پیش‌بینی سطح کیفیت زندگی بیماران همودیالیز بر اساس متغیرهای روان‌شناختی مثبت و آسیب‌شناسی روانی

زهره فولادی [۱]، امراله ابراهیمی [۲]، غلامرضا منشئی [۳]، حمید افشار [۴]، مهدی فولادی [۵]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: بیماران تحت همودیالیز مشکلات مختلفی را درارتباط با عوارض بیماری مانند مشکلات جسمانی، اقتصادی، اجتماعی و واکنش‌های عاطفی تجربه می‌کنند. این مطالعه با هدف تعیین رابطه بین متغیرهای روان‌شناختی مثبت (امید و معنویت)،آسیب‌شناسی روانی (استرس، افسردگی، اضطراب) وکیفیت زندگی بیماران همودیالیز بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک پژوهش توصیفی (همبستگی) است که روی ۹۶ نفر از بیماران همودیالیز مراجعه‌کننده به بیمارستان حضرت علی اصغر(ع) اصفهان در سال ۱۳۹۱ انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های دموگرافیک، کیفیت زندگی (Short Form - 36 Health Survey)، مقیاس سنجش اضطراب، افسردگی و استرس (Depression, Anxiety and Stress Scale - 42) ، امید به زندگی Snyder و مقیاس معنویت Paloutzian & Ellison استفاده شد و داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ با روش‌های تحلیل رگرسیون و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد، بین کیفیت زندگی با معنویت و امید بیماران همودیالیز رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، بین کیفیت زندگی با افسردگی، اضطراب، استرس بیماران همودیالیز رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه دلالت بر ارتباط مستقیم بین ویژگی‌های مثبت نظیر امید و معنویت از یک سو و متغیرهای آسیب‌شناسی روانی با کیفیت زندگی بیماران همودیالیز دارد. این ارتباط به گونه‌ای است که می‌توان کیفیت زندگی بیماران همودیالیز را توسط متغیرهای مثبت معنویت و امید و متغیرهای پاتولوژیک افسردگی، اضطراب و استرس پیش‌بینی نمود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، امید، معنویت، استرس، افسردگی، اضطراب، بیماران همودیالیز

ارجاع: فولادی زهره، ابراهیمی امراله، منشئی غلامرضا، افشار حمید، فولادی مهدی. **پیش‌بینی سطح کیفیت زندگی بیماران همودیالیز بر اساس متغیرهای روان‌شناختی مثبت و آسیب‌شناسی روانی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۶): ۵۷۷-۵۶۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۳۰

۱- کارشناس ارشد، روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم وتحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استادیار، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: A_ebrahimi@med.mui.ac.ir

۳- استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۵- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

نارسایی مزمن پیشرفته کلیه، تخریب پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر عملکرد کلیوی است که در این مرحله توانایی بدن در حفظ سوخت و ساز و تعادل آب و الکترولیت‌ها از بین رفته و در نتیجه اورمی ایجاد می‌گردد. درمان اصلی مرحله آخر نارسایی کلیوی پیوند کلیه است، اما با توجه به این‌که دست‌یابی به کلیه پیوندی در بیش‌تر نقاط جهان آسان نیست لذا تا زمان پیوند کلیه، بیمار تحت درمان با دیالیز قرار می‌گیرند. این شرایط نه تنها بر سلامت جسم و روان فرد تأثیر گذاشته و زندگی وی را تهدید می‌کند، بلکه هزینه‌های خدمات سلامتی را نیز بالا می‌برد (۱).

تعداد بیماران تحت درمان با همودیالیز در سال ۱۹۸۸، ۵۱۷۰۰۰ نفر گزارش شده است (۲)، این آمار جهانی در سال ۱۹۹۲ به یک میلیون نفر افزایش یافت (۳). تعداد بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران تا پایان سال ۱۳۸۳، ۴ ۱۵۰۰۰ نفر و در سطح استان تا پایان شهریور ماه ۱۳۸۴، ۱۳۹۴ نفر از سوی انجمن حمایت از بیماران کلیوی گزارش شده است (۴). علی‌رغم تأثیر درمانی همودیالیز در مرحله آخر نارسایی کلیوی، این بیماران با عوامل تنش‌زای متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که حتی با پیشرفت‌های جدید درمان‌ها باز هم کنترل نمی‌شوند (۴). در دنیای امروز ارتقای کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. معمولاً بیماران با شرایط بالینی یکسان، کیفیت زندگی متفاوتی را گزارش می‌کنند (۵). لذا ارزیابی کیفیت زندگی بیماران به کادر درمان کمک می‌نماید تا بتوانند به چگونگی درک بیماران از سلامتی، توانایی عملکرد و حس خوب بودن پی برده و روش‌های درمانی ارتقای کیفیت زندگی بیماران را مورد توجه قرار دهند (۶).

بیمار دیالیزی مجبور است هر هفته ۳-۲ نوبت و در هر نوبت چندین ساعت از زندگی خود را با دستگاه بگذارند که این محدودیت‌ها، شرایط زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷). این بیماران با تجربه‌ی سطوح متفاوتی از کیفیت زندگی، درجه‌ی بالایی از استرس را با مشکلات وسیع و گوناگون جسمانی و روانی اجتماعی نشان می‌دهند و در مواجهه با عوامل استرس‌زا در طول زندگی خود از مکانیسم‌های سازگاری مختلفی استفاده می‌کنند (۹-۸).

هزینه‌های مختلف درمان و محدودیت در مهارت‌های سازگاری بیماران با موقعیت مختلف زندگی منجر به کاهش کیفیت زندگی این افراد می‌شود. از سوی دیگر داروهایی که برای درمان این بیماران استفاده می‌شود، اثرات جانبی زیادی دارند که یکی از آن‌ها افسردگی است (۱۱-۱۰). تنشی که به این بیماران در مراحل مختلف درمانی وارد می‌شود، می‌تواند باعث افزایش علایم افسردگی و احساس ناامیدی در زندگی شود. شیوع افسردگی، اضطراب، اختلال در ارتباطات اجتماعی و اختلالات جسمی و عملکردی و بیماری‌های قلبی- عروقی در بیماران مرحله نهایی نارسایی کلیوی بیش‌تر است که حتی می‌تواند مرگ و میر را در این افراد تحت تأثیر قرار دهد (۱۱-۱۰).

شایع‌ترین نشانه مشکلات روان‌شناختی در این بیماران افسردگی و بعد از آن اضطراب با شیوع کم‌تر است. در مراحل اولیه دیالیز به‌خصوص در ۶ ماهه اول، علایم گذرای روان‌پریشی و سایر اختلالات روان‌پزشکی به شکل شدید وجود دارد. افسردگی در ۵۰ درصد موارد و اختلال اضطراب در ۳۰ درصد موارد مشاهده شده است. سایر اختلالات روان‌پزشکی متوسط به مقدار بیش‌تر و عوارض روانی شدید به میزان کم‌تری دیده می شود (۱۲).

مطالعات جدید نشان داده است که معنویت و عقاید مذهبی اثر زیادی بر سلامت روانی و جسمی افراد دارند و آموزش معنوی راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات به حساب می‌آیند (۱۳). دعا، از رفتارهای مذهبی مرتبط با بهداشت روان و تندرستی است (۱۴) که بیش‌تر از سایر مناسک مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۵). اخیراً بسیاری از پژوهشگران اثربخشی استفاده از دعا را بر درمان‌های رایج برای حالت‌هایی مانند افسردگی، وابستگی‌های دارویی، مشکلات زناشویی و بیماری‌های قلبی مورد بررسی قرار داده‌اند و از آن سود جسته‌اند (۱۴). معنویت با بهبودی بهتر، طول عمر بیش‌تر، مهارت های سازگاری کارامدتر و کیفیت زندگی بهتر خصوصاً در مبتلایان به بیماری‌های مزمن و سخت که تغییرات اجتماعی و روانی

تنش‌زایی هم‌چون کشمکش‌های وجودی مرتبط با معنا و هدف را متحمل می‌شوند مرتبط است (۱۶).
موقعیت‌های تهدیدکننده‌ی زندگی، از دست دادن‌ها یا تغییرات در طول زندگی، می‌توانند بر سطح امید بیماران تأثیرگذار باشند (۱۷). زیرا که امید یکی از مفاهیمی است که برای زندگی سالم، مهم می‌باشد (۱۸). امید در تمام ابعاد زندگی عنصری ضروری است. امید توانایی باور به داشتن احساسی بهتر در آینده می‌باشد. امید با نیروی نافذ خود سامانه فعالیتی را تحریک می‌کند تا بتواند تجربه‌های نو کسب نموده و نیروهای تازه‌ای را در موجود ایجاد کند (۱۷). بیماران همودیالیز اگر به آینده امید داشته باشند ممکن است در ابعاد مختلف کیفیت زندگی خویش وضعیت بهتری را احساس کنند و در صورت تحقق این امر، برخورداری از زندگی مطلوب به نوبه خود، احساس امید را در این بیماران افزایش خواهد داد. یافته‌های پژوهش بحرینیان و همکاران نشان می‌دهد که معنویت بیماران با کیفیت زندگی آنان ارتباط دارد (۱۹). در پژوهشی توسط Baldree و همکاران که به شناسایی استرس و الگوهای مقابله‌ای در بیماران تحت همودیالیز پرداخته است، نتایج نشان داده است که ارتباط معکوسی بین علایم بیماری و ارزیابی بیمار از نظر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی وجود دارد به‌گونه‌ای که هرچه علایم بیماری بیش‌تری گزارش شود، کیفیت زندگی بیماران پایین‌تر است (۴). Sayin و همکاران، در آنکارا به بررسی کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوندی پرداخته‌اند و نتایج بررسی که روی ۷۵ بیمار همودیالیز و ۴۱ بیمار تحت دیالیز صفاقی و ۲۰ بیمار پیوندی بوده است، نشان داد که افسردگی و اضطراب تأثیر منفی معنی‌داری بر روی کیفیت زندگی دو گروه از بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی دارد، به‌طوری‌که بدترین امتیاز کیفیت زندگی متعلق به همودیالیزی‌ها بوده است (۶). Snyder & Anderson نشان می‌دهند ارتقای امید راه مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن است. از نظر این محققین، امیدافزایی باعث افزایش سطح خودمراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی بیماران می‌شود (۲۰).

از آن‌جایی که بیماران تحت همودیالیز مشکلات مختلفی در ارتباط با عوارض خاص بیماری مانند مشکلات جسمانی، اقتصادی، اجتماعی و واکنش‌های عاطفی را تجربه می‌کنند، این امر می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی آنان گشته و برای مددجویان استرس‌زا باشد. دراین شرایط به کارگیری روش‌های سازگاری ضرورت می‌یابد زیرا عوامل گوناگون استرس‌زا، تأثیرات جبران‌ناپذیری بر سلامتی و ابعاد زندگی بیماران همودیالیزی می‌گذارند. البته برنامه‌ریزی پرسنل پرستاری نقش کلیدی در ارزیابی وبهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی دارد (۲۱). مذهب باعث ایجاد نگرش مثبت نسبت به دنیا در فرد می‌شود و او را در مقابل رویدادهای ناگوار زندگی مثل فقدان یا بیماری یاری می‌رساند و با ایجاد انگیزه و انرژی در فرد، وی را به بهتر شدن زندگی امیدوار می‌کند. این امر موجب افزایش تحمل و پذیرش موقعیت‌های غیرقابل‌تغییر می‌شود و در بسیاری از موارد اضطراری که علم قادر به کمک به فرد نیست، این مسأله از اهمیت خاصی برخوردار است (۲۲). معنویت، به همراه نیروهای مذهبی از قبیل دعا، نقش مهمی در قبول بیماری‌ها دارد (۲۳)، ارزیابی کیفیت زندگی، برنامه‌ریزی در راهبردهای درمانی و در تعیین کارامدی مداخلات درمانی و ارزیابی مراقبتی درمان کمک می‌کند (۶) و هم‌چنین دیالیز موجب کاهش تمایل جنسی، احساس ناتوانی، ترس از مرگ، خشم و تغییر در شیوه زندگی بیمار و خانواده می‌گردد. اگر خشم به وجودآمده ابزار نگردد این امکان وجود دارد که به درون فرد جهت یابد و منجر به افسردگی، ناامیدی و تلاش به خودکشی گردد و اگر بیمار خشم خود را به بیرون و دیگران معطوف نماید، ممکن است در ارتباطات خانوادگی تأثیر مخرب و تهدیدکننده‌ای داشته باشد که در این صورت مشاوره و روان‌درمانی ضرورت پیدا می‌کند. بسیاری از بیماران با نارسایی مزمن کلیه کاهش در میزان توجه، تفکر افسرده، کاهش سطح تمرکز و تغییر در وضعیت‌های درکی دارند (۲۴). آموزش می‌تواند سبب بهبود عملکرد جسمی و سلامت عمومی بیمار و همین‌طور وضعیت عاطفی روانی و اجتماعی بیمار کاهش در محدودیت نقش‌ها می‌گردد (۲۵). امید به‌عنوان نمادی از

سلامت روانی مددجو می‌تواند در بررسی‌های پرستاری مدنظر واقع شود (۱۸)، امید کیفیت اندازه‌پذیری است که می‌تواند در مرحله بررسی و شناخت فرایند پرستاری استفاده شود و در پی آن مداخلاتی در جهت ارتقای آن اعمال گردد و بدون ارتقای امید زمینه برای پذیرش آموزش‌های درمانی و مراقبتی به وجود نخواهد آمد (۱۸). اگرچه درمان‌های جایگزین به حفظ جان بیماران کمک می‌کند، اما به حداکثر رساندن کیفیت زندگی بیماران دچار نارسایی کلیه، هدف عمده برنامه‌ی دیالیز می‌باشد. زیرا نشانه‌های یک بیماری مزمن مستقیماً بر روی بیمار و بالطبع بر روی کیفیت زندگی او تأثیرخواهد گذاشت. در نتیجه بررسی و ارزیابی کیفیت زندگی هنگامی‌که درمان جنبه نگه‌دارنده دارد، از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (۲۶).

بنابراین هر اقدام عملی که منجر به کاهش اضطراب و افسردگی و کاهش استرس بیماران شود و امید به زندگی آنان را افزایش دهد، می‌تواند تأثیر مستقیم بر درمان آنان با شرایط جدید داشته باشد و در نهایت کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد. با توجه به مطالب عنوان شده این مطالعه با هدف تعیین رابطه بین متغیرهای روان‌شناختی مثبت (امید و معنویت)، آسیب‌شناسی روانی (استرس، افسردگی و اضطراب) و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز تدوین و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

روش مطالعه توصیفی- تحلیلی نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش را بیماران همودیالیز بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) اصفهان در سال ۱۳۹۱ تشکیل دادند. حجم نمونه ۹۶ نفر از بیماران با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل بیماران زن و مرد بستری در بخش همودیالیز که به تشخیص متخصص (نفرولوژیست) نارسایی مزمن داشته و همودیالیز شده‌اند، زبان فارسی، تحصیلات در حد خواندن و نوشتن داشته‌اند و حاضر به همکاری بودند. ملاک‌های خروج، مشکلات شدید روان‌شناختی (نظیر اختلالات سایکوتیک)، مشکلات شناختی جدی بنابر تشخیص نورولوژیست، مشکلات جسمی مزمن دیگر نظیر معلولیت، بیماری قلبی - عروقی، پوستی شدید، بنابر نظر پزشک و پرونده بیمار داشته باشند و به هر دلیل عدم همکاری در ادامه پژوهش.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل:

۱- پرسش‌نامه ویژگی‌های دموگرافیک شامل سن، جنسیت، تعداد اعضای خانواده، تحصیلات، مدت ابتلا به بیماری کلیه و سابقه دیالیز.

۲- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: این مقیاس به وسیله‌ی Lovibond درسال ۱۹۹۵ ساخته شده است. Lovibond ویژگی‌های روان‌سنجی آن را بر روی نمونه‌های دانش‌آموزی و نمونه‌های غیر بالینی تعیین کرد (۲۷). این پرسش‌نامه سه وضعیت روانی اضطراب، افسردگی و استرس را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دارای گزینه‌هایی مربوط به علایم و نشانه‌های افسردگی (۱۴ سوال)، اضطراب (۱۴ سوال) و استرس (۱۴ سوال) است که توسط آزمودنی تکمیل می‌شود. برای پاسخ‌گویی به هر سوال، امتیازات به صورت اصلاً (۰)، تا حدی (۱)، تا حدی زیادی (۲) و خیلی زیاد (۳) اختصاص یافته که مجموع امتیازات کسب شده، میزان افسردگی، اضطراب و استرس تحمیل شده به فرد را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین حداقل صفر تا حداکثر ۴۲ نشان می‌دهد. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه DASS در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفت، به گونه‌ای که همبستگی خرده مقیاس افسردگی این آزمون با Beck Depression Inventory ۰/۴۹۸، خرده مقیاس اضطراب با zung Anxiety Scale ۰/۱۳۸ و خرده مقیاس استرس با سیاهه استرس دانش‌آموزان ۰/۷۵۸گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش گردید (۲۸). پرسش‌نامه DASS در مطالعه‌ای دیگر ضریب آلفای آن به ترتیب برای افسردگی ۰/۸۹، اضطراب ۰/۸۴ و برای استرس ۰/۶۸ گزارش شده است (۲۹). سوالات (۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۳۱، ۳۴، ۳۷، ۳۸، ۴۲) مربوط به بعد افسردگی، سوالات (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۰، ۳۶، ۴۰، ۴۱) مربوط به بعد اضطراب و سوالات (۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۷، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۹) مربوط به بعد استرس می‌باشند.

۳- Quality of Life Questionnaire (Short Form-36): این پرسش‌نامه توسط Ware and Sherbourne در سال ۱۹۹۲ ساخته شده(۳۰) و در برگیرنده ۸ خرده مقیاس است که شامل عملکرد فیزیکی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات جسمی، محدودیت در ایفای نقش به دلیل مشکلات احساسی و هیجانی، درد جسمی- عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سرزندگی و درک سلامت عمومی می‌باشد (۳۱). سوالات از مقیاس رتبه‌ای صفر تا پنج دسته‌بندی شده است (در ۱۱ سوال، نمره صفر بدترین وضعیت و نمره پنج بهترین حالت ممکن برای هر فرد و در ۲۵ سوال دیگر نمره صفر نمایانگر بهترین حالت می‌باشد). نمرات کلی سوال‌ها از صفر تا ۱۰۰ تنظیم شده و بر اساس پاسخ بیماران سطح کیفیت زندگی به صورت خوب (بین صدک ۷۵ ام و بالاتر)، تا حدی مطلوب یا متوسط (بین ۲۵ ام تا ۷۵ ام) و بد (کم‌تر از صدک ۲۵ ام) در نظر گرفته شده است (۳۲). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۳ گزارش شده است (۳۳). تحلیل «همسانی درونی» نشان داد که به جز مقیاس نشاط (α= ۰/۶۵) سایر مقیاس‌های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردار هستند (۳۴)، در مطالعه‌ای دیگر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ضریب پایایی SF-36 را به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند (۳۳).

۴- مقیاس امید: این پرسش‌نامه توسط Snyder در سال ۱۹۹۱ ساخته شده است (۳۵) که دارای ۱۲ ماده می‌باشد و برای هر ماده از مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت استفاده می‌شود (۱= کاملاً مخالف، ۲= تا حدودی مخالف، ۳= تا حدودی موافق، ۴= کاملاً موافق). این پرسش‌نامه شامل دو بعد نیروی عامل و گذرگاه‌ها است. مواد (۲، ۹، ۱۰، ۱۲) بعد نیروی «عامل» را اندازه می‌گیرد. مواد(۱، ۴، ۶، ۸) بعد «گذرگاه» را اندازه می‌گیرد و مواد (۳، ۵، ۷، ۱۱) نیز سوالات انحرافی یا پوشاننده هستند. آلفای کرونباخ برای نیروی عامل ۰/۸۲، گذرگاه‌ها ۰/۸۴ و آلفای کل مقیاس نیز ۰/۸۶ گزارش شده است (۲۶). در ایران اعتبار و روایی این پرسش‌نامه بر روی یک نمونه ۱۰۰ نفری محاسبه شد. ضریب همسانی درونی کل پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بود. برای ابعاد گذرگاه‌ها ۰/۷۱ و نیروی عامل ۰/۶۸ به‌دست آمد. روایی هم‌زمان پرسش‌نامه امیدواری با مقیاس نومیدی بک ۰/۸۱- بود (۳۶).

۵- مقیاس معنویت: این مقیاس توسط paloutzian & ellison تهیه شده و حاوی ۲۰ سوال است و نمره‌گذاری سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» انجام شد. در سوالات منفی، نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌گیرد. در پایان، نمره سلامت معنوی (۱۲۰-۲۰) به سه سطح پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی می‌شود. پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است (۳۷). در مطالعه‌ای دیگر ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شده است (۳۸).

شیوه اجرا: ابتدا از طریق مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با مسؤولین بخش همودیالیز بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) هماهنگی و مجوز دریافت شد. سپس بعد از دریافت مجوز نمونه‌های مورد نظر به‌صورت تدریجی وارد مطالعه شدند و در یک شرایط فیزیکی و روان‌شناختی مناسب با توجه به وضعیت جسمانی بیماران، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند که در مدت زمانی ۲ ماه تمام پرسش‌نامه‌ها توسط بیماران تکمیل شد.

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ با روش‌های تحلیل رگرسیون و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران همودیالیز ۱۵/۱±۵۴/۵ بود. از میان نمونه تحقیق ۵۷ نفر مرد و ۳۹ نفر زن بودند. میانگین کیفیت زندگی بیماران، معنویت، امید، DASS کلی، استرس، اضطراب و افسردگی در جدول ۱ آمده است.

نتایج بررسی ضریب همبستگی پیرسون بین کیفیت زندگی با امید، معنویت، استرس، افسردگی و اضطراب بیماران همودیالیز در جدول ۲ آمده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهد بین نمره کیفیت زندگی با معنویت، امید رابطه مستقیم معنی‌دار وجود دارد (p<۰/۰۱) و بین نمره کیفیت زندگی با DASS و ابعاد نمره DASS رابطه معنی‌دار معکوس وجود دارد (p<۰/۰۱). بنابراین افرادی که نمره

معنویت و امید بالاتری دارند از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند و افرادی که نمره DASS بالاتری دارند کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش کرده‌اند.

نتایج بررسی پیش‌بینی نمره کیفیت زندگی بر اساس نمره متغیرهای روان‌شناختی مثبت (امید و معنویت)، آسیب‌شناسی روانی (استرس، افسردگی، اضطراب) با استفاده از تحلیل رگرسیون به روش هم‌زمان در جدول ۳ آمده است.

چنان‌که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود در حضور نمره متغیرهای امید و DASS، دیگر نمره معنویت نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای نمره کیفیت زندگی باشد، بنابراین در مرحله بعد برای پیش‌بینی نمره کیفیت زندگی فقط نمره دو متغیر امید و DASS وارد رگرسیون شد که نتایج به‌صورت جدول ۴ به‌دست آمد.

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

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای روان‌شناختی مثبت، آسیب‌شناسی روانی و کیفیت زندگی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
نمره کیفیت زندگی کلی	۳۹/۷	۲۱/۶۴
نمره معنویت	۶۵/۱	۱۷
نمره امید	۴۶/۹	۱۸/۶
نمره DASS کلی	۵۳	۲۷/۲
نمره استرس	۱۹/۶	۹/۸۹
نمره اضطراب	۱۴/۹	۸/۵
نمره افسردگی	۱۸/۴	۱۰/۵

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای کیفیت زندگی با امید، معنویت و (استرس، افسردگی و اضطراب) بیماران همودیالیز

متغیر	نمره کیفیت زندگی	
	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معنی‌داری
نمره معنویت	۰/۴۸	۰/۰۰۱
نمره امید	۰/۶۱	۰/۰۰۱
نمره DASS	-۰/۷۳	۰/۰۰۱
نمره افسردگی	-۰/۷۱	۰/۰۰۱
نمره اضطراب	-۰/۶۵	۰/۰۰۱
نمره استرس	-۰/۶۷	۰/۰۰۱

جدول ۳: آسیب‌شناسی روانی (استرس، افسردگی، اضطراب) بر اساس آنالیز رگرسیون هم‌زمان

متغیر	ضریب خام	ضریب استاندارد شده	سطح معنی داری
ضریب ثابت	۵۵/۷	–	۰/۰۰۱
نمره معنویت	-۰/۱	-۰/۰۸	۰/۴۵
نمره امید	۰/۳۲	۰/۲۸	۰/۰۱

نمره DASS	-۰/۴۷	-۰/۵۹	۰/۰۰۱

جدول۴: ضرایب خام و استاندارد شده پیش‌بینی نمره کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای امید و DASS

متغیر	ضریب خام	ضریب استاندارد شده	سطح معنی‌داری
ضریب ثابت	۵۱/۳۰	–	۰/۰۰۱
نمره امید	۰/۲۷	۰/۲۳	۰/۰۱۰
نمره DASS	- ۰/۴۵	-۰/۵۷	۰/۰۰۱

جدول ۵: ضرایب خام و استاندارد شده پیش‌بینی نمره کیفیت زندگی بر اساس نمرات ابعاد اضطراب و افسردگی

مدل	متغیر	ضریب خام	ضریب استاندارد شده	سطح معنی‌داری
۱	ضریب ثابت	۶۶/۹	–	۰/۰۰۱
	افسردگی	-۱/۴۷	-۰/۷۱	۰/۰۰۱
۲	ضریب ثابت	۶۹/۳	–	۰/۰۰۱
	افسردگی	-۱/۰۶	-۰/۵۱	۰/۰۰۱
	اضطراب	-۰/۶۷	-۰/۲۶	۰/۰۱۰

همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود در حضور نمرات ابعاد اضطراب و افسردگی، دیگر نمره بعد استرس نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای نمره کیفیت زندگی باشد. بنابراین بعد استرس از معادله خارج شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج بررسی‌ها در جدول ۲ نشان می‌دهد، بین کیفیت زندگی با معنویت و امید رابطه مستقیم و بین کیفیت زندگی با نمرات استرس، اضطراب و افسردگی رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد. هم‌چنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره معنویت بیماران همودیالیز ۱۷±۶۵/۱ است. همبستگی بین نمره معنویت با کیفیت زندگی ۰/۴۸ به‌دست آمدکه بیان‌گر رابطه مستقیم بین کیفیت زندگی و معنویت می‌باشد. میانگین نمره امید بیماران همودیالیز ۱۸/۶±۴۶/۹ است. همبستگی بین نمره امید با کیفیت زندگی ۰/۶۱ به‌دست آمد و بیانگر رابطه مستقیم بین کیفیت زندگی و امید می‌باشد. این یافته‌ها با یافته‌های بالجانی و همکاران (۳۸) و الهبخشیان و همکاران (۳۹) و بالبونی و همکاران (۴۰) و Ssbensen و همکاران (۳۹) و Herth (۴۱) هم‌خوان می‌باشد، این پژوهشگران گزارش نمودند که بین معنویت، امید و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن رابطه وجود دارد.

میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران تحت همودیالیز ۱۰/۵±۱۸/۴، ۸/۵±۱۴/۹، ۹/۸۹±۱۹/۶ است. همبستگی بین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس با کیفیت زندگی به ترتیب ۰/۷۱-، ۰/۶۵-، ۰/۷۱- به‌دست آمد (p<۰/۰۵)، این یافته‌ها از نتایج Bekelman و همکاران (۴۲) روی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه مبنی بر رابطه بین معنویت، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران حمایت می‌کند. Pipe و همکاران (۴۳)، Snyder & Anderson (۲۰) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که امیدافزایی باعث بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روان بیماران می‌شود که با یافته‌های این تحقیق همسان بود. هم‌چنین یافته‌های شفیع پور و همکاران (۳۲) که به بررسی ارتباط شدت استرس با کیفیت زندگی بیماران همودیالیز پرداخته بودند و نتایج پژوهش Shiow-lung tsay (۴۴) که رابطه

معکوسی بین میزان استرسورها به‌ویژه تنش‌های ناشی از بیماری‌های مزمن کلیوی و افسردگی با کیفیت زندگی در ابعاد فیزیکی و روانی را نشان دادند، با مطالعه حاضر همسو است. Tagay و همکاران (۴۵) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند، هر چه میزان علایم اضطراب و افسردگی در این بیماران بالاتر باشد، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار خواهند بود که از یافته‌های این تحقیق حمایت می‌کند. ترس از آینده، ترس از ناتوانی و مرگ و نگرانی در مورد وضعیت افراد خانواده در این بیماران از عوامل مؤثر بر سلامت روان آن‌ها است (۱۱). در این شرایط، نیاز به روش‌های ایجاد سازگاری و مقابله با استرس احساس می‌شود، زیرا عوامل گوناگون تنیدگی‌زا تأثیرات جبران‌ناپذیری بر سلامتی و ابعاد زندگی بیماران همودیالیزی می‌گذارند (۲۱) و نتایج پژوهش طاهری و امیری حاکی از آن است که بین سطوح افسردگی، اضطراب و استرس با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. به این ترتیب که کیفیت زندگی در بیمارانی که افسردگی، اضطراب و استرس بیش‌تری داشتند، به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از بیمارانی با سطوح افسردگی، اضطراب و استرس کم‌تر بود (۴۶) که با یافته‌های این پژوهش هم‌سو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های ذکر شده می‌توان به این نکته اشاره کرد که بیماران تحت همودیالیز مشکلات مختلف جسمی و روانی را در ارتباط با عوارض بیماری، تجربه می‌کنند و این مشکلات کیفیت زندگی آنان را کاهش می‌دهد. در این میان استرس، افسردگی و اضطراب نقش میانجی بین شرایط سخت همودیالیز و کیفیت زندگی را ایفا می‌کنند.

بر اساس یافته‌های این مطالعه می‌توان استنباط نمود که با توجه به شرایط بیماری شدید و نارسایی کلیوی از یک سو و پیامدهای اجتماعی اقتصادی آن میزان استرس، افسردگی و اضطراب در این بیماران بالا بوده واین عوامل روان‌شناختی نقش واسطه بین بیماری و کیفیت زندگی را ایفا می‌کنند. از سوی دیگر عوامل مثبت روان‌شناختی مثل امید و معنویت نقش تعدیل‌کننده اثر استرس بر کیفیت زندگی را ایفا می‌نمایند.

پیشنهادها

انجام پژوهش‌هایی با حجم نمونه بیش‌تر و در مراکز درمانی خصوصی و مقایسه نتایج آن‌ها با تحقیق حاضر، انجام پژوهش‌های دیگر با استفاده از سایر متغیرهای روان‌شناختی و عوامل اجتماعی و خانواده، مداخلات مناسب و مشاوره‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی، مداخلات مکمل لازم برای مقابله با تنش‌های روانی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران، پیشنهاد می‌گردد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران برخود لازم می‌دانند از زحمات مدیریت مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به‌واسطه هماهنگی و بسترسازی مطالعه، کارکنان بخش همودیالیز بیمارستان حضرت علی اصغر (ع) و هم‌چنین همکاری صمیمانه بیماران تشکر نمایند.

References

1. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi Kh, Argani H, Abedi Azar S. Effect of physical exercises on quality of life in hemodialysis patients. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2008; 30(1): 51-5.
2. Cecil RL. Cecil textbook of medicine: renal diseases. Trans. Farahmand F. Tehran: Danesh Pazhouh publication: 1992. [Book in Persian]
3. Hakim RM, Depner TA, Parker TF. Adequacy of hemodialysis. Am J Kidney Dis 1992; 20(2): 107-23.
4. Baldree KS, Murphy SP, Powers M. Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. Nurs Res 1982; 31(2):107–12.
5. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life is quality of life determined by expectations or experience? BMJ 2001; 322(7296): 1240-3.
6. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplant Proc 2007; 30(10): 3047-53.

7. Lindqvist R, Carlsson M, Sjödén PO. Coping strategies and health – related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. J Adv Nurs 2000; 31(6):1398-408.
8. Mok E, Tam B. Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. J Clin Nurs 2001; 10(4): 503-11.
9. Lok P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. J Adv Nurs 1996; 23(5): 873-81.
10. Kimmel P. Depression in patients with chronic renal disease what we know and what we need to now. J Psychosom Res 2002; 53(4): 951-6.
11. Kouidi E. Health- related quality of life in end stage renal disease patients: the effects of renal rehabilitation. Clin Nephrol 2004; 61(Suppl1): S60-71.
12. Aghanwa HS. MoraKinyo O. Psychiatric complication of hemodialysis at a kidney center in nigeria. J Psychiatry Res 1997; 42(5): 445-51.
13. McCauley J, Tarpley MJ, Haaz S, Bartlett SJ. Daily spiritual experiences of order adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes. Arthritis Rheum 2008; 59(1): 122-8.
14. Sadri M. The effect of trust in God to provide for the mental health of students aged12-23 in Esfahan. Journal of Research in Behavioural Sciences 2004; 1(2): 42-5. [In Persian]
15. Shojaian R, Zamani Monfared A. The Relation between Use of Prayers, Mental Health, and Job Performance Among Technical Workers of Tehran Ammunition Industries. Iranian Journal of Psychaitry and Clinical Psychology 2002; 8(2): 33-9.
16. Makros J, Maccabe M. The relationship between religion spirituality psychological adjustment and quality of life among people with multiple sclerosis. Journal of religion and health 2003; 42(2): 143-59.
17. Pourghaznein T, Hoshmand P, Talasaz Firouzi E, Esmailli H. The Sources of Inspiration and the Level of Hope among Cancer Patients. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2003; 8(4): 82-7.
18. Dufault K, Martocchio BC. Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: Its spheres and dimensions. Nurs Clin North Am 1985; 20(2): 379-91.
19. Bahreynian SAM, Saadat R, Shakeri N, Azizi F. Survey on physicians attitudes toward the impact of the spirituality quantity on the process of patients treatment. Medical ethics 2012; 6(20): 127-53.
20. Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and health: measuring the will and ways. In: Snyder CR, Forsyth CR. Editors. handbook of social and clinical Psychology: the Health Perspective. NewYork: pergmon press; 1991: 285-305.
21. Morsch CM, Goncalves LF, Barros E. Health – related quality of life among haemodialysis patients with clinical indicatorsmorbidity and mortality. J Clin Nurs 2006, 15(4): 498-504.
22. Koeing HG. Spirituality Wellness and Quality of Life. Sexuality, Reproduction and Menopause 2004; 2(2): 76-82.
23. Bhugra D, Bhui K. Text book of cultural psychiatry. East Anglia: Cambridge; 2007.
24. Brunner L, Suddarth D. Text book of medical surgical nursing. 10 th ed. New York: LippincotteWilliams & Wilkins; 2004: 1285.
25. Rafii Farr S, Atarzadeh M, Ahmadzad M. Systematic empowerment of people to take care of your health [Research Project in Persian]. Qom: Qom University of Medical Sciences& Health Services, Researchers without Borders; 2005: 65-84.
26. King CR, Hinds PS. Quality of Life from Nursing and Patients Perspectives: Theory, Research, and practice. Toronto: Jones & Bartlett Publishers; 1998: 25-172.
27. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories.. Behav Res Ther 1995; 33(3): 335-43.
28. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani A. Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students. Journal of Research in Behavioural Sciences 2007; 5(2): 81-92. [In Persin]
29. Sepehri S, Samani S. Differentiation and religious differences impact on emotional problems. Proceeding of the 2nd National Congress of Religion and Mental Health. Tehran: Tehran University; 2007: 1-40.
30. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30(6): 473–83.
31. Fujisawa M, Ichikawa, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplant of hemodialysis patient using the SF-36 healthy survey. Urology 2000; 56(2): 201-6.

32. Shafipour V, Jafari H, Shafipour L. The Relationship between Stress Intensity and Quality of Life in Hemodialysis Patients Hospitalized in sari iran. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2009; 16(3): 155-60.

33. Basiri Moghadam K, Hooshmand P, Esmaeili H. The relationship between personality type and hardiness with health in students. Horizon Med Sci 2006; 12(1): 47-54.

34. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005; 14(3): 875-82.

35. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. J Pers Soc Psychol 1991; 60(4): 570-85.

36. Shireen zadeh S, Mirjafary A. Relationship between optimism and coping strategies among students of Shiraz University. Proceedings of the Third Seminar student mental health. Tehran, Iran: University of Science and Technology; 2006.

37. Hojjati H, Motlagh M, Nouri F, Shirifnia SH, Mohammadnejad E, Heydari B. Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health of patients treated with hemodialysis. IJCCN 2010; 2(4): 7-8. [In Persian]

38. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahm T. A survey on relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and quality of life in. Evidence Based Care 2012; 1(1): 51-62. [In Persian]

39. Alahbakhshian M, Jafarpour Alavi M, Parvizi S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences 2010; 12(3): 29-33.

40. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan C, Peteet J, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. J Clin Oncol 2007; 25(5): 555-60.

41. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. J Adv Nurs 2000; 32(6): 1431-41.

42. Bekelman DB, Parry C, Curlin FA, Yamashita TE, Fairclough DL, Wamboldt FS. A Comparison of Two Spirituality Instruments and Their Relationship to Depression and Quality of Life in Chronic Heart Failure. J Pain Symptom Manage 2010; 39(3): 515-26.

43. Pipe TB, Kelly A, LeBrun G, Schmidt D, Atherton P, Robinson C. A Prospective Descriptive Study Exploring Hope, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Hospitalized Patients. Medsurg Nurs 2008; 17(4): 247-53.

44. Tsay SL, Lee YC, Lee YC.. Effect of adaptation trining programe for pationtswith end-stage renal disease. J Adv Nurs 2005; 50(1): 39-46.

45. Tagay S, kribben A, Hohenstein A, Mewes R, Senf W. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. Am J Kidney Dis 2007; 50(4): 594-601.

46. Taheri E, Amiri M. Relationship between depression & anxiety, stress with quality of life breast cancer patient. Proceeding of the 3th congress breast cancer; 1389: 102.

Investigation of relationship betweenpositive psychological variables (spirituality and hope) psychopathology (depression, stress, anxiety) and quality of life inhemodialysis patients Isfahan - 2012

Zohreh Fouladi[1], Amrolah Ebrahimi[2], Gholam Reza Manshaei[3], Hamid Afshar[4], Mehdi Fouladi[5]

Original Article

Abstract

Aim and Background: This study was aimed to determine the relationship between positive psychological variables (hope and spirituality) psychopathology (depression,stress,anxiety) and quality of life in hemodialysis patients in Isfahan's Ali Asghar Hospitals.

Methods and Materials: This study was a descriptive one, and its population was all Hemodialysis patients in Ali Asghar Hospital. The participants in this study were 96 Hemodialysis patients. They were selected by a simple random sampling method. The survey tools included demographic questionnaire, quality of life (SF-36), Hope Scale, Depression, Anxiety, Stress, Scale (DASS) and spirituality questionnaire. Pearson correlation and regression analysis were used.

Findings: There was a significant relationship between positive psychological variables (hope and spirituality) and psychopathology (depression, stress, anxiety) with quality of life in hemodialysis patients. In other words, participants with higher scores on spirituality and hope had a better quality of life, and those who higher score on DASS had a lower quality of life ($p<0.05$). These finding indicated that: There was a significant relationship between quality of life and spirituality in hemodialysis patients ($p<0.05$). There was a significant relationship between quality of life and hope in hemodialysis patients ($p<0.05$). There was a significant relationship between quality of life and stress, depression and anxiety in in patients ($p<0.001$).

Conclusions: These finding indicated that quality of life in Hemodialysis patients can be predicted by hope and stress, depression, anxiety

Keywords: Hope, Spirituality, Stress, Depression, Anxiety, Quality of Life, Hemodialysis Patients

Citation: Fouladi Z, Ebrahimi A, Manshaei GH, Afshar H, Fouladi M. **Investigation of relationship betweenpositive psychological variables (spirituality and hope) psychopathology (depression, stress, anxiety) and quality of life inhemodialysis patients Isfahan – 2012.** J Res Behave Sci 2014; 11(6): 567-577

Received: 08.5.2013 Accepted: 19.2.2014

1- Psychologist, Sciences and Research Branch Esfahan, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2- Assistant Professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (corresponding Author) Email: A_ebrahimi@med.mui.ac.ir
3- Assistant Professor, Science and Research Branch Esfahan, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

4- Associate Professor, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
5- General Practitioner, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran