

ارتباط میان وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز

*دکتر فرخنده شریف^۱ فریبا وداد^۲

چکیده

زمینه و هدف: امروزه پیشرفت‌های شایانی که در استفاده از همودیالیز به‌عنوان یک روش درمانی در مورد بیماران مبتلا به نارسائی مزمن کلیه صورت گرفته است، دستاوردهای قابل توجهی در درک و درمان مشکلات جسمی روانی اجتماعی این بیماران یافت نشده است. کاهش سلامت روان در بیماران همودیالیزی ممکن است بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر گذاشته و موجب اختلال در عملکرد آن‌ها در ابعاد گوناگون گردد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط میان وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز صورت گرفته است.

روش بررسی: در این پژوهش مقطعی ۹۰ بیمار تحت درمان با همودیالیز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جامعه پژوهش را کلیه بیماران همودیالیز مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز تشکیل داده است. به کمک پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (فرم کوتاه) داده‌های لازم گردآوری شد و با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن، t-test و Anova مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در بیماران همودیالیزی بسیاری از حیطه‌های کیفیت زندگی با سلامت روان همبستگی معنی‌داری دارد. حیطه‌های عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با سه حیطه اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی معنی‌داری نشان داد ($p < 0/012$ ، $p < 0/004$ ، $p < 0/001$) حیطه سلامت روانی از کیفیت زندگی تنها با حیطه علایم شبه جسمی از سلامت روان همبستگی معنی‌داری نشان داد. ($p < 0/02$) و در نهایت در حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه اختلال در عملکرد اجتماعی از سلامت روان همبستگی معنی‌داری مشاهده شد. ($p < 0/05$) همچنین حیطه‌های سلامت روان مثل اضطراب با $P = 0/006$ ، در زنان بیشتر از مردان و علایم شبه جسمی با $P = 0/025$ ، در زنان بیشتر از مردان ارتباط معنی‌دار را نشان داده است و از حیطه‌های کیفیت زندگی عملکرد فیزیکی با $P = 0/03$ ، در مردان بیشتر از زنان و درد جسمی با $P = 0/001$ ، در زنان بیشتر از مردان معنی‌دار می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش چنین نتیجه‌گیری می‌شود که میان بعضی از ابعاد سلامت روان با حیطه‌های کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد و کاهش سلامت روان در بیماران همودیالیزی بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر می‌گذارد.

کلید واژه‌ها: بهداشت روانی - کیفیت زندگی - همودیالیز - بیماران - سلامت

تاریخ دریافت: ۱۹/۱۰/۸۵، تاریخ پذیرش: ۵/۱۰/۸۶

^۱ دانشیار گروه آموزش روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (*مؤلف مسئول)

^۲ کارشناس ارشد پرستاری

مقدمه

همودیالیز در درمان بیماری که در مرحله حاد بیماری می‌باشند و نیاز به درمان کوتاه مدت دیالیز دارند و یا با تشخیص نارسایی مزمن کلیه نیاز به درمان بلندمدت یا دائمی دارند به کار می‌رود. برای بیماران با نارسایی مزمن کلیه همودیالیز نقش پیشگیری کننده از مرگ را دارد. درمان معمولاً ۳ بار در هفته به مدت ۴-۳ ساعت انجام می‌پذیرد.^(۱)

الهی و همکاران (۱۳۷۴) اظهار می‌دارند در سال‌های اخیر به کمک فن آوری و تکنولوژی، استفاده از دستگاه‌های همودیالیز جهت بیماران کلیوی بر طول عمر آن‌ها افزوده است اما این افزایش عمر آن‌ها را با دشواری‌های روانی-اجتماعی روبرو ساخته است. دیالیز علاوه بر عوارض پزشکی مانند عفونت، ترومبوز، سپتی سمی و افزایش بروز هیپاتیت‌های ویروسی و ایدز واکنش‌های روان‌شناختی نیز ایجاد می‌کند از افسردگی و انکار به منزله پاسخ‌های اصلی بیماران به همودیالیز نام برده شده است.^(۲)

همچنین دیالیز موجب کاهش تمایل جنسی، احساس ناتوانی، ترس از مرگ، خشم و تغییر در شیوه زندگی بیمار و خانواده وی می‌گردد. اگر خشم بوجود آمده ابراز نگردد این امکان وجود دارد که به درون فرد جهت یابد و منجر به افسردگی، ناامیدی و تلاش و به خودکشی گردد و اگر بیمار خشم خود را به بیرون و دیگران معطوف نماید ممکن است در ارتباطات خانوادگی تأثیر مخرب و تهدید کننده‌ای داشته باشد که در این صورت مشاوره و روان‌درمانی ضرورت پیدا می‌کند. بسیاری از بیماران با نارسایی مزمن کلیه کاهش در میزان توجه، تفکر افسرده، کاهش سطح تمرکز و تغییر در وضعیت‌های درکی دارند.^(۱)

بیمار همودیالیزی از یک طرف به علت مسایل جسمی فراوان، وجود فیستول و یا شانت، محدودیت‌های غذایی و دارویی و از سوی دیگر به علت فشارهای روحی از وضعیت روانی مناسبی برخوردار نبوده و مشکلات پیچیده جسمی مربوط به درمان و بیماری و فرایند طولانی بیماری قبل از دیالیز وضعیت روانی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهند که در نتیجه بر روی کیفیت زندگی آنان نیز اثر می‌گذارد. اختلال‌های روان‌پزشکی در بیماران تحت همودیالیز تا ۵۵ درصد گزارش شده است.^(۵)

در مطالعه‌ای که صالحی و نورمحمدی (۱۳۷۸) بر روی ۶۰ بیمار تحت درمان با همودیالیز در بیمارستان شهید هاشمی نژاد انجام دادند نتیجه‌گیری نمودند که ۵۰ درصد بیماران مبتلا به افسردگی هستند و با توجه به شیوع بالای افسردگی لازم است برنامه‌هایی به منظور پیشگیری از وضعیت روحی نابسامان و درمان آن تدوین و اجرا گردد.^(۳)

زیرا مشکلات روحی و روانی موجب کاهش کیفیت زندگی بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که تحت درمان با همودیالیز قرار دارند می‌شود.^(۴)

کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است کیفیت زندگی اغلب به‌عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری و آداب و معاشرت و سلامت روانی بیمار می‌باشد در بیماری کلیوی مزمن مانند بسیاری از بیماری‌های مزمن دیگر به حداکثر رساندن کیفیت زندگی وابسته به سلامتی هدف اولیه مراقبت می‌باشد هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان بیماران مبتلا به نارسایی مزمن به حداکثر رساندن توانایی‌های شغلی، وضعیت عملکرد در کیفیت زندگی می‌باشد.^(۱۴) بنابراین با انجام

مداخلات لازم سعی بر افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و در نهایت کاهش هزینه‌های بیمارستانی در این بیماران می‌گردد. در غیر این صورت کاهش سلامت روان در بیماران همودیالیز بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر گذاشته و می‌تواند باعث از دست دادن شغل، ازهم گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. از این رو پژوهش حاضر ارتباط میان سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به مراکز همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار داده است.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی جامعه پژوهش را کلیه بیماران همودیالیز مراجعه کننده به مراکز همودیالیز بیمارستان فقیهی و نمازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود. تعداد نمونه جامعه پژوهش را ۹۰ بیمار همودیالیزی که بیش از ۳ ماه تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده بوده و هفته‌ای یک تا سه مرتبه همودیالیز می‌شدند، بیشتر از ۱۵ سال سن داشتند تشکیل می‌دادند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی و جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت عمومی بیست و هشت سؤالی و پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی فرم کوتاه بوده است. پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q) از ۲۸ سؤال در ۴ حوزه افسردگی، اضطراب، نشانه‌های جسمی و کارکرد اجتماعی تشکیل شده است. هر کدام از آن‌ها دارای ۷

سؤال می‌باشد. سؤال ۱ تا ۷ مربوط به نشانه‌های جسمانی، از ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب، از ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی و از سؤال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی می‌باشد و روش نمره‌گذاری آن لیکرت بوده، نمره آن به صورت (۰-۱-۲-۳) و حداکثر نمره آزمودنی در کل ۸۴ بود. میانگین نمرات هر حیطه بدین صورت محاسبه گردیده است که میانگین نمره هر سؤال در هر حیطه که ۷ سؤال بوده است محاسبه شده و سپس جمع میانگین ۷ سؤال به دست آمده است و در کل بیماران نیز محاسبه گردیده و تقسیم بر تعداد آن‌ها گردیده است تا میانگین کل بدست آید.

در فرا تحلیل مطالعات متوسط حساسیت پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۸۴ درصد و متوسط ویژگی آن برابر با ۸۲ درصد می‌باشد. و نمره برش بر اساس روش نمره‌گذاری لیکرت برابر با ۲۳ گزارش گردیده است.^(۶)

پایایی ابزار سلامت عمومی از طریق محاسبه آلفا کرونباخ برابر با ۸۸ درصد به دست آمد. پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) توسط Wier (۱۹۹۲) ساخته شده است. این پرسشنامه در برگیرنده ۸ مقیاس یا مفهوم بوده که شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی و هیجانی، درد جسمی-عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سرزندگی و درک سلامت عمومی می‌باشد.

روایی این ابزار از طریق اعتبار پایایی آن از طریق آزمون اولیه و مجدد انجام و درجه توافق برای تک تک سؤالات (۳۶ گزینه) از طریق ضریب کاپا و آزمون مک نما محاسبه گردید و درصد توافق در این پرسشنامه دارای حداکثر توافق ۱۰۰ درصد برای اکثر سؤالات و

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی

تعداد(درصد)	گروه	خصوصیات جمعیت شناختی
۵۰ (۵۵/۶)	مرد	جنس
۴۰ (۴۴/۴)	زن	
۶۷ (۷۴/۴)	شخصی	مسکن
۲۳ (۲۵/۶)	استیجاری	
۱۱ (۱۲/۲)	مجرد	وضعیت تأهل
۷۱ (۷۸/۹)	متأهل	
۶ (۶/۷)	فوت شده	
۲ (۲/۲)	مطلقه	
۵۱ (۵۶/۷)	بلی	داشتن سایر بیماری ها
۳۹ (۴۳/۳)	خیر	
۸۰ (۸۸/۹)	بلی	سابقه بستری شدن در بیمارستان
۱۰ (۱۱/۱)	خیر	
۲۹ (۳۲/۲)	بلی	تاریخچه فامیلی
۶۱ (۶۷/۸)	خیر	

بیماران تحت درمان با همودیالیز

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه های

سلامت روان در بیماران تحت درمان با همودیالیز

انحراف معیار	میانگین	حیطه های سلامت روان
۳/۵۵	۶/۷۸	علائم شبه جسمی
۴/۶۲	۹/۱۰	اضطراب
۴/۲۳	۹/۱۸	اختلال در عملکرد اجتماعی
۵/۲۱	۵/۷۰	افسردگی

در مورد تعیین وضعیت کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز بیشترین میانگین (۲۰/۷۸) در حیطه سلامت عمومی و کمترین میانگین (۱/۶) به حیطه محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی تعلق داشت. میانگین ۲۰/۷۸ سلامت عمومی نشان دهنده وضعیت بهتر این حیطه نسبت به بقیه حیطه های کیفیت زندگی می باشد. (جدول شماره ۳)

حداقل ۱۰ درصد برای معدودی از سؤالات تعیین گردید.^(۸) پاسخ های مربوط به سؤال به صورت بلی، خیر و برخی دیگر به صورت جواب های سه گزینه ای صفر و ۵۰ و ۱۰۰ و جواب های ۵ گزینه ای به صورت صفر و ۲۵ و ۵۰ و ۷۵ و ۱۰۰ و جواب های ۶ گزینه ای به صورت صفر و ۲۰ و ۴۰ و ۶۰ و ۸۰ و ۱۰۰ بود. در ضمن پاسخ های مربوط به هر مقیاس به جز بلی، خیر بقیه از لحاظ ارزش گذاری به صورت میانگین بین ۱۰۰-۰ تفسیر گردید.

روش انتخاب نمونه در این پژوهش نمونه گیری آسان بوده است و پژوهشگر با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی به مراکز مراجعه و با کسب رضایت بیماران از آنها خواست تا پرسشنامه را تکمیل کنند. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و از آنالیز واریانس و ضریب همبستگی استفاده شده است.

یافته ها

از نظر توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش ۵۵/۶ درصد مرد و ۴۴/۴ درصد را زن تشکیل می دادند. از نظر وضعیت تأهل ۷۸/۹ درصد متأهل و ۱۲/۲ درصد مجرد و ۸/۹ درصد مطلقه و یا فوت شده بودند (جدول شماره ۱).

در خصوص وضعیت سلامت روان بیماران تحت همودیالیز میانگین اختلال در عملکرد اجتماعی از حیطه سلامت روان ۹/۱۸ درصد می باشد که از سایر حیطه ها بیشتر است. بنابراین همودیالیز بیشترین تأثیر را بر عملکرد اجتماعی فرد گذاشته است. (جدول شماره ۲)

در مورد ارتباط میان حیطه‌های کیفیت زندگی با ۴ حیطه سلامت روان با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی همراه با آزمون t و $\alpha = 0/05$ مشخص گردید که کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی عمیقاً تحت تأثیر سلامت روان آنها قرار می‌گیرد.

در بعضی از حیطه‌های کیفیت زندگی همبستگی آماری معنی‌داری وجود نداشته است مثلاً در حیطه عملکرد اجتماعی و عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی با اختلال در عملکرد اجتماعی سلامت روان و سلامت روان کیفیت زندگی با علائم شبه جسمی سلامت روان همبستگی معکوس و ضعیف دیده شده است. (جدول شماره ۴)

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های مربوط به کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز

حیطه‌های کیفیت زندگی	میانگین	انحراف معیار
عملکرد فیزیکی	۱۵/۸۵	۵/۳۴
عملکرد اجتماعی	۶/۵۶	۰/۹۶
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	۳/۲۸	۱/۰۳
درد جسمی	۶/۲۵	۲/۷۹
سلامت روانی	۱۴/۸۴	۲/۷۷
محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی	۱/۶۰	۱/۲۲
درک سلامت عمومی	۲۰/۷۸	۱/۸۵

جدول شماره ۴ - تعیین ارتباط میان حیطه عملکرد اجتماعی و عملکرد فیزیکی و سلامت روانی مربوط به کیفیت زندگی با چهار

حیطه مربوط به سلامت روان

حیطه‌های سلامت روان	علائم شبه جسمی		اضطراب		اختلال در عملکرد اجتماعی		افسردگی	
	P	R	P	R	P	R	P	R
عملکرد اجتماعی	۰/۱۰	-۰/۱۷	۰/۱۴	-۰/۱۵	۰/۰۵	-۰/۲۰	۰/۴۲	-۰/۰۸
عملکرد فیزیکی	۰/۱۸	-۰/۱۴	۰/۰۴	-۰/۳	۰/۰۱	-۰/۴۲	۰/۰۱۲	-۰/۲۶
سلامت روانی	۰/۰۲	-۰/۲۴	۰/۳۷	-۰/۰۹	۰/۱۹	-۰/۱۳	۰/۱۶	-۰/۱۴

حیطه‌های سلامت روان در زنان بیشتر از مردان بوده است و از نظر آماری معنی دار بوده است. (جدول شماره ۵)

همچنین حیطه‌های سلامت روان و کیفیت زندگی با بعضی از خصوصیات جمعیت شناختی مانند جنس ارتباط معنی دار آماری داشته است. مثلاً میانگین نمره علائم شبه جسمی ($P=0/025$) و اضطراب ($P=0/006$) از

جدول شماره ۵: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های مختلف مربوط به سلامت روان بر حسب جنسیت

سلامت روان	مرد		زن	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
علائم شبه جسمی	۶/۰۴	۳/۴۱	۷/۷۲	۳/۵۵
اضطراب	۷/۹۲	۴/۰۰۴	۱۰/۵۷	۴/۹۶
اختلال در عملکرد اجتماعی	۹/۳۸	۳/۸۸	۸/۹۵	۴/۶۸
افسردگی	۴/۷۸	۴/۳۸	۶/۵۸	۵/۹۴

میانگین نمره عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی در مردان بیشتر از زنان ($P=0/03$) و میانگین نمره درد جسمی در زنان بیشتر از مردان بوده است ($P=0/001$) (جدول شماره ۶) جدول شماره ۶: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حیطة های مختلف مربوط به کیفیت زندگی بین دو جنس در بیماران همودیالیزی

P- value	زن		مرد		جنس	کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین و	انحراف معیار	میانگین و		
$0/03$	۴/۹۶	۱۴/۵۵	۵/۴۴	۱۶/۹۰		عملکرد فیزیکی
$0/55$	۱/۰۱	۶/۵۰	۰/۹۲	۶/۶۲		عملکرد اجتماعی
$0/47$	۱/۱۳	۳/۲۰	۰/۹۴	۳/۳۶	محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی	
$0/001$	۲/۴۶	۷/۳۷	۲/۷۳	۵/۳۶		درد جسمی
$0/60$	۳/۳۰	۱۴/۶۷	۲/۲۸	۱۴/۹۸		سلامت روانی
$0/35$	۱/۲۲	۱/۷۴	۱/۲۱	۱/۵۰	محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی	
$0/12$	۱/۸۵	۲۱/۱۲	۱/۸۳	۲۰/۵۲		درک سلامت عمومی

افسردگی ۳۵ درصد و اختلالات اضطرابی ۲۰ درصد بوده است.^(۵)

در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که همودیالیز تأثیر منفی بر عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی داشته است که نتایج این پژوهش با پژوهشی که توسط Fujisawa (۲۰۰۰) بر روی ۱۱۴ بیمار تحت همودیالیز و ۱۱۷ بیمار پیوند کلیه جهت تغییر کیفیت زندگی انجام گردید همخوانی دارد. در این مطالعه نیز از نقطه نظر عملکرد فیزیکی و سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی بیماران همودیالیز نمرات کمتری نسبت به بیماران پیوند کلیه کسب نموده بودند.^(۸)

در مورد ارتباط حیطة های کیفیت زندگی با سلامت روان نتایج پژوهش نشان داد که حیطة عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطة عملکرد اجتماعی سلامت روان و حیطة سلامت روانی کیفیت زندگی با علایم شبه جسمی سلامت روان همبستگی معکوس داشته است. Blake و همکاران (۲۰۰۴) اظهار می‌دارند از آنجایی که بیماران همودیالیزی حتی آن‌ها که جوان و فاقد

همچنین در نمونه‌ها در صورت داشتن بیماری جسمی دیگر اختلاف معنی‌دار آماری در کیفیت زندگی و سلامت روان آنان وجود داشته است.

بحث و نتیجه گیری

در این بررسی نتایج نشان داد که همودیالیز بیشترین تأثیر منفی را به‌طور کلی بر وضعیت سلامت روان بالاخص بر حیطة عملکرد اجتماعی داشته است بعد از اختلال در حیطة عملکرد اجتماعی (با میانگین ۹/۱۸) میانگین حیطة اضطراب ۹/۱۰ و میانگین علایم شبه جسمی ۹/۷۸ و میانگین افسردگی ۵/۷۰ بوده است. یافته‌های این بررسی که توسط Aghanwa و همکارش بر روی ۲۰ بیمار تحت همودیالیز در مورد وضعیت روانی آنان در سال ۱۹۹۵ انجام دادند همخوانی دارد. نتایج مطالعه Aghanwa و همکارش نشان داد که شیوع اختلال روانی در بیماران تحت همودیالیز به‌طور چشمگیری از افراد سالم بالاتر بوده است میزان

ناراحتی های مختلف روانی همبستگی دارد.^(۱۰) یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های صالحی و همکارش نزدیک می‌باشد. در مطالعه صالحی میان شیوع افسردگی با سن، جنس ارتباط مستقیمی نشان داده شده است همچنین kutner و همکاران (۲۰۰۰) و Craven و همکاران (۱۹۸۷) میان شیوع افسردگی و مدت زمان همودیالیز رابطه معکوس گزارش کردند.^(۱۱،۱۲) نتایج این پژوهش نشان داد که از میان حیطه‌های کیفیت زندگی تنها حیطه عملکرد فیزیکی تحت تأثیر وجود داشتن سایر بیماری‌ها می‌باشد و از این نظر تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داده شد ($P < ۰/۰۰۶$) این یافته با نتایج مطالعه Mozes و همکارانش همخوانی دارد که در آن برخی بیماری‌ها مانند دیابت و سکتة مغزی در بیماران همودیالیزی با کیفیت زندگی رابطه داشته‌اند.^(۱۳) در زمینه ارتباط میان طبقه‌های سلامت روان و کیفیت زندگی با علل نارسایی کلیه نتایج این پژوهش نشان داد که حیطه اختلال در عملکرد اجتماعی از سلامت روان و حیطه عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی با بیماری دیابت به عنوان یکی از علل نارسایی کلیه تفاوت آماری معنی‌دار وجود داشته است. این یافته با مطالعه Mingardi و همکارانش که نشان دادند در بیمارانی که دیابت علت نارسایی کلیه بوده پایین‌ترین نمرات در عملکرد فیزیکی ثبت شده است همخوانی دارد.^(۱۴)

تقدیر و تشکر

بدینوسیله نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمام کارکنان بخش‌های همودیالیز بیمارستان شهید فقیهی و نمازی و بیماران عزیز این بخش‌ها اعلام می‌دارد.

علامت هستند اختلال عملکرد فیزیکی دارند و این نشان‌دهنده تأثیر بیماری مزمن کلیه روی احساس سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی و تأثیر متقابل بر سلامت روان در این بیماران می‌باشد.^(۹) در مورد متغیرهای جمعیت شناختی بیماران و ارتباط آن با کیفیت زندگی و سلامت روان نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که حیطه‌های علایم شبه جسمی و اضطراب با جنس تفاوت آماری معنی‌داری دارد ($P < ۰/۰۲۵$) ($P < ۰/۰۰۶$).

این یافته‌ها با مطالعه الهی و همکارش با هدف بررسی حالات روانی در بیماران دیالیزی همخوانی دارد. در آن مطالعه اضطراب، افسردگی در زنان و شکایات بدنی و پرخاشگری در مردان بیشتر دیده شده بود. همچنین در حیطه عملکرد فیزیکی مردان بیشتر از زنان ($P < ۰/۰۲$) و در حیطه درد جسمی زنان بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار می‌گیرند. ($P < ۰/۰۰۱$)

در این مطالعه نیز تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده گردید. این یافته توسط مطالعه Mital و همکارانش تأیید می‌شود که جنسیت زن موجب کاهش نمرات حیطه عملکرد فیزیکی می‌شود. در پژوهش حاضر در ارتباط با تعیین همبستگی میان حیطه‌های سلامت روان و کیفیت زندگی با تعداد دفعات همودیالیز همبستگی آماری معنی‌دار مشاهده نگردید در حالی‌که Aghanwa و همکارانش پیشنهاد می‌کنند هنگامی که دیالیز با تعداد دفعات استاندارد ۲ یا ۳ بار در هفته انجام می‌شود به دلیل وضعیت فیزیولوژیک بیماران وضعیت روانی آن‌ها نیز بهبود پیدا می‌کند.^(۵)

در پژوهش حاضر در مورد ارتباط میان طول مدت دیالیز با شدت اختلالات مختلف روانی اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نگردید. بر خلاف این یافته الهی و همکارانش نشان دادند که طول مدت دیالیز با شدت

8- Fujisawa M, Ichikawa Y. Assessment of health-related quality of life in renal transplant of hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Adult Urol*; 2000.56 (2): 201-206.

9- Blake C, O'Meara Y. subjective and objective physical limitations in high- functioning renal dialysis patients. *Nephrol dial transplant*; 2004.19(12): 3124-3129.

10- Elahi A., Ramezani M. Psychological states of dialysis patients. *Thought and behavior*; 1995. 1(4): 40-47.

11- kutner NG. Quality of life & daily hemodialysis. *Seminar in dialysis*; 2004.17 (2): 92-98.

12- Craven JI, Rodin GM, Johnson L, Kennedy SH. The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosom Med*; 1987.49(5):49482-492.

13- Mozes B, Shabta, E, Zucker D. Differences in quality of life among patients receiving dialysis replacement: Therapy at seven medical centers. *J clin Epidemiol*; 1997. 50(9): 1035-1043.

14- Mingardi G, Cornalba L, Cortinovic E, Mosconi P, Apolone G. Health related quality of life in dialysis patients: A report from an Italian study using the SF-36 Health survey. *Nephrol Dial Transplantation*; 1999. 14: 1503-1510.

15- Walters B, Hays RD, Spritzer KL, Fridman M, Carter WB. Health Related Quality of life: Depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J kidney Dis*; 2002. 40(6): 1185-94.

فهرست منابع

1- Brunner L, Suddarth D. Text book of medical surgical nursing, 10 th ed. Lippincotte: Williams & Wilkins;2004.p.1285.

2- Beard BH. Fear of death and Fear of life: The dilemma in chronic renal Failure, hemodialysis and kidney transplantation. *Arch Gen psychiatr*;1969.21:373-38.

3- Salehi M., Nourmohammadisarab A. The prevalence of depression in hemodialysis patients of Hasheminejad hospital. *Thought and behavior*; 2002. 8(3): 12.

4- Kutner NG, Brogan D, Hall M, Daniels DS. Functional impairment, depression, and life satisfaction among older hemodialysis patients and age- matched controls: a perspective study. *Arch phys Med Rehabil*; 2000. 81(4): 453-459.

5- Aghanwa HS, Morakinyo O. Psychiatric complications of hemodialysis at a kidney center in Nigeria. *J psychosom Res*;1999.42: 445-451.

6- Yaaghoubi N. Epidemiologic study of psychological disorders in Somesara. Unpublished dissertation; Tehran Institute of Psychiatry; 1995: P. 197.

7- Keshtkaran Z. The effect of education on quality of life of patients with degenerative joint diseases referred to faghihi, Nemazi, and hafez hospitals. Unpublished dissertation; Shiraz University of Medical Sciences; 2003: P. 68.

The Relationship Between Mental Health and Quality of Life of Hemodialysis Patients Referred to Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences

*F. Sharif¹ PhD F. Vedad² MS

Abstract

Background & Aim: Although hemodialysis is one of the most useful and modern treatment methods for patients with chronic renal diseases, there has not been considerable achievement in understanding and treating physical and psychosocial problems of these patients. Decrease in mental health status of hemodialysis patients affects their quality of life and may produce performance disorder. The purpose of this study was to investigate the relationship between mental health and quality of life of hemodialysis patients referred to hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences.

Material & Method: Ninety patients were selected through convenient sampling and data was collected by a demographic questionnaire, General Health Questionnaire, and Short form quality of life questionnaire (SF-36). Mental health was assessed in four domains: somatoform symptoms, anxiety, social dysfunction and depression. The SF-36 questionnaire is summed into eight scales of health: physical function, social function, limitation in role due to emotional problem, mental Health, vitality, bodily pain, and general health. The data were analyzed using t-test, spearman's correlation, and Anova.

Results: The results revealed that most domains in quality of life were correlated with mental health domains. General health perception and physical function domains were correlated significantly with three domains of mental health: anxiety, social function and depression ($p < 0.012$, $0.p < 0.001$, $p < 0.004$). Somatoform symptoms were correlated significantly with mental health domain of quality of life ($p < 0.02$). Finally, social function was correlated significantly with social dysfunction domain of life quality ($p < 0.05$). Also, anxiety and somatoform domains of mental health had more significantly relationship in women than men ($p = 0.006$ and $p = 0.25$, respectively). Of quality of life domains, physical function had more significantly relationship in men than women ($p = 0.03$) and bodily pain had more significantly relationship in women than men ($p = 0.006$).

Conclusion: The result of this study indicated that many quality of life domains were correlated with mental health domains and hemodialysis had effect on different aspects of patient's life. The results also indicated that such demographic characteristic as age, gender, marital status, other diseases and length of hemodialysis treatment had relationship with some aspects of life quality and mental health.

Key Words: Mental Health, Quality of Life, Hemodialysis, Patients

Accepted for Publication: 26 December 2007

Submitted for Publication: 9 January 2007

¹ Associate Professor in Mental Health Nursing, Shiraz University of Medical Sciences and Health Services, Shiraz, Iran (*Corresponding Author).E-mail: fsharif@sums.ac.ir.

² MS in Nursing Education.