

بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و ارتباط آن با شدت تنیدگی

*امیر عرفانی جورابچی^۱ مهشید جعفرپور^۲ طاهره حکیمی^۲ حمید حقانی^۳

چکیده

بیمارانی که در مرحله انتهایی نارسایی کلیه قرار دارند بایستی برای ادامه بقا به طور مرتب تحت درمان همودیالیز قرار گیرند که این امر به دلیل محدودیت های خاص تحمیلی بر بیمار، باعث اختلال در کیفیت زندگی وی می گردد. همچنین تنیدگی ناشی از انجام دیالیز کیفیت زندگی بیمار را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد. گزارش ها بیانگر دخالت عوامل متعددی در کاهش کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز می باشند. به این لحاظ این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی و ارتباط آن با شدت تنیدگی در بیماران تحت همودیالیز در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۸۳ انجام شد. پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی است که در آن کیفیت زندگی و شدت تنیدگی بیماران تحت همودیالیز بررسی و ارتباط میان آن ها تعیین گردید.

نمونه مورد مطالعه شامل ۹۷ بیمار تحت همودیالیز بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. نتایج بیانگر آن بود که ۵۸/۴ درصد بیمارانی که کیفیت زندگی تا حدودی مطلوب داشتند، دارای شدت تنیدگی متوسط بودند. بین کیفیت زندگی و دفعات انجام همودیالیز در هفته ($P=0/02$) و کیفیت زندگی و شدت تنیدگی ($r=-0/749$) رابطه معنی دار آماری وجود داشت.

همچنین یافته ها مبین آن بود که با افزایش شدت تنیدگی کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز کاهش می یابد. لذا پرستاران و پزشکان می توانند با کاهش شدت تنیدگی به بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک نمایند. برنامه ریزان و مسئولین بهداشتی درمانی می توانند با فراهم ساختن سیستم های حمایتی و خدمات اجتماعی و رفاهی گامی بزرگ در جهت کاهش تنیدگی و افزایش سطح کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بردارند. همچنین مسئولین آموزش پرستاری می توانند مفهوم تنیدگی و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را به عنوان بخشی از برنامه آموزش پرستاری در نظر گیرند.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، تنیدگی، همودیالیز

تاریخ دریافت: ۸۴/۲/۲۱، تاریخ پذیرش: ۸۴/۱۰/۹

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (*مؤلف مسئول)

مشهد، خیابان خاقانی، رضاشهر خاقانی ۱۸، پ ۳۰، طبقه ۳

^۲ مربی عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ مربی عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

افراد مبتلا به بیماری های مزمن سطوح مختلفی از کیفیت زندگی را تجربه کرده و در تمام طول زندگی خود با عوامل تنیدگی آور گوناگون دست به گریبان هستند (Lok, 1996).

امروزه کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری های مزمن موضوع مطالعات متعددی می باشد. به گونه ای که علاوه بر طولانی شدن عمر، چگونگی حفظ کیفیت زندگی نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار شده است (Khan, 1998). به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران، افراد تیم درمان و مراقبت باید قادر باشند که چگونگی درک بیماران از سلامت، رفاه و توانایی عملکرد در زندگی روزانه خویش را ارزیابی کنند (Sloan و همکاران, 1998). اخیراً پزشکان، بیماران و مدیران به این نتیجه رسیده اند که دیگر نایستی نتایج اقدامات درمانی را فقط با طول عمر بیمار ارزیابی کرد. بلکه معیار معتبری به جز بیماری و مرگ و میر مورد نیاز است. کیفیت زندگی یکی از این معیارها می باشد. کیفیت زندگی در جستجوی متغیرهایی فراتر از بیماری زیست-پزشکی بوده و شامل عوامل جسمی، اجتماعی و روان شناختی است.

اگرچه درمان های جایگزین به حفظ جان بیماران کمک می کند، اما به حداکثر رساندن کیفیت زندگی بیماران دچار نارسایی کلیه، هدف عمده برنامه دیالیز می باشد (Shabtai, Mozes و Zucker, 1997). زیرا نشانه های یک بیماری مزمن مستقیماً بر روی بیمار و بالطبع بر روی کیفیت زندگی او تأثیر خواهد گذاشت. در نتیجه بررسی و ارزیابی کیفیت زندگی هنگامی که درمان جنبه نگه دارنده دارد، از اهمیت خاصی برخوردار می باشد (King و Hinds, 1998). در بین

مبتلایان به بیماری های مزمن، بیماران کلیوی محتاج توجه بیشتری هستند زیرا از دست رفتن عملکرد کلیه ها و متعاقب آن همودیالیز منجر به تغییراتی غم انگیز در زندگی آن ها می شود که برای مددجویان تنیدگی آور بوده و محتاج به کارگیری مکانیزم های مقابله ای می باشد (Austin و Welch, 1999).

نارسایی کلیه با رشد سالانه ۸ درصد، در سراسر جهان در حال گسترش می باشد. از اکثر کشورهای در حال توسعه، اطلاعات دقیقی از آمار مبتلایان در دسترس نیست اما به دلیل وضعیت اجتماعی اقتصادی پائین، شیوع آن احتمالاً بیشتر می باشد. تقریباً یک میلیون نفر در جهان تحت درمان با همودیالیز هستند (Bangboye, 2003).

مرحله انتهایی نارسایی کلیه و درمان آن به طرق گوناگون زندگی فردی و خانوادگی بیماران را دستخوش تغییر می سازد و بیمار به جهت همودیالیز بایستی هر هفته دو تا سه نوبت و در هر نوبت چند ساعت دور از خانه باشد (Carlsson, Lindqvist و Sjoden, 2000).

Infudu (1998) می نویسد، هدف از انجام مراقبت در بیماران تحت همودیالیز فراهم ساختن دیالیز کافی، اطمینان از تغذیه مناسب، حفظ محل دستیابی به عروق، تصحیح کمبودهای هورمونی، به حداقل رساندن دفعات بستری در بیمارستان، افزایش طول عمر و ارتقاء کیفیت زندگی می باشد.

Mapes و همکاران (2003) معتقدند کیفیت زندگی پایین، عاملی موثر در بروز بیماری های قلبی-عروقی و پی آمدهای مهم دیگر از قبیل بستری شدن در بیمارستان و مرگ است. بنابراین باید کیفیت زندگی بیماران را مرتباً بررسی و هر گونه تغییر آن را بسیار مهم تلقی کرد.

پژوهشگر در طول مدت خدمت خود در بخش همودیالیز از نزدیک شاهد مصائب و مشکلات متعدد بیماران بوده و به این نتیجه رسیده است که عوامل گوناگون تنیدگی آور بیشترین تاثیر مخرب را بر زندگی و رفاه بیماران همودیالیزی دارد. به عبارت دیگر مشکلات آزار دهنده ای که این بیماران با آن مواجه هستند ناشی از تاثیر بیماری بر سایر جنبه های زندگی بیماران بوده، به طوری که زندگی روزمره آن ها متأثر از بیماری می باشد. مشکلاتی مانند عدم اشتغال، ناتوانی در تامین هزینه های زندگی، ارتباط با همسر و... همگی تهدید کننده زندگی آن ها به شمار می آیند.

روش کار

این مطالعه از نوع همبستگی است، که ابتدا شدت تنیدگی و کیفیت زندگی در ۹۷ بیمار همودیالیزی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد تعیین گردید و سپس ارتباط میان این دو متغیر مورد بررسی قرار گرفت.

در این مطالعه نمونه گیری به روش سرشماری انجام شد و تمامی بیماران حائز شرایط پژوهش، انتخاب شدند.

پرسشنامه های خود ایفای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: (۱) پرسشنامه عوامل تنیدگی آور بیماران همودیالیزی، این ابزار ۲۹ سئوالی که توسط بالدري در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است عوامل تنیدگی آور را به دو دسته عمده فیزیولوژیک (۶مورد) و روانی اجتماعی (۲۳ مورد) تقسیم کرده است. پاسخ ها براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت، به ترتیب از نداشتن تنیدگی(۰)، تنیدگی خیلی کم(۱)، تنیدگی کم(۲)، تنیدگی متوسط(۳) و تنیدگی زیاد(۴) تقسیم

بندی شده بودند، و از بیماران خواسته شد که برحسب احساس خود از شدت هر کدام از موارد ذکر شده در ابزار، پاسخ مورد نظر خود را با گذاردن علامت مشخص کنند. نمرات کلی سئالات از صفر تا ۱۱۶ بود و بسته به پاسخ بیماران، شدت تنیدگی به صورت شدید (بین ۸۱ تا ۱۱۶)، متوسط (بین ۴۱ تا ۸۰) و خفیف (بین صفر تا ۴۰) در نظر گرفته شد، (۲) پرسشنامه تعیین کیفیت زندگی، این ابزار که توسط سازمان بین المللی بررسی کیفیت زندگی طراحی شده است شامل ۳۶ سئوال در دو حیطه اصلی جسمی و ذهنی می باشد. هر کدام از این حیطه ها در برگیرنده موارد مختلفی مانند عملکرد جسمی، نقش جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت فکری است. پرسشنامه اصلی به زبان فارسی برگردانده شد و سعی بر آن بود که بدون دخل و تصرف در معانی و مفهوم، عبارات به صورت قابل درک نوشته شوند. هر سئوال پرسشنامه از یک مقیاس رتبه ای برخوردار است. این مقیاس شامل نمرات صفر تا ۵ بود. در ۱۱ سئوال پرسشنامه، نمره صفر نشانگر بدترین وضعیت ممکن و نمره ۵ نشانگر بهترین حالت ممکن برای فرد بوده و در ۲۵ سئوال دیگر نمره صفر نمایانگر بهترین حالت می باشد. بنابر این ترتیب مقیاس اندازه گیری در ۱۱ سئوال با نمره مربوط به اندازه گیری کیفیت کلی زندگی رابطه مستقیم و در ۲۵ سئوال رابطه معکوس دارد. نمرات کلی سئالات از صفر تا ۱۰۰ بوده است که بسته به پاسخ بیماران، سطح کیفیت زندگی به صورت مطلوب (بین ۷۱ تا ۱۰۰)، تا حدودی مطلوب (بین ۳۱ تا ۷۰) و نامطلوب (بین صفر تا ۳۰) در نظر گرفته شده است. به علاوه برخی مشخصات فردی مربوط به واحدهای مورد پژوهش مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت شغلی، طول مدت همودیالیز

مدت همودیالیز در بیماران همودیالیزی، نتایج حاکی از آن بود که ارتباط آماری معنی داری بین شدت تنیدگی و متغیرهای مذکور وجود نداشت. به جزء سن و دفعات انجام همودیالیز که یافته ها حاکی از وجود ارتباط معنی دار بود ($P = 0/08$ و $P = 0/00$) (جدول شماره ۳ و ۴). در ارتباط با هدف سوم پژوهش "تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و شدت تنیدگی بیماران همودیالیزی"، آخرین نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون ارتباط معنی داری را بین کیفیت زندگی و شدت تنیدگی ($r = -0/749$) نشان داد (جدول شماره-۵).

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش ارتباط خطی معنی دار معکوس (منفی) بین شدت تنیدگی و کیفیت زندگی وجود داشت، یعنی با افزایش شدت تنیدگی، کیفیت زندگی کاهش پیدا کرده بود ($r = -0/749$).

Lok (۱۹۹۶) نیز در تحقیق خود بر روی ۱۱۱ بیمار دیالیزی به این نتیجه رسید که کیفیت زندگی به طور معکوس با تنیدگی کلی در هر دو گروه بیماران همودیالیزی و بیماران دیالیز صفاقی رابطه معکوس دارد. در گروه بیماران همودیالیزی هر دو دسته عوامل تنیدگی آور فیزیولوژیک و عوامل تنیدگی آور روانی اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معکوس داشتند. در تحقیقی دیگر DeHaan, Dekker, Jager, Merkus, Boeschoten و Krediet (۱۹۹۹) به این نتیجه دست یافتند که تنیدگی ناشی از نشانه های بیماری باعث کاهش کیفیت زندگی می شود. آن ها در مطالعه خود روی ۲۵۰ بیمار دریافتند که کاهش نشانه های بیماران دیالیزی در بهبود کیفیت زندگی آن ها نقش بسزائی دارد.

و زمان انجام همودیالیز نیز مورد پرسش قرار گرفته است.

جهت تعیین معنی دار بودن ارتباط بین متغیرهای زمینه ای با شدت تنیدگی و نیز کیفیت زندگی از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس و نیز جهت تعیین معنی دار بودن ارتباط بین شدت تنیدگی و کیفیت زندگی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین جهت تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و سایر متغیرها از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده گردید.

نتایج

توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی و شغلی، سابقه و زمان انجام همودیالیز در جدول شماره (۱) منعکس شده است.

نتایج مطالعه بیانگر آن بود که ۲۶/۸ درصد از وضعیت اقتصادی ضعیف، ۶۴/۹ درصد متوسط و ۸/۲ درصد از وضعیت اقتصادی خوب برخوردار بودند. توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب دفعات دیالیز در هفته نشان داد که ۱ درصد آن ها یک نوبت، ۱۸/۶ درصد دو نوبت، ۷۸/۴ درصد سه نوبت و ۲/۱ درصد چهار نوبت در هفته همودیالیز می شدند.

در ارتباط با هدف اول پژوهش، "تعیین سطح کیفیت زندگی بر حسب سن، جنس، تحصیلات، زمان انجام و طول مدت همودیالیز در بیماران همودیالیزی"، نتایج حاکی از آن بود که ارتباط آماری معنی داری بین کیفیت زندگی و متغیرهای ذکر شده وجود نداشت، به جزء دفعات انجام همودیالیز که یافته ها حاکی از وجود ارتباط معنی دار بود ($P = 0/02$) (جدول شماره ۲).

در ارتباط با هدف دوم پژوهش "تعیین شدت تنیدگی بر حسب سن، جنس، تحصیلات، زمان انجام و طول

جدول شماره ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد

متغیر	پژوهش	
	طبقه بندی	تعداد(درصد)
سن	کمتر مساوی ۲۹	۲۰ (۲۰/۸)
	بین ۳۰-۴۹	۳۵ (۳۶/۵)
جنس	بالتر و مساوی ۵۰	۴۱ (۴۲/۷)
	مرد	۵۳ (۵۴/۶)
وضعیت تأهل	زن	۴۴ (۴۵/۴)
	مجرد	۱۸ (۱۸/۶)
	متأهل	۶۷ (۶۹/۱)
وضعیت تحصیلی	همسرمرده	۹ (۹/۳)
	مطلقه	۳ (۳/۱)
وضعیت شغلی	خواندن و نوشتن	۳۹ (۴۰/۲)
	زیردیپلم	۳۳ (۳۴)
سابقه همودیالیز	دیپلم و بالاتر	۲۱ (۲۱/۶)
	بیکار	۷۷ (۸۰/۲)
زمان انجام همودیالیز	نیمه وقت	۹ (۹/۴)
	تمام وقت	۱۰ (۱۰/۴)
وضعیت شغلی	کمتر از ۳ سال	۴۳ (۴۷/۸)
	بین ۳-۵ سال	۱۹ (۲۱/۱)
وضعیت شغلی	بالتر و مساوی ۵ سال	۲۸ (۳۱/۱)
	صبح	۵۱ (۵۲/۶)
وضعیت شغلی	عصر	۳۹ (۴۰/۲)
	شب	۷ (۷/۲)

Austin و Welch (۱۹۹۹) نیز در تحقیقی مشابه بر روی ۱۲۵ بیمار دیالیزی به این نتیجه رسیدند که

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی شدت تنیدگی واحدهای مورد پژوهش برحسب سن

شدت تنیدگی	سن		
	کمتر مساوی ۲۹	بین ۳۰ تا ۴۹	بالتر و مساوی ۵۰
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
خفیف	۲ (۱۰/۵)	۵ (۱۵/۲)	۲ (۵/۳)
متوسط	۱۵ (۷۸/۹)	۲۳ (۶۹/۷)	۲۰ (۵۲/۶)
شدید	۲ (۱۰/۵)	۵ (۱۵/۲)	۱۶ (۴۲/۱)
جمع	۱۹ (۱۰۰)	۳۳ (۱۰۰)	۳۸ (۱۰۰)
X± SD	۴۶/۶۱ ± ۱۴/۷	۴۹/۷ ± ۱۶/۱۹	۵۹/۹۵ ± ۱۸/۴
نتایج آزمون	F=۵/۱۷۷ P = ۰/۰۸		

عوامل تنیدگی آور روانی اجتماعی در بروز نشانه های افسردگی موثر هستند به بیان آن ها، اگر بیماران دیالیزی در برخورد با تنیدگی های ناشی از بیماری موفق نباشند، نشانه های افسردگی و عدم رضایت از زندگی در آن ها پدیدار خواهد شد. بیماران دیالیزی در طی بیماری و درمان خود با عوامل تنیدگی آور بسیار زیادی دست به گریبان هستند. کاهش این عوامل تنیدگی آور و افزایش رضایت از زندگی هدفی مهم جهت انجام اقدامات پرستاری به حساب می آید.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش برحسب دفعات دیالیز در هفته

دفعات دیالیز در هفته	توزیع فراوانی	
	نوبت ۲	نوبت ۳
کیفیت زندگی	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
نامطلوب	۰ (۰)	۸ (۱۱)
تا حدودی مطلوب	۱۳ (۷۶/۵)	۶۱ (۸۶/۳)
مطلوب	۴ (۲۳/۵)	۴ (۵/۵)
جمع	۱۷ (۱۰۰)	۷۳ (۱۰۰)
X ± SD	۵۴/۵۶ ± ۱۲/۴	۴۶/۱۴ ± ۱۳/۲۳
نتایج آزمون	T = ۲/۴۸ P = ۰/۰۲	

Berman و همکاران (۲۰۰۴) نیز اظهار می دارند که در بیماران مبتلا به نارسائی مزمن کلیه درمان عموماً از طریق همودیالیز انجام می شود که در طی آن بیمار مجبور است ۲-۳ بار در هفته و هر بار ۳-۴ ساعت دیالیز و مشکلات مربوط به آن را تحمل نماید. بیماران به علت همین مشکلات از پیگیری درمان و حضور در بیمارستان جهت انجام دیالیز سرباز می زنند. در بعضی از مطالعات این عدم پیگیری تا ۵۰ درصد یا بیشتر نیز گزارش شده است. علت این امر غالباً سختی و وجود مشکلات مربوط به دیالیز عنوان شده است. این پژوهشگران در بررسی بر روی ۳۵۸ بیمار دریافتند که تعداد ۶۰ نفر از بیماران تعداد جلسات دیالیز خود را کاهش داده اند این تعداد ۱۸ درصد از کل بیماران را تشکیل می داد که مشابه نتایج پژوهش حاضر می باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افزایش تعداد جلسات دیالیز در هفته، میانگین کیفیت زندگی را دچار نقصان می ساخت ($P=0/02$). اغلب بیماران ترجیح می دادند حتی الامکان تعداد جلسات همودیالیز کمتری در هفته داشته باشند. شاید به این علت که بیماران در طی دیالیز با عوارض متعددی روبرو می شوند. به نوشته Merkus و همکاران (۱۹۹۹) بیماران دیالیزی با نشانه های زیادی دست به گریبان هستند که از جمله آن ها می توان به خستگی، خارش، کرامپ عضلانی و تهوع اشاره کرد. پاتوفیزیولوژی این نشانه ها ناشناخته است. اما برخی از آن ها در نتیجه تجمع مواد زائد اورمیک و یا در اثر عوارض جانبی ناشی از انجام دیالیز مانند سندرم عدم تعادل یا اولترا فیلتراسیون دستگاه می باشد. بروز این نشانه ها در حین دیالیز در کیفیت زندگی درک شده توسط بیماران تاثیر منفی برجای می گذارد.

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی شدت تنیدگی واحدهای مورد پژوهش برحسب دفعات دیالیز در هفته

دفعات دیالیز در هفته	۲ نوبت فراوانی (درصد)	۳ نوبت فراوانی (درصد)	شدت تنیدگی
	۳ (۱۷/۶)	۴ (۵/۶)	خفیف
	۱۱ (۶۴/۷)	۴۷ (۶۶/۲)	متوسط
	۳ (۱۷/۶)	۲۰ (۲۸/۲)	شدید
	۱۷ (۱۰۰)	۷۱ (۱۰۰)	جمع
	$46/47 \pm 20/25$	$55/16 \pm 16/58$	$X \pm SD$
	$P=0/0044$	$T=2/04$	نتایج آزمون

تنیدگی می آموزند و تجارب مواجهه با تنیدگی قبلی ممکن است آن ها را در موقعیت های مشابه نسبت به افراد جوان تر کمک نماید. Lillis, Taylor و Lemone (۲۰۰۱) نیز در تائید این مطلب بیان می دارند که توانائی سازگاری در افراد خیلی جوان و افراد دچار

نتایج بیانگر آن بود که میانگین شدت تنیدگی در گروه سنی ۵۰ سال به بالا نسبت به سایر گروه های سنی کمتر بود. این تفاوت از نظر آماری معنی داری بود ($P=0/08$). Hirnle و Craven (۲۰۰۰) می نویسند با افزایش سن، افراد مهارت های بیشتری جهت مقابله با

اختلال جسمی و فکری که فاقد توانائی لازم فیزیولوژیک هستند کمتر است.

نتایج نشان داد بیمارانی که دو نوبت در هفته دیالیز می شدند میانگین شدت تنیدگی کمتری نسبت به افرادی که دفعات دیالیز آنها در هفته بیشتر از دو نوبت بود ($P=0/0044$).

Miller (۲۰۰۰) اشاره می کند که بیماران تحت همودیالیز از ماشین دیالیز به عنوان یک هیولا یاد می کنند. آن ها مجبورند در حین انجام دیالیز برای

مدت چند ساعت بی حرکت بوده و برای انجام ساده ترین امور به پرستاران متکی باشند. همچنین زمانی که دیالیز شروع شد بیمار قدرت کمی برای توقف آن دارد، علاوه بر این بیماران در حین دیالیز دچار علائم ناراحت کننده ای مثل کرامپ پاها، ضعف و تهوع می شوند. اما با این حال برای ادامه زندگی باز هم ناگزیر از انجام دیالیز هستند و اغلب بیماران از این وابستگی به شدت ناراحت می باشند.

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی شدت تنیدگی واحدهای مورد پژوهش برحسب کیفیت زندگی (سال ۱۳۸۳)

کیفیت زندگی	نامطلوب فراوانی (درصد)	تاحدودی مطلوب فراوانی(درصد)	مطلوب فراوانی(درصد)	جمع فراوانی (درصد)
شدت تنیدگی				
خفیف	۰ (۰)	۴ (۴/۵)	۵ (۵/۶)	۹ (۱۰/۱)
متوسط	۳ (۳/۴)	۵۲ (۵۸/۴)	۳ (۳/۴)	۵۸ (۶۵/۲)
شدید	۴ (۴/۵)	۱۸ (۲۰/۲)	۰ (۰)	۲۲ (۲۴/۷)
جمع	۷ (۷/۹)	۷۴ (۸۳/۱)	۸ (۹)	۸۹ (۱۰۰)
نتایج آزمون	$r = - 0/749$			

یافته ها بیانگر آن بود که کیفیت زندگی ۷/۹ درصد از بیماران تحت انجام همودیالیز نامطلوب بود. این در حالی است که در دنیای امروز ارتقاء کیفیت زندگی از اهمیت ویژه ای برخوردار است و یکی از اهداف سازمان ها و مراکز بهداشتی و درمانی بهبود وضعیت سلامت افراد جامعه و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی آن ها است. لذا با آگاهی از نحوه ارزیابی بیماران همودیالیزی از کیفیت زندگی خودشان لازم است تدابیری برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش اثرات سوء عوامل تاثیرگذار بر آن اندیشیده شود. در این راستا توجه به عوامل تنیدگی آور در زندگی بیماران همودیالیزی از نکات بسیار مهمی است که می تواند

منجر به بهبود کیفیت زندگی شود. چرا که طبق یافته های مطالعه ۶۵/۲ درصد بیماران دارای شدت تنیدگی متوسط و ۲۴/۷ درصد دارای شدت تنیدگی شدید بودند، بنابراین پیشنهاد می شود در بیماران تحت همودیالیز عواملی که موجب تنیدگی بیماران می گردد مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

به بیان اغلب بیماران یکی از مهم ترین عوامل تنیدگی آور موثر بر کیفیت زندگی آن ها، مشکلات اقتصادی است که مانع از رعایت دقیق رژیم غذایی و یا تهیه داروهای مورد نیاز آن ها می شود لذا بر عهده مسئولین ذیربط است که با بهبود وضعیت بیمه این بیماران و یا اتخاذ تدابیر مناسب جهت تأمین داروهای

Berman, E. et al. (2004). Religiosity in a hemodialysis population and its' life, and adherence. *American Journal of Kidney Disease*. 44(3). 488-497.

Craven, R.F., Hirnle, C.J. (2000). *Fundamentals of Nursing (Human Health and Function)*, (3rd ed.), Philadelphia: Lipincott Co. 1301.

Infudu, O. (1998). Care of patients undergoing hemodialysis, *The New England J Medicine*, 339(15), 1054-1062.

King, R.C., Hinds, P.S. (1998). *Quality of life from Nursing and Patients Perspectives: Theory, Research, and Practice*. Toronto: Jones & Bartlett Publishers. 25 - 172.

Khan, H. (1998). Comorbidity: the major challenge for survival and quality of life in end-stage renal disease, *Nephrology Dialysis Transplantation*, 13 (1), 76 - 79.

Lok, P. (1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing*. (23), 873-881.

Lindqvist, R., Carlsson, M., Sjoden, P. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*. 31(6), 1398-1408.

Mapes, D.L. et al. (2003). Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: The dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS), *Kidney International*, 64, 339-349

Merkus, M.P., Jager, K.J., Dekker, F.W., De Haan, R.J., Boeschoten, E.W., Krediet, R.T. (1999). Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: result of the Netherlands cooperative study on adequacy of dialysis (NECOSAD). *Nephrol. Dial. Transplant*. 14, 1163-1170.

Mozes, B., Shabtai, E., Zucker, D. (1997). Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers. *Journal of Clinical Epidemiology*. 50(9), 1035-1043.

Miller, J.F. (2000). *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness*, (3rd ed.), Philadelphia: F.A. Davis Co.

مورد نیاز با حداقل قیمت یا به طور رایگان، سهمی در رفع مشکلات اقتصادی مربوط به درمان آن ها ایفا نمایند. همچنین فراهم ساختن امکانات رفاهی مناسب و در اختیار گذاشتن امکانات بهداشتی درمانی رایگان در زمینه اقدام های تشخیصی و هزینه های مربوط به بستری شدن های مکرر در بیمارستان و به طور کلی ایجاد حمایت اجتماعی مناسب، می تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی داشته باشد. به علاوه انجام مشاوره های روانی و اجتماعی در زمینه کمک به رفع مشکلات خانوادگی بیماران تحت همودیالیز می تواند به کاهش تنیدگی ناشی از عوامل تنیدگی آور خانوادگی کمک موثر می باشد.

نتایج این پژوهش می تواند برای تمامی اعضای تیم درمانی مفید واقع شود چرا که آن ها می توانند با اتکا به یافته های این پژوهش تنیدگی را به عنوان یک مشکل در بیماران همودیالیزی مورد توجه قرار داده و با اتخاذ تدابیر لازم در جهت کاهش تنیدگی موجبات ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران را فراهم آورند.

تقدیر و تشکر

به این وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و نیز معاونین محترم پژوهشی و پرسنل سخت کوش پرستاری بیمارستان های قائم (عج)، امام رضا (ع)، هاشمی نژاد و شریعتی مشهد تشکر و قدردانی به عمل می آید.

منابع

Bamgboye, E.L. (2003). Hemodialysis: management problems in developing countries, with Nigeria as a surrogate. *Kidney International*, 63, 83, s93 - s95

Sloan, R.S. et al. (1998). Quality of life during and between hemodialysis treatments: Role of L-Carnitine supplementation. *American Journal of Kidney Disease*, 32(2), 265-272.

Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. (2001). *Fundamentals of Nursing (The Art and Science of Nursing Care)*, (4th ed.), Philadelphia: Lipincott Co.

Welch, J.L., Austin, J.K. (1999). Factors associated with treatment-related stressors in hemodialysis patients *ANNA Journals*, 26(3), 318-325.

QUALITY OF LIFE AND SEVERITY OF STRESS OF PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

*A. Erfani, MS¹ M. Jafarpoor, MS² T. Hakimi, MS² H. Haghani, MS³

ABSTRACT

Obviously, manipulation of the quality of life of a patient undergoing hemodialysis for her long life is undeniable, on this basis we performed a study in which the quality of lives and it's relations with severity of stresses of patients undergoing hemodialysis was identified, and in this correlative study, 97 patients, selected through enumeration sampling method took part. Finding showed that 58.4% of those with semidesirable quality of life had intermediate level of stress. There were also significant meaningful relations between the quality of life and weekly frequency of hemodialysis ($P=0.02$, $T=2.48$), and the quality of life and severity of stress ($r=0.749$). Results of this research revealed that stress declines the quality of life, and in order to improve the living circumstances, physicians and nurses can help a lot, improving social support and welfair is the responsibility of the managers, and nursing educators should consider stress concepts as a fundamental part in their educational programs.

Key Words: Quality of Life , Severity of Stress , Hemodialysis

¹ MS Candidate in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

² Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

³ Senior Lecturer, School of Mangement and Medical Information, Iran University of Medical Science and Health Services, Tehran, Iran.