بررسی رابطه بین فراوانی و شدت علایم جسمی و روانی با کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی

زهرا طاهری خرامه[۱]، هادی زمانیان[۲*]، اعظم سادات واحدی[۳]، علی منتظری[۴]

۱. دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۲. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. بیمارستان کامکار، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۴. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، ایران، تهران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۲/۶
سال پانزدهم شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۵ صص ۲۰۰-۱۹۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۲ اسفند ۹۴]

چکیده

بیماران همودیالیزی در معرض طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار دارند که کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. با توجه به شیوع بالای علایم بیماران و عدم اطلاع از وضعیت موجود در کشورمان، این مطالعه با هدف تعیین فراوانی و شدت علایم جسمی و روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام شد. در این مطالعه‌ی مقطعی (توصیفی- تحلیلی)، ۱۰۰ بیمار تحت درمان با همودیالیز از مراکز همودیالیز بیمارستان‌های شهر قم به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس علایم دیالیز (Dialysis Symptom Index) و پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی فرم کوتاه ۳۶ سوالی (SF-36) بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، آنالیز واریانس یکطرفه، تی تست و ضریب همبستگی پیرسون در محیط نرم افزار آماری SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد. میانگین و انحراف معیار نمره کلی فراوانی و شدت علایم به ترتیب برابر با ۷/۴۲ ± ۱۸/۱۹ و ۲۳/۷۷ ± ۹۸/۸۵ بود. احساس خستگی، تحریک پذیری، بی حوصلگی و احساس عصبانیت بیشترین علایم گزارش شده توسط بیماران بودند. بیماران در بُعد کارکرد اجتماعی بیشترین نمره و در بعد محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی کمترین نمره را داشتند. نمره کل فراوانی علائم رابطه‌ی منفی معنی دار با کیفیت زندگی در تمام ابعاد داشت ($P<0/01$). اما بین شدت علایم و ابعاد کیفیت زندگی ارتباطی معنی داری یافت نشد. بر اساس نتایج مطالعه بیماران تحت همودیالیز علائم جسمی و روانی بسیاری را تجربه می‌کنند که بر کیفیت زندگی آنان تاثیر منفی می‌گذارد. شناخت، ارزیابی و درمان علایم بیماری در برنامه ریزی مراقبت موثر از بیماران می‌تواند در کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی آن ها موثر باشد.

کلیدواژه: همودیالیز، علایم جسمی و روانی، کیفیت زندگی

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه آموزش و ارتقای سلامت
تلفن: ۰۲۵۳۷۷۰۳۷۳۸
E-mail: hadi_ zamanian@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.7.9]

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه به علت بیماری زایی و مرگ و میر بالا به عنوان یک مشکل مهم سلامتی در سال‌های اخیر روند رو به رشد داشته است. تقریباً ۱۱ درصد از جمعیت بزرگسال دنیا به نارسایی مزمن کلیه مبتلاً هستند که درصد زیادی از این افراد نهایتاً به درمان‌های جایگزینی کلیه نیاز خواهند داشت. امروزه زندگی مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه با دفع مواد زاید از طریق دیالیز طولانی‌تر شده است [۱،۲]. اگر چه دیالیز باعث تخفیف علایم می شود ولی در نهایت سیر طبیعی بیماری زمینه‌ای را تغییر نداده و به طور کامل جانشین کلیه نمی‌شود و بیمار دچار برخی از مشکلات و عوارض می شود [۳]. پرفشاری خون شریانی شایع ترین مشکل بیماران مبتلا به نارسایی انتهایی کلیه است که علت اصلی آن افزایش حجم مایع است. کم خونی یکی از مشکلات عمده ی بیماران تحت درمان با همودیالیز است که موجب ضعف و خستگی و... در آن ها می‌شود [۴]. از جمله اختلالات شایع این بیماران عوارض گوارشی شامل بی اشتهایی، تهوع، استفراغ، زخم و خونریزی گوارشی و آسیت است [۵]. عدم قدرت تمرکز حواس برای مدت طولانی، تحریک پذیری و بی حوصلگی، اختلال در خواب، احساس سوزش در بدن و سندرم بی قراری پاها از جمله عوارض دیگر است [۶]. در دستگاه تولید مثل نیز اختلالاتی به وقوع می پیوندد که از آن جمله می توان به کاهش میل جنسی و اختلال در تحریک جنسی و عقیم شدن اشاره کرد. از مشکلات پوستی می توان رنگ پریدگی، کاش قوام و شکنندگی پوست و خارش را نام برد [۷]. بنابراین بیماران تحت همودیالیز مشکلات مختلف جسمانی و روانی را در ارتباط با عوارض خاص بیماری تجربه می کنند و این امر می تواند موجب کاهش کیفیت زندگی آنان شود؛ به طوری که هرچه مشکلات بیشتر باشد سطح کیفیت زندگی پایین‌تر خواهد بود [۸]. ماهیت بیماری و وضعیت اورمیک مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه و مشقت جلسات مکرر همودیالیز و تاثیر روانی، اجتماعی و شغلی وابستگی دیالیز احتمالا در بسیاری از علایم و مشکلات جسمی و روانشناختی این بیماران نقش دارند و با توجه به سیر طولانی مدت این بیماری و مشکلات ناشی از آن، ابعاد مختلف سلامت افراد مبتلا تحت تاثیر قرار می‌گیرد [۱۱-۹]. سانتوس و همکاران در سال ۲۰۱۱ در مطالعه خود بر بیماران همودیالیز در برزیل ارتباط مثبتی بین افسردگی و کیفیت زندگی پایین گزارش کردند [۱۲]. کورتیس و همکاران در بررسی خود بر روی ۲۳۸ بیمار دیالیزی شیوع بی اشتهایی ۶۱٪، کرامپ عضلانی ۲۸٪ و خستگی را ۷۶٪ گزارش کرده اند [۱۳]. در مطالعه‌ای دیگر، در سال ۲۰۰۳، بیشتر از نیمی از بیماران همودیالیزی در کانادا، تجربه‌ی درد داشتند که اثر منفی روی کیفیت زندگی داشت [۱۴]. در مطالعه‌ی کورتین و همکاران، احساس نگرانی و اضطراب ۵۲٪ و احساس غمگینی و افسردگی ۵۵٪ گزارش شده است [۱۵]. بر اساس نتایج مطالعه‌ی ویسبورد و همکاران در سال۲۰۰۲، بیشترین فراوانی مربوط به علایم خشکی پوست، خستگی، خارش و درد مفاصل بود [۱۶]. طیبی و همکاران در مطالعه‌ی خود، شیوع افسردگی و اضطراب را در بیماران همودیالیزی بالا گزارش کردند [۱۷]. شناخت و ارزیابی علایم و مشکلات بیماری اولین قدم در برنامه ریزی مراقبت موثر از بیماران همودیالیزی است و می‌تواند در کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها موثر باشد. درک ناقص بار علایم توسط مراقبان بهداشتی به ارزیابی نادرست و درمان ناقص علایم آزار دهنده در این گروه از بیماران منجر شده است. با وجود این، در کشور ما آمار دقیق و مشخصی از فراوانی و شدت علایم بیماران همودیالیزی و ارتباط آن با کیفیت زندگی موجود نیست. بر همین اساس، این مطالعه را برای بررسی فراوانی و شدت علایم جسمی و روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش کار

مطالعه توصیفی- تحلیلی حاضر، به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام شد. جامعه پژوهش، کلیه بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مراکز همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم بودند. حجم نمونه با توجه به مطالعه پایلوت ($p=0/65$ و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۰٪ و دقت ۰/۰۸) با استفاده از فرمول حجم نمونه ۹۶ نفر برآورد گردید. تعداد ۱۰۰ بیمار دارای سن بیش از ۱۵ سال به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه، حداقل دارای شش ماه سابقه همودیالیز، عدم وجود مشکلات شناختی، سابقه‌ی فوت اخیر بستگان درجه‌ی یک، ناتوانی و معلولیت، توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. پژوهشگر پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم و ارائه آن به مسئولان مراکز آموزشی درمانی، مجوزهای مورد نیاز را برای اجرای مطالعه اخذ نمود و پس از بیان اهداف، از بیماران منتخب رضایت شفاهی برای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.7.9]

شرکت در مطالعه گرفته شد. پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و اطلاعات بجز استفاده در مطالعه، بصورت محرمانه حفظ شد.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش بود که توسط پرسشگر و به روش مصاحبه تکمیل شد. بخش اول مربوط به مشخصات فردی شامل شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت، نژاد، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، تعداد بستری، تعداد دفعات بستری، و مدت زمان دیالیز بود که بر اساس اظهارات و پرونده بیمار تکمیل می‌شد. بخش دوم مقیاس علایم دیالیز (Dialysis Symptom Index) بود که جهت ارزیابی علایم رایج و مهم جسمی و روانی بیماران همودیالیزی مورد استفاده قرار گرفت [۱۸]. این پرسشنامه توسط ویسبورد در سال ۲۰۰۴ طراحی شده و شامل ۳۰ عبارت است. در این مقیاس از بیماران درواست می شود وجود هر علامت در طول یک هفته ی گذشته را با گزینه ی بله و خیر گزارش کنند. شدت هر نشانه بر اساس میزان آزاردهندگی و با استفاده از مقیاس لیکرت بین ۱ تا ۵ سنجیده می شود. علاوه بر شیوع و شدت هر علامت، دو متغیر بار کلی علایم (تعداد علامت های موجود در هر فرد) و شدت کلی علایم (میانگین شدت همه ی علامت ها در هر فرد) تعریف می شود. این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ضریب کاپای ۰/۲۳ تا ۰/۹۳ روایی و پایایی تایید شده‌ای را درجمعیت همودیالیزی در ایران دارد [۷]. در بخش سوم، کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ (SF-36) بررسی شد. SF-36 یک ابزار عمومی اندازه گیری و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی است که دارای ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت است که عبارتند از: عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، سلامت روان. هر یک از ابعاد پرسشنامه مذکور متناسب با سوالات، گزینه های مختلفی را مورد اندازه گیری قرار می‌دهد که بر حسب نیاز آن سوال از دو گزینه (بله، خیر) و لیکرتی شش گزینه‌ای را شامل می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. پایایی و روایی نسخه اصلی [۱۹] و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است [۲۰]. داده‌های این مطالعه توسط نرم افزار SPSS v.16 با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای دو، ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف‌معیار سن بیماران ۱۵/۷۲±۵۰/۴۰ بود و ۶۱/۳ درصد از ایشان را مردان تشکیل می‌دادند. ۹۵ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه ساکن شهر و ۵ درصد آنها ساکن روستا بودند. یافته‌های توصیفی مربوط به مؤلفه‌های دموگرافیک و مشخصات بیماری در جدول ۱ آمده است. میانگین و انحراف معیار نمره کلی فراوانی علایم برابر با ۷/۴۲ ± ۱۸/۱۹ با دامنه ی تغییرات بین ۳ تا ۳۰ بود. شایع ترین علایم به ترتیب شامل احساس خستگی یا فقدان انرژی (٪۸۱)، تحریک پذیری و بی حوصلگی (٪۷۴)، احساس عصبانیت (٪۷۳) ، نگرانی (٪۷۰)، احساس غمگینی (٪۷۲) و گرفتگی عضلانی (٪۶۸) بودند. بیشترین میانگین نمرات شدت علایم مربوط به اختلال در شروع خواب ۳/۶۰، نگرانی ۳/۵۲، احساس عصبانیت ۳/۵۰ و کاهش میل جنسی ۳/۵۱ بود (جدول ۲). از متغیرهای جمعیت شناختی و مشخصه‌های بیماری در این مطالعه فقط بین نمره شدت کلی علایم با مدت دیالیز ارتباط معکوس معنی داری وجود داشت. میانگین کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز در ابعاد عملکرد جسمانی ۴۳/۰۸، سلامت عمومی ۳۹/۵۴، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی ۳۰/۸۹، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی۴۵/۳۱، درد جسمانی۴۵/۵۱، نشاط ۳۷/۴۴ و سلامت روان ۴۷/۲۳ بود. بر اساس نتایج به دست آمده بیماران مورد مطالعه در بُعد کارکرد اجتماعی بیشترین نمره و در بُعد محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی کمترین نمره را داشتند. از میان مؤلفه‌های جمعیت شناختی و مشخصه‌های بیماری، مدت دیالیز ارتباط مثبت معنادار با محدودیت نقش جسمانی و عاطفی داشت؛ تعداد دیالیز ارتباط مثبت معنادار با عملکرد جسمانی و محدودیت نقش جسمانی و عاطفی داشت و تعداد بستری ارتباط منفی معنادار با سلامت عمومی داشت. علاوه برآن، از متغیرهای جمعیت شناختی سن ارتباط منفی معنادار با عملکرد جسمانی داشت. نمره فراوانی علائم آزاردهنده همبستگی مثبت و معنی‌دار با کیفیت زندگی در تمام ابعاد نشان داد ($p<0.01$)، ولی شدت علائم آزاردهنده با هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی دار نداشت (جدول ۳).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.7.9]

جدول۱: مشخصات فردی و کلینیکی نمونه های مورد مطالعه

	میانگین ± انحراف معیار
میانگین سن(سال)	۵۰/۴۰± ۱۵/۷۲
تعداد بستری	۴/۵۴± ۳/۳۹
مدت زمان دیالیز(ماه)	۳۷/۸۳± ۳۹/۱۴
جنسیت	درصد فراوانی
مرد	۵۹
زن	۴۱
وضعیت تاهل	
مجرد	۱۲
جدا شده	۲
همسر مرده	۸
وضعیت اشتغال	
خانه دار	۳۵
آزاد	۹
بیکار	۴۲
محصل	۱
کارمند	۸
روحانی	۳
میزان تحصیلات	
بیسواد	۲۹
ابتدایی	۲۸
راهنمایی	۱۶
دیپلم	۱۲
دانشگاهی	۶
اتیولوژی نارسایی کلیه	
دیابت	۳۱
فشار خون	۲۰
فشار خون و دیابت	۷
بیماری کلیوی	۸
ناشناخته	۲۰
سایر	۱۳
نژاد	
فارس	۶۵
کرد	۲
عرب	۳
ترک	۱۸
افغانی	۱۱

جدول ۲: فراوانی و شدت علایم جسمی و روانی در بیماران همودیالیزی

	فراوانی n%	شدت میانگین (انحراف معیار)
یبوست	۴۹	۱/۱۳ (۳/۰۶)
تهوع	۵۰	۲/۷۷ (۱/۰۵)
استفراغ	۳۶	۲/۵۸ (۱/۰۲)
اسهال	۳۳	۲/۶۶ (۱/۰۲)
کاهش اشتها	۵۶	۲/۸۷ (۰/۹۵)
گرفتگی عضلانی	۶۸	۳/۲۲ (۱/۱۶)
تورم پاها	۴۰	۲/۷۸ (۱/۱۸)
تنگی نفس	۴۹	۳/۰۲ (۱/۳۲)
سرگیجه	۵۰	۲/۹۱ (۰/۹۷)
احساس خستگی	۸۱	۳/۲۸ (۱/۰۹)
تکان دادن پاها	۵۳	۳/۰۷ (۱/۰۸)
بی حسی یا سوزش پاها	۵۷	۳/۲۰ (۱/۲۳)
سرفه	۵۳	۲/۸۸ (۰/۹۵)
خشکی دهان	۵۳	۲/۹۶ (۱/۰۳)
درد استخوان یا مفصل	۶۲	۳/۳۶ (۱/۱۴)
درد قفسه سینه	۴۹	۲/۹۱ (۱/۰۲)
سردرد	۵۹	۳/۱۵ (۱/۱۴)
دردهای عضلانی	۵۶	۳/۱۱ (۱/۰۸)
اختلال در تمرکز	۴۹	۲/۷۷ (۱/۰۳)
خشکی پوست	۵۶	۳/۳۸ (۱/۳۱)
خارش	۶۵	۳/۴۹ (۱/۱۷)
نگرانی	۷۰	۳/۵۲ (۱/۱۲)
احساس عصبانیت	۷۳	۳/۵۰ (۱/۱۱)
اختلال در شروع خواب	۶۰	۳/۶۰(۱/۱۰)
کم خوابی	۵۷	۳/۳۷ (۱/۱۲)
تحریک پذیری و بی حوصلگی	۷۴	۳/۴۶ (۱/۰۹)
احساس غمگینی	۷۲	۳/۳۲ (۱/۱۶)
احساس اضطراب	۶۶	۳/۳۸ (۱/۱۴)
کاهش میل جنسی	۶۰	۳/۵۱ (۱/۳۷)
اختلال در تحریک جنسی	۵۷	۳/۳۸ (۱/۴۳)
کل(انحراف معیار) میانگین	۱۸/۱۹ ± ۷/۴۲	۹۸/۸۵ ± ۲۳/۷۷

جدول۳: همبستگی بین فراوانی و شدت علایم و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی

	فراوانی علایم	p-value	شدت علایم	p-value
عملکرد جسمانی	-۰/۲۶	۰/۰۱	-۰/۰۴	۰/۶۵
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی	-۰/۴۱	۰/۰۰۱	-۰/۱۷	۰/۰۵
درد جسمانی	-۰/۳۰	۰/۰۰۴	۰/۰۱	۰/۹۳
سلامت عمومی	-۰/۲۷	۰/۰۰۸	-۰/۰۵	۰/۶۳
نشاط	-۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۰/۸۰
عملکرد اجتماعی	-۰/۲۸	۰/۰۰۶	۰/۰۲	۰/۷۸
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	-۰/۳۵	۰/۰۰۱	-۰/۱۱	۰/۲۶
سلامت روان	-۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۸۶

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.7.9]

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این مطالعه، میزان فراوانی و شدت نمرات کلی علایم جسمی و روانی بیماران همودیالیزی در حد بالایی قرار داشت و نمره فراوانی علائم آزاردهنده همبستگی مثبت و معنادار با کیفیت زندگی داشت. با وجود پیشرفت‌های درمان نارسایی مزمن کلیه، همچنان این بیماران از مشکلات عدیده‌ای رنج می برند و اکثر مطالعات موجود در این زمینه گویای شیوع به نسبت بالای علایم در بیماران همودیالیزی و تاثیر این مشکلات بر کیفیت زندگی بیماران هستند. سانتوس و همکاران در مطالعه خود بر بیماران همودیالیز در برزیل ارتباط مثبتی بین افسردگی و کیفیت زندگی پایین گزارش کردند [۱۲]. در مطالعه بلایو و همکاران علایم افسردگی و درد بیشتر با کاهش کیفیت زندگی در بیماران همراه بود [۲۱]. همچنین، تئوفیلو در مطالعه خود، بین علایم بیخوابی و بعد روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی دار یافت [۲۲] که همگی با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. در پژوهش طیبی و همکاران ۶۰/۵ ٪ بیماران همودیالیزی دچار افسردگی و ۶۳/۹٪ دچار اضطراب بودند [۱۷] و مطالعه‌ی مدانلو ۷۹/۸٪ بیماران درجه‌ای از افسردگی را تجربه کردند که با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. در بررسی کورتین و همکاران بر روی ۳۰۷ بیمار همودیالیزی فراوانی اضطراب و نگرانی ۵۲٪ و احساس غمگینی و افسردگی ۵۵٪ گزارش شده است [۱۵]. همچنین در مطالعه‌ای دیگر، شیوع افسردگی را ۵۸٪ گزارش شده است [۲۳]. والتر و همکاران در مطالعه ای که بر روی ۴۲۲ بیمار همودیالیز انجام دادند شیوع افسردگی را ۴۵٪ بیان نمودند [۲۴] که در بیماران مطالعه‌ی ما میزان شیوع علایم بالاتر است.

همچنین مطالعه‌ی ما بیشترین فراوانی علایم جسمی به ترتیب مربوط به احساس خستگی ۸۵/۳، گرفتگی عضلانی ۷۱/۶ و خارش ۶۸/۴ بود. فرانک و همکاران در بررسی خود شیوع خستگی را ۸۴٪ و کرامپ عضلانی را ۶۰٪ گزارش کردند که با کیفیت زندگی ارتباط داشت [۲۵]. همچنین در پژوهش مرکوس به طور مشابه شیوع خستگی ۸۲٪ و کرامپ عضلانی ۶۲٪ گزارش شده است [۲۶]. شیوع خارش در مطالعه‌ی کورتین بر روی ۳۰۷ بیمار همودیالیز ۷۳٪ بیان شده است [۱۵] که با مطالعه‌ی ما همخوانی دارد. هر چند علایم جسمی و روانی در مطالعه‌ی ما و در تمام فرهنگ‌ها با شیوع بالا گزارش شده است، اما میزان بروز هریک از علایم متفاوت است. علت این اختلاف در مطالعات مختلف می‌تواند احتمالا مربوط به نژاد و قومیت و تفاوت‌های فرهنگی در بیان علایم و شرایط مختلف اجتماعی و اقتصادی و نوع درمان باشد. به رغم این که در این پژوهش بیماران با تعداد علایم بیشتر به طور معنی دار کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند ولی ارتباط معنی دار از نظر آماری بین شدت علایم و ابعاد کیفیت زندگی وجود نداشت. در مطالعه‌ی دپاسکوال و همکاران، با افزایش شدت علایم جسمانی نمره کیفیت زندگی افزایش می‌یافت [۲۷]. نمونه‌گیری غیر تصادفی و حجم محدود نمونه‌ها در این مطالعه قابلیت تعمیم پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد. انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر (بیماران همودیالیزی چند استان) می‌تواند در ارتقای این محدودیت موثر باشد. علاوه بر آن پیشنهاد می‌گردد مطالعات مداخله‌ای جهت درمان علایم و مشکلات در این گروه از بیماران انجام شود. بر اساس نتایج مطالعه بیماران تحت همودیالیز علائم جسمی و روانی بسیاری را تجربه می‌کنند که بر کیفیت زندگی آنان تاثیر منفی می‌گذارد. شیوع بالای علایم و مشکلات فوق در بیماران همودیالیزی در مطالعه‌ی حاضر و ارتباط آن با کیفیت زندگی، لزوم یافتن راه کارهای علمی و عملی مناسب به منظور برخورد مناسب با علایم فوق در این گروه از بیماران را مشخص می‌نماید. شناخت، ارزیابی و درمان علایم و مشکلات بیماری در برنامه ریزی مراقبت موثر از بیماران می‌تواند در کاهش‌عوارض و بهبود کیفیت زندگی آن ها موثر باشد. همچنین آموزش رفتارهای خود مراقبتی به منظور کاهش و کنترل علائم آزار دهنده می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز کمک نماید.

سهم نویسندگان

زهرا طاهری خرامه: طراحی طرحنامه، تحلیل داده ها، تهیه و تدوین
هادی زمانیان: نظارت بر اجرای طرح، مشارکت در تدوین مقاله
اعظم السادات واحدی: همکاری در اجرای طرح
علی منتظری: نظارت علمی، ویرایش نهایی

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از طرح پژوهشی بود که توسط معاونت پژوهشی و مرکز توسعه و نظارت بر سیستم‌های تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی قم تصویب و حمایت مالی شده است. پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی، پرسنل محترم مراکز همودیالیز بیمارستان کامکار و ولیعصر و بیماران همودیالیزی شرکت کننده در این پژوهش، ابراز می‌دارند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.7.9]

منابع

1.Lucchetti G, Guilherme Camargo de Almeida L, Lamas Granero A. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address? J Bras Nefrol 2010; 32:126-130

2.Hadi N, Rahmani Z, Montazeri A. Health-related quality of life in chronic renal failure patients receiving hemodialysis. Payesh 2010; 9: 349-354

3.Purnell TS, Auguste P, Crews DC, Lamprea-Montealegre J, et al. Comparison of life participation activities among adults treated by hemodialysis, peritoneal dialysis, and kidney transplantation: a systematic review. American Journal of Kidney Diseases 2013;62:953-73

4.Kimmel PL, Patel SS. Quality of life in patients with chronic kidney disease: focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. Seminars in Nephrology 2006;26:68-79

5. Dong R, Guo ZY, Ding JR, Zhou YY, Wu H. Gastrointestinal symptoms: a comparison between patients undergoing peritoneal dialysis and hemodialysis. World Journal of Gastroenterology 2014 28;20:11370-5

6. Danquah FV, Zimmerman L, Diamond PM, Meininger J, Bergstrom N. Frequency, severity, and distress of dialysis-related symptoms reported by patients on hemodialysis. Nephrology Nursing Journal 2010;37:627-38; 639

7. Zamanian H, Taheri Kharameh Z. Translation and Psychometric Properties of the Persian Version of the Dialysis Symptom Index in Hemodialysis Patients, Nephro-Urology Monthly 2015; 7: 23152

8.Yong DS, Kwok AO, Wong DM, Suen MH, et al. Symptom burden and quality of life in end-stage renal disease: a study of 179 patients on dialysis and palliative care. Palliative Medicine 2009;23:111-9

9. Büssing A, Fischer J, Ostermann T, Matthiessen PF. Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. The International Journal of Psychiatry in Medicine 2008;38:357-72

10. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, et al. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. Kidney International 1998; 54: 245–254

11. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: Symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. American Journal of Kidney Diseases 2003; 42: 713–721

12. Santos PR. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria 2011;33:332-7

13. Curtis BM, Barret BJ, Jindal K, et al. Canadian survey of clinical status at dialysis initiation 1998–1999: A multicenter prospective survey. Clinical Nephrology 2002; 58:282-288

14. Davison SN. Pain in hemodialysis patients: Prevalence, cause, severity, and management. American Journal of Kidney Diseases 2003; 42:1239-1247

15.Curtin RB, Bultman DC, Thomas-Hawkins C, Walters BA, Schatell D. Hemodialysis patients' symptom experiences: Effects on physical and mental functioning. Nephrology Nursing Journal 2002; 29: 562, 567-74

16. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Fine MJ, et al. Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. Journal of the American Society of Nephrology2005;16:2487-94

17. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients Iranian Journal of Critical Care Nursing 2010; 2:153-156

18.Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Rotondi AJ, et al. Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the Dialysis Symptom Index. Journal of Pain and Symptom Management 2004;27:226-40

19. Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51:903-12

20. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, et al. The short form health survey (SF-36): translation validation study of the Iranian version. Quality of and Life Research 2005; 14: 875-82

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.7.9]

21. Belayev LY, Mor MK, Sevick MA, Shields AM, et al. Longitudinal associations of depressive symptoms and pain with quality of life in patients receiving chronic hemodialysis. Hemodialysis International 2014; 3:18

22. Theofilou P. Association of insomnia symptoms with kidney disease quality of life reported by patients on maintenance dialysis. Psychology, Health & Medicine 2013;18:70-8

23.al Hihi E, Awad A, Hagedorn A. Screening for depression in chronic hemodialysis patients. Mo Med 2003;100:266-268

24. Walters BA, Hays RD, Spritzer KL, Fridman M, Carter WB. Health related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. American Journal of Kidney Diseases 2002;40:1185-1194

25. Frank A, Auslander GK, Weissgarten J. Quality of life of patients with end-stage renal disease at various stages of the illness. Social Work in Health Care 2003; 38:1-27

26. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, de Haan RJ, et al. Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of The Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis (NECOSAD). Nephrol Dial Transplant 199914:1163-1170

27. Depasquale C, Pistorio ML, Corona D, Mistretta A et al. Correlational study between psychic symptoms and quality of life among hemodialysis patients older than 55 years of age. Transplantation Proceedings 2012;44:1876-8

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.7.9]

ABSTRACT

Physical and Emotional Symptoms and Quality of Life in Hemodialysis Patients

Zahra Taheri Kharameh [1], Hadi Zamanian [2*], Azam Vahedi [3], Ali Montazeri [4]

1. School of Paramedical Sciences, Qom University, Iran
2. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Kamkar Hospital, Qom University, Iran
4. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2016; 2: 193-200
Accepted for publication: 26 April 2015
[EPub a head of print-2 March 2016]

Objective (s): Hemodialysis patients suffer from physical and psychosocial symptoms that can impair quality of life (QOL). The aim of this study was to determine the relationship between physical and emotional symptoms and QOL among hemodialysis patients.

Methods: This was a cross-sectional study of 100 patients with end-stage renal disease that referred to the main hemodialysis centers, in Qum, Iran. Data was collected using a questionnaire that included three parts, socio-demographic factors, the SF-36 for measuring QOL, and the Dialysis Symptom Index (DSI). Data were analyzed using descriptive statistics and independent t-test, ANOVA, and Pearson correlation.

Results: The most commonly reported symptoms were fatigue, feeling irritable, nervous and worry. Higher scores observed for social functioning (mean =59.46), while it was lowest for role limitation due to physical problems (mean =30.89) Frequency of symptoms had significant correlation with all QOL subscales ($P<0.05$).

Conclusion: The results indicated that hemodialysis patients experience high physical and psychosocial symptoms and these symptoms affected negatively the QOL of patients. Measurement, evaluation and treatment of symptoms of patients might improve quality of life this patient population.

Key Words: burden symptom, quality of life, hemodialysis patients

* Corresponding author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Tel: 02537703738
E-mail: hadi_zamanian@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.2.7.9]