

رابطه کیفیت زندگی با سلامت عمومی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران پیوند کلیه

میترا راک روا^۱، ویکتوریا عمرانی فرد^۲، امراله ابراهیمی^۳،
عبدالامیر عطاپور^۴، مژگان مرتضوی^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع روز افزون مشکلات کلیوی و افزایش تعداد پیوند کلیه، لزوم توجه به مسایل روان‌شناختی و کیفیت زندگی این بیماران احساس می‌شود. هدف این مطالعه تعیین رابطه کیفیت زندگی با سلامت عمومی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران پیوند کلیه بود.

مواد و روش‌ها: در قالب یک طرح پژوهش توصیفی تحلیلی (همبستگی) ۹۶ نفر از بیماران پیوند کلیه مراجعه کننده به بیمارستان‌های حضرت علی اصغر (ع) و الزهرا (س) اصفهان در سال ۱۳۹۱ انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های اطلاعات فردی، کیفیت زندگی ویژه بیماران پیوند کلیه (KTQ-25) یا quality of life by using kidney transplantation و نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26) یا questionnaire، سلامت عمومی (GHQ-12 یا General Health Questionnaire) و نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26) یا Dysfunctional Attitude Scale (DAS-26) استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون‌های آماری همبستگی و تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد بین کیفیت زندگی با سلامت عمومی رابطه مستقیم و با نگرش‌های ناکارآمد و ابعاد اختلال سلامت عمومی (عدم اعتماد به نفس، اختلال در کارکرد اجتماعی و اضطراب / افسردگی) رابطه معکوس و معنی‌داری ($p < 0.001$) وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه به‌عنوان شاخصی از بهبودی و سازگاری آن‌ها توسط نمرات مقیاس سلامت عمومی و نگرش‌های ناکارآمد قابل پیش‌بینی است. ابعاد سلامت عمومی مثل عدم اعتماد به نفس، اختلال در کارکرد اجتماعی، اضطراب / افسردگی و نحوه نگرش و تعبیر و تفسیر فرد از خود، دیگران و آینده، چگونگی کیفیت زندگی را تعیین می‌کند.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، سلامت عمومی، نگرش‌های ناکارآمد، پیوند کلیه

ارجاع: راک روا میترا، و عمرانی فرد ویکتوریا، ابراهیمی امراله، عطاپور عبدالامیر، مرتضوی مژگان. **رابطه کیفیت زندگی با سلامت عمومی و نگرش‌های**

ناکارآمد در بیماران پیوند کلیه. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۴): ۵۱۹-۵۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۱۸

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۷/۱۰

. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران

. دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

. دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤل)

Email: A_ebrahimi@med.mui.ac.ir

. دانشیار، مرکز تحقیقات نفروولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

. دانشیار، مرکز تحقیقات نفروولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

بیماری کلیوی در مراحل انتهایی وضعیتی غیر قابل درمان است که همراه با فقدان غیر قابل برگشت عملکرد کلیه می‌باشد (۱-۲). دفع مواد زاید، تنظیم دقیق مایعات و ترکیبات شیمیایی، ترشح برخی از هورمون‌ها و فعال نمودن ویتامین D از جمله فعالیت‌های کلیه‌ها در بدن می‌باشند. اما زمانی که در اثر بیماری‌های مختلف بیش از ۹۵ درصد از نسج کلیه تخریب گردد تجمع سموم در بدن به حدی می‌رسد که ادامه حیات بدون استفاده از دیالیز یا پیوند کلیه مقدور نخواهد بود (۱، ۳).

پیوند کلیه روش درمانی مناسب و مؤثرترین استراتژی درمانی در بین بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه می‌باشد (۴-۵). اولین پیوند کلیه در ایران، سال ۱۹۶۷ در شیراز انجام شده است. در حال حاضر تعداد پیوند کلیه در ایران به ۲۴ پیوند در هر یک میلیون نفر در سال می‌رسد (۶-۷). جمعیت افرادی که به بیماری مزمن کلیوی مرحله آخر مبتلا می‌شوند سالانه ۶ درصد افزایش می‌یابد و هم اکنون در ایالات متحده آمریکا، ۴۰۰ هزار نفر مبتلا به این بیماری وجود دارد. در ایران نیز آماری برابر با ۲۵ هزار نفر گزارش شده است (۸). در زمینه مشکلات بعد از پیوند، علی‌رغم این مسأله که هدف از انجام پیوند بر طرف کردن مشکلات ناشی از نارسایی مزمن کلیه و دیالیز و یا بهبود شرایط زندگی این بیماران می‌باشد این روش سودمند، مشکلاتی ناشی از تکنیک جراحی و عوارض جانبی داروهای مهار کننده سیستم ایمنی را به دنبال دارد که مشکلات به صورت جسمی و روانی بروز می‌کند (۹).

در درمان‌های جایگزین هدف، تنها طولانی کردن زندگی و حفظ سلامتی نیست، بلکه حفظ و ارتقای کیفیت زندگی را نیز در بر می‌گیرد (۱۰). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را برداشت و درک افراد از وضعیت زندگی در غالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق خود تعریف می‌کند (۱۱). توجه و حفظ سلامت عمومی این بیماران نیز به اندازه سلامت جسمی مهم قلمداد می‌شود و آن چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است (۱۲). مردم علاوه بر تفاوت‌شان در توصیف رویدادهای

زندگی، انتظارات متفاوتی از زندگی دارند. افرادی که نسبت به مسایل زندگی نگرش‌های بدبینانه دارند، همیشه خود را در احاطه اتفاق‌های ناخوشایند می‌پندارند و احتمالاً خود را در معرض ابتلا بیشتر به بیماری‌ها قرار می‌دهند (۱۳). نگرش‌های ناکارآمد به عنوان یک عامل زمینه‌ساز در شروع دوره‌های افسردگی به صورت مستقیم و یا به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری در شرایط فشارزای محیطی تلقی شده است (۱۴). نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می‌کند، فرد را آماده می‌سازد تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کند. از نظر بک نگرش‌های ناکارآمد معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه هستند که فرد از آن‌جا برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. از آن‌جا که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در مقابل تغییر هستند، ناکارآمد قلمداد می‌شوند (۱۵). باورها و افکار منفی که بیماران پیوند شده نسبت به خود شکل می‌دهند آن‌ها را گرفتار فشارهای روانی کرده و به شیوه‌های مختلف بر روی کاهش کیفیت زندگی آن‌ها واکنش نشان می‌دهد. در مجموع احساس افسردگی و اضطراب در بیماران کلیوی بسیار شایع است و افسردگی در بیماران عواقب متعددی مانند عدم پیگیری درمانی، اختلالات رفتاری و حتی پس زدن پیوند به دنبال دارد (۱۶). Reimer و همکاران، به بررسی کیفیت زندگی در بیماران قبل و بعد از عمل پیوند کلیه پرداخته‌اند مطالعه با سه گروه بیمار پیوند کلیه، دیالیزی و گروه شاهد سالم انجام شد که نتایج نشان داده بیماران پیوندی و گروه شاهد سالم کیفیت زندگی مشابه داشته، که به طور معنی‌داری بالاتر از بیماران دیالیزی بوده است (۱۷). در پژوهشی توسط Lips که رابطه سلامت با کیفیت زندگی بیماران مزمن را مورد بررسی قرار داده بود نتایج نشان داده است بین سلامت با کیفیت زندگی بیماران رابطه معنی‌داری وجود دارد (۱۸). در مطالعه‌ای توسط Fabienne و همکاران، که بر روی بیماران پیوندکلیه انجام شد، تعدادی از بیماران بعد از سه سال دچار افسردگی شده بودند (۱۹). لذا شناسایی عوامل مربوط به کیفیت زندگی و شیوه‌های مناسب ارتقاء کیفیت زندگی

۲. پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-12): این ابزار توسط Goldberg و همکاران تهیه شده، شامل ۱۲ سؤال از ۶۰ سؤال پرسش‌نامه اصلی است که همانند فرم‌های دیگر، هریک از سؤالات شدت مشکلات روانی را در چند هفته (یا یک ماه) اخیر می‌سنجد. این پرسش‌نامه دارای خرده مقیاس‌های اضطراب/افسردگی (سؤالات ۵، ۷، ۹، ۱۰)، اختلال در کارکرد اجتماعی (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۸) و عدم اعتماد به نفس (سؤالات ۱۱، ۱۲) است (۲۳-۲۲). آلفای کرونباخ آن در مطالعه‌ای در ایران ۰/۸۷ محاسبه شده است (۲۴). همچنین در مطالعه‌ای شاخص‌های حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه این مقیاس را به ترتیب ۶۲ درصد، ۶۵ درصد و ۳۵/۷ درصد گزارش نموده‌اند (۲۵). شیوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به صورت نمره‌گذاری لیکرت به شکل (۰-۱-۲-۳) است. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره‌گذاری، ۳۶ خواهد بود (۲۲).

۳. پرسش‌نامه کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه (KTQ-25): این پرسش‌نامه اختصاصی که ابزار اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه (KTQ-25) است توسط Pus و همکاران تهیه شده و دارای ۲۵ سؤال و ۵ حیطه شامل فیزیکی، خستگی، ترس/عدم اطمینان، ظاهر و عاطفی را در بر می‌گیرد. با توجه به مشکلات خاص بیماران پیوندی، کیفیت زندگی آنان را اندازه‌گیری می‌کند (۲۶). برای نمره‌گذاری ابزار، به هر گزینه امتیازی بین یک تا ۷ داده می‌شود، به طوری که ۷ نشانگر بهترین نمره و یک نشانگر بدترین حالت ممکن است. سپس مجموع نمرات هر حیطه، جمع و بر تعداد گویه‌های آن حیطه تقسیم می‌شود و نمره نهایی آن حیطه به دست می‌آید. در مجموع نمرات هر حیطه نیز ۷ بالاترین نمره کیفیت زندگی و یک پایین‌ترین نمره کیفیت زندگی ممکن است. در مطالعات متعدد پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ تا ۰/۸ گزارش شده است (۲۹-۲۷). آلفای کرونباخ آن در مطالعه‌ای در ایران ۰/۹۳ به دست آمده است (۳۰).

۴. پرسش‌نامه نگرش‌های ناکارآمد (DAS-26): اصل این ابزار (DAS-40) توسط Weissman &

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، می‌تواند رویکردهای مناسبی را برای کاهش عوارض نامطلوب بیماران ایجاد نماید (۲۰) و در صورتی که نتایج آزمون‌های سلامتی روان بیماران نشانگر وجود اختلالات روانی باشد، انجام مداخله‌های لازم می‌تواند بیماران را در جهت کسب آمادگی بهتر ذهنی و تطابق بیشتر با تنش حاصل از عمل پیوند یاری رساند (۲۱). بدون تردید نگرش‌های ناکارآمد نیز سهم عمده‌ای در آسیب‌پذیری شناختی بیماران پیوند کلیه ایفا می‌کند که در ایران مطالعات بنیادی در مورد نگرش‌های ناکارآمد و رابطه آن با بیماران پیوند کلیه دیده نشد. بنابراین با توجه به مطالب عنوان شده این مطالعه با هدف تعیین رابطه احتمالی بین کیفیت زندگی با سلامت عمومی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران پیوند کلیه تدوین و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی، جامعه پژوهش را کلیه بیماران پیوند کلیه بیمارستان‌های حضرت علی اصغر(ع) و الزهرا (س) اصفهان در سال ۱۳۹۱ تشکیل دادند. حجم نمونه شامل ۹۶ بیمار بود که به روش در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: بیماران زن و مرد بستری در بخش پیوند کلیه که به تشخیص متخصص (نفرولوژیست) نارسایی مزمن داشته و پیوند کلیه شده‌اند، زبان فارسی، تحصیلات در حد خواندن و نوشتن و حاضر به همکاری باشند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: مشکلات شدید روان‌شناختی (نظیر اختلالات پسیکوتیک)، مشکلات شناختی جدی بنابر تشخیص نورولوژیست، مشکلات جسمی مزمن دیگر نظیر معلولیت، بیماری قلبی-عروقی، پوستی شدید بر مبنای نظر پزشک و پرونده بیمار وعدم رضایت بیمار یا نظر پزشک معالج برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها.

ابزارها:

۱. پرسش‌نامه اطلاعات فردی: که شامل سن، جنسیت، تعداد اعضای خانواده، تحصیلات، مدت ابتلا به بیماری کلیه و سابقه دیالیز بود.

زندگی بیماران ۵/۳۷، سلامت عمومی ۱۴/۲۹ و نگرش‌های ناکارآمد ۹۲/۲۵ به دست آمد که در جدول ۱ آمده است. ضریب همبستگی پیرسون بین کیفیت زندگی با سلامت عمومی، ابعاد آن و نگرش‌های ناکارآمد بیماران پیوند کلیه در جدول ۲ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ضریب همبستگی پیرسون بین نمره کیفیت زندگی با اختلال سلامت عمومی و نگرش‌های ناکارآمد بیماران رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.001$). به عبارتی، افرادی که نمره اختلال سلامت عمومی و نگرش‌های ناکارآمد بالاتری دارند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار هستند.

نتایج بررسی پیش‌بینی نمره کیفیت زندگی از روی نمره متغیرهای سلامت عمومی و نگرش‌های ناکارآمد با استفاده از تحلیل رگرسیون به روش همزمان در جدول (۳) آمده است. همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌شود در حضور نمره متغیر سلامت عمومی، دیگر نمره نگرش‌های ناکارآمد نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای نمره کیفیت زندگی باشد. بنابراین در مرحله بعد برای پیش‌بینی نمره کیفیت زندگی فقط نمره سلامت عمومی را وارد رگرسیون نمودیم که نتایج به صورت زیر به دست آمد.

نتایج بررسی پیش‌بینی نمره کیفیت زندگی از روی نمرات ابعاد اضطراب / افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی با استفاده از تحلیل رگرسیون به روش گام به گام در جدول (۵) آمده است.

همان‌طور که در جدول (۵) ملاحظه می‌شود در حضور نمرات ابعاد اضطراب / افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی، دیگر نمره بعد عدم اعتماد به نفس نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای نمره کیفیت زندگی باشد. بنابراین بعد عدم اعتماد به نفس از معادله خارج شده است.

Beck در سال ۱۹۷۸ تهیه شده است (۳۱). نسخه ۲۶ گویه‌ای این مقیاس از نسخه ۴۰ گویه‌ای فرم الف جهت کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی تهیه و کیفیت روان‌سنجی آن تعیین شده است. آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۲، همبستگی با فرم اصلی ۰/۹۷ و روایی پیش‌بینی آن از طریق همبستگی با نمرات GHQ-28 در گروه بیماران و غیر بیماران ۰/۵۶ به دست آمده است. مقیاس DAS-26 دارای ۲۶ جمله است که آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهد (۳۲).

شیوه اجرا

ابتدا از طریق مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک دانشگاه علوم پزشکی با مسؤولان بخش پیوند کلیه بیمارستان‌های حضرت علی اصغر (ع) و الزهرا (س) هماهنگی و مجوز دریافت شد. بعد از دریافت مجوز از بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) در تاریخ ۹۱/۲/۲۳ و بیمارستان الزهرا (س) در تاریخ ۹۱/۳/۲۰ نمونه‌های مورد نظر در روزهایی که توسط متخصص کلیه ویزیت می‌شدند، در صورت داشتن شرایط فیزیکی و روان‌شناختی مناسب جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها، توسط پزشک به مجری ارجاع می‌شدند. سپس درباره هدف پژوهش اطلاعاتی به آن‌ها داده شد و پس از جلب رضایت بیمار پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت تا اقدام به تکمیل آن‌ها نمایند. پرسش‌نامه‌ها در طول مدت ۲ ماه تکمیل شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و با روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون تحلیل شدند.

یافته‌ها

بیماران در فاصله سنی ۷۶-۱۶ سال قرار داشتند. از میان نمونه تحقیق ۷۰ نفر مرد و ۲۶ نفر زن بودند. میانگین کیفیت

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای سلامت عمومی و ابعاد آن، نگرش‌های ناکارآمد و کیفیت زندگی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۵/۳۷	۱/۲
نگرش‌های ناکارآمد	۹۲/۲	۲۲/۳
سلامت عمومی	۱۴/۲	۵/۶۳
بعد عدم اعتماد به نفس	۲/۱۶	۱/۷۵
بعد اختلال در کارکرد اجتماعی	۵/۶۹	۲/۶۳
بعد اضطراب / افسردگی	۶/۴۲	۳/۰۷

جدول ۲. ضریب همبستگی پیروسون بین کیفیت زندگی با سلامت عمومی، ابعاد آن و نگرش‌های ناکارآمد

نمره کیفیت زندگی		متغیر
سطح معنی‌داری	ضریب همبستگی پیروسون	
۰/۰۰۸	-۰/۲۴	نمره نگرش‌های ناکارآمد
۰/۰۰۱	-۰/۵۲	نمره اختلال سلامت عمومی
۰/۰۰۲	-۰/۲۸	نمره بعد عدم اعتماد به نفس
۰/۰۰۱	-۰/۳۶	نمره بعد اختلال در کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۱	-۰/۴۹	نمره بعد اضطراب / افسردگی

جدول ۳. ضرایب خام و استاندارد شده پیش‌بینی نمره کیفیت زندگی بر اساس

متغیرهای سلامت عمومی و نگرش‌های ناکارآمد

متغیر	ضریب خام	ضریب استاندارد شده	سطح معنی‌داری
ضریب ثابت	۷/۲۴	-	۰/۰۰۱
نگرش‌های ناکارآمد	-۰/۰۰۴	-۰/۰۶	۰/۴۷
سلامت عمومی	-۰/۱۰	-۰/۵۰	۰/۰۰۱

جدول ۴. ضرایب خام و استاندارد شده پیش‌بینی نمره کیفیت زندگی

از روی متغیر سلامت عمومی

متغیر	ضریب خام	ضریب استاندارد شده	سطح معنی‌داری
ضریب ثابت	۶/۹۸	-	۰/۰۰۱
نمره سلامت عمومی	-۰/۱۱	-۰/۵۲	۰/۰۰۱

جدول ۵. ضرایب خام و استاندارد شده پیش‌بینی نمره کیفیت زندگی بر اساس نمرات ابعاد اضطراب / افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی

مدل	متغیر	ضریب خام	ضریب استاندارد شده	سطح معنی‌داری
۱	ضریب ثابت	۶/۶۲	-	۰/۰۰۱
	اضطراب / افسردگی	-۰/۱۹	-۰/۴۹	۰/۰۰۱
۲	ضریب ثابت	۷/۱۹	-	۰/۰۰۱
	اضطراب / افسردگی	-۰/۱۷	-۰/۴۴	۰/۰۰۱
	اختلال در کارکرد اجتماعی	-۰/۱۲	-۰/۲۷	۰/۰۰۳

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج در جدول ۲ نشان می‌دهد، بین کیفیت زندگی با اختلال سلامت عمومی و نگرش‌های نا کارآمد بیماران پیوند کلیه رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره سلامت عمومی بیماران پیوند کلیه $۵/۶۳ \pm ۱۴/۲$ بوده است. همبستگی بین نمره سلامت عمومی با کیفیت زندگی $-۰/۵۲$ به‌دست آمد (جدول ۲) که بیانگر رابطه معکوس بین کیفیت زندگی و سلامت عمومی می‌باشد. این یافته‌ها با یافته‌های Mucsi و همکاران، که بر روی سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه انجام شد، همخوانی دارد. نتایج آن‌ها نشان داد افرادی که اختلال روانی کمتری دارند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌باشند (۳۳). موسی نیز به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه پرداخته که نتایج نشان داده بهبود کیفیت زندگی پیش‌بینی‌کننده سلامت بیماران می‌باشد (۳۴). همچنین این یافته‌ها با یافته‌های محققین دیگر از جمله Fujisawa و همکاران که بر روی بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار گرفته بود، نیز همخوانی دارد (۳۵-۳۶). میانگین نمرات عدم اعتماد به نفس، اختلال در کارکرد اجتماعی و اضطراب / افسردگی بیماران پیوند کلیه به ترتیب $۲/۱۶ \pm ۱/۷۵$ ، $۵/۶۳ \pm ۲/۶۳$ و $۶/۴۲ \pm ۳/۰۷$ بود. همبستگی بین نمرات عدم اعتماد به نفس، اختلال در کارکرد اجتماعی و اضطراب / افسردگی با کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه به ترتیب $-۰/۲۸$ ، $-۰/۳۶$ و $-۰/۴۹$ به‌دست آمد (جدول ۲) که

بیانگر رابطه معکوس بین کیفیت زندگی و نمرات عدم اعتماد به نفس، اختلال در کارکرد اجتماعی و اضطراب / افسردگی می‌باشد. این یافته‌ها با یافته‌های مردانی حمله، شهرکی واحد، شریف و وداد، و همکاران، که بر روی بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار گرفته بود، همسو بود. نتایج یافته‌های آن‌ها نشان داده است که بین کیفیت زندگی و ابعاد اضطراب / افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی همبستگی معنی‌داری وجود دارد (۳۷-۳۹). Gutteling و همکارانش نیز در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیماران با افسردگی آن‌ها رابطه معنی‌داری دارد. افزایش افسردگی بیماران باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۴۰). میانگین نمره نگرش‌های ناکارآمد بیماران پیوند کلیه $۲۲/۳ \pm ۹۲/۲$ بوده است این یافته‌ها نشان می‌دهد این بیماران نسبت به جمعیت عمومی شهر اصفهان (۳۲) نگرش‌های ناکارآمد بیشتری دارند. همبستگی بین نمره نگرش‌های ناکارآمد با کیفیت زندگی $-۰/۲۴$ به‌دست آمد (جدول ۲) که بیانگر رابطه معکوس بین کیفیت زندگی و نگرش‌های ناکارآمد می‌باشد. این یافته‌ها با یافته‌های Kallay و همکاران، همخوانی دارد که نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد، بین نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی با کیفیت زندگی بیماران رابطه معنی‌داری وجود دارد به عبارتی هرچه نگرش‌های ناکارآمد و افسردگی بیماران بالاتر باشد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار می‌باشند (۴۱). از آنجایی که هدف از درمان بیماران نه تنها حفظ زندگی، بلکه بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌باشد، بنابراین انجام

پژوهش‌های دیگر با استفاده از سایر متغیرهای روان‌شناختی، اجتماعی و خانواده در تبیین کیفیت زندگی این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانم از ریاست محترم مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، کادر درمانی بخش‌ها و درمانگاه‌های پیوند کلیه مراکز درمانی حضرت علی اصغر (ع) و الزهرا (س) که همکاری لازم جهت اجرای این پژوهش را فراهم نموده‌اند تشکر نمایم.

این پژوهش تحت شماره ۲۹۱۲۴۵ معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ثبت و دارای کد اخلاقی مذکور است.

مداخلات لازم برای افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش هزینه‌های بیمارستانی در این بیماران ضرورت دارد در غیر این صورت کاهش سلامت عمومی در این بیماران بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر گذاشته و می‌تواند باعث از دست دادن شغل، از مشکلات خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسؤولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد (۳۷). با توجه به این‌که برخی از بیماران پیوندشده باورها و نگرش‌هایی را در مورد خود شکل می‌دهند که از عقاید یک فرد عادی متفاوت است و همین نگرش‌های منفی موجب بالا رفتن اضطراب و افسردگی مزمن می‌شود و کیفیت زندگی و رضایت از زندگی این بیماران را قویا تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۴۲). به نظر می‌رسد این افراد تمایل زیادی به نسبت دادن شکست‌ها به ناکارآمدی خود دارند و این حس ناکارآمدی را به سایر تجارب خود منتقل می‌کنند و بسیاری از فرصت‌ها را از خود می‌گیرند. این موضوع به احساس درماندگی منجر می‌شود که موجب کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد آموزش روش‌های کنترل و پیشگیری از افسردگی و اضطراب، اصلاح نگرش‌های ناکارآمد، می‌تواند به پذیرش پیوند، سازگاری روان‌شناختی و ارتقا کیفیت زندگی کمک کند.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این پژوهش این بود که بیمارانی که از ناراحتی‌های جسمانی و روان‌شناختی بیشتری رنج می‌بردند، امکان بررسی نداشتند لذا ممکن میزان علایم روان‌شناختی و افت کیفیت زندگی در آن‌ها بیشتر از یافته‌های این مطالعه باشد. دوم این‌که جامعه آماری تحقیق فقط مربوط به بیمارستان‌های حضرت علی اصغر (ع) و الزهرا(س) می‌باشد، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به جوامع مشابه باید با احتیاط انجام شود.

پیشنهادات

انجام پژوهش‌هایی با حجم نمونه بیشتر و در مراکز درمانی خصوصی و مقایسه نتایج آن‌ها با تحقیق حاضر، انجام

References

1. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplant Proc* 2007; 39 (10), 3047- 53.
2. Safizadeh H, Garoosi B, Afsharpoor S. Quality of Life in Hemodialysis Patient. *Payesh J* 2005; (5):29-35.
3. Raymond L. physiological effects of exercise during dialysis on chronic renal failure patients. *journal of exercise science and fitness* 2004; 2(1):30-35.
4. Hariharan S, Johnson CP, Barbara BA, Taranto SE, Matthew BA. and Stabelin D. Improved graft survival after renal transplantation in the United States, 1988 to 1996. *N Engl J Med* 2000; 342: 605-12.
5. Cacho DT, Cusi LI, Pique AA, Villar PB, Reyes LI, Alvarez-Vijande Garcia R. and et al. Elderly donor kidney transplant: Factors involved in graft survival. *Transplant proc* 2005; 37(9): 3690-2.
6. Mahdavi Mazdeh M, Heidari Rouchi A, Aghighi M, Rajolani H. Organ and tissue transplantation in Iran. *Saudi Kidney Dis Transpl* 2008; 19(1): 127-31.
7. Ghods AJ. Renal transplantation in Iran. *Nephrol Dial transplant* 2002; 17: 222-8.
8. Ghods A, Savaj S. Iranian model of paid regulated living unrelated kidney donation. *Clin Asoc Nephrol* 2006; 1(6), 1136-45.
9. Luckman J, Sorenson K. *Medical Surgical Nursing: A Psychologic Approach*. 3th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1987.
10. Shu-Fen N, Chu A. Quality of life of patient having renal replacement therapy. *J Adv Nurs* 2005; 51(1), 15-21.
11. Namdar A, Beigzadeh SH, Najafipour S. Health-Related quality of life in dialysis patients. *JJUMS* 2013; 10(4):19-27
12. World Health Organization. *Mental Health: New Understanding, New Opportunities*. Geneva: WHO; 2004.
13. Griffith MA, Dubow EF, Ippolito MF. Developmental and cross-situational differences in adolescents coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence* 2000; 29 (2): 65-72.
14. Lam D. A cognitive theory of depression. In: Checkley S. *The management of depression*. Oxford: Blackwell; 1998.
15. Davison Gerald C, Neale J, Kring Ann M. *Psychopathology*. Trans. by Hamid R Hosseini Shahi Baravati H R, Dehestani M. Tehran: Ravan Publication; 2004.
16. Kasiske BL, Snyder JJ, Gilbertson DT, Simon T, Maclean JR. Risk factors for post-kidney transplant depression identify which patients need closer mental health assessment. *American Society of Nephrology 37th Annual Meeting & Scientific Exposition*; St Louis; 2004.
17. Reimer J, Franke GH, Lütke P, Kohnle M, Gerken G, Philipp T, Heemann U. quality of life in patients before and after kidney transplantation. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2002 ;52(1):16-23.
18. Lips IM, van Gils CH, van der Heide UA, Kruger AE, van Vulpen M. Health-related quality of life 3 years after high-dose intensity modulated radiotherapy with gold fiducial marker-based position verification. *BJU Int* 2009; 103(6):762-7.
19. Fabienne D, Melissa A, Skeans J, Snyder AV. Depressive disorder in renal transplantation: An analysis of medicare claims. *Am J Kidney Dis* 2008;51(5):819-28.
20. Fukuhara SH, Lopes AA, Gresham B, Kurokawa K, Mapes DL. Health related quality of life among dialysis patient on three continents: the dialysis outcomes and practice patterns study. *Kidney International* 2003; 64(5), 1903-10.
21. Levenson JL. *Psychosocial Screening and Selection of Candidates of Organ Transplantation*. 1998; 21-41.
22. Gao F, Luo N, Thumboo J, Fones C, Li S, Cheung Y. Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors and do we need them? *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:63.
23. Graetz B. Multidimensional properties of the General Health Questionnaire. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26:132-8.
24. Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi GH, Ebadi M and Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ12). translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1:66.
25. Yaghobi H. Screening mental diseases: the role of tests, measurement methods and validation. *The Journal of Mental Health* 2008; 1(1): 39-51.
26. Pus N. *Administrative guide to the kidney transplant questionnaire*. London: Roberts Research Institute; 1999.

27. Fiebiger W, Mitterbauer C, Oberbauer R. Health related Qol outcomes after kidney transplantation. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 2-5.
28. Neipp M, Karavul B, Jackobs S, Richter N, Becker T, Schwarz A, Klempnauer J. Qol in adult transplant recipients more than 15 years after kidney transplantation. *Transplantation* 2006; 81(12), 1640-4.
29. Rebollo P. Spanish validation of the kidney transplant questionnaire: A useful instrument for assessing health related quality of life in kidney transplant patient. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1, 56-9.
30. Tayebi A, Raiesifar A, Ebadi A, Eynollahi B, Rafiyan Z, Keyvanloo F. Investigation of renal transplantation pnnnnnn qutttty of iif by kidney transplantation questionnaire (KTQ-25). *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010; 3(3): 125-8.
31. Weissman A N, Beck A T. Development and validation of the dysfunctional attitude scale. *Proceeding of the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy; Chicago, IL; 1978.*
32. Ebrahimi A, Afshar H, Neshat Doost HT, Mousavi GH, Moolavi H. Attitude scale and general health questionnaire subscales predict depression? *Journal of Research in Medical Sciences* 2012; 17(1): 40-4.
33. Diseth Trond, Tanageras Trine, Reinfjell Trude, Bjerre Anna. Kidney transplantation in childhood: Mental health and quality of life of children and caregivers. *Pediatr Nephrol* 2011; 26(10): 1881° 92.
34. Mucci, Istvan. Health- Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients. *Primary Psychiatry* 2008; 15(1):46-51.
35. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotoni S, Higvchi A, Nagano S, et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplantation and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology* 2000; 56(2): 201-6.
36. Salati M, Brunelli A, Xiumè F, Refai M, Sabbatini A. Quality of life in the elderly after major lung resection for lung cancer. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2009 ;8(1):79-83.
37. Mardani Hamole M, Shahraki Vahed A. The Assessment of relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *Scientific Journal of Hamadan university of Medical Sciences & Health Services* 2009; 16(2): 33-8. [In Persian]
38. Sharif F, Vedad F. The Relationship Between Mental Health and Quality of Life of Hemodialysis Patients Referred to Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. *Iran Journal of Nursing* 2007; 20 (51): 61-9.
39. Pei Lin L, Sok Y W, Neni WS. Anxiety and depressive symptoms and health-related quality of life status among patients with cancer in terengganu, Malaysia. *Asean Journal of psychiatry* 2011; 12 (1).
40. Gutteling J, Deman RA, Vander Plas S. Determinants of quality of life in chronic liver patients. *Department of Gastroentetology and Hepatology* 2006; 23(11): 1629-35.
41. Kallay E, Degl CL, Vincze AE. Dysfunctional attitudes, depression and quality of life in a sample of Romanian Hungarian cancer patients. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies* 2007; 7(1) ;95.
42. Tedman S, Thernton E, Bakert G. Development of a scale to measure core beliefs and perceived self- efficacy in adults with epilepsy. *Seizure* 1995; 4(3): 221-31.

Relationship between Quality of Life, General Health and Dysfunctional Attitudes in Kidney Transplant Patients

Mitra Rakrava¹, Victoria Omranifard², Amrolah Ebrahimi³,
Abdol Amir Atapour⁴, Mozghan Mortazavi⁵

Original Article

Abstract

Due to the increasing prevalence of kidney problems and increase the number of kidney transplants, it is necessary to consider psychological problems and quality of life of these patients. This study was aimed to investigate the relationship between quality of life, general health and dysfunctional attitudes in kidney transplant patients.

Methods and Materials: This study was a descriptive-correlation one, and its target population consisted of all kidney transplant patients in Ali Asghar and Al Zahra Hospitals in Isfahan, 2012. The participants were 96 kidney transplant patients. They were selected by available sampling method. The survey tools included demographic form, General Health Questionnaire (GHQ-12), Dysfunctional Attitudes Scale (DAS-26) and kidney Transplant Questionnaire (KTQ-25). Pearson correlation and regression analysis were used.

Findings: Analysis of the data showed that there was a significant relationship between quality of life, disturbance in general health and dysfunctional attitudes in kidney transplant patients ($p < 0.001$) There was a significant relationship between quality of life and general health dimensions (lack of confidence, $p < 0.002$) (social dysfunction, $p < 0.001$) and (anxiety/depression, $p < 0.001$).

Conclusions: participants with higher scores on general health problems and dysfunctional attitudes had lower quality of life. quality of life in kidney transplant patients appears to be predicted by some psychological variables such as general health indexes.

Keywords: Quality of Life, General Health, Dysfunctional Attitudes, Renal Transplantation

Citation: Rakrava M, Omranifard V, Ebrahimi A, Atapour A, Mortazavi M. **Relationship between Quality of Life, General Health and Dysfunctional Attitudes in Kidney Transplant Patients.** J Res Behave Sci 2014; 12(4): 510-519

Received: 08.05.2013

Accepted: 02.10.2013

1. Psychologist(MSc), Sciences and Research Branch Esfahan, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Associate professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Associate Professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.(corresponding Author) Email: A_ebrahimi@med.mui.ac.ir
4. Assistant Professor, Medicine faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
5. Associate Professor, Medicine faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran