

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی

معصومه رامبد* دکتر فروغ رفیعی** فاطمه حسینی***

چکیده

زمینه و هدف: نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که در هنگام تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی توجه به درک بیماران در مقایسه با ارزیابی کلینیکی از اهمیت بیشتری برخوردار است. هدف مطالعه حاضر شناخت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی و مشکلات و چالش‌های پیش روی این بیماران است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی است. در این تحقیق ۲۰۲ بیمار مراجعه کننده به بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران به صورت سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی Ferrans و Powers نسخه دیالیز، جمع‌آوری گردید و با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.14 و آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بیشتر بیماران مورد مطالعه دارای کیفیت زندگی مطلوب هستند. بیماران کمترین میانگین رضایت را برای گویه‌های «سلامت خودشان، تأمین هزینه‌های مالی، دستیابی به اهداف شخصی و شادی و خوشحالی خانواده» به ترتیب با میانگین و انحراف معیار $M=3/80$ و $SD=1/74$ ، $M=3/31$ و $SD=1/85$ ، $M=4/02$ و $SD=1/63$ و $M=4/96$ و $SD=1/27$ و $M=5/84$ و $SD=0/91$ و $M=5/67$ و $SD=2/09$ و $M=4/32$ و $SD=2/15$ و $M=4/22$ و $SD=0/61$ کمترین اهمیت را در نظر گرفته بودند. کیفیت زندگی با وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات در ارتباط بود ($p < 0/05$)، در حالی که بین کیفیت زندگی با سن، جنسیت، وضعیت اشتغال کنونی و طول مدت دیالیز ارتباط معنادار آماری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: اکثر بیماران کیفیت زندگی مطلوب داشتند. همچنین ارتباط معناداری بین وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات با کیفیت زندگی دیده شد. بنابراین، عوامل یاد شده ممکن است در بهبود وضعیت سلامت، خوب زیستن و افزایش طول عمر بیماران تحت همودیالیز مؤثر باشند.

یافته‌های این مطالعه می‌تواند در جهت برنامه‌ریزی‌های آموزشی و حمایتی برای بیمار و خانواده مفید واقع شود.

نویسنده مسئول:
معصومه رامبد:
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی ایران

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، احساس خوب زیستن، نارسایی مزمن کلیوی، چالش‌های ناشی از بیماری مزمن

e-mail:
Rambodma@gmail
.com

- دریافت مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۷ - پذیرش مقاله: شهریور ماه ۱۳۸۷

مقدمه

کیفیت زندگی معیار مهمی است که اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی (۱ و ۲)، سطح

سلامتی و حس خوب زیستن را نشان داده و پیش‌بینی وقوع مرگ و میر و میزان بستری بیمار در بیمارستان را میسر می‌سازد (۱ و ۳ و ۴). با توجه به این که کیفیت زندگی ممکن است تحت تأثیر تغییرات کلینیکی ناشی از بیماری و عوارض مربوط به آن قرار گیرد،

*
**

Sjoden و Lindqvist به نقل از Markus بیان نمودند که با گذشت سه ماه از زمان شروع بیماری و به کار بردن روش‌های درمانی، بیماران احساس می‌کنند که کیفیت زندگی آن‌ها به شدت کاهش یافته است (۹). این در حالی است که Thomas به نقل از Bremer و همکاران وی بیان نمود که تفاوت کمی از نظر عملکرد شناختی در بیماران تحت همدیالیز با افراد سالم وجود دارد (۱۰).

کاهش کیفیت زندگی در بیماران تحت همدیالیز، ممکن است ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. کاهش کیفیت زندگی از بُعد فیزیکی می‌تواند وضعیت عملکردی فرد را دچار تغییر کند. به طوری که میزان فعالیت روزانه وی دچار اختلال گردیده و توانایی او جهت انجام فعالیت روزمره کاهش می‌یابد (۱۱). تبعیض‌های شغلی یا از دست دادن شغل به علت انجام مکرر همدیالیز، اشکال در پیدا کردن شغل مناسب و وقفه در تداوم اشتغال؛ وضعیت اقتصادی این بیماران را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۱۰). از سوی دیگر بروز نارسایی مزمن کلیوی می‌تواند منجر به وابستگی فرد به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی شود و بعد روانی-اجتماعی کیفیت زندگی فرد را متأثر سازد (۱۲). عملکردهای خانوادگی، اجتماعی و روانی بیماران تحت همدیالیز ممکن است تحت تأثیر خستگی، اضطراب و اختلالات عصبی-هورمونی قرار گیرد (۱۳) که در نتیجه آن تغییراتی در ساختار و عملکرد خانواده ایجاد می‌شود و این تغییرات می‌تواند بعد خانوادگی زندگی فرد را تحت تأثیر منفی خود قرار داده و منجر به نامطلوب شدن بُعد اجتماعی کیفیت زندگی شود (۱۲).

کسب اطلاعات در این زمینه می‌تواند در شناسایی بیماران در معرض خطر مفید واقع شود (۲).

در حال حاضر به دلایل مختلفی شیوع بیماری نارسایی مزمن کلیه افزایش یافته است. در کشور آمریکا حدود ۴۰۰۰۰۰ نفر در پایان سال ۲۰۰۴ مبتلا به این بیماری بوده‌اند که از این تعداد، بیش از ۳۰۰۰۰۰ نفر تحت درمان با همدیالیز قرار داشته‌اند (۵) و میزان شیوع آن با افزایشی در حدود ۵٪ مواجه است (۴). هزینه‌های درمان این بیماران نیز در سال ۲۰۰۴ به حدود ۱۸ میلیارد دلار رسیده است (۶). طبق گزارش‌های مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه ایران در سال ۸۶، حدود ۲۹۰۰۰ نفر در کشور مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی بودند که از این تعداد ۱۴۰۰۰ نفر تحت درمان با همدیالیز قرار داشتند. حدود ۱۵۰۰۰ نفر بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی در تهران وجود دارد که ۳۷۰۰ نفر از آنان تحت درمان با همدیالیز قرار دارند. طبق گزارش‌های موجود، شیوع این بیماری در ایران نیز در حال افزایش است (۷).

اگر چه تعداد بیماران به دلیل افزایش طول عمر آن‌ها افزایش یافته است، اما بیماری بر زندگی آن‌ها تأثیر گذاشته و در مراحل پیشرفته سبب اختلال در وضعیت عملکردی فرد و تغییراتی در کیفیت زندگی آنان می‌شود. انجام دیالیز و سایر روش‌های درمانی تاحدودی علایم بیماری را کاهش داده و سبب بهبود شیوه زندگی بیماران شده است، با این حال کیفیت زندگی بیماران تحت تأثیر بیماری و عوارض درمان قرار گرفته و بسیاری از بیماران با ناتوانی مواجه می‌شوند (۸).

پرستاری داشته باشد. علاوه بر این تفسیر ادراکات ذهنی بیماران می‌تواند در بهبود عملکرد اعضای تیم درمانی، افزایش کیفیت برنامه‌ریزی و ارزیابی از نحوه مراقبت‌ها مفید واقع شود. هدف از انجام این پژوهش شناخت کیفیت زندگی و ادراکات ذهنی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی و چالش‌های پیش‌روی آن‌هاست. همچنین در این مطالعه ارتباط کیفیت زندگی با عوامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، طول مدت دیالیز، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت اشتغال کنونی سنجیده شده است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی است که در آن متغیر کیفیت زندگی در یک گروه از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز مورد سنجش قرار گرفته است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: ملیت ایرانی، داشتن حداقل ۱۸ سال تمام، داشتن توانایی تکمیل پرسشنامه یا انجام مصاحبه، دفعات انجام دیالیز دو بار یا بیشتر در هفته و تمایل به شرکت در مطالعه. بیماران مبتلا به بیمارهای حاد که لزوم بستری در بیمارستان را ایجاب نماید و همچنین بیماران مبتلا به بیماری روانی شناخته شده یا ناتوانی عملکردی (عضلانی-استخوانی) از مطالعه حذف شدند.

با توجه به کوچک بودن جامعه پژوهش، مطالعه به صورت سرشماری انجام گرفت و

Walters و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که با ابتلا به نارسایی مزمن کلیوی و شروع دیالیز کیفیت زندگی بیماران کاهش می‌یابد (۱۴). Rocco و همکاران در مطالعه‌ای که در مورد ۱۲۸۴ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی انجام دادند، به وجود ارتباط بین پایین بودن کیفیت زندگی بیماران با افت عملکرد کلیه اشاره کردند. در این مطالعه بیمارانی که عملکرد کلیوی ضعیف‌تری داشتند علایم فیزیکی بیشتری را نشان داده و دچار کاهش انرژی بودند (۱۵). علاوه بر این در مطالعه‌ای که به وسیله Harris و همکاران به منظور مقایسه کیفیت زندگی و میزان ناتوانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی با افراد سالم انجام شد، این نتیجه مشخص گردید که درک عملکرد فیزیکی بیماران در مقایسه با افراد سالم پایین است (۱۶).

علی‌رغم یافته‌های فوق، Gibson و Ferrans و Powers در بررسی بیماران تحت همودیالیز به بالا بودن کیفیت زندگی این بیماران اشاره نموده‌اند (۱۷ و ۱۸). علاوه بر این اسماعیلی و همکاران نیز به وجود کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب در میان بیماران خود اشاره کرده‌اند (۱۹).

با توجه به تغییراتی که در ابعاد مختلف زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی ممکن است ایجاد شود و به علاوه نتایج متناقضی که در کشورهای مختلف در مورد سطح کیفیت زندگی بیماران به دست آمده است، کسب اطلاعات در زمینه چالش‌های روزانه این بیماران و چگونگی تأثیر آن بر کیفیت زندگی این افراد می‌تواند نقش مهمی را در مراقبت‌های

(۱۴ گویه)، اقتصادی- اجتماعی (۸ گویه)، روانی- معنوی (۷ گویه)، و خانوادگی (۵ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه به صورت خود ایفا و مصاحبه قابل کاربرد است و تکمیل آن ۱۰ دقیقه طول می‌کشد.

نمره کیفیت زندگی کلی بدین ترتیب محاسبه می‌شد که از پاسخ افراد به هر یک از موارد در قسمت رضایت، عدد ۳/۵ کم شده، طیف نمرها بین ۲/۵- تا ۲/۵+ به دست آمد. سپس نمره به دست آمده در مورد هر گویه در قسمت رضایت، در پاسخ‌های مربوط به همان عبارت در قسمت اهمیت ضرب شد. بعد تمام جواب‌های به دست آمده از ۳۴ گویه با یکدیگر جمع گردید. سپس عدد ۱۵ به هر یک از اعداد محاسبه شده اضافه شد. طیف نمرات برای کیفیت زندگی کلی بین ۳۰-۰ بود. کل امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی در سه گروه (مطلوب، نسبتاً مطلوب و نامطلوب) طبقه‌بندی شده است. به این صورت که اعداد بین ۹-۰ به عنوان کیفیت زندگی نامطلوب، ۱۹-۱۰ کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و ۳۰-۲۰ کیفیت زندگی مطلوب در نظر گرفته شده است.

اعتبار علمی ابزار از طریق اعتبار محتوا مشخص شد. جهت تعیین اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد ($r=0/90$). اعتماد علمی ابزار توسط Powers و Ferrans با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در سال‌های ۱۹۸۵ و ۱۹۹۲ به ترتیب ۰/۹ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۰ و ۲۱). داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.14 تجزیه و تحلیل گردید و از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون مجذور کای) استفاده شد.

بنابراین تمام افرادی که دارای شرایط جامعه پژوهش بوده و در محیط‌های پژوهش قابل دستیابی بودند، انتخاب شدند. در مجموع ۲۹۶ بیمار در سال ۱۳۸۶ در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران تحت درمان با همودیالیز دائم قرار داشتند که از این تعداد ۲۰۲ نفر واجد شرایط جامعه پژوهش بوده و تمایل داشتند در مطالعه شرکت کنند. محیط پژوهش بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. این بخش‌ها در بیمارستان‌های هاشمی‌نژاد، هفت تیر، یافت آباد، فیروزآبادی و شریعتی کرج قرار داشتند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه و فرم مشخصات فردی بود. در فرم مشخصات فردی متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، طول مدت دیالیز، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی و وضعیت اشتغال کنونی در نظر گرفته شد. پرسشنامه اصلی، پرسشنامه کیفیت زندگی Ferrans و Powers نسخه دیالیز (Ferrans & powers quality of life Index dialysis version) می‌باشد که دارای ۲ قسمت است. قسمت اول، گویه‌هایی که رضایت بیماران را اندازه‌گیری می‌کند و قسمت دوم میزان اهمیتی که آن‌ها برای هر یک از گویه‌ها قایل هستند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای در قسمت اول از خیلی راضی (۶) تا خیلی ناراضی (۱) و در قسمت دوم از خیلی بی‌اهمیت (۱) تا خیلی مهم (۶) درجه‌بندی می‌شود و شامل ۶۸ گویه است (هر قسمت دارای ۳۴ سؤال) و گویه‌های هر دو قسمت مشابه با یکدیگر می‌باشد. این ابزار چهار بعد کیفیت زندگی: سلامتی و عملکرد

یافته‌ها

در نهایت ۲۰۲ بیمار در این پژوهش شرکت کردند. بیشتر بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه زن بودند (۵۲/۵). محدوده سنی بیماران ۲۰-۸۶ با میانگین ۵۵/۹۱ سال و انحراف معیار ۱۵/۵۴ بود. ۶۵/۳٪ متأهل بوده و ۳۷/۱٪ از بیماران دارای سواد ابتدایی و راهنمایی بودند. ۳۸/۲٪ از آنان ۱-۳ فرزند داشتند. ۴۷/۵٪ از بیماران نیز دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند. میانگین طول مدت درمان با همودیالیز در بیماران ۴/۵۵ با انحراف معیار ۵/۳۵ سال بود. حداکثر و حداقل طول مدت درمان با همودیالیز به ترتیب ۲۶ سال و ۲ هفته بود. بیشتر بیماران مورد مطالعه نیز غیرشاغل (۹۰/۶٪) بودند (جدول شماره ۱).

در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، یافته‌ها نشان داد میانگین کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه ۲۰/۴۴ می‌باشد. (طیف نمره بین ۰-۳۰ است). بر این اساس کیفیت زندگی اکثر آنان مطلوب (۲۰-۳۰) بوده است. جدول شماره ۲ کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز را نشان می‌دهد.

در مورد چالش‌ها و مشکلات بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی در رابطه با کیفیت زندگی، یافته‌ها نشان داد که بیماران مورد مطالعه کمترین میانگین اهمیت در بُعد سلامتی و عملکرد کیفیت زندگی را مربوط به گویه «احتمال دریافت پیوند کلیه در آینده» ($M=4/22$ و $SD=2/15$)، در بُعد اقتصادی-اجتماعی به گویه «همسایگان» ($M=4/32$ و

$SD=2/09$)، در بُعد روانی-معنوی به گویه «ظاهر شخصی خود» ($M=5/67$ و $SD=0/91$) و در نهایت در بُعد خانوادگی برای گویه «همسرشان» ($M=5/84$ و $SD=0/61$) در نظر گرفته بودند (محدوده نمره کسب شده بین ۱-۶ قرار می‌گیرد).

همچنین، کمترین میانگین رضایت در بُعد سلامتی و عملکرد را به «سلامت خودشان» ($M=3/80$ و $SD=1/74$)، در بُعد اقتصادی-اجتماعی به تأمین هزینه‌های مالی ($M=3/31$ و $SD=1/85$)، در بُعد روانی-معنوی به «دستیابی به اهداف شخصی» ($M=4/02$ و $SD=1/63$) و در نهایت در بُعد خانوادگی «برای شادی و خوشحالی خانواده» ($M=4/96$ و $SD=1/27$) در نظر گرفته بودند.

یافته‌های این مطالعه با استفاده از آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد که بین کیفیت زندگی با متغیرهای وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان ارتباط معنادار آماری وجود دارد ($p \leq 0/05$). بدین صورت که با بهبود وضعیت اقتصادی، افزایش سطح تحصیلات و تعداد فرزندان، کیفیت زندگی فرد بهبود می‌یابد. همچنین افراد متأهل از کیفیت زندگی مطلوب‌تری در مقایسه با سایرین برخوردار بودند.

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که بین کیفیت زندگی با متغیرهای جنسیت، سن، طول مدت همودیالیز و وضعیت اشتغال کنونی ارتباط معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$) (جدول شماره ۳).

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی و طول مدت درمان با دیالیز بیماران تحت درمان در بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۶

| تعداد (درصد) | متغیر | |
|--------------|--------------------|-------------------------------|
| ۱۰۶ (۵۲/۵) | زن | جنسیت |
| ۹۶ (۴۷/۵) | مرد | |
| ۳۳ (۱۶/۳) | ۱۸-۳۹ | سن |
| ۴۰ (۱۹/۸) | ۴۰-۴۹ | |
| ۴۵ (۲۲/۳) | ۵۰-۵۹ | |
| ۴۸ (۴۱/۶) | ≥۶۰ | |
| ۱۹ (۹/۴) | مجرد | وضعیت تأهل |
| ۱۳۲ (۶۵/۳) | متأهل | |
| ۴۳ (۲۱/۳) | همسرمرده | |
| ۸ (۴/۰) | جدانشده | |
| ۶۴ (۳۱/۷) | بی‌سواد | سطح تحصیلات |
| ۷۵ (۳۷/۱) | ابتدایی و راهنمایی | |
| ۴۵ (۲۲/۳) | دبیرستان تا دیپلم | |
| ۱۸ (۸/۹) | دانشگاهی | |
| ۱۱ (۵/۵) | خوب | وضعیت اقتصادی |
| ۹۶ (۴۷/۵) | متوسط | |
| ۹۵ (۴۷/۰) | ضعیف | |
| ۲۷ (۱۳/۴) | ۰ | تعداد فرزندان |
| ۷۷ (۳۸/۲) | ۱-۳ | |
| ۵۲ (۲۵/۷) | ۴-۶ | |
| ۴۶ (۲۲/۷) | ≥۷ | |
| ۱۹ (۹/۴) | شاغل | وضعیت اشتغال کنونی |
| ۱۸۳ (۹۰/۶) | غیرشاغل | |
| ۱۳ (۶/۴) | ≤۱ | طول مدت درمان با دیالیز (سال) |
| ۱۳۷ (۶۷/۳) | ۲-۴ | |
| ۵۲ (۲۵/۸) | ≥۵ | |

جدول ۲- توزیع فراوانی سطوح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان در بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۶

| درصد | تعداد | سطوح کیفیت زندگی |
|------|-------|----------------------|
| ۰/۵ | ۱ | نامطلوب (۰-۹) |
| ۴۵/۵ | ۹۲ | نسبتاً مطلوب (۱۰-۱۹) |
| ۵۴/۰ | ۱۰۹ | مطلوب (۲۰-۳۰) |
| ۱۰۰ | ۲۰۲ | جمع |

جدول ۳- ارتباط کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با دیالیز در بخش‌های دیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران با برخی از متغیرها در سال ۱۳۸۶

| کیفیت زندگی | متغیرهای زمینه‌ای |
|-------------|--------------------|
| $p < .0001$ | وضعیت اقتصادی |
| $p < .0001$ | وضعیت تأهل |
| $p < .0001$ | سطح تحصیلات |
| $p < .0001$ | تعداد فرزندان |
| $p = .18$ | وضعیت اشتغال کنونی |
| $p = .10$ | طول مدت همودیالیز |
| $p = .91$ | سن |
| $p = .08$ | جنسیت |

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه کیفیت زندگی اکثر بیماران مطلوب بوده است. این یافته با مطالعه Gibson, Ferrans و Al-Arabi هم‌خوانی دارد (۱۷ و ۱۸ و ۲۲). عواملی مثل مراحل زندگی، سن، عملکرد روانی قبلی بیماران به هنگام سازگاری اجتماعی با مشکلات، نگرش‌های فرهنگی و مذهبی، حمایت اجتماعی، شخصیت و اعتماد به نفس بیمار می‌تواند روی درک او تأثیر بگذارد. افرادی که از عوامل تسهیل‌کننده بیشتری مثل انعطاف‌پذیری و حمایت اجتماعی و خانوادگی برخوردارند، بسیار سریع‌تر با بیماری‌شان سازگار می‌شوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۲۲). در این پژوهش مطلوب بودن کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه را می‌توان به متأهل بودن درصد بالایی از آنان، برخورداری از فرزند به عنوان حامی و سازگاری با شرایط بیماری نسبت داد. کمترین میانگین رضایت در بُعد سلامتی و عملکرد مربوط به گویه «سلامت خودشان» است. محققان معتقدند بیماران تحت همودیالیز

و مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی با اختلالات متعددی روبه‌رو هستند. برای جلوگیری از احتباس مواد زاید و الکترولیت‌ها، تغییراتی در تغذیه و مایعات مصرفی بیمار ایجاد شده و در نتیجه رژیم‌های درمانی پیچیده، محدودیت‌هایی در فعالیت روزانه بیمار به وجود می‌آید که به وابستگی بیشتر، تنش‌های مالی، مشکلات خانوادگی و تغییر در شیوه زندگی منجر می‌گردد (۲۳). بنابراین طبیعی است که بیماران کمترین رضایت را در مورد این گویه داشته باشند.

بیماران کمترین میانگین رضایت در بُعد اقتصادی - اجتماعی را برای «تأمین هزینه‌های مالی» قایل بوده‌اند. موضوع هزینه‌بر بودن دیالیز و احتمال از دست دادن تدریجی یا ناگهانی شغل با شروع دیالیز، فرد را با مشکلات اقتصادی - اجتماعی روبه‌رو می‌سازد و عدم توانایی فرد در تأمین نیازهای درمانی و حتی نیازهای اساسی زندگی تأثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی وی بر جای می‌گذارد (۱۰). در این مطالعه اکثر بیماران مورد مطالعه غیرشاغل

بوده و وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف داشتند. بنابراین طبیعی است که این عوامل، کاهش رضایت افراد را نسبت به تحمل هزینه‌های مالی در پی داشته باشد.

نمونه‌های مورد پژوهش، کمترین میانگین رضایت در بُعد روانی- معنوی کیفیت زندگی را به گویه «دستیابی به اهداف شخصی» نسبت داده‌اند. Powers و Ferrans در این مورد معتقدند که ممکن است محدودیت‌های ناشی از بیماری، فرد را با کاهش درآمد، تغییر در الگوی زندگی، اشکال در وضعیت اقتصادی- اجتماعی، مشکلات روانی و عدم آرامش فکری رو به رو کرده و وی را در دستیابی به اهداف شخصی با مشکل مواجه کند (۱۸).

بیماران مورد مطالعه کمترین میانگین رضایت در بعد خانوادگی را در مورد گویه «شادی و خوشحالی خانواده» مطرح کرده‌اند. مشکلات مربوط به محدودیت در فعالیت روزانه، هزینه‌های مربوط به درمان (۱۲)، نقل و انتقال بیمار به مرکز همویالیز (۲۴)، مشاهده درد و رنج بیماری که عزیز خانواده می‌باشد و غیره، فضای خانوادگی را محزون و دردناک می‌سازد (۲۵). لذا با نزول احساس خوشبختی و لحظات خوشی در خانواده، رضایت بیمار از شادی و خوشحالی خانواده کاهش می‌یابد.

«احتمال دریافت پیوند کلیه در آینده» در بُعد سلامتی و عملکرد برای بیماران از کمترین میانگین اهمیت برخوردار بود. احتمالاً بالا بودن هزینه پیوند کلیه در مقایسه با وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف در بیش از ۹۰٪ بیماران مورد پژوهش، بالا بودن میانگین سنی بیشتر افراد شرکت‌کننده در مطالعه که تحمل

عمل جراحی را از نظر آنان دشوار می‌سازد و همچنین کمبود دهنده مناسب و امکان پس زدن پیوند کلیه از عواملی است که سبب کاهش اهمیت دریافت پیوند کلیه در میان بیماران شده است.

«همسایگان» در بُعد اقتصادی - اجتماعی از کمترین میانگین اهمیت برخوردار بود. در گفتگو با بیماران آنان اظهار داشتند که زندگی در مناطق شهری و آپارتمان نشینی و همچنین افزایش مشغله زندگی باعث شده است که آن‌ها هیچ‌گونه تماسی، با همسایگان خود نداشته باشند. بنابراین احساس می‌کردند که حضور همسایگان کمترین اهمیت را در بعد اقتصادی- اجتماعی کیفیت زندگی آن‌ها دارد.

اهمیت «ظاهر شخصی خود» در بُعد روانی- معنوی دارای کمترین میانگین بود. با توجه به بالا بودن سن اکثر بیماران مورد مطالعه، به نظر می‌رسد تغییر در شکل ظاهری برای آن‌ها از اهمیت کمتری برخوردار باشد. از سوی دیگر طبق گفته بیماران، نارسایی مزمن کلیوی و انجام همودیالیز تغییرات متعددی را در ابعاد مختلف زندگی آن‌ها ایجاد می‌کند که تغییر شکل ظاهری در میان این مسایل و مشکلات اهمیت کمتری برای آن‌ها دارد.

بیماران تحت مطالعه کمترین میانگین اهمیت در بُعد خانوادگی را برای «همسرشان» قایل بودند. با شروع دیالیز فعالیت جنسی بیمار دچار اختلال شده و فرد بیمار نمی‌تواند نیازهای جنسی همسر خود را تأمین کند. همین مسأله سبب احساس گناه و بروز افسردگی در بیمار شده و وی را با ترس از دست دادن همسر مواجه می‌کند. این در حالی است که

همسر وی نیز قادر به دستیابی به نیازهای جنسی خود نبوده و به طور مرتب تمایلات جنسی خود را سرکوب کرده و آن را انکار می‌کند (۲۶). بر طبق نظریه مبادله چون هیچ‌یک از طرفین قادر به تأمین نیازهای خود نیستند، هر یک برای دیگری اهمیت خود را از دست می‌دهد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی ارتباط معناداری وجود دارد و افرادی که از وضعیت اقتصادی بهتری برخوردار بودند، کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشتند. Rocco و همکاران، Harris و همکاران و Weety نیز در پژوهش خود در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی به وجود ارتباط بین کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی اشاره نموده‌اند (۱۶، ۱۷ و ۲۷). بیماران تحت همودیالیز به دلیل از دست دادن شغل و هزینه‌های درمانی با مشکلات مالی متعددی روبه رو هستند. مسایل مالی معمولاً تأثیر منفی بر کیفیت زندگی بیماران تحت دیالیز بر جای گذاشته و می‌تواند سبب بروز تنش، عدم رضایت از زندگی و نگرانی در مورد مراقبت‌های درمانی شود. پژوهشگران معتقدند بیماران با درآمد بالا نگرانی کمتری در مورد مخارج زندگی و هزینه‌های درمانی دارند (۲۷). سایر محققان نیز عوامل اجتماعی- اقتصادی از جمله حقوق و مزایای سالیانه را به عنوان عاملی در تغییر کیفیت زندگی افراد در نظر گرفته‌اند و بیان می‌کنند بیشتر بیماران آمریکایی دارای حقوق ماهیانه کم یا ناتوان و بیکار دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند (۲۸). یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد که

بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل ارتباط معناداری وجود دارد و افراد متأهل از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بودند. این یافته با نتایج به دست آمده در مطالعه Al-Arabi هم‌خوانی دارد (۲۲). محققان معتقدند که وضعیت تأهل از عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی افراد می‌باشد. حضور همسر به عنوان حامی در کاهش تنش، سازگاری با بیماری مزمن، پیروی از رژیم درمانی، کاهش مرگ و میر و ناتوانی مؤثر است (۲۷). علاوه بر این تقسیم وظایف و احساس انسجام و پیوستگی در میان زوج‌ها، سبب افزایش رضایت از زندگی در طی مراحل بیماری و ناتوانی می‌شود (۲۵). یافته‌ها ارتباط معناداری را بین جنسیت و کیفیت زندگی نشان نداد که این یافته با مطالعه Tovbin و همکاران هم‌خوانی دارد (۲۹).

علاوه بر این، یافته‌های این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز با تعداد فرزندان در ارتباط است و افرادی که تعداد فرزندان بیشتری داشتند، از کیفیت زندگی مطلوب‌تری بهره‌مند بودند. خانواده و فرزندان یکی از مهم‌ترین منابع حمایتی می‌باشند. حمایت‌هایی که فرزندان به والد بیمار خود ارائه می‌دهند، سبب کاهش افسردگی، افزایش عملکرد خانواده و بهبود کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی می‌شود (۲۹).

یافته‌های مطالعه نشان داد که بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود ندارد. این یافته با یافته‌های Tell و همکاران و Tovbin و همکاران در مورد بیماران تحت همودیالیز هم‌خوانی دارد (۲۴ و ۲۹).

مبنا (Granded theory) در مورد چگونگی درک کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی انجام شود.

به طور کلی، با توجه به تغییراتی که در ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی ایجاد می‌شود، پرستاران و خانواده بیماران در هنگام مراقبت از آن‌ها لازم است که علاوه بر بُعد فیزیولوژیکی به سایر ابعاد نیز توجه کرده و با ارایه مداخلات متناسب و مورد نیاز بیمار سعی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران به شماره قرارداد ۱۶۳ ت مورخ ۸۶/۵/۲۸ می‌باشد، بدین وسیله پژوهشگران کمال تشکر و قدردانی را از بیماران شرکت‌کننده در مطالعه و همچنین مرکز تحقیقات پرستاری ایران به جهت تأمین منابع مالی تحقیق، دارند.

وضعیت اشتغال یکی از عوامل مهمی است که بر کیفیت زندگی می‌تواند تأثیرگذار باشد (۸). در این مطالعه ارتباط معناداری بین وضعیت اشتغال کنونی و کیفیت زندگی مشاهده نشد که این یافته با مطالعه Morsch و همکاران در بیماران تحت همودیالیز مشابه است (۳۰). با توجه به این که ۹۰/۶٪ بیماران بی‌کار بودند، عدم معناداری قابل توجیه است.

در این مطالعه بین طول مدت دیالیز با کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده نشد که با یافته اسماعیلی و همکاران هم‌خوانی دارد (۱۹).

در نهایت، از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انجام آن به صورت مقطعی اشاره کرد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد چالش‌های پیش‌روی بیماران پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای به صورت طولی نیز انجام گیرد. از آن جا که عوامل بسیار متنوعی می‌تواند بر درک بیماران از کیفیت زندگی تأثیر بگذارد، پیشنهاد می‌شود تحقیقات کیفی از نوع نظریه

منابع

- 1 - Unruh ML, Weisbord SD, Kimmel PL. Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. *Semin Dial.* 2005 Mar-Apr; 18(2): 82-90.
- 2 - Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Satayathum S, McCullough K, Pifer T, Goodkin DA. Health-related quality of life and associated outcomes among hemodialysis patients of different ethnicities in the United States: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis.* 2003 Mar; 41(3): 605-15.
- 3 - Yang SC, Kuo PW, Wang JD, Lin MI, Su S. Quality of life and its determinants of hemodialysis patients in Taiwan measured with WHOQOL-BREF (TW). *Am J Kidney Dis.* 2005 Oct; 46(4): 635-41.
- 4 - Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, Burrows-Hudson S, Messina JM, Levin N, Rajagopalan S, Port FK, Wolfe RA, Saran R. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *Am J Kidney Dis.* 2005 Apr; 45(4): 658-66.
- 5 - Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. *Brunner & Suddareth's textbook of medical-surgical nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams' & Wilkins; 2008. P. 1521-1552.
- 6 - Cohen SD, Sharma T, Acquaviva K, Peterson RA, Patel SS, Kimmel PL. Social support and chronic kidney disease: an update. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2007 Oct; 14(4): 335-44.
- 7 - Aghighi M, Rouchi AH, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Norouzi Sh, Rajolani H, et al. Dialysis in Iran. *Iranian Journal of Kidney Diseases.* 2008; 2(1): 11-15.

- 8 - Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*. 2001 Sep; 38(3): 443-64.
- 9 - Lindqvist R, Sjoden PO. Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). *J Adv Nurs*. 1998 Feb; 27(2): 312-9.
- 10 - Thomas CJ. The impact of religiosity, social support and health locus of control on the health-related quality of life of African-American Hemodialysis patients. Ph.D Dissertation, Norfolk Virginia, Norfolk State University, 2003.
- 11 - Kutner NG. Quality of life and daily hemodialysis. *Semin Dial*. 2004 Mar-Apr; 17(2): 92-8.
- 12 - Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrology Nursing Journal*. 2006; 33(3), 285-298.
- 13 - Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis*. 2000 Apr; 35(4 Suppl 1): S132-40.
- 14 - Walters BA, 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 Dec; 40(6): 1185-94.
- 15 - Rocco MV, Gassman JJ, Wang SR, Kaplan RM. Cross-sectional study of quality of life and symptoms in chronic renal disease patients: the Modification of Diet in Renal Disease Study. *Am J Kidney Dis*. 1997 Jun; 29(6): 888-96.
- 16 - Harris LE, Luft FC, Rudy DW, Tierney WM. Clinical correlates of functional status in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis*. 1993 Feb; 21(2): 161-6.
- 17 - Gibson MH. The quality of life of adult hemodialysis patients. Ph.D Dissertation, Austin, University of Texas, 1995; P. 174.
- 18 - Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life of hemodialysis patients. *ANNA J*. 1993 Oct; 20(5): 575-81.
- 19 - Esmaili M, Illkhani M, Qolamaraqi M, Hossaini F. [The relationship between self-efficacy and quality of life in hemodialysis patients affiliated to Iran University of Medical Sciences]. MSc. Dissertation, Iran University of Medical Sciences, 2005. (Persian)
- 20 - Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *ANS Adv Nurs Sci*. 1985 Oct; 8(1): 15-24.
- 21 - Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Res Nurs Health*. 1992 Feb; 15(1): 29-38.
- 22 - Al-Arabi S. Social support, coping methods and quality of life in hemodialysis patients. PHD Dissertation, Galveston, University of Texas, 2003.
- 23 - Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial*. 2005 Mar-Apr; 18(2): 98-102.
- 24 - Tell GS, Mittelmark MB, Hylander B, Shumaker SA, Russell G, Burkart JM. Social support and health-related quality of life in black and white dialysis patients. *ANNA J*. 1995 Jun; 22(3): 301-8.
- 25 - Ell K. Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. *Soc Sci Med*. 1996 Jan; 42(2):173-83.
- 26 - Dunn SA, Lewis SL, Bonner PN, Meize-Grochowski R. Quality of life for spouses of CAPD patients. *ANNA J*. 1994 Aug; 21(5): 237-46.
- 27 - Weety LSC. Measurement of quality of life for end stage renal patients. Ph.D Dissertation, Hong Kong, Polytechnic University, 2001.
- 28 - Fukuhara S, Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Kurokawa K, Mapes DL, Akizawa T. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney Int*. 2003 Nov; 64(5): 1903-10.
- 29 - Tovbin D, Gidron Y, Jean T, Granovsky R, Schnieder A. Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Qual Life Res*. 2003 Sep; 12(6): 709-17.
- 30 - Morsch CM, Gonçalves LF, Barros E. Health-related quality of life among haemodialysis patients-relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *J Clin Nurs*. 2006 Apr; 15(4): 498-504.

Quality of Life in Patients with End Stage Renal Disease

Rambod* M (MSc.) - Rafii** F (Ph.D) - Hosseini*** F (MSc.).

Abstract

Received: May. 2008
Accepted: Sep. 2008

Background & Aim: Recent studies suggest that patients' perceptions might be more important than objective clinical assessments in determining quality of life (QOL) in patients with End Stage Renal Disease (ESRD). The aim of this study was to determine QOL in patients experiencing ESRD and its related factors.

Methods & Materials: In this descriptive-correlational study, we recruited 202 hemodialysis patients from Iran University of medical sciences' hemodialysis units using convenience sampling method. Data were collected using "Ferrans and Powers quality of life Index- dialysis version" instrument and analyzed using SPSS-14.

Results: Findings showed that the patients had a high perceived QOL. Lowest satisfaction mean scores were for the items "your health" (M=3.80, SD=1.74), "being able to take care of your financial needs" (M=3.31, SD=1.85), "achieving your personal goals" (M=4.02, SD=1.63), and "your family's happiness" (M=4.96, SD=1.27). It was reported that "probably you will get a kidney transplant" (M=4.22, SD=2.15), "neighborhood" (M=4.32, SD=2.09, "personal appearance" (M=5.67, SD=0.91), and "your spouse" (M=5.84, SD=0.61) also had lowest mean score for importance from patients point of view. Financial status, educational levels, marital status and number of children were all associated with the QOL ($P \leq 0.05$). There were no relationship between age, sex, occupational status, with duration of dialysis treatment ($P > 0.05$).

Conclusion: This study denoted financial status, educational levels, marital status and number of children is related to QOL of hemodialysis patients. So, these factors that affect quality of life may promote health and wellbeing and may increase survival in hemodialysis patients. The findings of this study can assist providers in planning and implementing educational and support programs for patients and their family.

Key words: Quality of Life, Well Being, End Stage Renal Disease, Challenge in Chronic Illness

Corresponding author:
Rambod M
e-mail:
Rambodma@gmail.com

* MSc in Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

** Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*** Instructor, Department of Statistics, School of Management & Medical Information, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.