

رابطه اضطراب، افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی

مجید صدوقی، فاطمه حسامپور*

دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۱۱

تاریخ دریافت: ۹۵/۹/۲۲

چکیده:

زمینه و هدف: افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله بیماران همودیالیزی ممکن است پریشانی‌های روانی، انزوای اجتماعی، تنهایی، درماندگی و ناامیدی را تجربه کنند که می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی شده و نیاز آنان به مراقبت همه‌جانبه به‌ویژه دریافت حمایت اجتماعی را افزایش دهد. این مطالعه با هدف بررسی رابطه اضطراب، افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام گرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی با طرح همبستگی بود که در بیمارستان سینا در تهران انجام شد. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۸۴ بیمار تحت همودیالیز به‌صورت تصادفی انتخاب شدند و به مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، مقیاس اضطراب افسردگی بیمارستانی و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL-SF) پاسخ دادند. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون t برای گروه‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تعیین کرد که کیفیت زندگی بیماران کلیوی تحت دیالیز (۴۶/۹۰±۱۲/۵۶) پایین و اضطراب (۱۰±۳/۲۲) و افسردگی (۹/۵۳±۳/۲۵) آنان بالا است. همچنین، بین حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران دیالیزی رابطه مستقیم ($r=-۰/۳۴$, $P<۰/۰۱$) و بین اضطراب ($r=-۰/۵۱$, $P<۰/۰۱$) و افسردگی ($P<۰/۰۱$)، $r=-۰/۵۴$ با کیفیت زندگی آنان رابطه معکوس معنی‌دار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: افزایش حمایت اجتماعی و بالا بردن کیفیت مراقبت توسط پرستاران و خانواده‌هایشان و همچنین غربالگری زودهنگام اضطراب و افسردگی بیماران تحت دیالیز به‌منظور تدوین مداخلات لازم، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک نماید.

واژه‌های کلیدی: نارسایی مزمن کلیه، همودیالیز، کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی، حمایت اجتماعی.

مقدمه:

به‌صورت طبیعی انجام دهند، روش‌های درمانی جایگزین کلیه شامل پیوند کلیه، همودیالیز (Hemodialysis) و دیالیز صفاقی (Peritoneal Dialysis) مورد استفاده قرار می‌گیرد که دیالیز خونی شایع‌ترین روش دیالیز است تا در زمان کم‌کاری و نارسایی شدید کلیه‌ها مواد و فرآورده‌های زائد را از بدن خارج کند (۴). دیالیز باعث افزایش طول عمر این بیماران می‌شود، ولی کنترل این

نارسایی کلیوی (Kidney Failure) به آسیب موقتی یا دائمی کلیه‌ها اطلاق می‌گردد که منجر به از دست دادن عملکرد طبیعی کلیه‌ها می‌شود (۱). نارسایی مزمن کلیه بر اثر تخریب غیرقابل برگشت نفرون‌ها به‌وجود می‌آید (۲) و از جمله بیماری‌های مزمنی است که مشکلات فراوانی را در زندگی بیماران ایجاد می‌کند (۳). زمانی که کلیه‌ها نتوانند مسئولیت‌های خود را به‌درستی و

بیماری با دیالیز با مشکلات و عوارض زیادی روبه‌رو خواهد بود که طبعاً این عوارض بر روی کیفیت زندگی بیماران تأثیرات زیادی می‌گذارد (۵،۶).

کیفیت زندگی، درک مشخصی از میزان رضایت از زندگی، سلامت اجتماعی، سلامت جسمانی و خانوادگی، امید به زندگی و سلامت روانی بیمار است (۷). کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی است که عرصه‌های مختلف زندگی همچون، وضعیت مالی، کار، مذهب و همچنین سلامت جسمی و روانی و اجتماعی را دربردارد (۸). کیفیت زندگی برای ارزیابی نیازهای سلامت جامعه، ارزیابی تأثیر اجتماعی بیماری‌ها، شناسایی افراد در معرض خطر، اجرای سیاست‌های بهداشتی مناسب متناسب با این مسائل و تخصیص منابع در بخش سلامت استفاده می‌شود (۹). کیفیت زندگی دارای تعریفی چندبعدی است که وضعیت سلامت افراد را در حوزه‌های جسمی، روانی و اجتماعی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۱۰). ارزیابی کیفیت زندگی کمک می‌کند تا مشکلات بیماران به‌طور بنیادی‌تری مورد توجه قرار گیرد. سنجش کیفیت زندگی به پرستاران کمک می‌کند تا به افرادی که کیفیت زندگی آنان به علت اختلال در تمامیت عملکردشان به‌طور جدی تحت تأثیر قرار گرفته، به‌طور شایسته رسیدگی کنند. از سوی دیگر، با تشخیص به‌موقع و درمان موثر، کیفیت زندگی و پیش‌آگهی بیماران را بهبود بخشند؛ بنابراین مفهوم کیفیت زندگی به این دلیل از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است که به‌عنوان شاخصی برای ارزیابی و تشخیص پیش‌آگهی بیماران از جمله بیماران کلیوی به‌حساب می‌آید (۱۱).

به نظر می‌رسد یکی از عواملی که می‌تواند کیفیت زندگی بیماران کلیوی را تحت تأثیر قرار دهد اضطراب و افسردگی در فرایند درمان است. اکثر مطالعات، شیوع افسردگی در بین بیماران کلیوی را ۳۰٪-۲۰٪ گزارش کرده‌اند (۱۲-۱۴). البته این اختلاف در نرخ شیوع افسردگی را می‌توان به استفاده از جمعیت‌های آماری مختلف و روش‌های متفاوت سنجش از سوی دیگر، به نظر می‌رسد یکی از روش‌های بسیار مهم برای مقابله با استرس‌های روانی اجتماعی و اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری مزمن کلیوی، حمایت اجتماعی از جانب دیگران است. حمایت اجتماعی شامل دریافت رسمی و غیررسمی کمک‌های عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی است و بیمارانی که نمرات بالایی در حمایت اجتماعی به دست می‌آورند، به احتمال زیاد بهتر با عوامل استرس‌زای روانی کنار می‌آیند (۲۰). حمایت اجتماعی با پیامدهای سلامت روان در جمعیت عمومی و همچنین بهبود بیماری‌های مزمن، رضایت بیشتر از زندگی، افزایش توانایی برای مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی و نشانه‌های سلامت روان مرتبط است (۲۱). بیماران همودیالیزی به سبب شرایطی که این بیماری برای آنان فراهم می‌کند، دچار

عینی به کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به همودیالیز کمک می‌کند. از آنجا که اکثر مطالعات مربوط به بررسی سطح کیفیت زندگی این بیماران عمدتاً در خارج از کشور انجام گرفته است، لذا با توجه به وجود تفاوت‌های فرهنگی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، بررسی کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی و عوامل موثر بر آن در جامعه ایرانی از اهمیت بالایی برخوردار است. به‌ویژه آنکه در پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها، از ابزارهای متفاوتی برای سنجش کیفیت زندگی بهره گرفته‌اند؛ بنابراین، ضروری به نظر می‌رسد تا با استفاده از ابزار خاص کیفیت زندگی بیماران کلیوی به بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیز و رابطه آن با اضطراب، افسردگی و حمایت اجتماعی در مقایسه با مطالعات کشورهای دیگر پرداخته شود. از این رو، پژوهش حاضر در تلاش است تا ضمن بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی، رابطه اضطراب، افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران کلیوی تحت درمان همودیالیز را بررسی نموده و از طریق شناسایی عوامل روان‌شناختی مرتبط با کیفیت زندگی، به ارتقا کیفیت زندگی بیماران کمک نماید.

روش بررسی:

این مطالعه از نوع توصیفی با طرح همبستگی بود که در بیمارستان سینا در شهر تهران در تابستان (تیر و مردادماه) سال ۹۵ انجام شد. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، تعداد ۸۴ بیمار دریافت‌کننده همودیالیز به صورت تصادفی از بین مراجعه‌کنندگان در روزهای زوج هفته انتخاب شدند و به مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL-SF) پاسخ دادند. پس از هماهنگی و کسب اجازه از مسئول بخش، پرسشنامه‌ها به صورت فردی توسط محقق در بیمارستان و قبل از شروع دیالیز اجرا شد. همچنین، اهداف پژوهش تشریح و رضایت آگاهانه از بیمار اخذ می‌شد. پرسشنامه‌ها به صورت

مشکلاتی نظیر چاقی، کاهش اوقات فراغت و کاهش کیفیت در روابط با خانواده و دوستان خود هستند (۲۱). کنار آمدن با این مشکلات نیازمند حمایت اجتماعی بیشتر است (۲۲)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد، چنانچه سطح حمایت اجتماعی برای بیماران همودیالیز افزایش پیدا کند، احساس رضایت بیشتری از زندگی به دست می‌آوردند و راحت‌تر می‌توانند با استرس، نشانه‌های افسردگی و چاقی مقابله کنند و در نتیجه فشار این بیماری بر روی آن‌ها کاهش می‌یابد. یکی از فاکتورهای بسیار مهم در دریافت حمایت اجتماعی بیماران همودیالیزی چگونگی مراقبت از سوی پرستاران است که می‌تواند با فراهم کردن خدمات مورد نیاز و منابع حمایتی به‌موقع و زودهنگام کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد (۲۴، ۳۳). همچنین نتایج پژوهش بقایی و همکاران حاکی از آن است که کیفیت زندگی پایین بیماران کلیوی ارتباط زیادی با عوامل کنترل‌شده‌ای چون نیاز بیشتر به مداخلات مراقبتی، درمانی و حمایت‌های اجتماعی دارد و عامل حمایت اجتماعی نقش بسیار برجسته‌ای در میزان کیفیت زندگی آنان دارد (۲۵). با این وجود سنجش حمایت اجتماعی در مطالعه مذکور محدود به دو آیتم موجود در مقیاس کیفیت زندگی بیماران کلیوی بوده است.

از سوی دیگر، محدود پژوهش‌های انجام شده در ایران به سنجش کیفیت زندگی و یا افسردگی و اضطراب بیماران همودیالیزی اکتفا نموده و حداکثر به بررسی رابطه آن‌ها با متغیرهای جمعیت‌شناختی پرداخته‌اند و پژوهشی که به بررسی نقش پریشانی‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی در کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی پرداخته باشد، وجود ندارد. همچنین، نقش عوامل مقاوم‌ساز همچون حمایت اجتماعی نادیده گرفته شده است. به‌طور کلی، به نظر می‌رسد غربالگری بیماران در معرض خطر کیفیت زندگی پایین و یافتن متغیرهای قابل اصلاح در ارتباط با کیفیت زندگی آنان به‌منظور تدوین و ارائه مداخلات درمانی موثر، امری ضروری بوده و به اتخاذ رویکردی

مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی توسط Zigmond و Snaith با هدف سنجش تغییرات خلقی، به ویژه حالات اضطراب و افسردگی، طراحی شده و دارای ۱۴ ماده در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (۰، ۱، ۲، ۳) است (۲۸). در این مقیاس ۷ پرسش در ارتباط با نشانه‌های اضطراب و ۷ پرسش پیرامون نشانه‌های افسردگی وجود دارد. نقطه برش برای مولفه اضطراب ۱۰ و برای مولفه افسردگی ۷ تعیین و به عنوان ابزار خوبی برای غربالگری مشکلات روانی پذیرفته شده است. مولفان نمره ۱۱ را به عنوان نقطه برش نمره کل مقیاس پیشنهاد می‌کنند که نمره‌های بالاتر از آن از اهمیت بالینی برخوردارند. کاویانی و همکاران اعتبار پرسشنامه از طریق ضریب همسانی درونی با روش آلفای کراباخ ۰/۷۰ در خرده مقیاس افسردگی، آلفای کراباخ ۰/۸۵ در خرده مقیاس اضطراب و اعتبار آن را با روش بازآزمایی، در خرده مقیاس افسردگی ($r=0/77$ و $P<0/001$) و در خرده مقیاس اضطراب ($r=0/81$ و $P<0/001$) بررسی و گزارش نموده است (۲۹). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کراباخ برای مولفه‌های اضطراب و افسردگی به ترتیب برابر ۰/۷۰ و ۰/۶۸ بود.

به منظور سنجش کیفیت زندگی بیماران کلیوی دیالیزی از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL-SF36TM) استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران کلیوی است و دارای ابعاد اختصاصی شامل علائم و مشکلات (۱۲ سوال)، اثر بیماری کلیوی (۸ سوال)، فشار بیماری کلیوی (۴ سوال)، وضعیت شغلی (۲ سوال)، عملکرد شناختی (۳ سوال)، کیفیت تعامل اجتماعی (۳ سوال)، عملکرد جنسی (۲ سوال)، خواب (۴ سوال)، حمایت اجتماعی (۲ سوال)، تشویق کارکنان بخش دیالیز (۲ سوال)، رضایت بیمار (۱ سوال) و ابعاد عمومی شامل عملکرد جسمی (۱۰ سوال)، ایفای نقش جسمی (۴ سوال)، درد (۲ سوال)، سلامت عمومی (۵ سوال)، بهزیستی هیجانی (۵ سوال)، ایفای نقش هیجانی (۳ سوال)، عملکرد اجتماعی (۲ سوال)، سطح

فردی و داده‌ها بی‌نام و محرمانه و به صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود فرد شامل دریافت همودیالیز حداقل به مدت ۳ ماه، داشتن سن حداقل ۱۸ سال یا بالاتر و عدم وجود سابقه اختلال‌های روانی و عدم مصرف داروهای ضد افسردگی بود که این معیارهای ورود از طریق پرونده بیمار و خود گزارشی او مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار) و آزمون‌های آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی و آزمون t برای گروه‌های مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده توسط Zimet و همکاران به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده فرد تهیه شده است (۲۶). مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده دارای ۱۲ عبارت است که حمایت اجتماعی دریافت شده افراد را از ۳ منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی می‌سنجد. درجه موافقت افراد در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً موافق (۷ نمره) تا کاملاً مخالف (۱ نمره) اندازه‌گیری می‌شود. دامنه نمره حاصل از این مقیاس ۱۲ تا ۸۴ است که نمرات بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. به بیان دیگر، کسب نمره ۴۳ و بیشتر در مقیاس حمایت اجتماعی حاکی از برخورداری و کمتر از آن عدم برخورداری از حمایت اجتماعی می‌باشد. Zimet و همکاران، پایایی درونی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ گزارش نمودند (۲۶). رجبی و هاشمی شبانی با ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس نشان دادند که بین هر یک از ماده‌های مقیاس با نمره کل، ۰/۴۶ تا ۰/۷۶ همبستگی وجود دارد و ضریب روایی واگرا بین حمایت اجتماعی ادراک شده با بهداشت روانی معنی‌دار است (۲۷). در مطالعه حاضر، اعتبار این مقیاس بر اساس ضریب همسانی درونی با روش آلفای کراباخ برابر ۰/۸۳ بود.

مرتبط با بیماری کلیوی از طریق ضریب همسانی درونی بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۰ و برای مقیاس‌های زمینه‌یابی سلامت، بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۲).

یافته‌ها:

نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر ۸۴ نفر بود که ۱۰/۷٪ از آن‌ها پایین‌تر از ۳۰ سال، ۴۲/۹٪ بین ۳۰ تا ۵۰ سال، ۴۶/۴٪ بالاتر از ۵۰ سال داشتند. همچنین، ۵۳/۶٪ مرد و ۴۶/۴٪ زن و ۷۷/۴٪ متأهل و ۲۲/۶٪ مجرد، از نظر تحصیلات ۲۸/۶٪ زیر دیپلم، ۳۹/۳٪ دیپلم و ۳۲/۱٪ دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر و از نظر وضعیت شغلی؛ ۳۱٪ خانه‌دار، ۲۸/۶٪ آزاد، ۱۶/۷٪ کارمند، ۸/۳٪ بیکار و ۱۵/۴٪ بازنشسته بودند.

انرژی/خستگی (۴ سوال) و یک نمره کیفیت زندگی کلی می‌باشد. به هر بعد پس از نمره‌گذاری براساس دستورالعمل، نمره‌ای بین صفر تا ۱۰۰ اختصاص پیدا می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار چندبعدی روا و پایا است که تمامی ابعاد پرسشنامه SF-36 را دربردارد و از درجات بالای همسانی و همبستگی درونی برخوردار می‌باشد و تفسیر عمیق‌تر و گسترده‌تری از متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی را که در پرسشنامه SF-36 مورد توجه قرار نگرفته است، ارائه می‌نماید (۳۰). روایی و اعتبار پرسشنامه KDQOL-SF36TM در نمونه ایرانی طی پژوهش رحیمی و همکاران مورد تأیید قرار گرفت و اعتبار آن با استفاده از روش تصنیف برابر $r=0/9$ گزارش شد (۳۱). همچنین در پژوهش Hays و همکاران، اعتبار مقیاس‌های

جدول شماره ۱: شاخص‌های توصیفی ابعاد کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، اضطراب، افسردگی در بیماران مورد مطالعه

ابعاد کیفیت زندگی	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف استاندارد
تذوق	۱۴/۵۸	۹۱/۶۷	۴۷/۸۴	۱۷/۰۳
تذوق	۶/۲۵	۹۰/۶۳	۴۶/۱۶	۱۷/۴۹
تذوق	۰	۱۰۰	۴۳/۶۰	۱۹/۸۵
تذوق	۰	۵۰	۳۰/۹۵	۲۴/۴۲
تذوق	۱۳/۳۳	۹۳/۳۳	۵۸/۶۵	۱۸/۶۲
تذوق	۶/۶۷	۹۳/۳۳	۵۵/۶۳	۱۸/۲۰
تذوق	۰	۱۰۰	۳۷/۶۴	۳۱/۹۷
تذوق	۱۲/۵۰	۷۷/۵۰	۵۰/۶۲	۱۳/۵۹
تذوق	۱۶/۶۷	۱۰۰	۷۱/۸۲	۲۱/۰۱
تذوق	۰	۱۰۰	۵۶/۱۰	۲۴/۸۱
تذوق	۱۶/۶۷	۱۰۰	۴۸/۸۰	۲۰/۹۸
تذوق	۰	۱۰۰	۵۹/۲۸	۲۳/۵۶
تذوق	۰	۱۰۰	۳۰/۳۵	۳۵/۳۷
تذوق	۲	۵۱	۲۶/۴۱	۱۰/۲۳
تذوق	۵	۷۵	۴۳/۳۹	۱۵/۰۳
تذوق	۱۲	۸۸	۴۹	۱۵/۷۴
تذوق	۰	۱۰۰	۳۰/۱۵	۳۷/۱۷
تذوق	۰	۱۰۰	۴۵/۰۸	۲۲/۸۷
تذوق	۰	۹۰	۴۲/۹۷	۱۶/۲۸
تذوق	۱۵/۷۳	۷۷/۶۹	۴۶/۹۰	۱۲/۴۵
متغیرهای	۰	۱۸	۱۰	۳/۲۲
پیش‌بین	۱	۱۹	۹/۵۳	۳/۲۵
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰	۸۱	۵۸/۷۳	۱۲/۳۶

از بالا بودن اضطراب و افسردگی این بیماران است. به علاوه میانگین حمایت اجتماعی ($58/73 \pm 12/36$) در میان بیماران کلیوی تحت درمان همودیا لیز است. از میان ابعاد کیفیت زندگی، کمترین امتیاز در ابعاد درد ($26/41 \pm 10/23$)، ایفای نقش هیجانی ($30/15 \pm 37/17$) و ایفای نقش جسمی ($30/35 \pm 35/37$) مشاهده شد.

بر اساس جدول شماره ۱ میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه ($46/90 \pm 12/45$) بود که نشان دهنده کیفیت زندگی پایین آنان است. همچنین، با توجه به نقاط برش تعیین شده ۷ و ۱۰ به ترتیب برای مولفه های اضطراب و افسردگی در مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی، میانگین نمرات اضطراب ($10 \pm 3/22$) و افسردگی ($9/53 \pm 3/25$) حاکی

جدول شماره ۲: خلاصه نتایج آزمون های t برای گروه های مستقل و F تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه اضطراب، افسردگی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی به تفکیک جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تاهل و شغل

متغیر	اضطراب	افسردگی	حمایت اجتماعی	کیفیت زندگی
جنسیت	مرد 9/52 ± 3/15	9/18 ± 3/32	60/44 ± 13/56	48/08 ± 14/05
زن	10/55 ± 3/24	9/94 ± 3/17	56/75 ± 10/65	45/53 ± 10/32
نتایج آزمون	P=0/146	P=0/291	P=0/174	P=0/354
سن	زیر 30 سال 9/22 ± 3/66	7/41 ± 2/78	56 ± 22/96	54/63 ± 8/73
30 تا 50	10/08 ± 2/24	9/04 ± 2/09	60/69 ± 9/89	49/43 ± 11
بالاتر از 50	10/10 ± 3/87	10/48 ± 3/90	57/55 ± 11/22	42/77 ± 13/17
نتایج آزمون	P=0/747	P=0/017	P=0/433	P=0/008
تحصیلات	زیر دیپلم 10/77 ± 3/81	10/63 ± 4/05	58/90 ± 13/07	43/23 ± 14/36
دیپلم	9/47 ± 2/91	9/44 ± 2/96	57/87 ± 7/84	45/26 ± 9/44
لیسانس و بالاتر	9/96 ± 2/97	8/67 ± 2/56	59/62 ± 16/10	52/15 ± 12/59
نتایج آزمون	P=0/323	P=0/097	P=0/862	P=0/022
وضعیت تاهل	مجرد 9/96 ± 2/78	9/47 ± 2/88	59/15 ± 10	47/05 ± 12/39
متاهل	10/23 ± 3/38	7/67 ± 2/49	56/80 ± 21/93	52/80 ± 8/55
بیوه	9/99 ± 5/72	12/04 ± 4/99	57/81 ± 15/42	39/25 ± 13/73
نتایج آزمون	P=0/971	P=0/012	P=0/834	P=0/058
وضعیت شغلی	آزاد 9/76 ± 2/75	9/60 ± 2/95	59/66 ± 15/87	47/69 ± 11/80
کارمند	11/09 ± 3/18	9/26 ± 2/59	57/57 ± 12/01	48/35 ± 14/65
بازنشسته	8/30 ± 4/44	8/72 ± 4/61	60/31 ± 11/19	45/87 ± 15/18
خانه دار	10/33 ± 2/90	10/34 ± 3/35	56/79 ± 11/20	44/62 ± 11/06
بیکار	10/57 ± 2/76	8/39 ± 1/73	62/14 ± 4/67	51/62 ± 10/81
نتایج آزمون	P=0/211	P=0/508	P=0/809	P=0/699

وجود ندارد. در رده های سنی مختلف بین بیماران همودیالیزی از نظر اضطراب و حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده نشد، اما بیماران همودیالیزی رده

طبق جدول شماره ۲، بین دو جنس در هیچ یک از متغیرهای اضطراب، افسردگی، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری

معنی‌داری در هیچ‌یک از متغیرهای افسردگی، اضطراب، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در وضعیت‌های شغلی متفاوت وجود ندارد. تنها تفاوت معنی‌دار مشاهده شده در بین افراد متأهل، مجرد و بیوه در میزان افسردگی است و افسردگی افراد بیوه به‌طور معنی‌داری بالاتر است. در سایر متغیرها از جمله اضطراب، حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری بین افراد متأهل، مجرد و بیوه وجود ندارد.

سنی ۵۰ سال و بالاتر در مقایسه با سنین پایین‌تر به‌طور معنی‌داری افسردگی بالاتر و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. در بین افراد با سطوح تحصیلی متفاوت، تفاوت معنی‌داری از نظر اضطراب، افسردگی، حمایت اجتماعی وجود نداشت، اما افراد دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر در مقایسه با افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم، به‌طور معنی‌داری از نمره کل کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. همچنین تفاوت

جدول شماره ۳: ماتریس همبستگی ابعاد اختصاصی و عمومی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی، اضطراب، افسردگی

افسردگی		اضطراب		حمایت اجتماعی		متغیر	
PV	R	PV	R	PV	R		
۰/۰۰۵	۰/۳۰**	۰/۰۰۱	۰/۳۴**	۰/۰۲۵	۰/۲۴*	علائم/ مشکلات	ابعاد اختصاصی کیفیت زندگی
۰/۰۰۱	۰/۴۵**	۰/۰۰۳	۰/۳۱**	۰/۱۱۲	۰/۱۷	اثرات بیماری کلیوی	
۰/۰۰۱	۰/۴۷**	۰/۰۰۱	۰/۴۳**	۰/۲۱۶	۰/۱۳	فشار بیماری کلیوی	
۰/۶۸۶	۰/۰۴	۰/۰۵۳	۰/۲۱*	۰/۱۸۱	۰/۱۴	وضعیت شغلی	
۰/۰۳۱	۰/۲۳*	۰/۰۰۲	۰/۳۳**	۰/۰۰۱	۰/۳۴**	عملکرد شناختی	
۰/۰۰۱	۰/۳۶**	۰/۰۰۱	۰/۳۷**	۰/۰۰۱	۰/۳۶**	کیفیت تعامل اجتماعی	
۰/۰۰۱	۰/۲۳**	۰/۰۳۳	۰/۲۳*	۰/۰۳۵	۰/۲۳*	عملکرد جنسی	
۰/۰۰۱	۰/۵۶**	۰/۰۰۱	۰/۴۰**	۰/۰۰۱	۰/۴۴**	خواب	
۰/۰۰۱	۰/۳۸**	۰/۰۲۷	۰/۲۴*	۰/۱۷۳	۰/۱۵	حمایت اجتماعی	
۰/۰۶۸	۰/۰۲	۰/۰۷۸	۰/۱۹	۰/۰۰۳	۰/۳۱**	تشویق کارکنان بخش دیالیز	
۰/۰۰۱	۰/۵۲**	۰/۰۰۱	۰/۳۷**	۰/۰۱۸	۰/۲۵*	رضایت بیمار	ابعاد عمومی کیفیت زندگی
۰/۰۰۶	۰/۲۹**	۰/۰۲۶	۰/۲۴*	۰/۲۰۷	۰/۱۳	عملکرد جسمی	
۰/۳۳۰	۰/۱۰	۰/۱۱۲	۰/۱۷	۰/۰۱۱	۰/۲۷*	ایفای نقش جسمانی	
۰/۰۴۰	۰/۲۲*	۰/۱۶۸	۰/۱۵	۰/۸۵۸	۰/۰۲۰	درد	
۰/۰۰۱	۰/۴۶**	۰/۰۰۱	۰/۴۴**	۰/۰۱۳	۰/۲۶*	سلامت عمومی	
۰/۰۰۱	۰/۵۲**	۰/۰۰۱	۰/۵۳**	۰/۰۲۳	۰/۲۴*	بهزیستی هیجانی	
۰/۰۶۶	۰/۲۰	۰/۰۲۴	۰/۲۴*	۰/۰۱۳	۰/۲۷	ایفای نقش هیجانی	
۰/۰۳۵	۰/۲۳*	۰/۰۲۴	۰/۲۴*	۰/۲۲۸	۰/۱۳	عملکرد اجتماعی	
۰/۰۰۱	۰/۵۲**	۰/۰۰۱	۰/۵۷**	۰/۱۰۵	۰/۱۷	سطح انرژی / خستگی	
۰/۰۰۱	۰/۵۴**	۰/۰۰۱	۰/۵۱**	۰/۰۰۱	۰/۳۴**	نمره کل کیفیت زندگی	

Probability Value = PV, * $P < 0/05$, ** $P < 0/01$

همه ابعاد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران هودیالیزی به‌جز مولفه تشویق کارکنان بخش دیالیز با هر دو متغیر

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ گزارش شده است، براساس ضرایب همبستگی پیرسون مشاهده شده،

که این بیماران از کیفیت زندگی بسیار پایینی برخوردارند و بیماران دیالیزی نسبت به دیگر بیماران کلیوی در تمام حوزه‌های زندگی‌شان از سطح پایین‌تری از کیفیت زندگی و سلامت روان برخوردارند (۴۲). طبق پژوهش Davison و Jhangri بیماران همودیالیزی به دلیل درد، خستگی، عدم وجود رفاه و تنگی نفس و شرایط سختی که به سبب این بیماری به وجود می‌آید، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۳۹). نتایج پژوهش Zyga و همکاران نشان داد، درد باعث کاهش کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران می‌شود و با مدیریت خدمات برای بیماران و افزایش مراقبت‌های بهداشتی باید علائم و نگرانی‌هایی که کیفیت زندگی بیماران کلیوی را تحت تأثیر قرار می‌دهد کاهش داد (۳۴). همچنین پژوهش Davison و Jhangri نشان داد، کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی به خاطر وجود علائمی مانند، درد مزمن، خستگی، رفاه پایین، کمبود خواب، نداشتن اشتها، کافی، کیفیت مراقبت پایین، خدمات نامناسب، افسردگی و صرف زمان زیاد در بیمارستان، پایین می‌باشد (۳۹). علاوه بر این، نتایج پژوهش Weisbord و همکاران نشان داد، وجود علائم روانی و جسمانی در بیماران همودیالیزی بسیار شایع است و با اختلال در کیفیت زندگی بیماران رابطه مستقیمی دارد و با نگهداری و مراقبت‌های زود هنگام می‌توان کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشید (۳۸).

بر اساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، اضطراب و افسردگی در بیماران کلیوی تحت همودیالیز بالا است که با پژوهش‌های محققین همسو می‌باشد (۴۳-۴۷، ۱۳). در پژوهش Bossola و همکاران، بی‌اشتهایی با سن و اضطراب و افسردگی بیماران رابطه معنی‌داری دارد؛ در نتیجه، هرچه افراد مسن‌تر باشند علائم افسردگی و اضطراب بیشتری در آن‌ها وجود دارد (۴۳). با توجه به یافته‌های پژوهش Hmwe و همکاران، بیماران کلیوی تحت همودیالیز به دلیل عوامل استرس‌زا فیزیولوژیکی و روانی، دچار کیفیت زندگی پایینی هستند که یکی از پیامدهای منفی بالینی

افسردگی و اضطراب رابطه معکوس معنی‌داری دارند. همچنین، بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد علائم/مشکلات، عملکرد شناختی، کیفیت تعامل اجتماعی، عملکرد جنسی، خواب، تشویق کارکنان بخش دیالیز و رضایت بیمار رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد و بین سایر ابعاد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

در ابعاد عمومی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی رابطه مستقیم معنی‌داری بین مولفه‌های ایفای نقش جسمانی، سلامت عمومی، بهزیستی هیجانی، ایفای نقش هیجانی و نمره کل کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی ادراک شده وجود دارد. همچنین بین عملکرد جسمی، سلامت عمومی، بهزیستی هیجانی، ایفای نقش هیجانی، عملکرد اجتماعی، سطح انرژی/خستگی و نمره کل کیفیت زندگی با اضطراب رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد و دیگر نتایج نشان می‌دهد بین عملکرد جسمی، درد، سلامت عمومی، بهزیستی هیجانی، ایفای نقش هیجانی، عملکرد اجتماعی، انرژی و نمره کل کیفیت زندگی با افسردگی رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد.

بحث:

هدف مطالعه حاضر بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و ارتباط عوامل روان‌شناختی موثر بر آن بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی پایین است که با یافته‌های محققین همخوانی دارد (۳۳-۴۱، ۲۵). نتایج مطالعه Lowney و همکاران نشان‌دهنده وجود کیفیت زندگی بسیار پایین در بیماران کلیوی بود (۳۳). نتایج پژوهش Ginieri-Coccosis و همکاران، نشان داد چگونگی باورهای فرد در مورد بیماری خود و بهداشت روانی یکی از عوامل کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی می‌باشد (۳۷). همچنین نتایج پژوهش Tong و همکاران، بر روی بیماران کلیوی رده‌ی سنی ۲۵-۱۲ نشان می‌دهد

به دلایل متعددی همچون مزمن بودن و ناتوانی جسمی ناشی از بیماری قابل توجه است (۵۳-۵۱).

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد، بین افسردگی با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد. این یافته بیانگر این است که علائم و نشانه‌های افسردگی در بیماران کلیوی با کاهش کیفیت زندگی در بیماران کلیوی همراه است. این نتایج با پژوهش‌های Bujang و همکاران، Preljevic و همکاران، Mollahadi و همکاران همخوانی دارد (۵۵،۵۴،۱۷)؛ همچنین، طبق مطالعه اخیر Montilla و همکاران، بیماران کلیوی سطح کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به سطح معمول دارند. نتایج پژوهش Mollahadi و همکاران نشان داد که ۶۰٪ بیماران تحت همودیالیز دچار افسردگی هستند و شیوع اضطراب افسردگی در بیماران همودیالیزی نسبت به دیگر بیماران کلیوی بیشتر است و روش‌های کنترل و پیشگیری از افسردگی، اضطراب و استرس موجب بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌شود (۵۶،۵۵). نتایج پژوهش Santos حاکی از آن است که بیماران افسرده تحت درمان همودیالیز مزمن در مقایسه با افراد غیر افسرده، کیفیت زندگی بسیار پایینی دارند، زیرا علاوه بر اینکه به‌طور مزمن در حوزه جسمی رنج می‌برند، در ابعاد ذهنی و روانی نیز مشکلاتی دارند، درحالی‌که افراد غیر افسرده کیفیت زندگی بهتری دارند (۵۷). نتایج پژوهش Montilla و همکاران نشان داد که خلق بیمار در مقایسه با تعداد و شدت علائم جسمی، پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای مولفه‌های سلامت جسمی و روانی کیفیت زندگی بیماران به حساب می‌آید (۵۶). نتایج مطالعه Lopes و همکاران نشان می‌دهد، افسردگی در بیماران همودیالیزی به شدت رواج دارد؛ اما به احتمال زیاد تشخیص داده نشده و بدون درمان باقی می‌ماند و نمره بالاتر در علائم افسردگی به میزان قابل توجه و به‌طور مستقل با ریسک بالاتری از همه انواع علل مرگ، بستری و اجتناب از دیالیز مرتبط است. استفاده نظام‌اند از ابزار غربالگری برای علائم

افسردگی، اضطراب و استرس است که در این جمعیت بسیار رایج است (۴۴)؛ همچنین پژوهش‌های هدایتی و همکاران، Chilcot و همکاران و McKercher و همکاران نشان داد، میزان شیوع افسردگی در میان بیماران کلیوی به‌ویژه بیماران همودیالیزی در حال افزایش است و طولانی شدن زمان بستری در بیمارستان و مرگ‌ومیر بالا در این بیماری از دلایل افسردگی در این بیماران محسوب می‌شود (۴۷-۴۵).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بیماران کلیوی از اضطراب بالایی برخوردار هستند که این یافته‌ها با نتایج پژوهش Bossola و همکاران، Hmwe و همکاران، Ozcan و همکاران، Salehi و همکاران، Hoyois و Ginieri-Coccosis، Jadoul و همکاران می‌باشد (۴۸-۵۰، ۴۴، ۴۳، ۳۷). Cukor و همکاران، در پژوهش خود نشان داد که اضطراب فرایندی پیچیده است که بیماران کلیوی از آن رنج می‌برند و در تشخیص‌های بالینی و غربالگری توسط روان‌پزشکان، اضطراب با افسردگی همراه می‌باشد. نتایج پژوهش Hoyois و Jadoul نشان داد که بیماران همودیالیزی از شکایت‌های جسمانی، ذهنی و پریشانی‌های روانی رنج می‌برند که موجب تغییر در سطح اضطراب و خلق‌وخوی بیماران می‌شود (۵۰). از این رو، به نظر می‌رسد ادراک بیماران همودیالیزی، تأثیر مهمی در کاهش اضطراب و تغییر در خلق‌وخوی آنان دارد و می‌تواند توانایی‌های تنظیم هیجان در بیماران همودیالیزی را تحت تأثیر قرار دهد. نتایج پژوهش Ginieri-Coccosis و همکاران نشان داد، شیوع اضطراب در بیماران همودیالیزی بیشتر از سایر بیماران کلیوی است؛ بنابراین، تشخیص سریع و دقیق مشکلات روانی بیماران همودیالیزی ضروری می‌باشد. علاوه بر این، روش‌های کنترل و پیشگیری از اضطراب در این بیماران توصیه می‌شود (۳۷). بر طبق پژوهش‌های متعدد فراوانی بالای اضطراب و دیگر اختلالات روانی در بیماران نقص مزمن کلیه (Chronic Renal Failure= CRF) و بیماران کلیوی مرحله نهایی (ESRD) به‌ویژه در بیماران دیالیزی

چنانچه فرد از حمایت اجتماعی و شبکه‌های حمایتی بزرگ‌تری برخوردار باشد، بهتر می‌تواند با شرایط سخت مقابله کند و در نتیجه، نشانه‌های اضطراب و افسردگی کاهش یافته و کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد. براساس نتایج پژوهش Karadag و همکاران لازم است با به وجود آوردن گروه‌های یاری‌رسان به‌منظور فراهم کردن برنامه‌های آموزشی برای افزایش آگاهی دادن و حمایت بیماران و خانواده‌های آنها جهت کنترل خستگی و سایر مشکلات این بیماری تلاش‌هایی صورت گیرد و با فراهم کردن خدمات مشاوره‌ای، حمایتی و آموزشی با هدف بهبود مهارت حمایت اجتماعی خانواده‌های بیماران و همچنین دوستان و افراد به ارتقا کیفیت زندگی کمک نمود (۲۳). بنابراین، تقویت شبکه‌های اجتماعی در داخل واحد همودیالیز و بین بیماران و خانواده‌های آنها می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد. علاوه بر این، با توجه به پژوهش Khalil و Abed میانگین حمایت اجتماعی پایین در مقایسه با نمرات حمایت اجتماعی بالای دیگران به دلیل میانجی‌گری نسبی حمایت اجتماعی بر نشانه‌های افسردگی در پیش‌بینی کیفیت زندگی نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند. از این رو، با افزایش حمایت اجتماعی، می‌توان کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را افزایش داده و موجب کاهش اضطراب و افسردگی آنان شد و پس از کنترل متغیرهای سن و سطح سواد، نشانه‌های افسردگی پیش‌بینی بسیار خوبی از افت کیفیت زندگی با میانجی‌گری نسبی متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده بود (۱۸). در فرا تحلیلی شامل ۸۱ مطالعه، بین عوامل روانی اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه ارتباط وجود داشت؛ در حالی که مکان مطالعه، نوع دیالیز، جنس و سن، این ارتباط را تعدیل می‌کردند (۶۶). از این رو، طبق نتایج پژوهش Khalil و Abed، مراقبت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به این بیماران مانند پرستاران باید به کسانی که سطح سواد پایین‌تر و یا شبکه اجتماعی محدودتری دارند، آگاهی‌ها و آموزش‌های بیشتری را ارائه دهند تا کیفیت زندگی آنان نسبت به

افسردگی می‌تواند به کادر درمانی و پزشکی کمک کند تا بیماران همودیالیزی نیازمند به مراقبت‌های ویژه به‌منظور بهبود کیفیت زندگی، کاهش بستری و افزایش طول بقا را بهتر شناسایی کنند (۵۸).

از سویی دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین اضطراب و کیفیت زندگی بیماران کلیوی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. پژوهش‌ها با استفاده از مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک DSM-IV شیوع بالای اختلالات اضطرابی را در بیماران تحت دیالیز گزارش کرده‌اند (۵۹،۱۷،۱۳). با وجود این، مطالعات مربوط به اختلالات اضطرابی به‌تنهایی از نظر تأثیر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دیالیزی نادر و کمیاب است (۱۷). براساس نتایج پژوهش Kimmel و همکاران و Unruh و همکاران، اختلالات اضطرابی از جمله اختلالات توام رایجی است که تقریباً در ۲۵٪ از بیماران کلیوی مرحله نهایی (ESRD) تحت درمان دیالیز وجود دارد و می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان تأثیر بگذارد (۶۰،۶۱). همچنین، نتایج پژوهش Chandrasekaran و همکاران نشان داد، بیماران کلیوی از اضطراب بالایی برخوردار هستند و چگونگی کیفیت مراقبت از بیماران همودیالیزی در بیمارستان و همچنین بستری شدن مجدد در بیمارستان بعد از پیوند کلیه موجب افزایش اضطراب در این بیماران می‌شود (۶۲).

طبق یافته‌های پژوهش حاضر بین حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی بیماران کلیوی رابطه مستقیم وجود دارد. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعات Khalil و Abed، Karadag و همکاران، Montilla و همکاران، Rambod و Rafii، Tel همخوانی دارد (۱۸،۲۳،۵۶،۶۳،۶۴). در این راستا، Kojima و همکاران، در مطالعه‌ای روی ۲۳۰ بیمار همودیالیزی به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی می‌تواند بر میزان افسردگی موثر باشد و افزایش آن موجب بهبود وضعیت کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیزی شود (۶۵).

بیماران به صورت گهگاه و با درخواست مشاوره روان پزشکی، ویزیت می کنند، ارتباط نزدیک تری با بیماران کلیوی دارند؛ بنابراین، توجه بیشتر متخصصان کلیه و مجاری ادرار و نیز پرستاران بخش دیالیز به وضعیت افسردگی و اضطراب بیماران تحت درمانشان ضروری به نظر می رسد. بیماران تحت همودیالیز مبتلا به افسردگی و اضطراب باید به عنوان در معرض خطر از نظر کیفیت زندگی در نظر گرفته شده و درمان های لازم را دریافت نمایند.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

نارسایی مزمن کلیه تأثیرات قابل توجهی در زندگی روزمره، فعالیت جسمی، نقش های اجتماعی، سلامت روانی و در نهایت کیفیت زندگی این بیماران دارد. توجه به کیفیت زندگی بیماران و عوامل روان شناختی مرتبط با آن در کنار ارائه خدمات سلامت به آنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است و باید از سوی پرستاران و کادر درمان پزشکی مورد توجه قرار گیرد. از این رو ضروری است تیم مراقبت بهداشتی به ویژه پرستاران به عنوان کسانی که بیشترین ارتباط و تعامل را با بیماران همودیالیز دارند، به علائم اضطراب و افسردگی به عنوان دو عامل روان شناختی مهم و اثرگذار در کیفیت زندگی بیماران توجه نموده و در صورت نیاز، هماهنگی لازم برای انجام مداخلات روان شناختی مناسب را صورت دهند. همچنین با توجه به نقش مهم حمایت اجتماعی ادراک شده در کیفیت زندگی این بیماران، پرستاران می توانند با ارائه این حمایت و آموزش آن به خانواده بیمار، نقش مهمی در حفظ و ارتقا کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز ایفا نمایند.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از همکاری پرسنل محترم بخش نفرولوژی بیمارستان سینا و تمامی بیماران تحت دیالیزی که در این مطالعه شرکت نمودند و صبورانه پاسخگوی سوالات بودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می شود.

کسانی که منابع حمایتی بیشتری دارند، بهبود یافته و نشانه های اضطراب و افسردگی آنان کاهش یابد (۱۸).

مطالعه حاضر محدودیت هایی نیز داشت. این پژوهش با حجم نمونه بالایی انجام نشده است، از این رو، تعمیم یافته های آن به جمعیت بزرگ تر باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، در این پژوهش از ابزار پرسشنامه استفاده شده و تحریف در یادآوری وقایع گذشته جزو معایب پرسشنامه های خود گزارشی است. به دلیل محدودیت های معمول مطالعات مقطعی، تداخل احتمالی بین افسردگی و حوزه روانی کیفیت زندگی باید مدنظر قرار گیرد. از آنجا که مطالعه حاضر از نوع همبستگی است؛ بنابراین، در استنباط روابط علت و معلولی از آن جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه به محدودیت های این مطالعه انجام تحقیقات آینده در مورد اثرات درمان افسردگی و اضطراب در بهبود کیفیت زندگی توصیه می شود.

نتیجه گیری:

شناسایی سطح کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و عوامل مرتبط با آن و همچنین تعیین راهکارهای ارتقا دهنده این عوامل با هدف پیشگیری از پیامدهای مضر و افزایش اثربخشی درمان ضرورت دارد. تقویت و افزایش حمایت اجتماعی بیماران کلیوی و آگاهی خانواده های این بیماران می تواند علائم و نشانه های افسردگی و اضطراب ناشی از پیامدهای این بیماری را تا حد امکان کاهش داده و به سازگاری بیماران کلیوی با شرایط همودیالیز کمک نموده و از این طریق کیفیت زندگی شان را ارتقا دهد. در خصوص رابطه حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران کلیوی پیشنهاد می شود، برای بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت درمان همودیالیز، میزان مراقبت پرستاری و همچنین آموزش بیماران در رأس اهداف قرار گیرد. نفرولوژیست ها نه تنها برای پیگیری عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی واجد شرایط هستند، بلکه در مقایسه با روان پزشکان که فقط این

منابع:

1. Salomo S. Experiences of men diagnosed with prostate cancer in the four northern regions of Namibia: *European Journal of Pharmaceutical and Medical Research*. 2016; 3(5): 662-73.
2. Madero M, Gul A, Sarnak MJ. Cognitive function in chronic kidney disease. *Seminars in dialysis*; Wiley Online Library. 2008; 21(1): 29-37.
3. Molsted S, Prescott L, Heaf J, Eidemak I. Assessment and clinical aspects of health-related quality of life in dialysis patients and patients with chronic kidney disease. *Nephron Clinical Practice*. 2007; 106(1): c24-33.
4. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. *Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. 12th ed. USA: Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
5. Borzou SR, Farghadani F, Oshvandi K, Gholyaf M, Mahjub H. Effect of cool dialysate on vital signs, comfort and adequacy. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2015; 25(3): 9-16.
6. Tahery N, Kamangar S, Cheraghian B, Mousavi SZ, Solaimanzadeh M. Quality of life in hemodialysis. *Journal of Knowledge and Health*, 2014; 8(13): 119-24.
7. McDowell I, Praught E. Survey measurements of emotional well-being: The health opinion survey and the Bradburn scale compared. *Canadian Journal of Public Health*. 1985; 76(4): 250-4.
8. Behrouzifar S, Zenouzi S, Nezafati M, Esmaili H. Factors affecting the patients' quality of life after coronary artery bypass graft. *Iran Journal of Nursing*. 2009; 22(57): 31-41.
9. Bompori E, Niakas D, Nakou I, Siamopoulou-Mavridou A, Tzoufi MS. Comparative study of the health-related quality of life of children with epilepsy and their parents. *Epilepsy and Behavior*. 2014; 41: 11-7.
10. Ferrans CE. Definitions and conceptual models of quality of life. *Outcomes assessment in cancer: Measures, Methods, and Applications*. 2005; 5(9): 14-30.
11. Morsch CM, Goncalves LF, Barros E. Health-related quality of life among haemodialysis patients-relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(4): 498-504.
12. Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini L. Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*. 2005; 46(5): 919-24.
13. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: A single-center study. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*. 2008; 52(1): 128-36.
14. Hedayati SS, Bosworth HB, Kuchibhatla M, Kimmel PL, Szczech LA. The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney International*. 2006; 69(9): 1662-8.
15. Shahi M, Mohammadyfar MA. Comparison of depression, anxiety, stress, quality of life, and alexithymia between people with type II diabetes and non-diabetic counterparts. *Personality and Individual Differences*. 2017; 104: 64-8.
16. Chapman Z, Shuttleworth CM, Huber JW. High levels of anxiety and depression in diabetic patients with charcot foot. *Journal of Foot and Ankle Research*. 2014; 7: 22.
17. Preljevic VT, Osthus TB, Os I, Sandvik L, Opjordsmoen S, Nordhus IH, et al. Anxiety and depressive disorders in dialysis patients: association to health-related quality of life and mortality. *General Hospital Psychiatry*. 2013; 35(6): 619-24.
18. Khalil AA, Abed MA. Perceived social support is a partial mediator of the relationship between depressive symptoms and quality of life in patients receiving hemodialysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2014; 28(2): 114-8.
19. Leon-Perez G, Wallston KA, Goggins KM, Poppendeck HM, Kripalani S, Vanderbilt Inpatient Cohort S. Effects of stress, health competence, and social support on depressive symptoms after cardiac hospitalization. *Journal of Behavioral Medicine*. 2016; 39(3): 441-52.
20. Earnshaw VA, Lang SM, Lippitt M, Jin H, Chaudoir SR. HIV stigma and physical health symptoms: Do social support, adaptive coping, and/ or identity centrality act as resilience resources? *AIDS and Behavior*. 2015; 19(1): 41-9.

21. Liu HE. Fatigue and associated factors in hemodialysis patients in Taiwan. *Research in Nursing and Health*. 2006; 29(1): 40-50.
22. Williams AG, Crane PB, Kring D. Fatigue in African American women on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2007; 34(6): 610-7.
23. Karadag E, Kilic SP, Metin O. Relationship between fatigue and social support in hemodialysis patients. *Nursing and Health Sciences*. 2013; 15(2): 164-71.
24. Jiang H, Wang L, Zhang Q, Liu DX, Ding J, Lei Z, et al. Family functioning, marital satisfaction and social support in hemodialysis patients and their spouses: Stress and health. *Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2015; 31(2): 166-74.
25. Baghaie Lake M, Rahimi S, Adib M, Kazem Nejad Leili E, Monfared A. Predictive Personal factors of quality of life in hemodialysis patient. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2015; 24(4): 9-19.
26. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52(1): 30-41.
27. Rajabi G, Hashemi-Shabani S-E. The study of psychometric properties of the Multidimensional Scale Perceived Social Support (MSPSS). *International Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 5(4): 357-64.
28. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983; 67(6): 361-70.
29. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University of Medical Sciences*. 2009; 67(5): 379-85.
30. Hays RD, Amin N, Lepage A, Carter WB, Mapes DL, Kamberg C, et al. *Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SFtm), Version 1.2: A Manual for Use and Scoring (French Questionnaire, France)*. Santa Monica (CA): RAND; 1997.
31. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of applying continuous care model on quality of life in hemodialysis patients. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2006; 13(52): 123-34.
32. Hays RD, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Carter WB. Development of the kidney disease quality of life (KDQOL) instrument. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. 1994; 3(5): 329-38.
33. Lowney AC, Myles HT, Bristowe K, Lowney EL, Shepherd K, Murphy M, et al. Understanding what influences the health-related quality of life of hemodialysis patients: A collaborative study in England and Ireland. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015; 50(6): 778-85.
34. Zyga S, Alikari V, Sachlas A, Stathoulis J, Aroni A, Theofilou P, et al. Management of pain and quality of life in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*. 2015; 16(5): 712-20.
35. Ghonemy TA, Allam HM, Elokely AM, Kadry YA, Omar HM. Chronic pain in hemodialysis patients: Role of bone mineral metabolism. *Alexandria Journal of Medicine*. 2016; 52(4): 337-42.
36. Afsar B, Kirkpantur A. Are there any seasonal changes of cognitive impairment, depression, sleep disorders and quality of life in hemodialysis patients? *General Hospital Psychiatry*. 2013; 35(1): 28-32.
37. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrology*. 2008; 9(1): 14.
38. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, Levenson DJ, Peterson RA, et al. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2005; 16(8): 2487-94.
39. Davison SN, Jhangri GS. Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2010; 39(3): 477-85.
40. Yong DS, Kwok AO, Wong DM, Suen MH, Chen WT, Tse DM. Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: A study of 179 patients on dialysis and palliative care. *Palliative Medicine*. 2009; 23(2): 111-9.

41. Aashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014; 3(3): 44-51.
42. Tong A, Wong G, McTaggart S, Henning P, Mackie F, Carroll RP, et al. Quality of life of young adults and adolescents with chronic kidney disease. *The Journal of Pediatrics*. 2013; 163(4): 1179-85 e5.
43. Bossola M, Ciciarelli C, Di Stasio E, Panocchia N, Conte GL, Rosa F, et al. Relationship between appetite and symptoms of depression and anxiety in patients on chronic hemodialysis. *Journal of Renal Nutrition*. 2012; 22(1): 27-33.
44. Hmwe NT, Subramanian P, Tan LP, Chong WK. The effects of acupuncture on depression, anxiety and stress in patients with hemodialysis: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52(2): 509-18.
45. Hedayati SS, Minhajuddin AT, Afshar M, Toto RD, Trivedi MH, Rush AJ. Association between major depressive episodes in patients with chronic kidney disease and initiation of dialysis, hospitalization, or death. *Jama*. 2010; 303(19): 1946-53.
46. Chilcot J, Davenport A, Wellsted D, Firth J, Farrington K. An association between depressive symptoms and survival in incident dialysis patients. *Nephrology, dialysis, transplantation: Official publication of the European Dialysis and Transplant Association-European Renal Association*. 2011; 26(5): 1628-34.
47. McKercher CM, Venn AJ, Blizzard L, Nelson MR, Palmer AJ, Ashby MA, et al. Psychosocial factors in adults with chronic kidney disease: Characteristics of pilot participants in the Tasmanian Chronic Kidney Disease study. *BMC Nephrology*. 2013; 14: 83.
48. Ozcan H, Yucel A, Avsar UZ, Cankaya E, Yucel N, Gozubuyuk H, et al. Kidney transplantation is superior to hemodialysis and peritoneal dialysis in terms of cognitive function, anxiety, and depression symptoms in chronic kidney disease. *Transplantation Proceedings*. 2015; 47(5): 1348-51.
49. Salehi B, Salehi M, Nsirnia K, Soltani P, Adalatnaghad M, Kalantari N, et al. The effects of selected relaxing music on anxiety and depression during hemodialysis: A randomized crossover controlled clinical trial study. *The Arts in Psychotherapy*. 2016; 48: 76-80.
50. Hoyois P, Jadoul M. Anxiety and depression in chronic hemodialysis: Some somatopsychic determinants. *Clinical Nephrology*. 2005; 63(2): 113-8.
51. Cantekin I, Tan M. The influence of music therapy on perceived stressors and anxiety levels of hemodialysis patients. *Renal Failure*. 2013; 35(1): 105-9.
52. Hou Y, Li X, Yang L, Liu C, Wu H, Xu Y, et al. Factors associated with depression and anxiety in patients with end-stage renal disease receiving maintenance hemodialysis. *International Urology and Nephrology*. 2014; 46(8): 1645-9.
53. Karamanidou C, Theofilou P, Ginieri-Coccosis M, Synodinou C, Papadimitriou G. P01-263 Anxiety, depression and health beliefs in End Stage Renal Disease (ESRD) patients. *European Psychiatry*. 2009; 24: S651.
54. Bujang MA, Musa R, Liu WJ, Chew TF, Lim CT, Morad Z. Depression, anxiety and stress among patients with dialysis and the association with quality of life. *Asian Journal of Psychiatry*. 2015; 18: 49-52.
55. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. *Journal of Critical Care Nursing*. 2010; 2(4): 9-10.
56. Montilla CMP, Duschek S, Del Paso GAR. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología*. 2016; 36(3): 275-82.
57. Santos PR. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. *Revista Brasileira De Psiquiatria*. 2011; 33(4): 332-7.
58. Lopes AA, Albert JM, Young EW, Satayathum S, Pisoni RL, Andreucci VE, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: Associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney International*. 2004; 66(5): 2047-53.

59. Preljevic VT, Osthus TB, Sandvik L, Bringager CB, Opjordsmoen S, Nordhus IH, et al. Psychiatric disorders, body mass index and C-reactive protein in dialysis patients. *General Hospital Psychiatry*. 2011; 33(5): 454-61.
60. Kimmel PL, Cohen SD, Weisbord SD. Quality of life in patients with end-stage renal disease treated with hemodialysis: Survival is not enough! *Journal of Nephrology*. 2008; 21: S54-8.
61. Unruh ML, Larive B, Chertow GM, Eggers PW, Garg AX, Gassman J, et al. Effects of 6-times-weekly versus 3-times-weekly hemodialysis on depressive symptoms and self-reported mental health: Frequent Hemodialysis Network (FHN) Trials. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*. 2013; 61(5): 748-58.
62. Chandrasekaran A, Anand G, Sharma L, Pesavanto T, Hauenstein ML, Nguyen M, et al. Role of in-hospital care quality in reducing anxiety and readmissions of kidney transplant recipients. *The Journal of Surgical Research*. 2016; 205(1): 252-9.
63. Rambod M, Rafii F. Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *Journal of nursing scholarship: An official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. 2010; 42(3): 242-9.
64. Tel H. Quality of life and social support in hemodialysis patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 27(1): 2011.
65. Kojima M, Hayano J, Tokudome S, Suzuki S, Ibuki K, Tomizawa H, et al. Independent associations of alexithymia and social support with depression in hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 63(4): 349-56.
66. Chan R, Brooks R, Steel Z, Heung T, Erlich J, Chow J, et al. The psychosocial correlates of quality of life in the dialysis population: A systematic review and meta-regression analysis. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. 2012; 21(4): 563-80.

The relationship between anxiety, depression and perceived social support and quality of life among hemodialysis patients

Sadoughi M, Hesampour F*

University of Kashan, Kashan, I.R. Iran.

Received: 12/Des/2016

Accepted: 1/Mar/2017

Background and aims: Patients suffer from chronic diseases such as hemodialysis patients may experience mental disturbances, social isolation, loneliness, helplessness, and hopelessness. It can lead to decrease quality of life and increase their need to continuing care especially receiving social support. The present study was aimed to investigate the relationship between anxiety, depression, and perceived social support, in one hand, and quality of life, in the other hand, among hemodialysis patients.

Methods: This study was a descriptive research with a correlational design that was carried out in Sina hospital in Tehran. 84 hemodialysis patients were randomly selected via randomized sampling from. The respondents filled out Zimet et al.'s Perceived Social Support Scale, Hospital Anxiety Depression Scale, and Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQOL-SF). Data were analyzed using SPSS, descriptive statistics including frequency, percentage, mean and standard deviation, and inferential tests including Pearson Product Moment Correlation, One-Way ANOVA, and Independent Samples t-test.

Results: The results indicated that the life quality of hemodialysis patients was low (46.90 ± 12.56), and anxiety (10 ± 3.22) and their depression (9.53 ± 3.25) were high. Moreover, there was a statistically significant direct relationship between their perceived social support ($r = -0.34$, $P < 0.01$) and their quality of life and a statistically significant indirect relationship between their anxiety ($r = -0.51$, $P < 0.01$) and depression ($r = -0.54$, $P < 0.01$) amount and their quality of life.

Conclusion: The findings imply that the life quality of hemodialysis patients could be improved by increasing social support, enhancing the quality of care offered by nurses and the patients' families, and also early screening of anxiety and depression among hemodialysis patients in order to develop necessary interventions.

Keywords: Kidney Patients, Hemodialysis, Social support, Anxiety, Depression, Quality of Life.

Cite this article as: Sadoughi M, Hesampour F. The relationship between anxiety, depression and perceived social support and quality of life among hemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017; 6(3): 56-71.

*Corresponding author:

Kashan University, Kashan, I.R. Iran, Tel: 00989186430390, E-mail: fatemeh.hesampour@yahoo.com