 335-343.*
- Barrick, M. R., & Mount, M. K. (1991). *The big five personality dimensions and job performance: a meta-analysis. Personnel psychology, 44(1), 1-26.*
- Koike, A. K., Unützer, J., & Wells, K. B. (2002). *Improving the care for depression in patients with comorbid medical illness. American Journal of Psychiatry, 159(10), 1738-1745.*
- Tsay, S. L., & Healstead, M. (2002). *Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. International Journal of Nursing Studies, 39(3), 245-251.*
- Park, H., Hong, Y., Lee, H., Ha, E., & Sung, Y. (2004). *Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. Journal of clinical epidemiology, 57(9), 978-984.*
- Weng, L. C., Dai, Y. T., Wang, Y. W., Huang, H. L., & Chiang, Y. J. (2008). *Effects of self-efficacy, self-care behaviours on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. Journal of clinical nursing, 17(13), 1786-1794.*
- Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Cagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., Wittenberg, E., ... & Grant, R. W. (2007). *Depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes: relationships across the full range of symptom severity. Diabetes care, 30(9), 2222-2227.*
- García, F. V., Fajardo, C., Guevara, R., González, V. P., & Hurtado, A. (2002). *Poor adherence to diet in hemodialysis: role of anxiety and depression symptoms. Nefrologia: publicacion oficial de la Sociedad Espanola Nefrologia, 22(3), 244-252.*
- Siegel, D., Lopez, J., & Meier, J. (2007). *Antihypertensive medication adherence in the Department of Veterans Affairs. The American journal of medicine, 120(1), 26-32.*
- Christensen, A. J., & Smith, T. W. (1995). *Personality and patient adherence: correlates of the five-factor model in renal dialysis. Journal of behavioral medicine, 18(3), 305-313.*
- Aghanwa, H. S., & Morakinyo, O. (1997). *Psychiatric complications of hemodialysis at a kidney center in Nigeria. Journal of psychosomatic research, 42(5), 445-451.*
- Levenson, J. L., & Glocheski, S. (1991). *Psychological factors affecting end-stage renal disease: A review. Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry, 32(4), 382-389.*
- Patel, S. S., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2005, March). *Psychosocial factors in patients with chronic kidney disease: The impact of social support on end-stage renal disease. In Seminars in dialysis (Vol. 18, No. 2, pp. 98-102). Wiley/Blackwell (10.1111).*
- Bale, C., Douglas, A., Jegatheesan, D.,

- Pham, L., Huynh, S., Mulay, A., & Ranganathan, D. (2016). *Psychosocial factors in end-stage kidney disease patients at a tertiary hospital in Australia. International journal of nephrology*, 2016, 10(1), 79-88.
- Picariello, F., Moss-Morris, R., Macdougall, I. C., & Chilcot, J. (2016). *The role of psychological factors in fatigue among end-stage kidney disease patients: a critical review. Clinical kidney journal*, 10(7), e0129015.
- Ibrahim, N., Teo, S. S., Din, N. C., Gafor, A. H. A., & Ismail, R. (2015). *The role of personality and social support in health-related quality of life in chronic kidney disease patients. PloS one*, 10(7), e0129015.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO personality inventory. Journal of Carrer Assesment*, 3(2), 123-139.