

ارزیابی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی دارای خارش اورمیک با گذری بر دیدگاه‌های طب ایرانی

زمینه و هدف: خارش یکی از مشکلات شایع بیماری‌های مزمن کلیوی است. تداوم روش‌های درمانی مختلف ضمن افزایش طول عمر بیماران باعث تغییراتی در شیوه‌ی زندگی، وضعیت سلامتی و نهایتاً کیفیت زندگی آنان می‌شود. شناخت ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران، باعث ارائه‌ی خدمات بهتر توسط کادر درمانی و عاملی برای ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. هدف این مطالعه ارزیابی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی دارای خارش اورمیک در شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ با گذری بر دیدگاه‌های طب ایرانی بود.

روش اجرا: مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی حاضر بر روی ۵۲ بیمار انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و سؤالات دموگرافیک پژوهشگر ساخته انجام و تحلیل داده‌ها توسط نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران ۵۱/۷۳ سال و میانگین مدت دیالیز آن‌ها ۴۱/۴۲ ماه بود. نمره‌ی کلی کیفیت زندگی بیماران ۵۶ بود. کمترین و بیشترین نمره، در ابعاد جسمی و محیطی دیده شد. بین برخی ابعاد کیفیت زندگی با متغیرهای هموگلوبین و کراتینین، ارتباط آماری معنادار معکوس و با سن، بیماری‌های دیابت، فشارخون و چربی خون ارتباط آماری معنادار مستقیم وجود داشت ($P < 0.005$).

نتیجه‌گیری: سطح کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی پایین‌تر از بقیه‌ی افراد بوده و عوامل متعددی می‌تواند باعث ارتقای آن شود. توجه خاص به ویژگی‌های فردی بیماران دیالیزی از نظر مزاج‌شناسی می‌تواند در پیش‌بینی نیازهای اساسی آنان کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: بیماری‌های مزمن کلیه، خارش اورمیک، کیفیت زندگی، همودیالیز، طب ایرانی، KDQOL-SF

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۰۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۲۸

پوست و زیبایی؛ پاییز ۱۳۹۸، دوره‌ی ۱۰ (۳): ۱۷۰-۱۸۰

سیدمجید غضنفری^۱

دکتر جمشید جمالی^۲

دکتر آزاده ساکی^۳

دکتر محمدرضا نورس^۱

دکتر روشنک سالاری^۴

دکتر علی خرسند وکیل‌زاده^۵

دکتر فرزانه شریفی‌پور^{۱و۶}

۱. گروه طب ایرانی، دانشکده‌ی طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. گروه علوم دارویی در طب ایرانی، دانشکده‌ی طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۵. گروه طب مکمل و چینی، دانشکده‌ی طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۶. مرکز تحقیقات عوارض پیوند کلیه، بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده‌ی مسئول:

سیدمجید غضنفری

مشهد، میدان آزادی، دانشکده‌ی طب ایرانی و مکمل

پست الکترونیک:

everlastingmajid@gmail.com

تعارض منافع: اعلام نشده است

مقدمه

دنیا یکی از مشکلات عمده‌ی سلامت عمومی محسوب

روند افزایشی بیماری‌های مزمن کلیوی در سراسر

درک فرد از وضعیت زندگی خود در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق فرد تعریف می‌کند.^۱ عوامل مختلفی نظیر سن، جنس، سطح تحصیلات، مذهب، سلامت جسمی و روانی و اجتماعی، تأهل، ویژگی‌های فردی، میزان درآمد اقتصادی، سابقه‌ی بیماری‌های قبلی و مصرف داروها در تعیین کیفیت زندگی افراد نقش دارند.^۲ بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن می‌تواند نشانه‌ای از اثربخشی درمان‌ها باشد. ضمن آنکه این موضوع با ویژگی‌های فردی نیز ارتباط دارد.^۳ طی چند سال گذشته تحقیقات در مورد ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، روند افزایشی داشته و هدف آن‌ها، کمک بنیادی به رفع مشکلات بیماران می‌باشد.^۴ توجه به ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران با لحاظ نمودن شرایط و ویژگی‌های فردی آن‌ها، به ارائه‌کنندگان خدمات کمک خواهد کرد که برنامه‌ریزی لازم برای مساعدت و رسیدگی بیشتر به افراد دارای کیفیت زندگی پایین را مدنظر قرار دهند. برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح خدمات و سلامت بیماران همودیالیزی نیازمند داشتن اطلاعات جامع در مورد ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. از آنجایی که مطالعات انجام‌شده در مورد کیفیت زندگی بیماران کلیوی و همودیالیزی در سایر کشورها یا سایر استان‌ها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی نمی‌تواند برای نقطه‌ی دیگری کاربرد چندانی داشته باشد^۱ از این‌رو مطالعه‌ی حاضر برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی دارای خارش اورمیک با گذری بر دیدگاه‌های طب ایرانی در شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ انجام شد.

روش اجرا

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی و بخشی از طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۹۶۰۴۳۴ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

می‌شود.^۵ میزان شیوع این بیماری‌ها بالا بوده و با وجود تلاش‌های بسیار به‌منظور پیشگیری از بیماری‌های مرحله‌ی انتهایی کلیه، سالیانه حدود ۸ درصد در آمریکا و تقریباً ۱۵ درصد در ایران به این میزان افزوده می‌شود.^{۴-۱} روش‌های درمانی مختلفی از جمله دیالیز صفاقی، همودیالیز و پیوند کلیه برای این بیماران وجود دارد و در حال حاضر ۴۸٪ بیماران مزمن کلیوی از همودیالیز استفاده می‌کنند.^۵ هرچند ارائه‌ی این روش‌های درمانی باعث افزایش طول عمر بیماران مزمن کلیوی گردیده اما تداوم آن‌ها به‌طور ناخواسته منجر به بروز عوارض مختلف^۱ و تغییراتی در شیوه‌ی زندگی، وضعیت سلامت و ایفای نقش اجتماعی بیماران می‌شود که همه‌ی این عوامل به نوعی کیفیت زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^۶

در بین بیماری‌های سیستمیک، اورمی مهم‌ترین علت خارش است.^۷ خارش یکی از آزاردهنده‌ترین علائم بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن کلیوی و یکی از مشکلات شایع بیماران همودیالیزی است که در ۴۹٪-۱۵٪ بیماران قبل از دیالیز و ۵۰٪-۹۰٪ از بیماران دیالیز صفاقی یا همودیالیز دیده می‌شود.^۸ مطالعات انجام‌شده بر روی بیماران همودیالیزی ایرانی، شیوع خارش ۴۱/۹٪-۶٪^۹ و ۴۸/۳٪^{۱۰} را گزارش کرده است. پاتوژنز دقیق خارش اورمیک هنوز دقیقاً مشخص نشده است^{۱۱} و^{۱۲} لذا علل متفاوتی از جمله آزادشدن هیستامین، اختلالات الکترولیتی، تجمع اسیدهای صفراوی^{۱۱}، میزان بالای فسفر سرم^{۱۰} و ... را به‌عنوان علل پاتوفیزیولوژی آن مطرح می‌کنند.

هنوز توافق عمومی برای ارائه‌ی تعریف دقیق کیفیت زندگی وجود ندارد.^۴ اکثر صاحب‌نظران آن‌را مفهومی چندبعدی و وسیع در ابعاد مختلف عینی و ذهنی شامل جنبه‌های جسمانی، علائم بیماری، اثرات درمان بیماری بر زندگی و وضعیت روانی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی بیمار می‌دانند.^۴ سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به‌صورت برداشت و

یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بیشتر است^{۱۴}. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی نظیر آزمون همبستگی پیرسون، آزمون تی و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از ۵۲ بیمار واجد شرایط این مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت نمونه‌های مورد تحقیق میانگین سنی 51.73 ± 14.634 سال، میانگین مدت دیالیز 41.42 ± 31.263 ماه و میانگین نمایه‌ی توده بدنی 22.8 ± 3.959 داشتند. نتایج سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

هم‌چنین نتایج پژوهش در مورد ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان داد که 57.7% (۳۰ نفر) نمونه‌ها، ارزیابی کلی کیفیت زندگی خود و 38.5% (۳۰ نفر) آن‌ها رضایت کلی از وضعیت سلامتی خود را در حد متوسط توصیف کردند (جدول ۲).

نمره‌ی کلی کیفیت زندگی بیماران پژوهش، ۵۶ بود که در حد متوسط است و در بین ابعاد نیز، در بُعد جسمی، کمترین (۴۳) و در بُعد محیطی، بیشترین نمره (۶۳) اعلام کرده بودند (جدول ۳) که از نظر آماری هم ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0.005$).

برای بررسی ارتباط متغیرهای کمی با کیفیت زندگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (۲) مقدار ضریب همبستگی است که هرچه به عدد یک نزدیک‌تر باشد نشان‌دهنده‌ی ارتباط قوی‌تر است. مثبت‌بودن عدد نمایانگر ارتباط مستقیم و منفی‌بودن عدد، نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی معکوس است. بررسی نتایج با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه‌ی بین سن و کیفیت زندگی مثبت می‌باشد یعنی با افزایش سن، نمره‌ی کیفیت زندگی افزایش

مشهد می‌باشد و با کد IR.MUMS.REC.1396.174 در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه تأیید شده است. جامعه‌ی پژوهش آن شامل ۱۷۶ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه بود که تحت درمان با همودیالیز بوده و به ۳ مرکز همودیالیز منتصریه، شفاتوس و ۱۷ شهریور در شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ مراجعه می‌کردند. نمونه‌ها به روش تصادفی با استفاده از جدول اعداد انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. درنهایت ۵۲ بیمار واجد معیارهای ورود به مطالعه - که شامل سن ۱۸-۸۵ سال، سابقه‌ی حداقل سه ماه همودیالیز، نمره‌ی خارش حداقل ۳ و متمایل به شرکت در طرح بودند - در مطالعه شرکت داده شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل دیالیز صفاقی، خارش به دلیل بیماری‌های پوستی و انجام پیوند کلیه حین مطالعه بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول پرسش‌نامه، حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی و متغیرهای بیماری از قبیل سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، میزان وضعیت تأهل، طول مدت بیماری، طول مدت درمان با همودیالیز، سابقه‌ی بیماری‌های زمینه‌ای، سابقه‌ی مصرف داروها و سؤالات مزاج‌شناسی بود. بخش دوم پرسش‌نامه نیز شامل نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سؤالی بود که روایی و پایایی آن توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام و مورد تأیید قرار گرفته بود^{۱۴}. WHOQOL-BREF یک پرسش‌نامه‌ی ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد^{۱۵}. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گوپه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسش‌نامه ساخته شد و دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره‌ی کلی است. زیرمقیاس‌ها شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف هستند. در ابتدا یک نمره‌ی خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق

جدول ۲: ارزیابی کلی کیفیت زندگی و رضایت از وضعیت سلامتی خود از دیدگاه بیماران مورد مطالعه

| متغیر / نتایج | کمتر | متوسط | بیشتر |
|---------------------------|------------|------------|------------|
| | تعداد درصد | تعداد درصد | تعداد درصد |
| ارزیابی کلی کیفیت زندگی | ۲ | ۳۰ | ۳۸٫۴ |
| رضایت از وضعیت سلامتی خود | ۱۳ | ۲۵ | ۳۶٫۶ |

برای بررسی ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای کیفی دوحالتی، از آزمون تی مستقل استفاده شد. براساس یافته‌های مطالعه و با استفاده از آزمون آماری تی مستقل، نشان داده شد که بین بیماری‌های زمینه‌ای دیابت، فشارخون و چربی خون با برخی ابعاد کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($P < 0.005$) درحالی که بین جنس، بیماری گلوومرولونفریت و سایر بیماری‌های زمینه‌ای، داروهای مصرفی، شدت خشکی، تعداد محل خارش بدن و مزاج فعلی فرد با کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری مشاهده نمی‌شود (جدول ۴).

برای بررسی ارتباط ابعاد کیفیت زندگی با متغیرهای کیفی بیش از دوحالتی از آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین ابعاد کیفیت زندگی و شدت و تکرار و تعداد محل خارش بدن، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال واحدهای مورد پژوهش، ارتباط معناداری وجود ندارد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات خام و اصلاح‌شده‌ی ابعاد مختلف کیفیت زندگی نمونه‌ها

| ابعاد کیفیت زندگی | میانگین نمره‌ی خام | انحراف معیار نمره‌ی خام | میانگین نمره‌ی اصلاح‌شده |
|-------------------|--------------------|-------------------------|--------------------------|
| بُعد جسمی | ۱۹٫۰۸ | ۴٫۷۹۷ | ۴۳ |
| بُعد روانی | ۱۹٫۷۵ | ۳٫۹۹۰ | ۵۷ |
| بُعد اجتماعی | ۹٫۲۷ | ۱٫۷۸۴ | ۵۲ |
| بُعد محیطی | ۲۸٫۲۷ | ۴٫۱۲۶ | ۶۳ |
| نمره‌ی کلی | ۶٫۵۲ | ۱٫۴۶۲ | ۵۶ |

جدول ۱: تعداد و درصد متغیرهای جمعیت‌شناختی بیماران مورد مطالعه

| متغیر کیفی / زیرگروه | تعداد | درصد |
|----------------------|-------|------|
| نمایه‌ی توده بدنی | ۳۳ | ۶۳٫۵ |
| کمتر از ۱۸٫۵ | ۶ | ۱۱٫۵ |
| جنس | | |
| مرد | ۳۱ | ۵۹٫۶ |
| زن | ۲۱ | ۴۰٫۴ |
| تأهل | | |
| متأهل | ۴۵ | ۸۶٫۵ |
| مجرد | ۷ | ۱۳٫۵ |
| بازنشسته و بیکار | ۲۲ | ۴۲٫۳ |
| خانهدار | ۲۱ | ۴۰٫۴ |
| آزاد | ۷ | ۱۳٫۵ |
| کارمند | ۲ | ۳٫۸ |
| ابتدایی | ۱۵ | ۲۸٫۸ |
| بی‌سواد | ۱۱ | ۲۱٫۲ |
| بالا‌تر | ۹ | ۱۷٫۳ |
| راهنمایی | ۷ | ۱۳٫۵ |
| دیپلم | ۷ | ۱۳٫۵ |
| لیسانس | ۲ | ۳٫۸ |
| هیپرتانسیون | ۳۴ | ۶۵٫۴ |
| دیابت | ۲۹ | ۵۵٫۸ |
| هیپرلیپیدمی | ۱۵ | ۲۸٫۸ |
| سایر علل | ۱۰ | ۱۹٫۲ |
| گلوومرولونفریت | ۷ | ۱۳٫۵ |
| خشک | ۲۰ | ۳۸٫۵ |
| گرم | ۱۴ | ۲۶٫۹ |
| سرد | ۱۲ | ۲۳٫۱ |
| تر | ۱۱ | ۲۱٫۲ |

می‌یابد و این رابطه در بعد محیطی، از نظر آماری هم معنادار است ($P < 0.005$). بین متغیرهای هموگلوبین و کراتینین با برخی ابعاد کیفیت زندگی نیز ارتباط معنادار آماری وجود دارد ($P < 0.005$) که از نوع معکوس است به این معنا که با افزایش این متغیرها، کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش کاهش می‌یابد (جدول ۴) اما بین سایر متغیرها نظیر CRP، پاراتورمون، فسفر، اوره و هماتوکریت ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد.

جدول ۴: ارتباط متغیرهای کمی و کیفی با ابعاد کیفیت زندگی با استفاده از آزمون‌های آماری

| نوع متغیر (تست آماری) | متغیر / بُعد | بُعد جسمی | بُعد روانی | بُعد اجتماعی | بُعد محیطی |
|---|---------------------|-----------|------------|--------------|------------|
| هموگلوبین | | $P=0/039$ | $P=0/029$ | - | - |
| کمی (ضریب همبستگی پیرسون) | وزن | - | $P=0/039$ | - | - |
| | کراتینین | - | $P=0/032$ | - | - |
| | سن | - | - | - | $P=0/031$ |
| کیفی (بیماری زمینه‌ای) (آزمون تی مستقل) | دیابت | $P=0/041$ | - | - | - |
| | فشارخون | - | - | - | $P=0/019$ |
| | چربی خون (lipidemi) | - | - | $P=0/02$ | - |

بحث

کیفیت زندگی یکی از شاخص‌های ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و برنامه‌های کنترل بیماری‌ها بوده و باعث ارتباط نزدیک‌تر بین بیماران با متصدیان ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی می‌شود.^{۱۹} بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران باعث افزایش آگاهی آنان از بیماری و شرایط سلامتی خود و شناسایی مزایا و معایب درمان‌های مختلف و در نتیجه افزایش قدرت و مانور آنان در انتخاب روش‌های درمانی مورد نیاز خود می‌شود.^۱ از طرفی هرچند که همودیالیز روش درمانی مفید و مؤثری برای تسکین علائم بیماران مزمن کلیوی به‌شمار می‌آید اما این بیماران نیز با عوامل تنش‌زای متعدد جسمی، روانی و اجتماعی مواجه هستند که حتی با پیشرفت‌های جدید نیز کنترل نمی‌شوند و در نهایت مجموعه‌ی این مشکلات باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی می‌شوند.^۴ در همین زمینه قابل ذکر است که کیفیت زندگی در هر دو گروه بیماران دیالیزی و پیوندی کلیه پایین‌تر از جمعیت عمومی گزارش شده اما پیوند کلیه و حتی دیالیز صفاقی باعث بهبود معنی‌دار کیفیت زندگی نسبت به همودیالیزی‌ها می‌شود.^{۱۳،۱۶} در این تحقیق به بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی دارای خارش اورمیک پرداخته شده است.

میانگین نمره‌ی کلی کیفیت زندگی در این مطالعه

۵۶ است که در حد متوسط می‌باشد. این نتیجه با توصیف اکثر بیماران از وضعیت کلی سلامتی خود مطابقت دارد و با نتایج مطالعه‌ی پایاب (با حجم ۴۵ نفر در قم در سال ۱۳۹۴) و ابراهیمی (با حجم ۷۲ نفر در شاهرود در سال ۱۳۹۱)، مشابهت و با نتایج مطالعه‌ی طاهری (با حجم ۸۰ نفر در آبادان و خرمشهر در سال ۱۳۹۲) - که کیفیت زندگی بیماران را بد گزارش کرده‌اند - مغایرت دارد. نتایج این مطالعه با مطالعات انجام‌شده در کشورهای دیگر می‌تواند مشابهت یا مغایرت داشته باشد^{۱۴}. از آنجایی که عوامل متعددی از جمله شرایط فردی بیماران^۲، امکانات تشخیصی و درمانی کشورها و مناطق مختلف^۱، میزان کفایت دیالیز^{۱۷}، میزان دقت، توجه و تجربه‌ی پرسنل در تنظیم دستگاه‌ها و تنوع مواد مصرفی حین دیالیز می‌توانند باعث تغییر در دیدگاه‌ها و شرایط بالینی افراد شوند و نیز با توجه به نوع و حجم نمونه‌های متفاوت در بین مطالعات انجام‌شده، لذا به‌نظر می‌رسد که مقایسه‌ی نتایج مطالعات مختلف باهم، امری مناسب و منطقی نباشد از این‌رو نتایج این مطالعه با سایر کشورها مقایسه نگردد.

در مقایسه‌ی نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی نمونه‌ها در این مطالعه، کمترین نمره مربوط به بُعد جسمی (۴۳) و بیشترین نمره مربوط به بُعد محیطی (۶۳) است. علت کم‌بودن نمره‌ی بعد جسمی می‌تواند به دلیل عوارض بیماری کلیوی یا بیماری‌های زمینه‌ای مرتبط باشد. شیوع بالای بیماری‌های دیابت و

وضعیت تأهل یکی دیگر از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده‌ی کیفیت زندگی افراد می‌باشد. در این مطالعه بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی بیماران ارتباط معناداری مشاهده نشد. حضور همسر به‌عنوان یک عامل حمایتی در کاهش عوارض بیماری‌های مزمن و بهبود خلق و خوی افراد سالمند نقش اساسی دارد.^۱ برخی تحقیقات حاکی از کیفیت زندگی بهتر افراد متأهل نسبت به مجردها می‌باشد^۲ اما برخی تحقیقات نشان می‌دهند که بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی بیماران ارتباط معناداری وجود ندارد.^۴

نتایج به‌دست‌آمده در این تحقیق، مشابه مطالعه‌ی نامدار نشان می‌دهد که بین سطح تحصیلات بیماران با ابعاد کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط معنادار آماری وجود ندارد^۱ درحالی که نتایج مطالعات پایاب و طاهری مغایر با این نتیجه است^{۳،۴}. اطلاعات افراد با سطح تحصیلات بالاتر در زمینه‌ی بیماری و چگونگی مراقبت از خودآگاهی بیشتر بوده و تبعاً احتمال اجرای دستورات و توصیه‌های درمانی ارائه‌شده از سوی درمانگران به آن‌ها نیز با دقت بیشتری رعایت خواهد شد^۳. هم‌چنین با احتمال برخورداری بیشتر این قبیل افراد از سطح درآمد بالاتر و نیز با توجه به کنترل بهتر عوارض بیماری‌ها در آن‌ها، لذا تصور وجود کیفیت زندگی مطلوب‌تر در آنان معقولانه‌تر خواهد بود.^۴

وضعیت اشتغال فرد یکی دیگر از عوامل مهم مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران است. این عامل علاوه‌بر آن که به‌واسطه‌ی بهبود سطح درآمد فرد و افزایش امکان بهره‌مندی وی از امکانات درمانی را شامل می‌شود از نظر تأثیر بر خلق و خوی بیماران شاغل و ارتباط کاری غیرقابل اجتناب آن‌ها با سایر افراد و در نتیجه کاهش احتمال بروز بیماری‌های خلقی و افسردگی نیز مهم است. در مطالعه‌ی حاضر بین وضعیت اشتغال و کیفیت زندگی بیماران تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد و از این نظر با مطالعات نامدار و پایاب مشابهت دارد. یکی از علل احتمالی این موضوع می‌تواند حجم کم نمونه‌های

فشارخون در جامعه که به‌طور اولیه و ذاتی، عوارض و تأثیرات منفی مختلفی بر جسم بیماران دارند و در صورت ازمان می‌توانند به دیالیز نیز منتهی شوند در این زمینه قابل توجه و تأمل است. در زمینه‌ی بعد محیطی و نمره‌ی بالای آن، می‌توان به انجام مطالعه در مراکز مجهز در نقاط مرکزی شهر مشهد اشاره کرد که یکی از مراکز استان‌ها با دانشگاه‌های معتبر و برخوردار از امکانات کافی به‌شمار می‌آید و همه‌ی این امور در دسترسی بیماران به خدمات مناسب دخیل هستند.

در مطالعه‌ی حاضر تعداد مردان نسبت به زنان بیشتر بود اما در مقایسه‌ی نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی تفاوتی در نتایج حاصله مشاهده نمی‌شود. این نتایج با مطالعه‌ی نامدار، مغایرت و با مطالعه‌ی طاهری و پایاب مشابهت دارد^{۳،۴}. با توجه به اختلاف دیدگاه‌های زنان نسبت به مردان در مورد مسائل زندگی^۱ و نیز ویژگی‌ها و توانایی‌های جسمی مردان، به‌نظر می‌رسد وجود اختلافات معنادار آماری قابل انتظار باشد اما به‌دلیل حجم کم نمونه‌ها این امر محقق نشده است. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که با افزایش سن، کیفیت زندگی افراد افزایش می‌یابد و این موضوع در رابطه با بعد محیطی کیفیت زندگی رابطه‌ی آماری معناداری دارد ($P < 0.005$). این یافته‌ها با نتایج مطالعات نامدار و طاهری، مغایرت و با نتایج مطالعه‌ی پایاب، مطابقت دارد^{۳،۴}. یکی از عوامل مهم مؤثر بر کیفیت زندگی، سن بیماران است. هم‌زمان با افزایش سن و بروز تغییرات فیزیولوژیکی ناشی از سالخوردگی و کاهش توان فردی و اضافه‌شدن بیماری‌های دیگری بر بیماری اولیه فرد، تغییرات نزولی، حداقل در بعد جسمی کیفیت زندگی فرد ایجاد می‌شود^۱. هم‌چنین بروز تغییرات جمعیتی نظیر ازدواج و تشکیل خانواده فرزندان و جدایی آنان از والدین و نیز فوت همسر و از دست‌دادن امیدهای زندگی و نیز بروز بیماری‌های خلقی و افسردگی‌ها باعث تغییراتی در ابعاد روانی کیفیت زندگی سالمندان می‌شوند^۱.

مورد بررسی (۳۶٪ کارمند و شاغل آزاد) باشد^{۱۹۲}.

در مورد پارامترهای سرمی بیماران، مطالعه‌ی عباس‌زاده حاکی از تأثیرگذاری سطح کراتینین خون بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌باشد که در صورت حفظ آن در حد مطلوب و اطمینان از کفایت دیالیز می‌توان تا حدی کیفیت زندگی را افزایش داد^{۱۳}. در این مطالعه نیز بین هموگلوبین و کراتینین با ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری مشاهده شد (جدول ۴). با توجه به اینکه پیش‌بینی و تهیه دستگاه‌ها و مواد مصرفی مناسب و رعایت اصول فنی و مهارتی لازم برای تنظیم دقیق آن‌ها توسط کادر درمانی جهت ارائه دیالیزی با کفایت مناسب ضروری است لذا توجه به این نکات می‌تواند در ارتقا کیفیت زندگی همودیالیزی‌ها مؤثر باشد.

در این مطالعه بین طول مدت درمان با همودیالیز با ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده نشد که با نتایج نامدار، نریمانی و پایاب هم‌خوانی دارد^{۱۸ و ۱۹} اما با مطالعه‌ی طاهری هم‌خوانی ندارد^۴. براساس تجربیات و مشاهدات بالینی، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که افزایش مدت درمان با دیالیز همراه با افزایش مدت بیماری زمینه‌ای و عوارض مزمن آن باعث تغییرات قابل توجه در ابعاد کیفیت زندگی در جهت کاهش آن‌ها شده و در کل، کیفیت زندگی آن‌ها را کم می‌کند^۴.

در مطالعه‌ی حاضر بین نمره‌ی کل کیفیت زندگی با بیماری‌های زمینه‌ای ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد که از این نظر با یافته‌های تحقیق پایاب و طاهری مشابهت دارد اما بین برخی ابعاد کیفیت زندگی با برخی بیماری‌های زمینه‌ای ارتباط آماری معناداری مشاهده گردید (جدول ۴). در این بین، ارتباط بیماری دیابت با بُعد جسمی کیفیت زندگی، با توجه به عوارض جسمی و روش‌های درمانی بیماری دیابت قابل توجه است اما بین سایر موارد، توجیه منطقی خاصی به نظر نمی‌رسد.

مؤلفه‌های محل سکونت و تعداد دفعات دیالیز در

هفته به دلیل مشترک و یکسان بودن آن‌ها در بین همه‌ی نمونه‌های مطالعه منظور نشدند.

گذری بر دیدگاه‌های طب ایرانی

یافته‌های مطالعه‌ی پایاب نشان داد که برخی از بیماران همودیالیزی با برخی ویژگی‌های فردی خاص، متحمل رنج بیشتری می‌شوند از این رو شناخت عوامل فردی مؤثر بر کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند در طراحی برنامه‌های مراقبتی و درمانی مطلوب‌تر به کادر بهداشتی کمک نماید^۲. از دیدگاه طب ایرانی، این ویژگی‌های فردی تحت عنوان مزاج نام برده می‌شوند. در این دیدگاه، حرارت و گرمی عاملی برای تحرک و جنب و جوش بوده و برحسب نوع این حرارت از نظر اصلی یا عارضی بودن (شرایط سلامت یا بیماری)، می‌توان علائمی نظیر خوش‌برخوردی، اخلاق متین و ارتباطات جمعی قوی و مناسب یا بالعکس حالاتی نظیر زودرنجی و عصبانیت و در نتیجه ناراضی بودن از شرایط موجود را انتظار داشت^{۱۹۳}. هم‌چنین در این دیدگاه، کیفیت تری و رطوبت به‌عنوان عاملی برای سهولت در تغییر شکل و انعطاف‌پذیری در برابر مشکلات و نیز کاهنده‌ی شدت و حدت گرمی و سردی مطرح شده^{۱۹۴} و وجود این کیفیت را عامل زمینه ساز چاقی و فربه‌ی بیان می‌کنند و معتقدند که بی‌خوابی و پرتحرکی می‌تواند منجر به دفع رطوبت از بدن شود. براساس این دیدگاه، چهار مزاج مفرد (شامل گرم، سرد، خشک و تر) و چهار مزاج مرکب (شامل گرم و تر، گرم و خشک، سرد و خشک و سرد و تر) وجود دارد که هر کدام می‌توانند به‌صورت ذاتی و اصلی (مزاج صحی در شرایط سلامتی) یا غیراصلی و عارضی (مزاج مرضی یا سوءمزاج در شرایط بیماری) باشند^{۱۹-۲۱}. نظر به اینکه جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی ما را «بیماران کلیوی» تشکیل می‌دهند لذا مناسب‌تر خواهد بود که از واژه‌هایی نظیر «مزاج عارضی یا سوءمزاج» برای بیان وضعیت مزاج آنان استفاده شود.

علاوه بر موارد فوق، سن بالای بیماران همودیالیزی نیز باعث بروز کیفیت خشکی ناشی از افزایش سن می شود^{۲۲} زیرا به دلیل بی تحرکی اجباری و شرایط خاص بدنی این بیماران (ضعف هضم، بی اشتها، عدم تغذیه مناسب، مشکلات اسکلتی - عضلانی و دردهای مفصلی)، شاهد افزایش رطوبات اضافی هستیم که با توجه به شرایط دستگاه های دیالیز و تأثیر حرارت در این رطوبات اضافی می توان ایجاد مشکلات بعدی را انتظار داشت. نتایج مطالعه حاضر و وجود ۳۸٫۵٪ از بیماران با سوء مزاج خشک و ۲۶٫۹٪ بیماران با سوء مزاج گرم با موارد فوق الذکر هم خوانی دارد.

انجام مطالعات بیشتر و عمیق تر و با حجم نمونه بسیار بالاتر در زمینه مؤلفه های مختلف کیفیت زندگی و عوامل تأثیرگذار بر آن با تأکید بر عوامل فردی و ویژگی های مزاج شناسی بیماران دیالیزی در مناطق مختلف کشور می تواند با شناسایی دقیق تر و کامل تر مشکلات و نیازهای آنان، امکان شناسایی جامع تر و اجرای صحیح تر مداخلات پیشگیرانه و درمانی لازم برای بهبود وضعیت بیماران را فراهم نماید. حجم کم نمونه ها، مدت کوتاه زمان انجام مطالعه، عدم مستندسازی کافی در مورد میزان اطلاعات بیماران از وضعیت بیماری خود، استفاده از پرسش نامه های مزاج شناسی ۱۰ سؤالی که بر پایه های مزاج افراد جوان سالم طراحی شده بود، سؤالات زیاد پرسش نامه های مورد استفاده در تحقیق و گاهی خستگی و بی حوصلگی بیماران در ارائه ی جواب های کافی و کامل از محدودیت های قابل ذکر این مطالعه است. پیشنهاد می شود با لحاظ کردن موارد فوق در مطالعات آتی، شاهد ارائه ی نتایج کاربردی بیشتری از این قبیل مطالعات باشیم.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری حوزه ی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، کارکنان محترم

بیماران کلیوی مزمن و به ویژه دیالیزی ها دارای محدودیت مصرف مایعات بوده و از طرفی خواب آن ها نیز از کمیت و کیفیت مناسبی برخوردار نیست و غالباً هم از علائمی نظیر بی خوابی یا کم خوابی، خارش و عصبانیت زودرس شاکمی هستند که این علائم نیز می توانند مؤید سوء مزاج گرم یا خشک باشند^{۱۹،۲۰}. هم چنین نمایه ی توده ی بدنی اکثر این بیماران محدودی طبیعی است یعنی اینکه اغلب بیماران مطالعه ی ما چاق نیستند لذا می توان چنین استنباط کرد که بیشترین سوء مزاج قابل انتظار و مشاهده در بین این بیماران از نوع سوء مزاج های خشک یا گرم باشد؛ به عبارت دیگر ندیدن افراد چاق در بین بیماران دیالیزی خود مؤید دیگری دال بر وجود کیفیت خشکی در بین آن هاست لذا مشاهده ی سوء مزاج گرم یا خشک در این بیماران قابل انتظار خواهد بود.

از زاویه ی دیگری نیز می توان چنین گفت که در جریان همودیالیز، همراه با سموم بدن، رطوبت آن نیز جذب می شود - که این حالت در دیالیز نوع خشک، خیلی بدتر است - و افزایش غلظت خون و از کار افتادن مکرر فیستول های بیماران هم مؤید این ادعا است. از طرف دیگر، طبیعت خون (خلط دم) که برترین خلط بدن انسان است، گرم و تر است^{۲۱} و با حذف رطوبت بدن، از تری خون نیز کاسته شده و به طور ثانویه کیفیت گرمی آن افزایش می یابد^{۱۹}. هم چنین اگر یون های موجود در بدن را - که به عنوان رادیکال آزاد تعریف می شوند - مدنظر قرار دهیم می توان چنین استنباط کرد که افزایش یون فسفات - که در بین بیماران کلیوی شایع هست - هم باعث ایجاد سوء مزاج گرم مضاعف می شود لذا از مجموع این عوامل (کاهش رطوبت بدن، افزایش حرارت خون و افزایش یون فسفات)، مخلوطی از سوء مزاج های خشک یا گرم ایجاد می شود که باعث بروز علائم کلی در بدن نظیر اختلالات خواب، خارش، احساس گرمای زیاد، عصبانیت زودرس و ... می شوند.

بخش همودیالیز مراکز همکار و هم‌چنین بیماران
محترمی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند
صمیمانه قدردانی می‌شود.

References

1. Namdar A, Beigzadeh Sh, Najafipour S. Health- related quality of life in dialysis patients. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2013; 10: 16-24.
2. Payab K, Nawissizadeh F, Aghazadeh F, et al. The relationship between quality of life of dialysis patients and individual characteristics in patients referring to the Golpayegani Hospital in Qom. *Journal of Applied Biology* 2013; 3: 7-14 (Persian).
3. RamezaniBadr F, Moieni V, Nematikhah M, et al. Quality of life and related factors in hemodialysis patients referred to teaching hospitals in Zanjan. *J Neyshabur Univ Med Sci.* 2016; 4: 57-64 (Persian).
4. Taheri N, Kamangar S, Chargigan B, et al. Quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Knowledge and Health* 1394; 8: 49-59 (Persian).
5. Amirkhani M, Nouhi E, Jamshidi H. The comparative survey of life quality in renal transplant recipients, peritoneal dialysis and hemodialysis patients in kerman in the year 2013. *J Fasa Univ Med Sci.* 2014; 4: 126-33 (Persian).
6. Tall A, Isma'il Shahmirzadi S, Moradian Sardakkali M, et al. Evaluating the quality of life of patients with renal insufficiency under hemodialysis and renal transplant compared with healthy subjects. *Health system research Journal.* 2010; 6(7): 1170-4.
7. Shahgholian N, Dehghan M, Mortazavi M, et al. The effect of aromatherapy on pruritus In patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases (Ijkd).* 2011; 5: 240-4.
8. Abbasi A, Asayesh H, Ebrahimi. The prevalence of uremic pruritus and its related factors in hemodialysis patients of dialysis centers in Golestan province in 2009. *Dermatology and Cosmetic.* 2010; 3: 150-7 (Persian).
9. Ro YJ, Ha HC, ChunGill K, et al. The effects of aromatherapy on pruritus in patients undergoing hemodialysis. *Dermatology Nursing.* 2002; 14: 231-6.
10. Narita I, Iguchi S, Omori K, Gejyo F. Uremic pruritus in chronic hemodialysis patients. *Journal of nephrology.* 2008;21(2): 161-5.
11. Shahgholian N, Dehghan M, Mortazev M, et al. Effect of massage with aromatic oils on pruritus relief in hemodialysis patients. *Complementary Medicine Journal of faculty of Nursing & Midwifery.* 2013;2(4): 291-302.
12. Kalili H, Dashti S, AhmadPoor P, et al. Efficacy of anti-pruritis drugs in chronic renal failure: a comparative study. *Tehran Univ Med J.* 2006; 64 (4): 36-42 (Persian).
13. Abbaszadeh A, Javanbakhtian R, Salehee S, et al. Comparative assessment of quality of life in hemodialysis and kidney transplant patients . *JSSU.* 2010; 18(5): 461-8 (Persian).
14. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, et al. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *sjsph.* 2006; 4 (4): 1-12.
15. <http://ps-g.blogspot.com/1393/12/11/post-10/>
16. Zeraati A, Naghibi M, Mojahedi MJ, et al. Comparison of quality of life between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in Imam Reza and Ghaem Hospital dialysis centers in Mashhad. *Journal of the School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences* 1389; 49: 169-76 (Persian).

17. Rad M, Jaghoury E, Sharifipour F, et al. The effects of cool dialysate on pruritus status during hemodialysis of patients with chronic renal failure: a controlled randomized clinical trial. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2017;19: 1-7.
18. Narimani K. A study of quality of life in end stage renal disease undergoing hemodialysis treatment. Avicenna J Nurs Midwifery care. 1385; 14 (2): 26-36 (Persian).
19. Aghili SMH. The Principal's of Traditional Iranian Medicine (Kholassat Al-Hekmah). Nazem E, editor. Qom, Iran: Esmaeilian; 2006. (Persian)
20. Naseri M, Rezayizadeh H, Choupani R, et al. A review on Iranian traditional medicine principles. Tehran: Iranian Traditional Medicine Publication; 2013.
21. Avicenna. The Canon of medicine. Translated by Masoodi AR. Kashan: Morsal press; 2007 (Persian).
22. Ahvazi AEA. The Complete Art of Medicine (Kamil al-Sinaat al-Tibbiyya). Edited by Institute of Natural Medicine Reivivition. Qom: Jallaleddin; 2008. (Arabic)

Assessment of quality of life in hemodialysis patients with uremic pruritus from Iranian Medicine view

Syedmajid Ghazanfari, MSc¹
Jamshid Jamali, PhD²
Azadeh Saki, PhD³
Mohammadreza Noras, PhD¹
Roshanak Salari, PhD⁴
Ali Khorsand Vakilzade, MD, PhD⁵
Farzane Sharifipour, MD^{1,6}

1. Department of Persian Medicine, Faculty of Persian and Complementary Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. Social Determinants of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Department of Epidemiology & Biostatistics, Faculty of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Department of Pharmaceutical Sciences in Persian Medicine, Faculty of Persian and Complementary Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5. Department of Complementary and Chinese Medicine, Faculty of Persian and Complementary Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
6. Kidney Transplantation Complications Research Center, Imam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Background and Aim: Pruritus is one of the most common problems of chronic kidney diseases. Different treatment modalities, while extending the life span of patients, can lead to changes in their lifestyle, health status and ultimately change their quality of life (QOL). Understanding the different aspects of patients' QOL leads to better services provided by health care teams to improve the patients' QOL. The aim of this study was to evaluate the quality of life of hemodialysis patients with uremic pruritus in Mashhad in 1396 with a view to Iranian Medicine.

Methods: This descriptive-analytical study was performed on 52 patients. Data collection was done by the World Health Organization QOL and researcher-made demographic Questionnaire and SPSS 16 software was used for data analysis.

Results: The mean age of patients was 51.73 years and mean duration of dialysis was 41.42 months. Total score of life quality was 56. The lowest and highest scores were seen in physical and environmental dimensions. There was an inverse significant relationship between some aspects of QOL with hemoglobin and creatinine and a direct significant relationship with age, diabetes, hypertension and hyperlipidemia ($P < 0.005$).

Conclusion: Hemodialysis patients' QOL is lower than others and several factors can improve it. Special attention to the individual characteristics of hemodialysis patients can be helpful in predicting their basic needs.

Keywords: chronic kidney disease, uremic pruritus, quality of life, hemodialysis, Iranian medicine, KDQOL-SF

Received: Aug 25, 2019 Accepted: Sep 19, 2019

Dermatology and Cosmetic 2019; 10 (3): 170-180

Corresponding Author:

Syedmajid Ghazanfari, MSc

Faculty of Persian and Complementary Medicine, Azadi Sq., Mashhad, Iran
Email: everlastingmajid@gmail.com

Conflict of interest: None to declare