

ارتباط کیفیت زندگی با شدت تنیدگی در بیماران تحت همودیالیز

ویدا شفیع پور^{*} MSc، هدایت جعفری^۱ MSc، لیلا شفیع پور^۲ MD

چکیده

اهداف. بیماران همودیالیزی طی زندگی با عوامل تنیدگی بسیار زیادی مواجه هستند که می‌توانند با کیفیت زندگی آنان مرتبط باشند. لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی با شدت تنیدگی در بیماران تحت همودیالیز انجام شد.

مواد و روش‌ها. این مطالعه توصیفی همبستگی روی ۱۰۰ بیمار همودیالیزی (۵۳ مرد و ۴۷ زن) در دو مرکز دیالیز شهرستان ساری به‌روش سرشماری در سال ۱۳۸۷ انجام شد. داده‌ها در طول مدت سه‌ماه به‌وسیله سه پرسش‌نامه (خصوصیات فردی، کیفیت زندگی SF-36 و شدت تنیدگی بالدری) جمع‌آوری شد. ابتدا کیفیت زندگی و سپس شدت تنیدگی بیماران تحت همودیالیز بررسی و متغیرهای آن توصیف شد. سپس، ارتباط میان آنها به‌وسیله روش‌های آماری تعیین گردید.

یافته‌ها. ۴۲٪ بیمارانی که کیفیت زندگی آنان تا حدی مطلوب بود، از شدت تنیدگی متوسطی برخوردار بودند. همچنین، ضریب همبستگی پیرسون، بین کیفیت زندگی و شدت تنیدگی رابطه خطی معنی‌دار و معکوسی نشان داد ($r = -0/802$)؛ یعنی با افزایش تنیدگی، کیفیت زندگی کاهش یافت ($p < 0/001$). همچنین، ضریب همبستگی پیرسون، بین دفعات انجام همودیالیز در هفته با سابقه دیالیز، همبستگی مثبتی نشان داد ($p = 0/001$). ۶۹٪ افراد، بین یک تا ۵ سال سابقه دیالیز داشتند و ۷۴٪ آنان در شیفت صبح و سه‌بار در هفته دیالیز می‌شدند.

نتیجه‌گیری. با افزایش شدت تنیدگی، کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز کاهش می‌یابد. لذا، پرستاران و دیگر اعضای تیم درمان باید با شناخت و کاهش عوامل تنیدگی‌زا، بیماران دیالیزی را در بهبود کیفیت زندگی یاری نمایند.

کلیدواژه‌ها: همودیالیز، تنیدگی، کیفیت زندگی

مقدمه

نارسایی مزمن پیشرفته کلیه (ESRD)، تخریب پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیوی است. در این مرحله توانایی بدن در حفظ سوخت‌وساز و تعادل آب و الکترولیت‌ها از بین رفته و در نتیجه اورمی ایجاد می‌شود. درمان اصلی ESRD پیوند کلیه است، اما با توجه به این که دستیابی به کلیه پیوندی در بیشتر نقاط جهان آسان نیست، تا زمان پیوند کلیه، بیمار باید تحت درمان با دیالیز قرار گیرد. این شرایط نه تنها بر سلامت جسم و روان فرد تاثیر گذاشته و زندگی وی را تهدید می‌کند، بلکه هزینه‌های خدمات سلامتی را نیز بالا می‌برد [۱].

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴، تایوان از نظر بروز ESRD به بالاترین میزان و از نظر شیوع این بیماری در رتبه دوم جهان قرار گرفت [۳]. در ایران نیز بر طبق گزارش انجمن حمایت از بیماران کلیوی، از مجموع ۴۰ هزار بیمار کلیوی، بیش از ۱۵ هزار نفر دیالیزی هستند که هر سال حدود ۱۵۰۰ نفر آنها بر اثر عوارض این بیماری جان خود را از دست می‌دهند. از طرف دیگر، هزینه درمان دیالیز برای افراد و بیمه‌ها بسیار بالا است. آمار این بیماری در ایران بسیار بالا و در حدود ۱۰٪ (نرخ جهانی دیالیز ۳٪) است [۴]. همودیالیز در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، به‌عنوان درمان جایگزین مطرح می‌شود [۲]. گرچه همودیالیز اجازه بقای بیشتری به این بیماران می‌دهد [۵]، ولی این امر سبب محدودیت‌های تنیدگی‌آور در زندگی می‌شود. به‌همین دلیل، روش‌های ایجاد سازگاری برای مددجویان تحت همودیالیز توصیه می‌شود [۶، ۷].

در دنیای امروز، ارتقای کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. کیفیت زندگی فاصله بین انتظارات و تجربیات افراد از آن است. معمولاً بیماران با شرایط بالینی یکسان، کیفیت زندگی متفاوتی را گزارش می‌کنند [۸]؛ لذا ارزیابی کیفیت زندگی بیماران به کادر درمان کمک می‌نماید تا به چگونگی درک بیماران از سلامتی، توانایی عملکرد و حس خوب بودن پی برده و روش‌های درمانی ارتقای کیفیت زندگی بیماران را مورد توجه قرار دهند [۹]. در همین رابطه، گرچه درمان‌های جایگزین به حفظ جان بیماران کمک می‌کند، ولی ارتقای کیفیت زندگی هدف عمده برنامه دیالیز است [۱۰]. مراقبت، هدف واقعی از درمان این بیماران نیست، بلکه بهبود کیفیت زندگی با حداکثر عملکرد و حس خوب

بودن، توانایی انجام فعالیت‌های مختلف روزانه و کاهش عوامل تاثیرگذار این بیماری بر کیفیت زندگی مطرح است [۸، ۹]. ESRD و درمان آن تاثیر عمیقی بر زندگی فردی و خانوادگی بیمار می‌گذارد [۵]. بیمار دیالیزی مجبور است هر هفته ۳-۲ نوبت و در هر نوبت چندین ساعت از زندگی خود را وصل به دستگاه بگذراند که این محدودیت‌ها، شرایط زندگی این بیماران را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد [۱۱]. این بیماران با تجربه سطوح متفاوتی از کیفیت زندگی، درجه بالایی از تنیدگی را در ارتباط با مشکلات وسیع و گوناگون جسمانی و روانی اجتماعی نشان می‌دهند و در مواجهه با عوامل تنیدگی‌زا در طول زندگی خود از مکانیزم‌های سازگاری مختلفی استفاده می‌کنند [۱۲، ۱۳]. مورث و همکاران دریافتند که بیماران دیالیزی مشکلات گوناگونی را تجربه می‌نمایند. این امر ممکن است تاثیر منفی بر کیفیت زندگی آنان بگذارد، به‌طوری که کیفیت زندگی این بیماران در مقایسه با مردم عادی، به‌طور چشمگیری کاهش می‌یابد [۵، ۶]. مطالعات نشان می‌دهد که اختلالات و فشارهای روانی در بیماران همودیالیز در ارتباط با اضطراب، افسردگی و کمبود حمایت‌های اجتماعی شایع‌تر از مردم عادی است. این امر سبب می‌شود تا از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار باشند. کیفیت زندگی پایین عاملی موثر در بروز بیماری‌های قلب و عروق، بستری شدن‌های پی‌درپی در بیمارستان و مرگ‌ومیر در این بیماران است [۱۴]. از آنجایی که بیماران تحت همودیالیز، مشکلات مختلفی را در ارتباط با عوارض خاص بیماری (مشکلات جسمانی، اقتصادی، اجتماعی و واکنش‌های عاطفی) که سبب افزایش تنش روانی آنان می‌شود تجربه می‌کنند، کیفیت زندگی آنان کاهش می‌یابد. در این شرایط، نیاز به روش‌های ایجاد سازگاری احساس می‌شود، زیرا عوامل گوناگون تنیدگی‌زا تاثیرات جبران‌ناپذیری بر سلامتی و ابعاد زندگی بیماران همودیالیزی می‌گذارند. البته برنامه‌ریزی کارکنان پرستاری نقش کلیدی در ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی دارد [۵]. ارزیابی کیفیت زندگی به برنامه‌ریزی راهبردهای درمانی و تعیین کارآمدی مداخلات درمانی و ارزیابی مراقبتی درمان کمک می‌کند [۹]. از این‌رو، این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی و ارتباط آن با شدت تنیدگی در بیماران همودیالیزی انجام شد تا توجه پرستاران را نسبت به نقش و اهمیت عوامل گوناگون

مختلف کاری و روزهای متوالی هفته با مراجعه به مراکز درمانی همودیالیز و پس از بیان اهداف پژوهش و جلب رضایت واحدهای مورد پژوهش و شرح نحوه تکمیل پرسشنامهها اقدام به جمع‌آوری اطلاعات نمود. سپس داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 16 و با روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به‌منظور تعیین معنی‌دار بودن ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای با شدت تنیدگی و نیز کیفیت زندگی از آزمون T مستقل و آنالیز واریانس و مجذور کای استفاده شد. همچنین، برای تعیین معنی‌دار بودن ارتباط بین کیفیت زندگی و شدت تنیدگی از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی استفاده شد.

جدول ۱) توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب کیفیت زندگی و متغیرهای دموگرافیک

مقدار p	بد	متوسط	خوب	کیفیت زندگی ← متغیره ↓
	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	فراوانی(درصد)	
	۳ (۱۸/۸)	۶ (۳۷/۵)	۷ (۴۳/۸)	۲۰ - ۴۰
۰/۰۰۹	۸ (۲۲/۲)	۱۷ (۴۷/۲)	۱۱ (۳۰/۶)	۴۰ - ۶۰
	۲۲ (۴۵/۸)	۱۹ (۳۹/۶)	۷ (۱۴/۶)	۶۰ به بالا
	۲۱ (۴۴/۷)	۱۸ (۳۸/۳)	۸ (۱۷/۸)	مرد
۰/۰۲	۱۲ (۲۲/۶)	۲۴ (۴۵/۳)	۱۷ (۳۲/۱)	زن
	۳۳ (۳۳)	۴۲ (۴۲)	۲۵ (۲۵)	جمع
	۰ (۰)	۳ (۵۰٪)	۳ (۵۰٪)	مجرد
۰/۰۵	۲۰ (۲۸/۶)	۳۲ (۴۵/۷)	۱۸ (۲۵/۷)	متاهل
	۱۳ (۵۴/۲)	۷ (۲۹/۲)	۴ (۱۶/۷)	همسر یا مطلقه
	۳۱ (۳۷/۳)	۳۵ (۴۲/۲)	۱۷ (۲۰/۵)	بی‌کار
۰/۰۲۳	۱ (۱۲/۵)	۵ (۶۲/۵)	۲ (۲۵)	پارموقت
	۱ (۱۱/۱)	۲ (۲۲/۲)	۶ (۶۶/۷)	تمام‌وقت

نتایج

۴۸٪ بیماران در محدوده سنی بالای ۶۰ سال، ۷۰٪ متاهل، ۷۵٪ دارای سطح تحصیلات در حد خواندن و نوشتن (و تنها ۲٪ دارای تحصیلات دانشگاهی) و ۸۳٪ بیکار بودند. وضعیت اقتصادی ۶۵٪ نمونه‌ها متوسط و تنها ۲٪ خوب بود. سابقه همودیالیز ۶۹٪ نمونه‌ها به ۵ سال می‌رسید و ۷۴٪ از واحدهای مورد پژوهش در شیفت صبح و هفته‌ای سه‌بار به مراکز درمانی مراجعه و تحت درمان با همودیالیز قرار می‌گرفتند. نتایج بررسی سطح کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز نشان داد که ۲۵٪ واحدهای مورد پژوهش کیفیت زندگی خوب،

تنیدگی‌زا و کاهش این عوامل در بهبود کیفیت زندگی این بیماران جلب نماید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی است. ابتدا، کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز در دو حیطة اصلی جسمی و ذهنی بررسی و سپس شدت تنیدگی و متغیرهای آن توصیف و در نهایت، ارتباط میان این دو متغیر مورد بررسی قرار گرفت. جامعه مورد پژوهش در این مطالعه کلیه بیماران ۲۰ تا ۶۵ سال تحت کنترل همودیالیز بودند. تعداد کل نمونه‌ها در این مطالعه ۱۰۰ نفر (۵۳ مرد و ۴۷ زن) منظور و نمونه‌گیری به‌روش سرشماری در دو مرکز همودیالیز شهرستان ساری انجام شد. داده‌ها در طول مدت سه ماه و به‌وسیله سه پرسشنامه (خصوصیات فردی، کیفیت زندگی SF-36 و شدت تنیدگی بالدری) جمع‌آوری شد. پرسشنامه خصوصیات فردی شامل سؤال‌هایی در زمینه سن، جنس، وضعیت تاهل و اشتغال، سطح تحصیلات، سابقه همودیالیز، زمان و دفعات انجام همودیالیز در هفته بود. پرسشنامه دوم، ابزار سنجش کیفیت زندگی SF-36 (طراحی توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی) و دربرگیرنده حیطة‌های عملکرد و نقش جسمی، سلامت عمومی و فکری، نشاط، عملکرد اجتماعی و نقش عاطفی بود. سئوال‌ات از مقیاس رتبه‌ای صفر تا پنج برخوردار بودند (نمره صفر بدترین وضعیت و نمره پنج بهترین حالت ممکن برای هر فرد). نمرات کلی سئوال‌ها از صفر تا ۱۰۰ تنظیم شد و براساس پاسخ بیماران سطح کیفیت زندگی به‌صورت "خوب" (بین صدک ۱۷۵م و بالاتر)، "تا حدی مطلوب" یا "متوسط" (بین ۱۲۵م تا ۱۷۵م) و "بد" (کمتر از صدک ۱۲۵م) در نظر گرفته شد. پرسشنامه سوم، ابزار سنجش تنیدگی همودیالیز بالدری بود. این ابزار که در سال ۱۹۸۲ طراحی شده، دارای ۲۹ سؤال در دو زیرشاخه اصلی فیزیولوژیک (۶ مورد) و روان اجتماعی (۲۳ مورد) و در مقیاس ۵درجه‌ای لیکرت بود [۱۵]. نمرات کلی سئوال‌ها از صفر تا ۸۴ بود و بسته به پاسخ بیماران شدت تنیدگی به‌صورت "شدید" (بین ۶۰ تا ۸۴)، "متوسط" (بین ۴۰ تا ۶۰) و "خفیف" (بین ۰ تا ۴۰) در نظر گرفته شد. پژوهشگر به‌منظور گردآوری داده‌ها طی شیفتهای

ارتباط معنی‌داری بین دو متغیر نشان داد ($t=-0/802$). در واقع بین کیفیت زندگی و شدت تنیدگی رابطه خطی و معکوس معنی‌داری وجود داشت. یعنی با افزایش تنیدگی، کیفیت زندگی کاهش یافت ($p<0/001$). نتایج نشان داد که ۷۹/۳٪ افرادی که از کیفیت زندگی بدی برخوردار بودند، شدت تنیدگی شدید داشتند (جدول ۳) و رابطه رگرسیون خطی بین نمرات کیفیت زندگی و نمرات شدت تنیدگی به صورت "نمرات تنیدگی $\times (-1/149) + (120/64 = \text{نمرات کیفیت زندگی})$ (با $R^2=0/64$; $\beta=-1/149$) بود.

بحث

۴۲٪ بیمارانی که کیفیت زندگی آنان در سطح تاحدی مطلوب قرار داشت، از شدت تنیدگی متوسطی برخوردار بودند. همچنین بین کیفیت زندگی و شدت تنیدگی رابطه خطی معنی‌دار و معکوس یا منفی وجود داشت. یعنی با افزایش شدت تنیدگی در این بیماران، کیفیت زندگی کاهش یافته است ($p=0/001$). سابقین و همکاران در سال ۲۰۰۷ طی مطالعه‌ای روی ۷۵ بیمار همودیالیزی، ۴۱ بیمار تحت دیالیز صفاقی و ۲۰ بیمار پیوندی، دریافتند که افسردگی و اضطراب تاثیر منفی معنی‌داری بر کیفیت زندگی دو گروه از بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی دارد، به طوری که بدترین امتیاز کیفیت زندگی متعلق به همودیالیزی‌ها بود [۹]. پژوهشگران دیگر نیز در همین راستا اعلام کردند که رابطه معکوسی بین کیفیت زندگی با شدت تنیدگی در بیماران تحت همودیالیز و دیالیز صفاقی برقرار است [۵، ۱۳]. هر دو دسته عوامل تنیدگی‌زای فیزیولوژیک و روانی اجتماعی با کیفیت زندگی رابطه معکوس دارد و با افزایش شدت تنیدگی، کیفیت زندگی کاهش می‌یابد [۱۳]. در همین رابطه، تاکامی و همکاران اعلام کردند که کیفیت زندگی بیماران مرحله انتهایی نارسایی کلیه، در مقایسه با مردم عادی به طور چشمگیری کاهش یافته است و اختلالات روانی در بیماران دیالیزی با سابقه طولانی دیالیز شایع‌تر از مردم عادی است. این امر بر بقای آنان تاثیر منفی دارد و هرچه میزان علائم اضطراب و افسردگی در این بیماران بالاتر باشد، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند [۶]. در واقع ارتباط معکوسی بین علائم بیماری و ارزیابی بیمار از نظر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی وجود دارد. هرچه علائم بیماری بیشتری گزارش شود کیفیت زندگی بیماران پایین‌تر است [۲۰]. در واقع تنیدگی ناشی از نشانه‌های بیماری باعث کاهش

۴۲٪ متوسط و ۳۳٪ بد داشتند. همچنین، آزمون مجذور کای رابطه معنی‌داری بین نسبت افراد بر حسب سطوح کیفیت زندگی با گروه‌های مختلف سنی ($p=0/009$; $\chi^2=6/214$) و همچنین وضعیت تاهل و اشتغال نشان داد. ولی ارتباط آماری معنی‌داری بین کیفیت زندگی با سطوح مختلف تحصیلی، سابقه همودیالیز، زمان و دفعات انجام همودیالیز وجود نداشت (جدول ۱). ۲۵٪ نمونه‌ها دارای شدت تنیدگی خفیف، ۴۶٪ متوسط و ۲۹٪ از شدت تنیدگی شدید برخوردار بودند. آزمون T مستقل تفاوت معنی‌داری بین شدت تنیدگی با جنس در دو گروه زن و مرد نشان داد ($t=2/7$; $p=0/05$). همچنین، آزمون مجذور کای رابطه معنی‌داری بین نسبت شدت تنیدگی با موقعیت‌های مختلف شغلی نشان داد ($p=0/048$; $\chi^2=9/603$). آزمون آنالیز واریانس رابطه معنی‌داری بین میانگین شدت تنیدگی با گروه‌های مختلف سنی، وضعیت تاهل، سطوح مختلف تحصیلی و وضعیت اقتصادی نشان نداد. همچنین، آزمون مجذور کای بین نسبت شدت تنیدگی در گروه‌های مختلف با سابقه همودیالیز، زمان انجام و دفعات همودیالیز رابطه معنی‌داری نشان نداد (جدول ۲). ولی، بین سابقه دیالیز و دفعات آن همبستگی معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$; $t=0/38$).

جدول ۲) توزیع فراوانی نمونه‌ها بر حسب شدت تنیدگی، جنس و شغل

شدت تنیدگی ← متغیرها ↓	فراوانی (درصد)			مقدار p
	خفیف	متوسط	شدید	
جنس	مرد	۱۷ (۳۲/۱)	۲۶ (۴۹/۱)	۱۰ (۱۸/۹)
	زن	۸ (۱۷)	۲۰ (۴۲/۶)	۱۹ (۴۰/۴)
شغل	بی‌کار	۱۹ (۲۲/۹)	۳۶ (۴۳/۴)	۲۸ (۳۳/۷)
	نیمه‌وقت تمام‌وقت	۱ (۱۲/۵)	۶ (۷۵/۰)	۱ (۱۲/۵)
		۵ (۵۵/۶)	۴ (۴۴/۴)	۰ (۰)

جدول ۳) توزیع فراوانی کیفیت زندگی بر حسب شدت تنیدگی در بیماران تحت همودیالیز

کیفیت زندگی ← شدت تنیدگی ↓	فراوانی (درصد)			جمع
	خوب	متوسط	بد	
خفیف	۱۸ (۲۲)	۷ (۲۸)	۰ (۰)	۲۵ (۱۰۰)
متوسط	۷ (۱۵/۲)	۲۹ (۶۳/۰)	۱۰ (۲۱/۷)	۴۶ (۱۰۰)
شدید	۰ (۰)	۶ (۲۰/۷)	۲۳ (۷۹/۳)	۲۹ (۱۰۰)

$$(p<0/001 \quad t=-0/802)$$

به‌منظور تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و شدت تنیدگی بیماران تحت همودیالیز، آزمون همبستگی پیرسون انجام شد. نتایج

متاهل نسبت به افراد مطلقه و مجرد از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. ولی مورث اعلام کرد که ارتباط کیفیت زندگی با وضعیت تاهل معنی‌دار نیست [۵]. نتایج نشان داد که با افزایش سن، شدت تنیدگی در افراد افزایش می‌یابد. موک می‌نویسد، افراد بالای ۵۵ سال با تنیدگی‌زاهای بیشتری مواجه هستند [۱۲]. مردان از تنیدگی کمتری برخوردار هستند و اختلاف میانگین نمره تنیدگی در دو جنس زن و مرد معنی‌دار است. ولی محققین دیگر اعلام کردند که رابطه معنی‌داری بین شدت تنیدگی زنان و مردان وجود ندارد [۱۲، ۱۸]. بیماران با سابقه همودیالیز ۵-۱ سال، تنیدگی بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها دارند، اما در کل رابطه معنی‌دار نبود. در همین رابطه لوگان اعلام کرد که سابقه زمان دریافت همودیالیز تاثیری در ارزیابی تعیین تنیدگی‌زا و ارتباط آن با شدت تنیدگی ندارد [۱۹]. اما سابقه همودیالیز رابطه مثبت با تنیدگی داشته و افراد با سابقه همودیالیز طولانی تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند [۲۰].

نتیجه‌گیری

بیماری مزمن کلیه و درمان آن تنیدگی‌های زیادی را به بیماران تحمیل می‌کند، لذا افراد تحت همودیالیز تنیدگی‌های بسیاری را تجربه کرده و درک تجربه عوامل تنیدگی‌زا به وسیله بیمار به تیم درمان در طراحی ارزیابی کیفیت زندگی به همراه شناسایی عوامل تنیدگی‌زا کمک می‌کند و بیماران را قادر می‌سازد تا دیدگاهی مثبت نسبت به زندگی و سلامتی‌شان داشته باشند. از آنجایی که بسیاری از بیماران توانایی ارزیابی کامل را ندارند، لذا لازم است پرستاران و تیم درمان نقش کلیدی در این رابطه را داشته باشند. چون کاهش عوامل تنیدگی‌آور و افزایش رضایت از زندگی هدف مهم انجام اقدامات پرستاری است.

تشکر و قدردانی: از کلیه بیمارانی که در نهایت صبر و

حوصله در تحقیق شرکت نمودند، سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

- ۱- زمان‌زاده وحید. تاثیر تمرینات بدنی بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۳۸۷؛ ۳(۱): ۵-۵۱.
- 2- Medscape [online]. Available from: <http://www.medscape.htm>
- 3- Lih-Wen M, Heng-Chia C, Pi-Yu C, Su-Chen H, Shang-Jyh H. Health-related quality of life taiwanese

کیفیت زندگی می‌شود، زیرا همودیالیز بر سطوح مختلف سلامت جسمی و روان اجتماعی بیماران تاثیر گذاشته و سبب محدودیت‌هایی در شیوه زندگی آنان می‌شود. بیماران همودیالیزی سه‌بار در هفته و هر بار به مدت ۴ ساعت در بیمارستان تحت دیالیز قرار می‌گیرند. این عمل بر برنامه‌ریزی مراقبتی، وضعیت شغلی و مالی، اعتماد به نفس و سطح عدم وابستگی آنان تاثیرگذار است [۱۶]. لذا ارزیابی کیفیت زندگی و وضعیت روانی بایستی قسمتی از برنامه مراقبتی بیماران ESRD باشد [۱۷].

نتایج نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در گروه‌های سنی مختلف دارای تفاوت آماری معنی‌داری است، یعنی با افزایش سن، افراد از کیفیت زندگی کمتری برخوردار بودند، به طوری که بنابر نظر نیو، سن عامل مهم تاثیرگذار بر کیفیت زندگی است [۱۶] و پوشو نیز گزارش کرد که سن با فعالیت‌های جسمانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار دارد [۱۸]. در همین زمینه محققین دیگر نیز دریافتند عوامل زیادی چون سطح هموگلوبین، آلبومین، فاکتورهای روانی، وضعیت تاهل، سن بیش از ۴۶ سال، مرد بودن، طول دوره بیماری همگی بر کیفیت زندگی بیماران کلیوی تاثیرگذار است [۹]. نتایج بیانگر آن بود که میانگین کیفیت زندگی در مردان و زنان تفاوت معنی‌دار دارد و مردان از کیفیت زندگی بالاتری نسبت به زنان برخوردار بودند. پوشو نیز اعلام کرد که میانگین کیفیت زندگی در مردان و زنان تفاوت معنی‌دار دارد و مردان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند [۱۸]. زنان در مقایسه با مردان تجربه درماندگی، احساس ترس و وحشت شدیدتری گزارش کردند [۶] و مردان کیفیت زندگی بالاتری نسبت به سلامتی‌شان نشان دادند و زنان امتیاز کمتری در کیفیت زندگی در مقایسه با مردان گزارش کردند [۵].

نسبت کیفیت زندگی در وضعیت‌های شغلی مختلف تفاوت معنی‌دار آماری دارد، به طوری که افراد بیکار از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. پژوهشگران نیز دریافتند که بیماران بیکار از امتیاز کمتری در کیفیت زندگی نسبت به کارمندان برخوردار هستند [۷، ۱۶]. نتایج رابطه معنی‌دار آماری بین سطوح مختلف کیفیت زندگی با وضعیت تاهل نشان داد، به طوری که افراد متاهل نسبت به افراد مطلقه از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. محققین نیز اعلام کردند که بین سطوح مختلف کیفیت زندگی با وضعیت تاهل رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد، به طوری که افراد

- 2000;31(6):1398-408.
- 12- Mok E, Tam B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2001;10:503-11.
- 13- Lok P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *J Adv Nurs*. 1996;23:873-81.
- 14- Smeltzer SC, Bare B. *Brunner & Suddarths textbook of medical-surgical-nursing*. 10th ed; 2004.
- 15- Baldree KS, Murphy SP, Powers MJ. Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nurs Res*. 1982; 31(2):107-12.
- 16- Niu SF, Li IC. Quality of life of patients having renal replacement therapy. *J Adv Nurs*. 2005;51(1):15-21.
- 17- Steele TE, Baltimore DM, Finkelstein SH, Juergensen PA, Kliger AS, Finkelstein FO. Quality of life in peritoneal dialysis patients. *J Nerv Ment Dis*. 1996;184(6):368.
- 18- Pucheu S, Consoli SM, D'Auzac C, Francais P, Issad B. Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients?. *J Psychosom Res*. 2004;56:317-22.
- 19- Logan SM, Pelletier-Hibbert M, Hodgins M. Stressors and coping of in-hospital haemodialysis patients aged 65 years and over. *J Adv Nurs*. 2006;56(4):382-91.
- 20- Kimmel PL, Seth LE, Newmann JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: Symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors and ethnicity. *Am J Kidney Dis*. 2003;42(4):713-21.
- dialysis patients: Effects of dialysis modality. *Kaohsiung J Med Sci*. September 2008;24(9):453-60.
- 4- Fars news Agency .88/8/25.[on line]Avaialbe from: <http://www.faresnews.ir/htm>. Accessed
- 5- Morsch CM, Goncalves LF, Barros E. Health-related quality of life among haemodialysis patients relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *J Clin Nurs*. 2006;15:498-504.
- 6- Tagay S, kribben A, Hohenstein A, Mewes R, Senf W. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 2007;50(4):594-601.
- 7- Blake CW, Fleming CN. Coping strategies and styles of hemodialysis patients by gender. *ANNA J*. 1996;23(5):477-507.
- 8- Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience? *Br Med J*. 2001;322:1240-3.
- 9- Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis and transplantation patients. *Kidney Transplant*. 2007;10(39):3047-53.
- 10- Mozes B, Shabtai E, Zucker D. Differences in QOL among patients receiving dialysis replacement therapy at seven medical centers. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(9):1035-43.
- 11- Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden PO. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis and transplant patients. *J Adv Nurs*.

Relation of quality of life and stress intensity in hemodialysis patients

Shafi'pour V.^{*} *MSc*, Jafari H.¹ *PhD*, Shafi'pour L.² *MSc*

Abstract

Aims. Hemodialysis patients are faced with many stressors during their life that can be related to their quality of life (QOL). Therefore, the present study aimed at determine the relation between quality of life and stress in hemodialysis patients.

Materials & Methods. This descriptive correlation study was done on 100 hemodialysis patients (53 men and 47 women) selected by census method from 2 hemodialysis centers of Sari in 2008. Data were collected by 3 questionnaires (demographic feature, SF-36 quality of life and *Baldree* stress) in three months. At first, quality of life and then, patients' stress were studied and the variables described. Then, the relation between them was determined by statistical methods.

Results. 42% of patients with partial comfortable life had moderate tension. Pearson correlation coefficient showed a significant linear relationship between quality of life and degree of tension ($r=0.802$); Means that, by increasing tension, quality of life declines ($p<0.001$). Also, pearson correlation coefficient indicated a positive correlation between the number of hemodialysis per week and the history of dialysis ($p= 0.001$). 69% of patients had the background of 1-5 years of hemodialysis and 74% of them were dialyzed in the morning three times a week.

Conclusion. By increasing the stress, quality of such patients' life decreases. Therefore, the nurses and the other members of medication team should identify and reduce stressor factors for hemodialysis patients that can help improving their QOL.

Keywords: Hemodialysis, Stress, Quality of Life (QOL)