



Evaluation of Mental Health and Hope in Dialysis Patients

Sima Vadaei ¹, Mohamad Sahebalzamani ^{2,*}, Ladan Fatah Moghadam ³

¹ MSN students, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Associated professor, Department of Management, Faculty of Health, Tehran Medical Sciences Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Mohamad Sahebalzamani, Associated professor, Department of Management, Faculty of Health, Tehran Medical Sciences Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: m_szamani@yahoo.com

Received: 16 Oct 2019

Accepted: 18 Feb 2020

Abstract

Introduction: Chronic kidney failure causes many limitations for patients. Despite the effectiveness of hemodialysis, this method causes mental problems and frustration in patients. The purpose of this study was to evaluate the mental health and hope status of dialysis patients referred to teaching hospitals of Isfahan University of Medical Sciences in 2017.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study conducted at Nour and Hazrat Ali Asghar, al-Zahra, Amin, and Farabi hospitals. One hundred thirty-five dialysis patients were selected based on inclusion criteria. Demographic, mental health (SCL 90-R), and Snyder Hope Scale (SHS) questionnaires were used. Data analysis was performed using SPSS-v22 software.

Results: The mean of mental health was 162.35, and the mean of hopefulness was 39.04. Based on the results of one-way ANOVA and Tukey's post hoc test, the mental health status of patients who undergo dialysis 1 times a week and those who had less history of dialysis were significantly better than others ($P < 0.05$). Also, the mean hope of single patients was significantly higher than other patients ($P < 0.05$).

Conclusions: The findings of the study indicate an unacceptable level of mental health and hope among hemodialysis patients. The importance of these components in terms of quality of life and the degree of compliance of patients with the therapeutic orders makes it necessary to design and implement effective interventions in this regard.

Keywords: Hemodialysis Disease, Mental health, Hopefulness



بررسی سلامت روان و امیدواری بیماران دیالیزی

سیما ودائی^۱، محمد صاحب الزمانی^{۲*}، لادن فتاح مقدم^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ دانشیار گروه مدیریت، دانشکده بهداشت، علوم پزشکی تهران دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: محمد صاحب الزمانی، دانشیار گروه مدیریت، دانشکده بهداشت، علوم پزشکی تهران دانشگاه آزاد اسلامی،

تهران، ایران. ایمیل: m_szamani@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۱/۲۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۲۴

چکیده

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه فرد را با محدودیت‌های متعددی مواجه می‌نماید. علیرغم اثربخشی همودیالیز، این روش موجب مشکلات روانی و ناامیدی در بیماران می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت روان و امیدواری بیماران دیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۵ بررسی شد.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش توصیفی- مقطعی است. در بیمارستان‌های آموزشی نور و حضرت علی اصغر (ع) الزهرا، امین و فارابی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. تعداد ۱۳۵ نفر به روش نمونه گیری تصادفی از بین بیماران بر اساس معیار ورود انتخاب شدند. از فرمهای اطلاعات دموگرافیک، سلامت روان و امید آشنایدر استفاده شد. تحلیل داده‌ها با بهره گیری از نرم افزار SPSS-v22 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سلامت روان ۱۶۲/۳۵ و میانگین امیدواری برابر با ۳۹/۰۴ بوده است. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون تعقیبی توکی، وضعیت سلامت روان بیمارانی که ۱ بار در هفته دیالیز می‌شوند و افراد با سابقه دیالیز کمتر، به صورت معنی داری بهتر از سایرین بوده است ($P < 0/05$) میانگین امیدواری بیماران مجرد به صورت معنی داری بیشتر از سایر افراد بوده است ($P < 0/05$) وضعیت سلامت روان بیماران بر اساس متغیرهای تعداد دفعات و مدت زمان دیالیز دارای اختلاف معنی داری بوده است ($P < 0/05$) بین سایر متغیرها (جنس، شغل، تحصیلا، مسکن) با سلامت روان و امیدواری اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها بیانگر سطح نامطلوب سلامت روان و امیدواری در بیماران همودیالیزی است. اهمیت این مؤلفه‌ها در زمینه کیفیت زندگی و میزان تبعیت از دستورات درمانی، طراحی و اجرای مداخلات مؤثر را الزامی می‌نماید.

کلیدواژه‌ها: بیماری همودیالیز، سلامت روان، امیدواری

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

فشار خون رو به افزایش است [۴]. این حالت از نارسایی مزمن کلیه ممکن است بیمار را در آستانه مرحله انتهایی بیماری کلیه (End Stage Renal Disease) قرار دهد که طی آن ۹۰ درصد از عملکرد کلیه‌ها در فرد از بین رود [۳].

نارسایی مزمن کلیه امروزه به عنوان یک چالش فراگیر مطرح بوده و به دلیل ایجاد ناتوانی به یکی از عوامل اصلی کاهش دهنده کیفیت زندگی تبدیل شده است [۵، ۶]. میزان شیوع این بیماری در جهان ۸-۱۶ درصد برآورد شده است و در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه شیوع آن بیشتر است [۷]. دو میلیون نفر در سراسر جهان از روش همودیالیز استفاده می‌کنند. بر اساس آمارهای منتشر شده در ایالات متحده

در طی دهه‌های اخیر سیمای سلامت و بیماری دچار تغییرات محسوسی شده است و شاهد روند کاهشی بیماری‌های واگیر (Communicable Diseases) و نرخ رو به رشد بیمارهای غیر واگیر (Non-communicable Diseases) هستیم. علل مختلفی در این زمینه تأثیر گذار بوده است که می‌توان به افزایش امید به زندگی و تغییر در سبک زندگی اشاره نمود [۱، ۲]. یکی از بیماری‌های غیر واگیر شایع، نارسایی مزمن کلیه (Chronic Kidney Failure) است که در طی یک فرآیند پاتولوژیک تعداد و عملکرد نفرون ها به صورت پیشرونده کاهش می‌یابد [۳]. شیوع نارسایی‌های کلیوی تحت تأثیر افزایش جمعیت سالمند و همچنین رشد تعداد مبتلایان به دیابت و

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-مقطعی می باشد که در سال ۱۳۹۵ در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع)، الزهرا، امین و فارابی) انجام شد. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی بوده که تحت درمان به روش همودیالیز و دارای پرونده دائم در بیمارستان بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن پرونده دائمی همودیالیز، تمایل به مشارکت در مطالعه، عدم وجود علائم عقب ماندگی ذهنی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم گزارش ابتلا به استرس شدید در ۶ ماه اخیر و سپری کردن دوره حداقل ۶ ماهه از درمان به روش همودیالیز بود. تعداد نمونه های انتخاب شده در بازه زمانی انجام مطالعه و بر اساس معیارهای مذکور، ۱۳۵ نفر بود که به روش نمونه گیری تصادفی ساده و براساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب گردیدند.

از پرسشنامه سه قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک، مقیاس سلامت روان (The Symptom Checklist-90-) و مقیاس امید شنایدر (Snyder Hope Scale) جهت جمع آوری داده استفاده شد. در قسمت اول اطلاعات جمعیت شناختی بیماران، شرایط همودیالیز و وضعیت بیماری های زمینه ای مورد سؤال قرار گرفت. قسمت دوم مقیاس ۹۰ سوالی سلامت روان (SCL 90-R) بود که فرم تجدید نظر شده آن توسط دروگاتیس و کلیری (Derogatis & Clearly) در سال ۱۹۷۷ ارائه شده است [۲۸]. این آزمون ۹ بعد مختلف شامل جسمانی سازی (Somatization)، وسواس فکری-عملی (Obsessive & Compulsive Disorder)، حساسیت در روابط متقابل (Interpersonal Sensitivity)، افسردگی (Depression)، اضطراب (Anxiety)، ترس بیمارگونه (Hostility)، خصومت (Phobia)، اضطراب (Anxiety)، افکار پارانوئیدی (Paranoid Ideation) و روان پریشی (Psychoticism) را در بر می گیرد [۲۹]. هر یک از سؤالات آزمون از یک طیف پنج درجه ای میزان ناراحتی که از نمره صفر (هیچ) تا چهار (به شدت) می باشد، تشکیل شده است و لذا حداقل و حداکثر نمره حاصل از آن به ترتیب صفر و ۳۶۰ خواهد بود که نمره بیشتر بیانگر وضعیت روانی نامناسب تر است. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات متعددی بررسی و تأیید شده است [۳۰-۳۲]. مطالعه صورت گرفته بر روی ۲۰۶۹ نفر از جمعیت عمومی اکراین جهت بررسی روایی و پایایی این ابزار نشان داد که تحلیل عاملی تأیید کننده وجود ۹ بعد مختلف بوده و مدل تدوین شده از برازش مناسبی برخوردار بوده است. همچنین پایایی ابعاد مختلف آن با ضریب آلفای کرونباخ در بازه ۰/۸۲ الی ۰/۹۳ تأیید شد [۳۰]. در این پژوهش نیز پایایی مقیاس سلامت روان با محاسبه آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۶۳ تأیید گردید. قسمت سوم پرسشنامه مقیاس امید شنایدر بود. پرسشنامه امیدواری شنایدر دارای ۱۲ سؤال بوده و شیوه نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) است. حداقل و حداکثر نمره بر اساس این ابزار ۱۲ و ۶۰ بوده و هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، نشان دهنده سطح امید بیشتر در وی است [۳۳]. روایی و پایایی ابزار مقیاس امید شنایدر در مطالعاتی در داخل و خارج کشور بررسی شده و در سطح مطلوب تأیید شده است [۳۳، ۳۴].

آمریکا ۴۰۰ هزار نفر بیمار کلیوی مرحله انتهایی وجود دارد که در این میان ۳۰۰ هزار نفر از آنان به صورت دائمی نیازمند همودیالیز هستند [۸، ۹]. در سال ۲۰۱۵ میلادی ۲۴۰۰۰ بیمار دیالیزی در ایران وجود داشته است که این آمار در سال ۲۰۱۶ به ۲۹۵۰۰ نفر رسیده که نشان دهنده رشد تقریبی ۲۳ درصدی می باشد [۱۰].

در بیماران نارسایی کلیه، همودیالیز به عنوان مداخله اصلی جهت جبران کاهش عملکرد طبیعی کلیه مورد استفاده قرار می گیرد [۱۱]. درمان به روش همودیالیز جهت افزایش طول عمر، کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی ارائه می گردد. با این حال این روش منجر به بهبود عملکرد کلیه ها نشده و در درمان بیماری زمینه ای کلیه نقشی ایفا نمی کند [۱۲، ۱۳]. علیرغم اینکه درمان به روش همودیالیز باعث افزایش طول عمر و کیفیت زندگی بیماران می شود اما این روش درمانی از طرفی منجر به کاهش عملکردهای فیزیکی، روان شناختی، اجتماعی و عاطفی برای بیماران می شود. ادامه روند همودیالیز می تواند آن ها را به سمت مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی، ناامیدی، انکار و عدم پایبندی به ادامه درمان سوق دهد [۱۴-۱۶]. این مشکلات موجب قرار گرفتن افراد تحت همودیالیز در برابر انواع تنش های روزانه می گردد که باعث کاهش سلامت روان و امیدواری آن ها برای ادامه درمان و زندگی می گردد [۱۷]. شکایات مربوط به علائم روانی در این گروه از بیماران در مقایسه با سایر بیماری های مزمن نظیر دیابت و فشار خون بیشتر است [۱۸].

افسردگی یکی از مشکلات روانی شایع در بیماران همودیالیزی بوده به گونه ای که برآوردهای صورت گرفته در آمریکا و اروپا نشان می دهد که ۲۳ الی ۴۲ درصد از این افراد دارای علائم افسردگی هستند [۱۹، ۲۰]. مرور نظام مند ۱۹ مقاله چاپ شده در طی سال های ۱۳۷۸ الی ۱۳۹۲ در ایران نشان داد که شیوع افسردگی در بین ۱۸۱۲ نفر از افراد تحت درمان به روش همودیالیز، به میزان ۶۳ درصد بوده است [۲۱]. به دلیل وجود مشکلات روانی اکثر بیماران تحت همودیالیز قادر به تنظیم جلسات درمانی خود نیستند که در نهایت منجر به ناامیدی آنان از فرایند درمان می شود [۲۲]. ناامیدی یکی دیگر از علائم روانی شایع در بیماران همودیالیزی است که سبب عدم پایبندی آن ها به ادامه درمان می شود [۲۳]. امید سبب بهبود وضعیت سلامت روانی می شود، زمینه را برای افزایش دانش و آگاهی فراهم می کند و موجب برخورد منطقی با بیماری در افراد می گردد [۲۴]. بهبود امیدواری در بیماران همودیالیزی با کاهش اضطراب، استرس و افسردگی ارتباط دارد [۲۵]. بررسی صورت گرفته بر روی ۱۲۰ بیمار همودیالیزی در قزوین نشان داد که میزان امیدواری آنان در سطح متوسط قرار داشته است [۲۶]. در حالیکه بررسی ۱۴۰ بیمار در شهر زاهدان نشان داد که میانگین نمره امیدواری برابر با ۱۷/۷۷ از بازه ممکن ۱۲ الی ۳۶ بوده که نشان دهنده وضعیت پایین تر از متوسط می باشد [۲۷].

با توجه به اهمیت مقوله های سلامت روان و امیدواری و نقش تعیین کننده آن ها در بهبود کیفیت روند درمان، تداوم آن و همچنین کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز، در این مطالعه وضعیت سلامت روان و امیدواری بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار می گیرد. تا بهره گیری از نتایج آن بتواند شرایط زندگی این بیماران را بهبود ببخشد.

جدول ۱. یافته‌های دموگرافیک واحد پژوهش

متغیر	تعداد (درصد فراوانی)
جنسیت	
مؤنث	۵۴ (۴۰/۰)
مذکر	۸۱ (۶۰/۰)
وضعیت تاهل	
مجرد	۱۹ (۱۴/۱)
متاهل	۷۰ (۵۱/۸)
مطلقه/فوت همسر	۴۶ (۳۴/۱)
تحصیلات	
بیسواد	۱۲ (۸/۹)
سیکل ≤	۳۶ (۲۶/۷)
دیپلم و فوق دیپلم	۶۰ (۴۴/۴)
لیسانس ≥	۲۷ (۲۰/۰)
شغل	
بیکار	۱۸ (۱۳/۳)
آزاد	۵۰ (۳۷/۱)
کارمند	۲۲ (۱۶/۳)
بازنشسته	۱۸ (۱۳/۳)
خانه دار	۲۵ (۱۸/۵)
سایر	۲ (۱/۵)
مسکن	
شخصی	۶۴ (۴۷/۴)
رهن و اجاره	۲۹ (۲۸/۹)
اقوام	۲۵ (۱۸/۵)
سایر	۷ (۵/۲)
پیوند کلیه	
دارد	۳۷ (۲۷/۴)
ندارد	۹۸ (۷۲/۶)
تعداد دفعات دیالیز	
۱ بار در هفته	۴۳ (۳۱/۹)
۲ بار در هفته	۵۳ (۳۹/۲)
۳ بار در هفته	۳۹ (۲۸/۹)
مدت زمان دیالیز	
۶ ماه تا ۲ سال	۴۱ (۳۰/۴)
۲-۴ سال	۴۳ (۳۱/۹)
۴-۶ سال	۳۳ (۲۴/۴)
بیشتر از ۶ سال	۱۸ (۱۳/۳)
شیفت دیالیز	
صبح	۸۴ (۶۲/۲)
عصر	۵۱ (۳۷/۸)
وضعیت فعالیت بدنی	
کار در منزل	۳۵ (۲۵/۹)
کار در محیط کار	۵۱ (۳۷/۸)
کاهش فعالیت بدنی	۳۲ (۲۳/۷)
عدم فعالیت	۱۷ (۱۲/۶)
درآمد ماهیانه (تومان)	
۱ میلیون و کمتر	۵۱ (۳۷/۸)
۱ تا ۲ میلیون	۵۳ (۳۹/۲)
۲ تا ۳ میلیون	۲۱ (۱۵/۶)
بالای ۳ میلیون	۱۰ (۷/۴)

وضعیت سلامت روان و امیدواری مشارکت کنندگان به صورت جدول ۲ بوده است. میانگین سلامت روان ۱۶۲/۳۵ از بازه ممکن صفر الی ۳۶۰ بوده است. همچنین میانگین امیدواری برابر با ۳۹/۰۴ از بازه ممکن ۱۲ الی ۶۰ بوده است.

بررسی ۳۷۱ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی تهران جهت روانسنجی مقیاس امید شناسیدر نشان داد که میانگین این مقیاس دارای همبستگی منفی و معنی دار با میانگین انگیزه خودکشی و همبستگی مثبت با میانگین حمایت اجتماعی و معناداری زندگی بوده است ($P < ۰/۰۵$) پایایی مقیاس امید شناسیدر در مطالعه مذکور با برآورد آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۶ تأیید شد [۲۴]. پایایی مقیاس امید شناسیدر در این مطالعه با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۲۶ تأیید شد.

در این مطالعه پژوهشگر بعد از کسب مجوز از معاونت پژوهشی بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع)، الزهراء، امین و فارابی) جهت تکمیل پرسشنامه‌ها، محقق در روزهای معین (روزهای زوج دو بیمارستان و روزهای فرد دو بیمارستان دیگر) و در هر دو شیفت صبح و بعد از ظهر به مراکز منتخب مراجعه نموده و بعد از ارائه توضیحات به فرد دارای معیارهای ورود و کسب رضایت آگاهانه از وی، اقدام به تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه با بیمار می‌نمود. که تکمیل پرسش نامه‌ها به مدت ۲ ماه انجام گرفت. الزامات اخلاقی این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران بررسی شده و بر اساس کد اختصاصی (IR.IA.TMU.REC.1395,1374) مورد تأیید قرار گرفته است. داده‌های بدست آمده به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل گردید. از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار، فراوانی و درصد) جهت گزارش متغیرهای جمعیت شناختی و وضعیت سلامت روان و امیدواری استفاده شد. همچنین بر اساس نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف که حاکی از توزیع نرمال متغیرهای پژوهش بود ($P > ۰/۰۵$) از آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه برای بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و وضعیت سلامت روان و امیدواری در سطح معنی داری (۰/۰۵) استفاده شد. در نهایت از آزمون تعقیبی توکی جهت مشخص کردن زیر گروه‌های دارای اختلاف در مواردی که نتیجه آزمون آنالیز واریانس یکطرفه معنی دار بود، استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های مربوط به متغیرهای دموگرافیک بیماران در این مطالعه به صورت جدول ۱ بوده است. بیشترین تعداد مشارکت کنندگان مردان با ۶۰ درصد، افراد متأهل ۵۱/۸ درصد و دارندگان مدرک دیپلم و فوق دیپلم ۴۴/۴ درصد بودند. در مجموع بیشترین فراوانی مربوط به افراد با مشاغل آزاد ۳۷/۱ درصد بود و اکثر مشارکت کنندگان ۴۷/۴ درصد منزل شخصی داشتند. بیش از سه چهارم مشارکت کنندگان درآمد ماهیانه کمتر از دو میلیون تومان داشتند. در مجموع ۳۷ نفر از مشارکت کنندگان دارای سابقه پیوند کلیه بودند. بیشترین فراوانی در زمینه تعداد دفعات دیالیز در هفته و مدت زمان درمان با دیالیز به ترتیب ۲ بار در هفته و ۲ الی ۴ سال بود و اکثر مشارکت کنندگان در شیفت صبح تحت دیالیز قرار می‌گرفتند. بیشترین درصد مشارکت کنندگان در محیط کار فعالیت می‌کردند و تقریباً یک هشتم از آنان فاقد فعالیت بدنی بودند. میانگین سنی مشارکت کنندگان $48/17 \pm 13/99$ بود. تعداد مبتلایان به فشار خون و دیابت در مجموع ۱۰۰ نفر ۷۴/۰۴ درصد بود.

جدول ۲. وضعیت سلامت روان و امیدواری

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سلامت روان	۱۲۲	۲۲۳	۱۶۲/۳۵ $\pm$ ۲۳/۳۴
امیدواری	۳۲	۴۵	۳۹/۰۴ $\pm$ ۲/۷۹

در جدول ۳ نتایج آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه نشان داده شده است. بر اساس نتایج بدست آمده از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، میانگین امیدواری بیماران بر اساس وضعیت تأهل آنان دارای اختلاف معنی داری بوده است ($P < ۰/۰۰۸$) نتایج آزمون توکی در این

جدول ۳. نتایج آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه واحدهای پژوهش

آزمون	سلامت روان		امیدواری	
	آماره آزمون	سطح معنی داری	آماره آزمون	سطح معنی داری
تی مستقل				
جنسیت	۰/۰۸۱	۰/۹۳۶	۰/۳۵۰	۰/۷۲۷
پیوند کلیه	۰/۱۶۳	۰/۸۷۰	۱/۰۵۹	۰/۲۹۱
شیفت دیالیز	۰/۹۲۶ -	۰/۳۵۶	۰/۶۵۰	۰/۵۱۷
آنالیز واریانس یکطرفه				
وضعیت تأهل	۰/۲۶۱	۰/۸۵۳	۴/۱۰۹	۰/۰۰۸
سطح تحصیلات	۰/۶۵۵	۰/۶۵۸	۱/۳۲۰	۰/۲۶۰
شغل	۱/۴۱۵	۰/۲۱۴	۰/۶۰۴	۰/۷۲۶
مسکن	۲/۱۱۶	۰/۱۰۱	۰/۳۷۸	۰/۷۶۹
درآمد ماهیانه	۰/۱۵۱	۰/۹۲۹	۱/۳۳۲	۰/۲۶۷
تعداد دفعات دیالیز	۴/۸۰۵	۰/۰۱۰	۰/۰۰۹	۰/۹۹۱
مدت زمان دیالیز	۳/۵۰۹	۰/۰۱۷	۱/۱۶۶	۰/۳۲۵
وضعیت فعالیت بدنی	۰/۵۲۰	۰/۶۶۹	۱/۴۶۳	۰/۲۲۷

و Hmwe در پژوهش‌های خود ثابت کرده‌اند هر چه تعداد دفعات مراجعه برای همو دیالیز کمتر باشد سلامت روان افراد بالاتر می‌رود. در تبیین این امر می‌توان گفت انجام همودیالیز با چالش‌ها و مشکلات فراوانی برای بیماران همراه است که می‌تواند بر وضعیت روانی افراد تأثیرگذار باشد. لذا هر چه دفعات آن در طی یک مدت زمان معین بیشتر باشد، می‌تواند مشکلات روانشناختی بیشتری نیز ایجاد نماید که می‌تواند ناشی از عواملی مانند افزایش استرس مربوط به درمان، افزایش هزینه‌های اقتصادی، اضطراب، افسردگی، ناامیدی، انکار و عدم پایبندی به ادامه همودیالیز اشاره نمود. این یافته‌ها با پژوهش میرباقر آجریز و همکاران در سال ۱۳۹۴ که بر روی ۳۰۰ بیمار همودیالیزی در کاشان بود همسو نمی‌باشد [۴۲]. که در تبیین این تضاد می‌تواند بدلیل نوع جامعه و شرایط مکانی و زمانی جامعه مورد مطالعه باشد. یافته‌های پژوهش ارتباط معنی داری بین وضعیت تأهل و با امیدواری بیماران همودیالیز را نشان داد. نتایج این بخش با یافته‌های دهباشی و همکاران [۲۷] همسو می‌باشد.

همچنین یافته‌ها نشان داد میانگین امیدواری در بین بیماران همودیالیز در سطح متوسط است. این یافته پژوهش با یافته‌های پژوهش تبیبان و همکاران در سال ۱۳۹۵ [۲۶]، دهباشی و همکاران در سال ۱۳۹۳ [۲۷]، Zegarow و همکاران در سال ۱۳۹۲ [۴۳] هم سو می‌باشد. در این پژوهش‌ها نیز میزان امیدواری در بین بیماران همودیالیز متوسط و پایین‌تر از حد متوسط می‌باشد. در تبیین این امر می‌توان گفت تعداد دفعات مراجعه به مرکز همودیالیز، و شرایط جسمی و روحی نقش موثری در کاهش امید دارد. کاهش سطح امیدواری یکی از عوارض

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه به بررسی وضعیت سلامت روان و امیدواری بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان‌های نور و حضرت علی اصغر [ع]، الزهراء، امین و فارابی در اصفهان پرداخته شد. یافته‌ها نشان داد سلامت روان بیماران همودیالیزی بیمارستان‌های مورد مطالعه در حد متوسط است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های میرزایی و اکبر در سال ۱۳۹۳ [۲۱]، مهدوی در سال ۱۳۹۱ [۲۵]، رواقی در سال ۱۳۹۵ [۲۶]، Geroginni در سال ۱۳۹۶ [۳۷]، Baykan در سال ۱۳۹۰ [۳۸]، و Chen، Yargic و همکاران در سال ۱۳۸۸ [۳۹] هم سو می باشد که در پژوهش‌های خود میزان مشکلات روحی و روانی بیماران همودیالیز را متوسط و کمتر از حد متوسط اعلام کرده بودند. در تبیین این امر می‌توان گفت که کاهش توانایی در مراقبت از خود و وابستگی ناشی از آن سبب بروز علایم اضطراب، افسردگی و استرس می‌شود که می‌تواند کیفیت زندگی و انگیزه پیگیری درمان را برای بیماران همودیالیز تحت تأثیر قرار دهد.

همچنین در زمینه ارتباط سلامت روان با مشخصات دموگرافیک یافته‌ها نشان می‌دهد ارتباط معنی داری بین وضعیت سلامت روان و تعداد دفعات مراجعه برای بیماران همودیالیز وجود دارد. در پژوهش حاضر وضعیت سلامت روان افرادی که در هفته یکبار همودیالیز انجام می‌دهند بهتر از افرادی است که دفعات بیشتری این کار را انجام می دهند. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های نویدیان و همکاران در سال ۱۳۸۴ [۴۰] و Hmwe در سال ۱۳۹۳ [۴۱] همسو می‌باشد. نویدیان

در این پژوهش محدودیت‌های شامل استفاده از پرسش نامه در بررسی سلامت روان و امیدواری بیماران وجود دارد که می‌تواند در سنجش دقیق اطلاعات تأثیر بگذارد.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران با کد (IR.IA.TMU.REC.1395,1374) می‌باشد، لذا نویسندگان از کلیه مسئولان آن دانشگاه تشکر و قدردانی می‌نمایند. همچنین نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مسئولین بیمارستان‌های مورد مطالعه به لحاظ تسهیل در اجرای مطالعه سپاسگزاری کنند. در نهایت از تمامی مشارکت کنندگان در این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ گونه تعارض منافع ندارند.

References

1. Nugent R, Bertram MY, Jan S, Niessen LW, Sassi F, Jamison DT, et al. Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2018;391(10134):2029-35. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30667-6 pmid: 29627167
2. Min J, Zhao Y, Slivka L, Wang Y. Double burden of diseases worldwide: coexistence of undernutrition and overnutrition-related non-communicable chronic diseases. *Obes Rev*. 2018;19(1):49-61. doi: 10.1111/obr.12605 pmid: 28940822
3. Winnicki E, McCulloch CE, Mitsnefes MM, Furth SL, Warady BA, Ku E. Use of the Kidney Failure Risk Equation to Determine the Risk of Progression to End-stage Renal Disease in Children With Chronic Kidney Disease. *JAMA Pediatr*. 2018;172(2):174-80. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.4083 pmid: 29255845
4. Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, Neal B, Patrice HM, Okpechi I, et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *Lancet*. 2015;385(9981):1975-82. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61601-9 pmid: 25777665
5. Heo EH, Kim S, Park HJ, Kil SY. The effects of a simulated laughter programme on mood, cortisol levels, and health-related quality of life among haemodialysis patients. *Complement Ther Clin Pract*. 2016;25:1-7. doi: 10.1016/j.ctcp.2016.07.001 pmid: 27863598
6. Calia R, Lai C, Aceto P, Luciani M, Camardese G, Lai S, et al. Attachment style predict compliance, quality of life and renal function in adult patients after kidney transplant: preliminary results. *Ren Fail*. 2015;37(4):678-80. doi: 10.3109/0886022X.2015.1010989 pmid: 25687387
7. Cho MK, Shin G. Gender-based experiences on the survival of chronic renal failure patients under hemodialysis for more than 20 years. *Appl Nurs Res*. 2016;32:262-8. doi: 10.1016/j.apnr.2016.08.008 pmid: 27969040

درمان به روش دیالیز می‌باشد که خود می‌تواند پیامدهای منفی چشمگیری در کیفیت زندگی بیماران و بهداشت روانی آنان داشته باشد [۲۲]. امید به عنوان یک مکانیسم درونی قدرتمند می‌تواند انگیزه افراد جهت تلاش برای برون رفت از وضعیت کنونی را افزایش داده و با تصور شرایط بهبود بعد از بیماری، در یک رابطه هم افزایی موجب افزایش بیشتر امید در افراد خواهد شد [۴۰].

با توجه به اهمیتی که سلامت روان و امیدواری در کاهش اضطراب، افسردگی، ناامیدی و کاهش عدم پایبندی بر بیماران همودیالیزی دارد، ضروری است تا برنامه‌ای برای افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد برنامه‌هایی مانند کتاب درمانی، قصه درمانی برای بیماران همودیالیزی به منظور افزایش سطح سلامت روان و امیدواری انجام گیرد. در این راستا ضروری است تا پژوهش‌های مشابهی به منظور بهبود کیفیت زندگی برای سایر گروه‌های بیماران نیز انجام گیرد.

محدودیت‌های پژوهش

8. Garg AX, Suri RS, Eggers P, Finkelstein FO, Greene T, Kimmel PL, et al. Patients receiving frequent hemodialysis have better health-related quality of life compared to patients receiving conventional hemodialysis. *Kidney Int*. 2017;91(3):746-54. doi: 10.1016/j.kint.2016.10.033 pmid: 28094031
9. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med*. 2004;351(13):1296-305. doi: 10.1056/NEJMoa041031 pmid: 15385656
10. Ganji M, editor Statistics of kidney patients in Iran. International Congress of Nephrology, Dialysis and Transplantation; 2017; Shiraz: IJKD.
11. Soderholm J, Millbourn C, Busch K, Kovamees J, Schvarcz R, Lindahl K, et al. Higher risk of renal disease in chronic hepatitis C patients: Antiviral therapy survival benefit in patients on hemodialysis. *J Hepatol*. 2018;68(5):904-11. doi: 10.1016/j.jhep.2017.12.003 pmid: 29233630
12. Rayner HC, Zepel L, Fuller DS, Morgenstern H, Karaboyas A, Culleton BF, et al. Recovery time, quality of life, and mortality in hemodialysis patients: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis*. 2014;64(1):86-94. doi: 10.1053/j.ajkd.2014.01.014 pmid: 24529994
13. Sirich TL, Fong K, Larive B, Beck GJ, Chertow GM, Levin NW, et al. Limited reduction in uremic solute concentrations with increased dialysis frequency and time in the Frequent Hemodialysis Network Daily Trial. *Kidney Int*. 2017;91(5):1186-92. doi: 10.1016/j.kint.2016.11.002 pmid: 28089366
14. Lopes AA, Lantz B, Morgenstern H, Wang M, Bieber BA, Gillespie BW, et al. Associations of self-reported physical activity types and levels with quality of life, depression symptoms, and mortality in hemodialysis patients: the

- DOPPS. Clin J Am Soc Nephrol. 2014;9(10):1702-12. doi: 10.2215/CJN.12371213 pmid: 25278548
15. Zhang M, Kim JC, Li Y, Shapiro BB, Porszasz J, Bross R, et al. Relation between anxiety, depression, and physical activity and performance in maintenance hemodialysis patients. J Ren Nutr. 2014;24(4):252-60. doi: 10.1053/j.jrn.2014.03.002 pmid: 24788308
16. Elliott JO, Ortman C, Almaani S, Lee YH, Jordan K. Understanding the associations between modifying factors, individual health beliefs, and hemodialysis patients' adherence to a low-phosphorus diet. J Ren Nutr. 2015;25(2):111-20. doi: 10.1053/j.jrn.2014.08.006 pmid: 25282006
17. Freburger JK, Ellis AR, Wang L, Butler AM, Kshirsagar AV, Winkelmayer WC, et al. Comparative Effectiveness of Iron and Erythropoiesis-Stimulating Agent Dosing on Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Hemodialysis. Am J Kidney Dis. 2016;67(2):271-82. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.09.011 pmid: 26508682
18. Wachterman MW, McCarthy EP, Marcantonio ER, Ersek M. Mistrust, misperceptions, and miscommunication: a qualitative study of preferences about kidney transplantation among African Americans. Transplant Proc. 2015;47(2):240-6. doi: 10.1016/j.transproceed.2015.01.016 pmid: 25769556
19. Palmer S, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, et al. Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and meta-analysis of observational studies. Kidney Int. 2013;84(1):179-91. doi: 10.1038/ki.2013.77 pmid: 23486521
20. Riezebos RK, Nauta KJ, Honig A, Dekker FW, Siegert CE. The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease. Nephrol Dial Transplant. 2010;25(1):231-6. doi: 10.1093/ndt/gfp383 pmid: 19654227
21. Mirzaei M, Akbari Z. Prevalence of depression in dialysis patients in Iran (1998-2013): a systematic review and meta-analysis. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015;24(121):317-25.
22. Macaron G, Fahed M, Matar D, Bou-Khalil R, Kazour F, Nehme-Chlela D, et al. Anxiety, depression and suicidal ideation in Lebanese patients undergoing hemodialysis. Community Ment Health J. 2014;50(2):235-8. doi: 10.1007/s10597-013-9669-4 pmid: 24337520
23. Poorgholami F, Mansoori P, Montaseri Z, Najafi K. Effect of self care education with and without telephone follow-up on the level of hope in renal dialysis patients: A single-blind randomized controlled clinical trial. Int j commun based nurs midwif. 2016;4(3):256.
24. Field RM, Duffy J. Harnessing the power of hope: Happier law students to grow a healthier profession. Proctor. 2012;32(6):53-4.
25. Rahimipour M, Shahgholian N, Yazdani M. Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015;20(6):694-9. doi: 10.4103/1735-9066.170007 pmid: 26793255
26. Tabiban S, Soleimani MA, Bakhshande H, Asghary M. Effect of an illness perception-based intervention on hemodialysis patients' hope: A clinical trial study. J hayat. 2017;23(3):266-76.
27. Dehbashi F, Sabzevari S, Tirgari B. The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. Med Ethics J. 2015;9(30):77-97.
28. Derogatis LR. SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual-II for the (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Clin Psychometr Res. 1992;16(3):1-16.
29. Ardakani A, Seghatoleslam T, Habil H, Jamei F, Rashid R, Zahirodin A, et al. Construct validity of symptom checklist-90-revised (SCL-90-R) and general health questionnaire-28 (GHQ-28) in patients with drug addiction and diabetes, and normal population. Iran j publ health. 2016;45(4):451.
30. Sereda Y, Dembitskyi S. Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. BMC Psychiatry. 2016;16:300. doi: 10.1186/s12888-016-1014-3 pmid: 27561313
31. Ransom D, Ashton K, Windover A, Heinberg L. Internal consistency and validity assessment of SCL-90-R for bariatric surgery candidates. Surg Obes Relat Dis. 2010;6(6):622-7. doi: 10.1016/j.soard.2010.02.039 pmid: 20627709
32. Zalai D, Szeifert L, Novak M. Psychological distress and depression in patients with chronic kidney disease. Semin Dial. 2012;25(4):428-38. doi: 10.1111/j.1525-139X.2012.01100.x pmid: 22809005
33. Marques SC, Lopez SJ, Fontaine AM, Coimbra S, Mitchell J. Validation of a Portuguese Version of the Snyder Hope Scale in a Sample of High School Students. Journal of Psychoeducational Assessment. 2014;32(8):781-6. doi: 10.1177/0734282914540865
34. 34. 34.
35. Mahdavi A, Gorji MA, Gorji AM, Yazdani J, Ardebil MD. Implementing Benson's Relaxation Training in Hemodialysis Patients: Changes in Perceived Stress, Anxiety, and Depression. N Am J Med Sci. 2013;5(9):536-40. doi: 10.4103/1947-2714.118917 pmid: 24251271
36. Ravaghi H, Behzadifar M, Behzadifar M, Taheri Mirghaed M, Aryankhesal A, Salemi M, et al. Prevalence of depression in hemodialysis patients in Iran a systematic review and meta-analysis. Iran j kidney diseases. 2017;11(2).
37. Gerogianni G, Lianos E, Kouzoupis A, Polikandrioti M, Grapsa E. The role of socio-demographic factors in depression and anxiety of patients on hemodialysis: an observational cross-sectional study. Int Urol Nephrol. 2018;50(1):143-54. doi: 10.1007/s11255-017-1738-0 pmid: 29159509
38. Baykan H, Yargic I. Depression, Anxiety Disorders, Quality of Life and Stress Coping Strategies in Hemodialysis and Continuous Ambulatory Peritoneal

- Dialysis Patients. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2016;22(2):167-76. doi: 10.5455/bcp.20120412022430
39. Chen C-K, Tsai Y-C, Hsu H-J, Wu IW, Sun C-Y, Chou C-C, et al. Depression and Suicide Risk in Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure. Psychosomatics. 2010;51(6):528-e6. doi: 10.1016/s0033-3182(10)70747-7
 40. Navidian A, Arbabisarjou A, KIKHAI A. Frequency of mental disturbances in hemodialysis patients referred to hemodialysis ward of Khatam-Al-Anbia Hospital in Zahedan. J Guilan Univ Med Sci. 2006;15(58):61-7.
 41. Hmwe NT, Subramanian P, Tan LP, Chong WK. The effects of acupressure on depression, anxiety and stress in patients with hemodialysis: a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2015;52(2):509-18. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.002 pmid: 25468282
 42. Mirbagher-Ajorpaz N, Aghajani M, Morsae F, Zabolian Z. The Relationship between Hope and Depression-Anxiety in Patients Undergoing Hemodialysis. J Health Care. 2016;18(1):55-62.
 43. Zegarow P, Jankowska M, Sanko-Resmer J, Durluk M, Grzeszczyk M, Paczek L. Kidney transplantation does not increase the level of basic hope or life satisfaction compared with hemodialysis in patients with chronic kidney disease. Transplant Proc. 2014;46(8):2598-601. doi: 10.1016/j.transproceed.2014.08.014 pmid: 25380875