

مقاله پژوهشی

بررسی کیفیت زندگی بیماران مرحله نهایی بیماری کلیوی تحت درمان با همودیالیز

کوروش نریمانی*

دریافت: ۸۵/۹/۱۲ ، پذیرش: ۸۶/۱/۲۹

چکیده:

مقدمه و هدف: بیماری، به خصوص بیماریهای مزمن شیوه زندگی انسان را تغییر می دهند و این امر بر روی ارزیابی و رضایت فرد از سطح عملکرد فیزیکی، عاطفی و اجتماعی تاثیر می گذارد و بدین ترتیب کیفیت زندگی تحت الشعاع قرار می گیرد. شناخت ابعاد مختلف کیفیت زندگی به کادر درمانی کمک می کند تا در جهت ارائه خدمات بهتر و ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی مددجویان گام های موثرتری بردارند. لذا این تحقیق بمنظور بررسی کیفیت زندگی بیماران مرحله نهایی بیماران کلیوی تحت دیالیز مراجعه کنند.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است. نمونه های پژوهش شامل ۷۳ بیمار همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان سینای مراغه بوده است که به صورت در دسترس از بین بیمارانی که مشخصات واحدهای پژوهش را داشته و علاقمند به شرکت در پژوهش بودند انتخاب گردید. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به بیماری و بخش سنجش کیفیت زندگی در ابعاد مختلف بود که برای تهیه آن از تلفیق دو پرسشنامه SF-36 و وسکانسین بر اساس نرمهای جامعه استفاده گردید و سپس اعتبار آن از طریق اعتبار محتوا و پایایی آن با آزمون مجدد تعیین گردید بعد از تایید اعتبار و پایایی پرسشنامه ها از طریق مصاحبه و گزارش خود بیماران تکمیل و نتایج با SPSS11 تجزیه و تحلیل گردید. بدین شکل که جهت بررسی و دستیابی به اهداف از آمار توصیفی و جهت تعیین ارتباط آماری از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

نتایج: یافته های پژوهش نشانگر آن بود که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۷/۵ درصد) در فاصله سنی ۶۵-۵۱ سال، مذکر (۶۳٪) متاهل (۶۳٪) بی سواد (۶۱/۱٪) بیکار (۸۹٪) با فعالیت جسمی کم (۸۰/۸٪)، فاقد بیماری روانی (۹۱/۸٪) و با درآمد کمتر از ۶۰ هزار تومان (۵۷/۵٪) بودند.

نتایج پژوهش نشان داد کیفیت زندگی (۸۰/۸ درصد) واحدهای مورد پژوهش متوسط و بقیه ضعیف (۱۹/۲ درصد) بوده است در ارتباط با هریک از ابعاد کیفیت زندگی نیز یافته ها بیانگر این بود که وضعیت اکثریت واحدهای مورد پژوهش، در بعد جسمی (۵۷/۵٪) و وضعیت عاطفی روانی (۷۲/۶٪) در حد متوسط، در بعد وضعیت اجتماعی-اقتصادی (۸۶/۳٪) ضعیف و در بعد خانوادگی (۶۷/۱٪) خوب بوده است. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی و وضعیت جسمی (با همبستگی ۰/۶۸۳ و $p = ۰/۰۰۰$)، کیفیت زندگی و وضعیت عاطفی (با همبستگی ۰/۶۱۵ و $p = ۰/۰۰۰$)، کیفیت زندگی و وضعیت اجتماعی اقتصادی (با همبستگی ۰/۶۴۷ و $p = ۰/۰۰۰$) و کیفیت زندگی و وضعیت خانوادگی (با همبستگی ۰/۶۹۹ و $p = ۰/۰۰۰$) وجود دارد.

نتیجه نهایی: کیفیت زندگی اکثریت بیماران همودیالیزی در حد متوسط و بین ابعاد مختلف آن ارتباط وجود دارد و با شناخت تلاش در جهت بهبود آنها می توان امتیاز کلی کیفیت زندگی این بیماران را ارتقا بخشید.

با توجه به نتایج این پژوهش که نشان داد کیفیت زندگی اکثریت بیماران همودیالیزی در حد متوسط بود می توان چنین نتیجه گرفت که با شناخت و تلاش در جهت بهبود کیفیت زندگی و توجه به ابعاد مختلف آن می توان با انجام راهکارهای مناسب نسبت به ارتقاء آن کوشش نمود.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی / مرحله نهایی بیماری کلیوی / همودیالیز

* مربی پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه (narimani K@Walla.com)

مقدمه:

اکنون که در آستانه قرن جدید شاهد پیشرفت های عظیم علم پزشکی هستیم الگوی بیماری ها و مراقبت های بهداشتی بطور اساسی دچار تحول شده و در مسیر افزایش طول عمر و بهبود کیفی زندگی به خصوص در بیماران مزمن قرار گرفته است (۱).

نارسایی مرحله نهایی بیماری کلیه^۱ نیز یک بیماری مزمن پیش رونده و غیرقابل برگشت است که در آن عمل کلیه ها دچار اختلال گشته به طوری که بدن دیگر قادر به برقراری اعمال متابولیکی و حفظ تعادل مایعات و الکترولیت ها نیست و به دنبال این وضعیت بر تمام سیستم های بدن تاثیر مضر می گذارد (۲). بروز کلیه مرحله نهایی بیماری کلیوی ۲۴۲ مورد در هر میلیون جمعیت در سال است. جمعیت بیماران مبتلا به مرحله نهایی بیماری کلیوی تقریباً ۸٪ در سال افزایش می یابد (۳). افراد مبتلا به بیماری نارسایی کلیه در مراحل اولیه بیماری تحت درمان محافظتی قرار می گیرند ولی سرانجام برای حفظ زندگی به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز پیدا می کنند (۴). آمارها در ایالات متحده نشان می دهد که تا سال ۲۰۱۰ تعداد بیمارانی که به دیالیز نیازمند خواهند بود به ۶۶۰۰۰۰ خواهد رسید (۵). در ایران تا دی ماه ۱۳۸۰ تعداد بیماران مبتلا به نارسایی کلیه تحت دیالیز ۸۴۲۲ نفر بوده (۶) و در سال ۱۳۸۱ این رقم به ۸۵۰۰ نفر رسیده است (۷). به استناد آمار مرکز بیماری های خاص ایران و انجمن حمایت از بیماران کلیوی تا پایان سال ۱۳۸۲ حدود ۲۰۱۳۴ بیمار که در این مراکز تحت درمان با همودیالیز بوده اند، وجود داشته است (۸). اگر چه آمار های موجود حاکی از افزایش طول عمر این بیماران توسط همودیالیز است (۹). اما امروزه انسان ها نه تنها تمایل به افزایش عمر دارند بلکه خواستار بهبود و پیشرفت کیفیت زندگی هستند (۱۰). کیفیت زندگی فرد با همه عوامل موثر بر بیماری مزمن ارتباط دارد (۱۱).

در تاریخ معاصر بررسی کیفیت زندگی از اوایل سال ۱۹۶۰ وارد حیطه تحقیقات گردید و یک دهه بعد در رابطه با مسائل بهداشتی و سلامتی مطرح شد. نخستین تلاش برای تعریف کیفیت زندگی در سال ۱۹۴۱ توسط سازمان بهداشت جهانی صورت گرفت که سلامتی را نه

فقط فقدان بیماری بلکه وجود سلامتی کامل جسمی و روانی و اجتماعی تعریف نمود (۱۲). تعدادی از پژوهشگران کیفیت زندگی را به عنوان رضایت از جنبه های مختلف زندگی (۱۳، ۱۴، ۱۵) و تعدادی کیفیت زندگی را به عنوان انرژی درونی (۱۶) و درک از زندگی (۱۷) تعریف کرده اند. کیفیت زندگی مفهوم چند وجهی، نسبی و متأثر از زمان و مکان و ارزش های فردی و اجتماعی است. که فرانس^۱ (۱۹۹۲) ابعاد مختلف آن را مورد بررسی قرار می دهد و اثبات می کند که کیفیت زندگی چیزی بیش از وضعیت سلامت، نشانه های بالینی یا توانایی عمل شخصی می باشد. این نشانه ها منعکس کننده وضعیت سلامتی هستند ولی باید توجه داشت که سلامتی تنها یک بعد از کیفیت زندگی می باشد سایر عوامل موثر بر کیفیت زندگی شامل احساس رضایت فرد از خود، وضعیت خانوادگی، منابع اقتصادی - اجتماعی، و از همه مهم تر وضعیت عاطفی روانی فرد می باشد (۱۸). ارتقاء کیفیت زندگی عموماً به عنوان یکی از اهداف عمده در درمان بیماران مزمن مطرح است (۱۹) با توجه به رشد پیش رونده در آمار بیماران همودیالیزی در ایران (۱۵٪ سالانه) (۸) و تاثیری که این رویه درمانی بر روی تمام ابعاد زندگی دارد و عدم توجه کافی به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیالیزی در جامعه ما، و وجود رابطه تنگاتنگ بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی مشخص کردن تاثیر هر کدام از ابعاد کیفیت زندگی بر کیفیت کلی زندگی که در تحقیقات قبلی کمتر به آن پرداخته شده است و عدم وجود یک بررسی جامع بر روی عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی این بیماران انجام این پژوهش با هدف تعیین کیفیت کلی زندگی و تاثیر هر کدام از ابعاد کیفیت زندگی بر کیفیت کلی زندگی بیماران مرحله نهایی بیماری کلیوی تحت درمان با همودیالیز ضروری به نظر می رسد.

آگاهی درباره کیفیت زندگی و عوامل تاثیرگذار بر آن به پرستاران به عنوان اعضای کلیدی تیم بهداشتی کمک خواهد کرد تا مراقبت را در جهت ارتقا کیفیت زندگی بیماران سوق دهند. بدین ترتیب با ارزیابی کیفیت زندگی مشکلات و نیازهای اختصاصی موجود شناسایی

می شود که این امر می تواند بر روی نحوه درمان و اتخاذ روش درمانی مناسب تاثیر گذار باشد (۲۰، ۲۱، ۲۲).

روش کار:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی بوده که در بخش همودیالیز بیمارستان سینای مراغه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز، انجام گرفته است، نمونه های مورد پژوهش ۷۳ نفر بیمار همودیالیزی مراجعه کننده به بخش مذکور بودند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس از بین بیمارانی که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را داشته و علاقه مند به شرکت در پژوهش بودند انتخاب گردید. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای بود که با استفاده از پرسشنامه های مختلف کیفیت زندگی مانند SF36 و اسکانسین تهیه گردید. با توجه به خود ساخته بودن پرسشنامه از طیف لیکرت جهت امتیاز بندی پاسخ های سوالات کیفیت زندگی استفاده گردید و امتیاز ۱-۵ داده شد که امتیاز بالاتر نشانگر وضعیت بهتر بود. پرسشنامه شامل ۱۲ سوال در ارتباط با خصوصیات دموگرافیکی، ۱۴ سوال در ارتباط با اطلاعات مربوط به بیماری، ۵۰ سوال مربوط به حیطه های مختلف کیفیت زندگی (۱۳ سوال وضعیت جسمی، ۱۷ سوال وضعیت عاطفی، ۹ سوال وضعیت اجتماعی - اقتصادی و ۷ سوال مربوط به وضعیت خانوادگی و ۴ سوال در مورد تاثیر حیطه های مختلف بر کیفیت زندگی) بود. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از اعتبار محتوا استفاده شد. بدین شکل که به ۱۰ نفر از اساتید دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی و تبریز ارائه و بعد از جمع آوری، نظرات منطقی اعمال گردید. جهت تعیین پایایی ابزار اقدام به آزمون مجدد در ۱۰ نمونه گردید که ضریب هم بستگی بین سوالات قبل و ۱۰-۵ روز بعد برابر $r = 0.72 = 2$ بود. پس از کسب مجوزهای لازم و ارائه توضیحات در مورد هدف پژوهش با جلب رضایت بیماران پرسشنامه به صورت مصاحبه حضوری توسط پژوهش گر تکمیل گردید. نتایج با آزمون SPSS11 بررسی شد. لازم به ذکر است که موازین اخلاقی در پژوهش حاضر مراعات شده و اطلاعات مربوط به بیماران محرمانه تلقی گردیده است. پس از محاسبه امتیازها، کیفیت زندگی در سه دسته ضعیف (۱۰۷-۱۰۷)، متوسط (۱۶۹-۱۰۸) و خوب (۲۳۰-۱۷۰) دسته بندی شد. جهت بررسی ارتباط بین حیطه های کیفیت زندگی و ارتباط حیطه ها با کیفیت

کلی زندگی از ضریب هم بستگی پیرسون استفاده گردید.

نتایج:

از ۷۳ نفر بیمار شرکت کننده در پژوهش ۴۶ نفر (۶۳٪) مذکر و ۲۷ نفر (۳۷٪) مونث بوده و اکثریت واحدهای مورد پژوهش در دامنه سنی ۶۵-۵۱ سال با میانگین سنی ۵۱/۱۴ سال با انحراف معیار ۱۴/۸۱ قرار دارند. ۶۳ نفر (۸۶/۳٪) متأهل، ۴۵ نفر (۶۱/۶٪) بی سواد و ۲ نفر (۲/۷٪) دارای تحصیلات دانشگاهی، ۳۰ نفر (۴۱/۱٪) بیکار، ۷۱ نفر (۹۳/۷٪) با خانواده و ۲ نفر (۲/۷٪) به تنهایی زندگی می کنند. ۲۶ نفر (۳۵/۶٪) سابقه استعمال دخانیات داشته اند ۳۳ نفر (۴۵/۲٪) سه بار در هفته و ۲۰ نفر (۲۷/۴٪) دو بار در هفته و ۲۰ نفر (۲۷/۴٪) یک بار در هفته دیالیز می شوند. ۴۴ نفر (۶۰/۳٪) اطلاعات کافی در ارتباط با محدودیت تغذیه ای بیماران دیالیزی داشته و تعداد ۴۴ نفر (۶۰/۳٪) محدودیت های غذایی را رعایت کرده اند. ۵۹ نفر (۸۰/۸٪) فعالیت جسمی کم و ۱۱ نفر (۱۵/۱٪) فعالیت جسمی متوسط و ۳ نفر (۴/۱٪) فعالیت جسمی زیاد داشته اند. ۴۱ نفر (۵۶/۲٪) خانواده ۸-۵ نفره داشته اند، تنها ۶ نفر (۸/۲٪) سابقه روانی داشته اند. ۶۵ نفر (۸۹٪) محل سکونت شخصی، ۴۲ نفر (۵۷/۵٪) درآمد متوسط ماهانه زیر ۶۰ هزار تومان و ۲ نفر (۲/۷٪) درآمد متوسط ماهانه بالای ۲۰۰ هزار تومان داشته اند. در بررسی امتیازات کسب شده از حیطه های مختلف کیفیت زندگی از نظر امتیاز کسب شده از بعد جسمی ۳۱ نفر (۴۲/۵ درصد) امتیاز ضعیف (۲۹-۱۳)، ۴۲ نفر (۵۷/۵٪) امتیاز متوسط (۴۷-۳۰) و هیچ کدام امتیاز خوب (۶۵-۴۸) را کسب نکرده بودند از بعد عاطفی روانی نیز ۱۹ نفر (۲۶ درصد) امتیاز ضعیف (۲۹-۱۷)، ۵۳ نفر (۷۲/۶ درصد) امتیاز متوسط (۶۲-۴۰) و فقط یک نفر (۱/۴ درصد) امتیاز خوب (۸۵-۶۳) کسب کرده بودند. در بررسی سایرابعاد در بعد اجتماعی - اقتصادی ۶۳ نفر (۸۶/۳٪) امتیاز ضعیف (۲۰-۹) و ۱۰ نفر (۱۳/۷٪) امتیاز متوسط (۳۲-۲۱) و هیچ کدام امتیاز خوب (۴۵-۳۳) را کسب نکرده بودند و در بعد خانوادگی ۵ نفر (۶/۸٪) امتیاز ضعیف (۱۳-۷) و ۱۹ نفر (۲۶٪) امتیاز متوسط (۲۰-۱۴) و ۴۹ نفر (۶۷/۱ درصد) امتیاز خوب (۲۷-۲۱) را

کسب کرده بودند. (جدول ۱)

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران همودیالیزی مورد پژوهش بر اساس امتیازات کسب شده از حیثه های مختلف کیفیت زندگی

امتیازات کسب شده	ابعاد مختلف کیفیت زندگی		وضعیت جسمی		وضعیت عاطفی روانی		وضعیت اجتماعی اقتصادی		وضعیت خانوادگی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱. جسمی (۱۳-۲۹)	۳۱	۴۲/۵	۱۹	۲۶	۶۳	۸۶/۳	۵	۶/۸		
۲. عاطفی روانی (۱۷-۳۹)	۴۲	۵۷/۵	۵۳	۷۲/۶	۱۰	۱۳/۷	۱۹	۲۶		
۳. اجتماعی اقتصادی (۹-۲۰)	۰	۰	۱	۱/۴	۰	۰	۰	۰		
۴. خانوادگی (۷-۱۳)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		
۵. جسمی (۳۰-۴۷)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		
۶. عاطفی روانی (۴۰-۶۲)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		
۷. اجتماعی اقتصادی (۲۱-۳۲)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		
۸. خانوادگی (۱۴-۲۰)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		
۹. جسمی (۴۸-۶۵)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		
۱۰. عاطفی روانی (۶۳-۸۵)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		
۱۱. اجتماعی اقتصادی (۳۳-۴۵)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		
۱۲. خانوادگی (۲۱-۲۷)	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰		
جمع	۷۳	۱۰۰	۷۳	۱۰۰	۷۳	۱۰۰	۷۳	۱۰۰		

هم این طور ارتباط معنی داری بین سن با وضعیت جسمی (با هم بستگی $p=0/000$ و $0/477$) سن با وضعیت خانوادگی (با هم بستگی $0/316$ و $0/002$) وضعیت جسمی با وضعیت اجتماعی اقتصادی (با هم بستگی $0/419$ و $0/000$) وضعیت جسمی با وضعیت خانوادگی (با هم بستگی $0/318$ و $0/006$) وضعیت اجتماعی اقتصادی با وضعیت خانوادگی (با هم بستگی $0/305$ و $0/009$) وجود دارد در نهایت باید گفته شود که هیچ ارتباط معنی داری بین سن با وضعیت عاطفی روانی، سن با وضعیت اجتماعی اقتصادی، وضعیت عاطفی - روانی با وضعیت جسمی، وضعیت عاطفی - روانی با وضعیت اجتماعی اقتصادی و وضعیت عاطفی - روانی با خانوادگی دیده نشد. (جدول ۲).

در بررسی کیفیت کلی زندگی در بیماران همودیالیزی تحت پژوهش در مجموع ۱۴ نفر (۱۹/۲٪) ضعیف و در ۵۹ نفر (۸۰/۸٪) متوسط بوده و هیچ کدام از واحدهای مورد پژوهش امتیاز خوب را کسب نکردند (جدول ۳).

بر اساس یافته های پژوهش با آزمون تی زوجی اختلاف معنی داری میان کیفیت کلی زندگی و جنسیت ($0/736$) دیده نشد ولی بین کیفیت کلی زندگی افراد بی سواد و افرادی که دارای مدرک دیپلم بودند، اختلاف معنی داری دیده شد. ($p=0/007$) کیفیت کلی زندگی افرادی که به تنهایی زندگی می کنند با افرادی که با خانواده زندگی می کنند، اختلاف معنی داری نشان داد. ($p=0/035$) یعنی افرادی که با خانواده زندگی می کنند کیفیت زندگی بهتری دارند. بررسی ارتباط بین سن، وضعیت جسمی، عاطفی روانی، اجتماعی اقتصادی، خانوادگی و کیفیت کلی زندگی با هم دیگر با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان می دهد که ارتباط معنی داری بین کیفیت کلی زندگی با سن (با هم بستگی $0/415$ و $0/000$) کیفیت کلی زندگی با وضعیت جسمی (با هم بستگی $0/683$ و $0/000$) کیفیت کلی زندگی با وضعیت عاطفی (با هم بستگی $0/615$ و $0/000$) و کیفیت کلی زندگی با وضعیت خانوادگی (با هم بستگی $0/699$ و $0/000$) و کیفیت کلی زندگی با وضعیت اجتماعی - اقتصادی (با هم بستگی $0/647$ و $0/000$) دیده می شود.

جدول ۲: ماتریس ضریب همبستگی پیرسون در مورد متغیرهای سن، ابعاد مختلف کیفیت زندگی و کیفیت کلی زندگی

متغیرها	ضریبها	سن	وضعیت جسمی	وضعیت عاطفی روانی	وضعیت اجتماعی اقتصادی	وضعیت خانوادگی	کیفیت کلی زندگی
سن	ضریب همبستگی پیرسون معنی دار بودن (دو دامنه)	۱	۰/۴۷۷	۰/۱۴۷	۰/۰۹۵	۰/۳۶۱	۰/۴۱۵
وضعیت جسمی	ضریب همبستگی پیرسون معنی دار بودن (دو دامنه)	-	۱	۰/۲۱۳	۰/۴۲۳	۰/۰۰۲	۰/۰۰۰
وضعیت عاطفی روانی	ضریب همبستگی پیرسون معنی دار بودن (دو دامنه)	۰/۴۷۷	-	۱	۰/۱۳۰	۰/۳۱۸	۰/۶۸۳
وضعیت اجتماعی اقتصادی	ضریب همبستگی پیرسون معنی دار بودن (دو دامنه)	۰/۱۴۷	۰/۲۷۲	۰/۱۳۰	۱	۰/۲۰۱	۰/۶۱۵
وضعیت خانوادگی	ضریب همبستگی پیرسون معنی دار بودن (دو دامنه)	۰/۲۱۳	۰/۱۹۸	-	۰/۱۹۸	۱	۰/۰۸۶
کیفیت کلی زندگی	ضریب همبستگی پیرسون معنی دار بودن (دو دامنه)	۰/۰۹۵	۰/۴۲۳	۰/۱۵۲	۰/۱۹۸	۰/۳۰۵	۰/۶۴۷
		۰/۴۲۳	۰/۰۰۰	۰/۱۹۸	-	۰/۰۰۹	۰/۰۰۰
		۰/۳۶۱	۰/۳۱۸	۰/۲۰۱	۰/۳۰۵	۱	۰/۶۹۹
		۰/۰۰۲	۰/۰۰۶	۰/۰۸۹	۰/۰۰۹	-	۰/۰۰۰
		۰/۴۱۵	۰/۶۸۳	۰/۶۱۵	۰/۶۴۷	۰/۶۹۹	۱
		۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	-

جدول ۳: جدول توزیع فراوانی و درصد واحدهای مورد پژوهش بر اساس کیفیت کلی زندگی

کیفیت کلی زندگی	تعداد	درصد
ضعیف (۱۰۷-۴۶)	۱۴	۱۹/۲
متوسط (۱۶۹-۱۰۸)	۵۹	۸۰/۸
خوب (۲۳۰-۱۷۰)	۰	۰
جمع	۷۳	۱۰۰

بحث:

در رابطه با سوال اول این پژوهش که تعیین سطح کلی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بود، مطابق یافته های پژوهش حاضر کیفیت زندگی اکثر بیماران تحت درمان با همودیالیز (۸۰/۸٪) در سطح متوسط (۱۶۹-۱۰۸) بود و تعدادی نیز (۱۹/۲٪) کیفیت زندگی ضعیف (۱۰۷-۴۶) داشته و هیچکدام از بیماران کیفیت زندگی خوب (۲۳۰-۱۷۰) نداشته اند. این یافته با نتایج مطالعه ایوانس و همکاران (۱۹۸۵) مشابه می باشد که در آن پژوهش ۲۵ درصد واحدهای تحت مطالعه کیفیت زندگی ضعیف ۵۵، درصد کیفیت زندگی متوسط و ۲۰ درصد آنان که تنها شامل کمتر از یک سوم بیماران بود، از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند (۲۳). به نظر می رسد در پژوهش حاضر دلیل نبود بیماری با کیفیت زندگی خوب، فقدان دانش و آگاهی کافی در زمینه بیماری و روش های درمانی باشد ولی سایر موارد مشابه تحقیقات قبلی می باشد.

در رابطه با سوال دوم این پژوهش، که چه امتیازی از حیطه های مختلف کیفیت زندگی توسط واحدهای مورد پژوهش کسب می شود، طبق یافته ها اکثریت واحدهای مورد پژوهش از نظر وضعیت جسمی (۵۷/۵٪) و عاطفی - روانی (۷۲/۶٪) امتیاز متوسط را کسب نمودند. این یافته با نتایج مطالعه جازاری و همکاران (۱۳۸۰) مشابه می باشد در مطالعه آنها اکثریت واحدهای مورد پژوهش در بعد جسمی (۵۴/۳٪) و عاطفی - روانی (۷۶/۴٪) امتیاز متوسط کسب کرده بودند (۲۴) که یافته های پژوهش حاضر را کاملاً تایید می نماید. در رابطه با تاثیر وضعیت روحی - روانی بر کیفیت زندگی و همکاران (۱۳۸۳) به نقل از مطالعه شیو و همکاران (۲۰۰۰) که بر روی ۱۶۰ بیمار دیالیزی انجام گرفته به این نتیجه رسیدند که ۲۹/۳ درصد واحدهای مورد پژوهش پس از گذشت ۱۵ ماه از انجام همودیالیز دچار افت شدید در وضعیت روحی شدند بطوری که به فاسز

1. Shioh etal

آنمی، خستگی و اختلال خواب موجب کاهش سلامت و افت کیفیت زندگی می شود. از طرفی این بیماران علاوه بر روبه رو شدن با تغییرات متعدد فیزیولوژیک با تنش های روانی، اقتصادی و اجتماعی و حتی خانوادگی درگیر شده و همه این موارد کیفیت زندگی بیمار را تحت الشعاع قرار می دهد.

طبق یافته های این پژوهش ارتباطی بین جنسیت و کیفیت کلی زندگی وجود نداشت ($P = 0/736$). در مطالعه ای که کلانترزاده (۲۰۰۱) انجام داد هرچند زنان بطور میانگین ۱۱ سال مسن تر از مردان بوده اند و امتیاز کلی کسب شده کیفیت زندگی مردان ($58/2 \pm 17/1$) در مقایسه با زنان ($50/6 \pm 17/1$) اندکی بیشتر بود اما بین جنسیت و کیفیت زندگی اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد. ($P = 0/08$) (۲۸) که با پژوهش حاضر همخوانی دارد. طبق یافته های این پژوهش با افزایش سن امتیازات وضعیت جسمی و خانوادگی دچار افت می گردد بدین معنی که با کاهش امتیاز کسب شده از تک تک حیطه های وضعیت جسمی، وضعیت عاطفی روانی، وضعیت اجتماعی اقتصادی و وضعیت خانوادگی امتیاز کلی کیفیت زندگی نیز دچار افت می گردد و از طرفی دیگر با افت وضعیت جسمی، وضعیت اجتماعی اقتصادی و وضعیت خانوادگی دچار افت می گردد و با افت وضعیت اجتماعی اقتصادی، وضعیت خانوادگی بیمار هم دچار اختلال می گردد.

نتیجه نهایی:

بر اساس یافته های پژوهش حاضر از دیدگاه بیماران مورد پژوهش در بین حیطه های مختلف کیفیت زندگی بهبود وضعیت جسمی اولین و موثرترین حیطه در ارتقای کیفیت زندگی است و وضعیت خانوادگی کمترین تاثیر را در کیفیت زندگی دارد. لذا با توجه به نتایج این پژوهش کیفیت زندگی اکثریت بیماران همودیالیزی در حد متوسط بود می توان چنین نتیجه گرفت که با شناخت و تلاش در جهت بهبود کیفیت زندگی و توجه به ابعاد مختلف آن می توان با انجام راهکارهای مناسب نسبت به ارتقاء آن کوشش نمود.

سیاست‌گذاری:

بدینوسیله از ریاست محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد مراغه، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، مترو

افسردگی سوق یافتند که نشان می دهد همودیالیز منجر به افت شدید وضعیت روحی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی می گردد (۲۵).

طبق یافته ها اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۶/۳٪) در حیطه اجتماعی - اقتصادی امتیاز ضعیف کسب کردند. در این رابطه دودریل^۱ و همکاران (۱۹۸۴) در تحقیقی که در بین گروه های مختلف انجام دادند بیشترین واحدهای مورد پژوهش امتیاز نامناسب اجتماعی - اقتصادی از کیفیت زندگی کسب کرده و افرادی که از لحاظ اقتصادی - اجتماعی در وضعیت بهتری بودند برتری قابل توجهی از لحاظ کیفیت زندگی داشته اند (۲۶) که مویس یافته های پژوهش حاضر می باشد.

در حیطه خانوادگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۷/۱٪) امتیاز خوب کسب کرده اند که حاکی از برخورداری از حمایت خانوادگی مطلوب می باشد. ویتی لاک سوئتی چاینگ (۲۰۰۱) می نویسد حمایت در حیطه خانوادگی یکی از مهمترین عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی می باشد و باید جلسات مشاوره با خانواده بیمار داده و آنها را در جهت حمایت از بیمار تشویق کرد که بهبود وضعیت خانوادگی می تواند وضعیت روحی بیمار را بهبود بخشد و کیفیت کلی زندگی را ارتقا دهد (۲۷) فرهنگ احترام به خانواده و اعضای آن برخاسته از فرهنگ اصیل ایرانی است و بر این اساس امتیازات کسب شده توسط واحدهای مورد پژوهش در حد خوب بوده و این امر منجر به ارتقای کیفیت زندگی می گردد.

در رابطه با سوال سوم این پژوهش که آیا ارتباط معنی داری بین حیطه های مختلف کیفیت زندگی با امتیاز کیفیت کلی زندگی (کسب شده توسط بیمار) وجود دارد، یافته های پژوهش نشان می دهد ارتباط معنی داری ($P = 0/000$) بین امتیاز کیفیت کلی زندگی با حیطه های مختلف کیفیت زندگی (جسمی، عاطفی - روانی، اجتماعی - اقتصادی، خانوادگی) وجود دارد و با کاهش امتیاز کسب شده از تک تک حیطه های وضعیت جسمی، وضعیت عاطفی روانی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و وضعیت خانوادگی امتیاز کیفیت کلی زندگی نیز دچار افت می گردد. عوارض فرآیند همودیالیز از قبیل

1. Dodrill

13. Anderson K. The effect of chronic obstructive pulmonary disease of quality of life. *Research in Nursing and Health* 1995; 18:547-559.
14. Zhan L. Quality of life : conceptual and measurement issues. *Journal of advanced nursing* 1992 ; 17(7): 795-800 .
15. Hornquist JO. Quality of life : concept and assessment. *Scandinavian Journal of social Medicine* 1989; 9(3): 52.
16. Anderson KN, Anderson LE. *Mosbys pocket dictionary of medician nursing and allied health*. 3th ed . USA: Mosby Company , 1998: 415-422.
17. Gill TM . Feinstein AR. Acritical appraisal of quality of life measurement. *JAMA* 1994; 272(8): 619-626.
18. Ferrans CE. Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in Nursing and Health* 1992; 15 :29-38 .
19. Braunwald E. *Textbook of cardio vascular medicine, Heart disease*. Philadelphia : W. B. Saunders Company 2002;1260.
20. Lubkin IM , Larsen P. *Chronic Illness*. New york USA: Copy by Jones and Barlett, 2002: 785.
21. Mapes D. Critique to practice : Facilitaing Research – based practice. *ANNA Journal* 1997; 24(3): 344-345.
22. Varcarolis EM. *Foundations of psychiatric Montal Health Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company , 2002: 815.
۲۳. اسکافی سوسن. بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و روشهای مقابله بکار گرفته شده توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۷.
۲۴. جازاری زهرا ، عابد سعیدی ژیلا ، شاهنظری ژاسمن و دیگران. مقایسه کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز و دیالیز صفاقی مداوم سرپایی مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز تهران ۱۳۸۰. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، سال سیزدهم، شماره ۴۰: ۱۳۸۲، ۲۲-۱۵.
۲۵. ساوج شهلا ، امینی زهرا ، پورغلامی میثم و دیگران. تعیین عوامل مؤثر بر افسردگی در بیماران وسرپرست بخش همودیالیز بیمارستان سینای مراغه که در انجام پژوهش ما را یاری دادند تشکر و قدردانی می شود.
- منابع :**
1. Louise AT, Joan WS. Women, Lukkarinen H , Hentinen M. Assessment of quality of life with Nottingham health profile among patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing* , 1997 ; 26:41-54.
 ۲. برونر لیلیان شولتس ، سوارث لوریس اسمیت ، پرستاری بیماریهای کلیه، داخلی - جراحی ، ترجمه پوران سامی . تهران: انتشارات بشری، ۲۰۰۴.
 3. Harrison TR. *Harrison's principles of internal medicin*. 3th ed. New york: Mc Graw Hill Co, 1998: 1561-1570.
 ۴. توتونچیان پرویز. گزارش عوارض حاد حین کاتتر گذاری در وریدهای اصلی جهت انجام همو دیالیز در بیمارستان امام خمینی تهران. پایان نامه جهت دریافت دکتری پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ۱۳۷۵.
 5. Lewis SH . *Medical Surgical Nursing* . Philadelphia: Mosby Co , 2004 : 1217.
 ۶. مرکز دیالیز و پیوند اعضای ایران ، آمار بیماران تحت پوشش تهران، ۱۳۸۰.
 ۷. بابایی سیما و همکاران. مقایسه نگرش افراد تحت درمان با همودیالیز و افراد پیوند شده در مورد کیفیت زندگی پس از پیوند کلیه. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، شماره ۱۴ ، ۱۳۷۸: ۸۷-۸۱.
 ۸. افشاری لیلا. نارسایی کلیه و درمان آن . چاپ اول، تهران. انتشارات طبیب، ۱۳۸۱: ۱۲۱ - ۱۴۱.
 ۹. مهربان داراب. مقایسه کیفیت زندگی در بیماران با درمان های جایگزینی کلیه و افراد جامعه. خلاصه مقالات هشتمین کنگره نفلولوژی دیالیز و پیوند کلیه ایران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۱: ۴.
 10. Park K, Park SB. *Textbook of Preventive and Social Medical*. 14th ed. Jabalpur: Bandarsidas Bhanot, 1995: 918.
 11. Sammarco A . Perceived social support uncertainly , and QOL younger breast cancer nurse . *ANNA Journal* 2001; 24(3): 212-219.
 12. Molzan A . The reported QOL of seceded home hemodialysis patients. *ANNA Journal* 1991; 18(2): 337-343.

- ing , 2001; 35: (2).
28. Kalantarzadeh K , Kopple Joel D, Block G, et al . Association among SF36 quality of life Measures and nutrition, hospitalization and Mortality in Hemodialysis. Journal of American Society of Nephrology 2001; 12: 2797 -2806.
- تحت همودیالیز بیمارستان شهدای هفتم تیر تهران. فصلنامه نوید نو، سال ۹ ، شماره ۲۴، ۱۳۸۳: ۲۵ .
26. Dodrill CA . Psychosocial problem among adults with epilepsy. Epilesia 1984 ; 25 (2): 168-175 .
27. Weety Luk SC .The QOL for Hong Kong dialysis patient . Journal of advanced nurs