

بررسی سطح کیفیت زندگی مراقبین بیماران همودیالیزی شهرستان خوی

حسین حبیب زاده^۱، حسین جعفری زاده^۲، یوسف محمدپور^۳، پرویز کیانی^۴، خدیجه لک^۵، آرزو بهره چی^۶

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۸۸/۵/۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: کیفیت زندگی در خانواده مفهوم گسترده‌ای است و تغییرات اخیر در سیستم‌های مراقبت سلامت جهان ایجاب می‌نماید که بیماران با نیازهای مراقبتی بلند مدت و پیچیده در منزل تحت مراقبت قرار گیرند. این پژوهش به منظور بررسی سطح کیفیت زندگی مراقبین بیماران همودیالیزی انجام می‌شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی با انتخاب گروهی ۴۰ نفره از مراقبین بیماران همودیالیزی مرکز همودیالیز شهید مدنی شهر خوی به شیوه تصادفی ساده انجام گردید. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسش‌نامه خصوصیات دموگرافیک مراقبین و پرسش‌نامه کیفیت زندگی درک شده استفاده گردید. جهت سنجش روایی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوی و جهت سنجش پایایی پرسش‌نامه از روش دو نیمه کردن استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها در محیط نرم‌افزار آماری SPSS13 از آمار توصیفی، آزمون آماری کای دو و آنالیز واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: ۵۲/۵ درصد از مراقبین بیماران دارای کیفیت زندگی متوسط و پایین بوده و بیش از ۶۰ درصد از آنان از میزان مراقبت‌هایی که برای خودشان انجام می‌دادند نسبتاً ناخشنود بودند. ۸۵ درصد از مراقبین حمایت‌های جامعه را ناکافی دانسته و ۶۷/۵ درصد جای خالی تفریحات و سرگرمی را در زندگی خود لمس کرده بودند. همچنین بین میزان کیفیت زندگی درک شده توسط واحدهای مورد پژوهش با ویژگی‌های فردی آنان با استفاده از آزمون‌های آماری مربوطه (کای اسکور، آنالیز واریانس) رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید ($P > 0.05$).

بحث و نتیجه گیری: همودیالیز در سطوح مختلفی سبب کاهش کیفیت زندگی مراقبین بیماران می‌شود، لذا پرداختن به مشکلات مراقبین که از این بیماران مراقبت می‌نمایند، لازم به نظر می‌رسد تا در برنامه ریزی‌های پرستاری در کنار خود بیماران همودیالیزی به مشکلات مراقبین آن‌ها نیز توجه شود. **کلید واژگان:** کیفیت زندگی، مراقبین بیماران همودیالیزی، خانواده.

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره چهارم، ص ۱۳۵-۱۲۸، پاییز ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۵۲۳۷۸

Email: habibz_h@yahoo.com

^۱ دانشجوی دکتری دانشگاه تربیت مدرس و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

^۳ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه

^۴ کارشناس پرستاری

^۵ کارشناس پرستاری

^۶ کارشناس پرستاری

مقدمه

بیماری از جمله چالش‌هایی است که امروزه بر سر راه افراد قرار می‌گیرد و آنان را از فعالیت‌ها و زندگی عادی خود باز می‌دارد و برطرف نمودن آن، از ابعاد فردی، اجتماعی و اقتصادی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با نگاهی به منابع و گزارشات مختلف این واقعیت مشخص می‌شود که در چند سال اخیر بیماری‌های مزمن از جمله نارسائی کلیه در سطح دنیا در حال افزایش بوده و لذا تعداد بیماران تحت درمان با همودیالیز نیز از افزایش روزافزونی برخوردار هستند. در آلمان شیوع نارسائی کلیه ۷۰۰ در میلیون می‌باشد و هر ساله ۱۵۶ در میلیون به این بیماری مبتلا می‌شوند (۱).

تغییرات اخیر در سیستم‌های مراقبت سلامت جهان ایجاب می‌نماید که، بیماران با نیازهای مراقبتی بلند مدت و پیچیده در منزل و توسط اعضای خانواده تحت مراقبت قرار گیرند (۲). به‌خصوص تغییرات طب بالینی به سوی کوتاه شدن دوره اقامت در بیمارستان و پی‌گیری بیماران در جامعه و به‌ویژه مراقبت منزل - محور که هم برای مددجو و هم بیمارستان مقرون به صرفه است، پیش می‌رود (۳). اعضای خانواده به‌طور ملموسی با راه‌کارهای مراقبتی از قبیل کنترل علائم، ناتوانی، بی‌حرکتی و پوشش بیمار در تماس هستند. از سویی با وجود چنین چالش‌ها و مسئولیت‌هایی، مراقبت‌کنندگان اغلب احساس خستگی، تنهایی و شکست را بدلیل عدم حمایت، تعلیم و اطلاعات تجربه می‌نمایند (۴). بنابراین اثرات بیماری مزمن نه تنها در زندگی بیماران اختلال ایجاد می‌کند، بلکه افراد مراقبت‌کننده را نیز گرفتار می‌نماید (۵).

کیفیت زندگی مفهومی است که سلامت و عملکرد، حالات اجتماعی - اقتصادی، روانی، جنبه‌های عاطفی و معنوی، و خانواده را در بر می‌گیرد (۶). فریل^۱ تاثیر چنین ابعادی را بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان سینه اثبات نمود (۷). همچنین وایت و

فریدمن^۲ فاکتورهای مربوط به کیفیت زندگی در افرادی با بیماری جسمی مزمن را شناسایی و پیشنهاد نمودند که در نظر گرفتن این ابعاد ضروری به‌نظر می‌رسد (۸). با این وجود، کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان شامل جوانب متعددی چون وظایف و عملکردهای خانواده می‌باشد (۹). علاوه براین، برخی محققان اصطلاح کیفیت زندگی را همراه با رضایت از زندگی، سازگاری و سلامت به‌کار می‌برند (۱۰).

پارادیسو^۳ بیان می‌دارد که به علت ماهیت مزمن و درمان طولانی مدت بیماری نارسائی مزمن پیشرونده کلیه، بروز تغییراتی در عملکرد خانواده غیر قابل اجتناب می‌باشد (۱۱). اغلب مطالعات مربوط به سازگاری با همودیالیز بر روی بیمار متمرکز شده و همسران این بیماران، افرادی که با بیمار زندگی می‌کند، و کسی که به درمان‌ها کمک می‌کند، و فقدان‌ها و تغییرات بالقوه‌ای را تجربه می‌نماید مورد توجه قرار نگرفته‌اند. چرا که سازگاری با بیماری مزمن می‌تواند ضربه مهلکی بر روابط زناشویی وارد نموده و دشواری‌های تحمیل شده بر همسر می‌تواند متعدد باشد (۱۲).

مطالعه ویتزنکمپ و همکاران^۴ (۱۹۷۷)، بر روی همسران بیماران صدمات نخاعی نشان داد که همسران بازماندگان آسیب‌های طناب نخاعی نسبت به همسران سایر ناتوانایی‌ها از میزان افسردگی بالاتری رنج می‌برند ($p < 0.001$). همچنین در این مطالعه همسرانی که نقش مراقبتی داشتند در مقایسه با همسرانی که این نقش را نداشتند استرس فیزیکی، استرس عاطفی، فرسودگی، خستگی، و خشم و رنجش بیشتری را تجربه می‌کردند (۱۳). بررسی ماتسو و همکاران^۵ (۲۰۰۱)، نشان داد مراقبین بیماران همودیالیزی ممکن است احساس بار سنگینی بر دوش خود داشته باشند زیرا آن‌ها مجبورند نقش مهمی در حمایت از بیماران دیالیزی ایفا نمایند. همچنین به‌نظر می‌رسد آن‌ها بدون

² Wyatt & Friedman

³ Paradisow

⁴ Weitzenkamp et al

⁵ Matsuu et al

¹ Ferrell

توجه به این که بیماران شان از چه مشکلی رنج می‌برند، به حمایت اجتماعی بیشتری نیاز دارند (۱۴). بررسی پازیلی و همکاران^۱ (۲۰۰۴)، نشان داد که مراقبت از افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس منجر به کاهش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی مراقبین در مقایسه با جمعیت عمومی می‌شود. همچنین میزان افسردگی در مراقبین با حالات سلامت جسمی و روانی بیماران در ارتباط می‌باشد (۱۵).

هولیکی^۲ (۱۹۹۶) بیان می‌کند زندگی اجتماعی ضعیف‌تر، فشار عاطفی، و اختلالات روان‌تنی به‌طور جهانی در مراقبت‌کنندگان بیماران دیالیزی وجود دارد (۱۶). بررسی بلاسکو و سوسو^۳ (۲۰۰۲)، نشان داد که مراقبت از بیماران دیالیزی ممکن است موجب احساس فشار و اثرات مخرب بر کیفیت زندگی مراقبین باشد. حالات عاطفی مراقبت‌کنندگان (به‌خصوص در مراقبین مؤنث) و بیماران ملاک مهمی در شناسایی فشارها می‌باشد. بنابراین، حمایت اجتماعی و مداخلات روانشناختی بایستی جهت بهبود زندگی همسران و متعاقباً بیماران به اجرا درآید (۱۷).

مشکلات روان‌شناختی معمول شامل سطوح بالای افسردگی، گالانت و کونل^۴، ۱۹۹۷ (۱۸)؛ پترسون، سمپل و شاو^۵، ۱۹۹۶ (۱۹)؛ پرکنو، پترز و برانت^۶، ۱۹۹۵ (۲۰)؛ یی و شولز^۷، ۲۰۰۰ (۲۱)، احساسات منفی از قبیل گناه و شرمندگی، پترسون و همکاران، ۱۹۹۶ (۱۹)، اضطراب، چولز، ایراین و بوکوالا^۸، ۱۹۹۵ (۲۲)، نامیدی پرکنو و همکاران، ۱۹۹۵ (۲۰) و استرس، گود، هالی و رت^۹ ۱۹۹۸ (۲۳) می‌باشند. مراقبت‌کنندگان به‌طور متفاوتی بر اساس خصوصیات خودشان و بیماران‌شان تحت تاثیر

قرار می‌گیرند. به‌عنوان مثال، مشخص شده است که مراقبین مؤنث در مقایسه با مردان به میزان بیشتری دیسترس روانی را تجربه می‌نمایند پروداتی و لوسکومب^{۱۰}، ۱۹۹۸ (۲۴)؛ دونالدسون، تاریر و برنس^{۱۱}، ۱۹۹۸ (۲۵). عواقب جسمی مربوط به ارائه مراقبت شامل تغییر وزن، اختلال ایمنی، پترسون و همکاران، ۱۹۹۶ (۱۹)، افزایش میزان مصرف دخانیات، الکل و پرخوری، گالانت و کونل^{۱۲}، ۱۹۹۷ (۱۸) و کلاً سلامت ضعیف‌تری نسبت به غیر مراقبت‌کنندگان، کونل^{۱۳}، ۱۹۹۴ (۲۶)؛ وینسلو^{۱۳}، ۱۹۹۷ (۲۷) می‌باشند. علاوه بر سلامت روانی، طبیعت بیماری بیماران به‌طور متفاوتی مراقبت‌کنندگان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲۸).

پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه بیماران همودیالیزی ابراز می‌دارند که همودیالیز نه تنها تمامی مشکلات بیماران را حل نکرده بلکه موجب بروز چالش‌هایی در ابعاد مختلف کیفیت زندگی از جمله روابط بین فردی، روابط زناشویی، خانواده و... می‌شود. در ایران الگویی با عنوان مدل مراقبت‌پی‌گیر توسط احمدی (۱۳۸۰) طراحی و ارزیابی شده است. این الگو مددجو را به‌عنوان عامل مراقبت پی‌گیر و تاثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی نموده و هدف از پی‌گیری در این پژوهش برقراری و ایجاد یک رابطه مراقبتی مستمر و پویا جهت افزایش آگاهی و عملکرد فرآیند مراقبتی موثر و به‌دنبال آن ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیماران مددجویان است. منظور از رابطه مراقبتی مستمر و موثر ارتباط متعامل، متقابل و پویایی است که بین پرستار، بیمار و خانواده او برقرار شده و در این برقراری هم کیفیت رابطه مراقبتی و هم محتوی، روش و ماهیت خدمات ارائه شده مورد توجه قرار می‌گیرد (۲۹). رویکردها و نگاه مدل مراقبت پی‌گیر عبارتند از: پویایی/انعطاف‌پذیری، بیمار/خانواده محور، توجه به نتیجه، توجه

¹ Pozzilli et al

² Holicky

³ Belasco & Sesso

⁴ Gallant & Connell

⁵ Patterson, Semple & Shaw

⁶ Pruchno, Peters & Burant

⁷ Yee & Schulz

⁸ Schulz, O'Brien & Bookwala

⁹ Goode, Haley & Roth

¹⁰ Brodaty & Luscombe

¹¹ Donaldson, Tarrir & Burns

¹² Connell

¹³ Winslow

به وضع موجود/مطلوب، تفکر محور، توانمندساز/خودقادر ساز، جامع نگر، مشارکت محور و خود مسئولی/خود استقلالی.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی جهت تعیین میزان کیفیت زندگی همسران بیماران همودیالیزی بوده که با انتخاب گروه ۴۰ نفره از همسران بیماران همودیالیزی مرکز همودیالیز شهر خوی انجام گردید. نمونه‌گیری به شیوه تصادفی صورت گرفت، به طوری که ۶۰ نفر از افراد شرایط نمونه پژوهش را دارا بوده و نمونه‌گیری بر اساس جدول اعداد تصادفی انجام و ۴۰ نفر از مراقبین بیماران بعنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که در سه بخش تنظیم شده بود. بخش اول مربوط به خصوصیات مراقب شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد اعضای خانواده، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، سطح درآمد، پوشش بیمه‌ای و وضعیت سرپرستی خانواده بوده است. بخش دوم مربوط به خصوصیات بیمار شامل سن، شغل، میزان تحصیلات، سابقه شروع بیماری، مدت زمان شروع دیالیز و تعداد دیالیز در هفته بوده است. بخش سوم پرسش‌نامه کیفیت زندگی درک شده جهت سنجش میزان کیفیت زندگی همسران مشتمل بر چهار بعد جسمی (۵ سوال)، اجتماعی (۱۱ سوال)، شناختی (۲ سوال)، تغذیه‌ای (۱ سوال) و یک سؤال جهت سنجش میزان شادی تنظیم شده بود که به هر گزینه امتیاز صفر تا ده تعلق می‌گرفت. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها، روش اعتبار محتوی به کار برده شده است. بدین صورت که ابتدا پس از مطالعه در زمینه کیفیت زندگی همسران، ابزار مورد نظر که یک ابزار استاندارد می‌باشد انتخاب و ترجمه گردید، سپس جهت تعیین اعتبار محتوی ابزار به ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها ارائه شد و در نهایت نظرات اصلاحی و پیشنهادی آن‌ها

جمع‌آوری و بر اساس پیشنهادات اساتید ابزار گردآوری اطلاعات معتبر گردید. برای تعیین پایایی ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، از روش پایایی دونیم کردن و آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد، که میزان آلفای بدست آمده ۰/۹ حاکی از پایایی ابزار مورد نظر می‌باشد. پس از تعیین اعتبار و اعتماد علمی پرسش‌نامه‌ها و انتخاب نمونه‌های پژوهش، و به دنبال معرفی و توجیه اهداف و روش کار برای مددجویان و خانواده آن‌ها، پرسش‌نامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی توسط نمونه‌ها تکمیل شد. کل امتیاز هر یک از واحدهای مورد پژوهش به طور جداگانه محاسبه و جمع‌بندی گردید و میزان نمره کیفیت زندگی هر یک از واحدهای پژوهش بر اساس ۱۰۰ بدست آمد و سطح کیفیت زندگی در یکی از سه دسته ضعیف، متوسط و خوب تقسیم‌بندی گردید. پس از تست متغیرها با آزمون برازندگی کولموگروف-اسمیرنوف و حصول اطمینان از برخورداری داده‌ها از توزیع نرمال، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS (13.0) و شاخص‌های آمار توصیفی، آزمون آماری کای دو و آنالیز واریانس استفاده گردید.

یافته‌ها

نمونه‌های مورد پژوهش ۴۰ نفر بوده که از این میان ۶۰ درصد مونث و ۴۰ درصد مذکر بودند و میانگین سنی آنان ۴۳/۸۳ درصد بود. همگی متاهل و دارای فرزند بودند. ۶۰ درصد بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی بودند. از لحاظ شغلی ۵۲/۵ درصد نمونه‌های پژوهش خانه‌دار بودند و ۵۵ درصد آنان سطح درآمد خانواده را ضعیف گزارش کردند. ۵۷/۵ درصد از بیماران در خانواده‌هایی با اعضای بیش از ۵ نفر زندگی می‌کردند. منبع حمایتی ۶۲/۵ درصد بیماران بیمه‌های درمانی، ۱۲/۵ درصد کمیته امداد امام خمینی و بقیه ۳۵ درصد تحت پوشش انجمن حمایت از بیماران دیالیزی بودند.

جدول شماره (۱): توزیع نمونه‌های مورد پژوهش بر حسب خصوصیات دموگرافیک

درصد	تعداد	سطوح متغیر		درصد	تعداد	سطوح متغیر	
		نام متغیر	سطوح متغیر			نام متغیر	سطوح متغیر
۳۳/۳	۱۲	بی‌سواد	سطح سواد	۵۰	۱۸	مرد	جنسیت
۳۸/۹	۱۴	ابتدائی		۵۰	۱۸	زن	
۱۹/۵	۷	متوسطه		۰	۰	خوب	سطح درآمد
۸/۳	۳	عالیه	۳۳/۳	۱۲	متوسط		
۴۴/۴	۱۶	خانه‌دار	شغل	۶۶/۷	۲۴	ضعیف	
۱۹/۴	۷	کارمند		۳۳/۳	۱۲	۲۰-۳۹	سن
۱۹/۴	۷	آزاد		۴۱/۷	۱۵	۴۰-۵۹	
۱۶/۷	۶	کارگر		۲۵	۹	۶۰ و \geq	

مراقبین بیماران دارای کیفیت زندگی متوسط و پایین بوده و بیش از ۶۰ درصد از آنان از میزان مراقبت‌هایی که برای خودشان انجام می‌دادند نسبتاً ناخشنود بودند. ۸۵ درصد از مراقبین حمایت‌های جامعه را ناکافی دانسته و ۶۷/۵ درصد جای خالی تفریحات و سرگرمی را در زندگی خود لمس کرده بودند. همچنین ۳۵ درصد از مراقبین بیان داشتند زندگی معنی‌دار و هدفمندی ندارند. در نهایت ۴۷/۵ مراقبین بیماران دیالیزی میزان خوشحالی خود را کم، ۳۵ درصد زیاد و بقیه سطوح متوسطی از خوشحالی را ذکر نمودند.

همچنین یافته‌ها نشان دادند، ۸۵ درصد بیماران دارای تحصیلات ابتدایی و زیر ابتدایی. اکثر بیماران در ۱۰ سال اخیر مجبور به دیالیز شده اند به طوری که ۳۷/۵ درصد آن‌ها سابقه یک ساله دیالیز، ۲۲/۵ درصد سابقه ۲ ساله و ۴۰ درصد سابقه بیش از ۲ سال را ذکر کردند. ۱۷/۵ درصد از بیماران دو بار در هفته ۷۵/۵ درصد سه بار در هفته و ۷/۵ درصد چهار بار در هفته دیالیز می‌شدند.

در بررسی‌های به عمل آمده مشخص گردید ۵۲/۵ درصد از

جدول شماره (۲): مقایسه میانگین امتیازات ابعاد چهارگانه، شادی و امتیازات کلی کیفیت زندگی همسران قبل و بعد از اجرای مداخله

سطح معنی داری	t	انحراف معیار	میانگین	یافته‌ها	
				کیفیت زندگی	کیفیت زندگی
۰/۰۰۰	-۹/۵	۱۴/۲	۲۷/۹	قبل	جسمی
				بعد	۳۱/۴
۰/۰۰۰	-۱۲/۶	۲۶/۷	۵۷/۶	قبل	اجتماعی
				بعد	۶۶/۸
۰/۰۰۰	-۷/۴	۶/۳	۱۲/۷	قبل	شناختی
				بعد	۱۴/۷
۰/۰۰۳	-۳/۲	۳/۵	۶	قبل	تغذیه‌ای
				بعد	۶/۴
۰/۰۰۱	-۳/۵	۲/۸	۴/۷	قبل	شادی
				بعد	۵/۳
۰/۰۰۰	-۱۴/۹	۲۳/۴	۵۴/۹	قبل	میانگین کل
				بعد	۶۴/۸
					امتیازات

همچنین بین میزان کیفیت زندگی درک شده توسط واحدهای مورد پژوهش با ویژگی‌های فردی (سن، جنس، سطح درآمد، سطح تحصیلات، سطح سواد و شغل) آنان با استفاده از آزمون‌های آماری مربوطه (کای اسکوئر، آنالیز واریانس) رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

به قول ارسطو خوشحالی (کیفیت زندگی مطلوب)، حالتی خاص از فعالیت‌های شریف روح بوده و نعمتی خدادادی است. بنابراین انتظار می‌رود انسان خوشحال خوب زندگی کند و خوب گام بردارد (۳۰). توجه به اثرات بیماری مزمن بر اعضای خانواده مهم است چرا که سلامت جسمی و روانی مراقبت‌دهندگان در خانواده به‌طور بالقوه بر سلامت، آسایش و توانبخشی موفقیت‌آمیز بیماران با بیماری مزمن موثر است (۵).

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که کیفیت زندگی مراقبین بیماران دیالیزی جز در حیطه روابط اجتماعی در محدوده ضعیف می‌باشد. بنابراین با توجه به این که مطالعات موجود مراقبت و حمایت از مراقبت‌کنندگان مددجویان بیماری مزمن را از جوانب جسمی، روانی، اجتماعی (به‌خصوص مختل شدن زندگی اجتماعی و خانوادگی) و افزایش استرس و اضطراب خاطر نشان می‌سازند (۳۲، ۳۱، ۳۳)، لزوم توجه و رفع چالش‌های موجود برای این قشر محسوس و ضروری به نظر می‌رسد.

مطالعه بلاسکو و سسو (۲۰۰۲) که با هدف بررسی مشکلات و کیفیت زندگی مراقبت‌کنندگان بیماران همودیالیزی انجام شد، نشان داد که همسران بیماران مبتلا به مرحله انتهایی بیماری کلیه در مقایسه با جمعیت عمومی از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. به‌طوری‌که کیفیت زندگی این مددجویان در ابعاد جسمی، سلامت روانی و سرزندگی به شدت تحت تاثیر قرار گرفته بود (۱۷).

نتایج مطالعه برومند (۱۳۷۳) که به منظور بررسی تاثیر آموزش به والدین کودکان تحت درمان با همودیالیز، بر رعایت رژیم درمانی کودک، در بیمارستان مرکز طبی کودکان شهر تهران انجام شده است نشان داد که آموزش به والدین، بر سطح نیتروژن اوره خون و سطح پتاسیم سرم کودکان واحدهای مورد پژوهش موثر است ($P < 0/05$) ولی بر سطح سایر متغیرها (کلسیم، فسفر، حاصل کلسیم - فسفر، درصد افزایش حاد وزن بین دو جلسه دیالیز و فشارخون دیاستولیک کودکان واحدهای مورد پژوهش) بی‌تاثیر است (۳۴).

بررسی کمپیل و همکاران^۱، ۲۰۰۴، در بیماران مبتلا به سرطان پروستات نشان داد که عوارض مربوط به درمان سرطان پروستات موجب اختلال عملکرد جسمی و نیز روانی - اجتماعی می‌گردد. همسران بیماران نیز از این اثرات مصون نبوده و با مطالبات بیماران از قبیل کمک به بیمار جهت سازگاری و تطابق با عوارض درمان و فراهم نمودن حمایت مواجهه می‌باشند (۳۵).

درک و تعمق در نگرش‌ها، صفات، و ویژگی‌های روانی بیماران و مراقبت‌کنندگان آنان در برنامه‌ریزی و فراهم نمودن مداخلات درمانی موثر و کارآ با هدف ارتقاء کیفیت زندگی هر دو گروه حائز اهمیت می‌باشد (۳۶). با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر می‌توان نتیجه گرفت که همودیالیز در سطوح مختلفی سبب کاهش کیفیت زندگی مراقبین بیماران می‌شود، به‌طوری‌که تهیه برنامه‌های مراقبتی برای افزایش کیفیت زندگی این مددجویان لازم می‌باشد. لذا می‌توان اذعان نمود که توجه به نیازهای مراقبتی در سایر مراقبین بیماران مزمن می‌تواند بر کیفیت زندگی آنان نتایج مثبتی داشته باشد.

تقدیر و تشکر

از همکاری کلیه مددجویانی که صادقانه در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، و همچنین از پرستاران بخش همودیالیز

¹ Campbell et al

بهداست خوی در انجام این پژوهش، سپاسگزاری می‌گردد.

بیمارستان شهید مدنی خوی خانم ابراهیمی و سایر پرسنل بخش

مذکور و همچنین از حمایت‌های معنوی مسئولین محترم شبکه

References

1. Franke G, Reimer J, Philipp T. Aspects of quality of life through end-stage renal disease. *Qual Life Res* 2003; 12: 103-15.
2. Canam C, Acorn S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehab Nurs* 1999; 24: 192-6.
3. Moalosi G, Floyd K, Phatshwane J. Cost-effectiveness of home-based care versus hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: S80-5.
4. Rorer E. United hospital fund study finds changes in nation's health care system place daunting new burdens on 25 million unpaid family caregivers who provide nearly \$ 200 billion in essential services. New York: New York Co; 1998:200.
5. Han B, Haley WE. Family care giving for patients with stroke: review and analysis. *Stroke* 1999; 30: 1478-85.
6. Ferrans C. Quality of life: conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing. J Psychosoc Oncol* 1990, 6:248-54.
7. Ferrell B. The quality of lives. *Oncol Nurs Forum* 1996, 23:909-16.
8. Wyatt G, Friedman LL. Long-term female cancer survivors: quality of life issues and clinical implications. *Cancer Nurs* 1996; 19: 1-7.
9. Edwards B, Ung L. Quality of life instruments for caregivers of patients with cancer: a review of their psychometric properties. *Cancer Nurs* 2002; 25: 342-9.
10. Lim J, Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health Qual Life Out* 2004; 2(50): 1-9.
11. Paradiso C. The dialysis patient, the family, and the home health nurse. *Home Healthc Nurs* 1986; 4(4):26-34.
12. Friesen D. A descriptive study of home hemodialysis spouses. *Dial Transpl* 1997; 26(5): 310-25.
13. Weitzenkamp DA, Gerhart KA, Charlifue SW. Spouses of spinal cord injury survivors: the added impact of care giving. *Arch of Phys Med Rehab* 1997; 78(8): 822-7.
14. Matsuo K, Washio M, Arai Y. Depression among caregivers of elderly patients on chronic hemodialysis. *Hukuoka Acta Medica* 2001; 92(9): 319-25.
15. Pozzilli C, Palmisano L, Mainero C. Relationship between emotional distress in caregivers and health status in persons with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004; 10(4): 442-6.
16. Holicky R. Caring for the caregivers: the hidden victims of illness and disability. *Rehab Nurs* 1996; 21(5): 247-52.
17. Belasco AG, Sesso R. Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2002; 39(4): 805-12.
18. Gallant MP, Connell CM. Predictors of decreased self-care among spouse caregivers of older adults with dementing illnesses. *J Aging Health* 1997; 9: 373-95.
19. Patterson TL, Semple SJ, Shaw WS. Researching the caregiver: family members who care for olderpsychotic patients. *Psychiatr Ann* 1996; 26: 772-84.

۲۹. احمدی ف. طراحی و ارزیابی مدل مراقبت‌پی‌گیر در کنترل بیماران مزمن عروق کرونر. پایان‌نامه دوره دکتری در رشته آموزش پرستاری، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، ۱۳۸۰.
۳۰. پارسائیان ن. بررسی کیفیت زندگی نوجوانان تحت درمان با همودیالیز در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۵.
۳۱. Jones DAS, Peters TJ. Caring for elderly dependents: effects on the carer's quality of life. *Age Ageing* 1992; 21: 421-8.
۳۲. Northhouse L, Swain C. Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nurs Res* 1987; 36: 221-5.
۳۳. Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet* 1999; 354: 1435-9.
۳۴. برومند س. بررسی تاثیر آموزش به والدین کودکان تحت درمان با همودیالیز بر رعایت رژیم درمانی کودک در بیمارستان مرکز طبی کودکان شهر تهران در سال ۱۳۷۳. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۴.
۳۵. Campbell LC, Keefe FJ, McKee DC. Prostate cancer in African Americans: relationship of patient and partner Self-efficacy to quality of life. *J Pain Symptom Manag* 2004; 28(5): 433-44.
۳۶. Trail M, Nelson ND, Van JN. A study comparing patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers on measures of quality of life, depression, and their attitudes toward treatment options. *J Neurolog Sci* 2003; 209: 79-85.
20. Pruchno RA, Peters ND, Burant CJ. Mental health of coresident family caregivers: Examination of a two-factor model. *J Gerontol Psychol Sci* 1995; 50B: 247-56.
21. Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *Gerontologist* 2000; 40: 147-64.
22. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia care giving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist* 1995; 35: 771-91.
23. Goode KT, Haley WE, Roth DL. Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychol* 1998; 17: 190-8.
24. Brodaty H, Luscombe G. Psychological morbidity in caregivers is associated with depression in patients with dementia. *Alz Dis Assoc Disord* 1998; 12: 62-70.
25. Donaldson C, Tarrrier N, Burns A. Determinants of care stress in Alzheimer's disease. *Internal J Geriatr Psychiatr* 1998; 13: 248-56.
26. Connell CM. Impact of spouse care giving on health behaviors and physical and mental health status. *Am J Alz Dis* 1994; 9: 26-36.
27. Winslow BW. Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Res Nursing Health* 1997; 20: 27-37.
28. Bond MJ, Clark MS, Davies S. The quality of life of spouse dementia caregivers: changes associated with yielding to formal care and widowhood. *Soc Sci Medicine* 2003; 57: 2385-95.