

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز

حمید طالبیان پور^۱، الهام طالبیان پور^۲، امید صادق خانی^۳، عبدالصالح جعفری^{۴*}

دریافت مقاله: ۹۷/۸/۴ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۷/۱۱/۲۶ • پذیرش مقاله: ۹۷/۱۱/۲۷



چکیده

مقدمه: با توجه به تأثیر بیماری‌های مزمن کلیوی بر سلامت جسمی، اجتماعی و روانی بیماران، سنجش کیفیت زندگی بیماران همودیالیز اهمیت دارد. این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز انجام شد. **روش بررسی:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۸۵ نفر از بیماران مراجعه کننده به مرکز دیالیز بیمارستان آموزشی منتخب در شهر شیراز که به صورت سرشماری انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه SF36 دارای ۸ بعد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روحی-روانی بود. از آزمون‌های آماری تی تست و آنوا استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ وارد شدند. **یافته‌ها:** ۶۱/۲ درصد بیماران مورد مطالعه مرد، ۴۲/۴ درصد در گروه سنی ۴۵-۶۴ سال و ۳۷/۶ درصد دارای بیمه تأمین اجتماعی بودند. بالاترین میانگین نمره در ابعاد سلامت عاطفی، محدودیت روانی و نشاط به ترتیب با ۶۶/۴، ۶۳/۳ و ۶۱/۵ بود. بین سن، وضعیت تأهل، فعالیت فیزیکی، محل سکونت و میزان تحصیلات با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران همودیالیزی ارتباط آماری معناداری وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: سیاست‌گذاران به منظور ارتقای سلامت بیماران باید دسترسی به خدمات درمانی و امکانات رفاهی، ورزشی آموزش مناسب را برای بیماران دیالیزی فراهم نمایند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، بیماری مزمن کلیوی، همودیالیز، بیمارستان آموزشی

ارجاع: طالبیان پور حمید، طالبیان پور الهام، صادق خانی امید، جعفری عبدالصالح. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۷؛ ۴(۴): ۴۱۰-۳۹۹.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۴. استادیار اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات منابع انسانی سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

* نویسنده مسئول: شیراز، چهارراه ملاصدرا، خیابان قصرالدشت، کوچه ۲۹

Email: abdosaleh.jafari@gmail.com

تلفن: ۰۷۱۳۲۳۴۰۷۷۵

مقدمه

بیماری طولانی مدت یا ناتوان کننده‌ای که در یک دوره طولانی ادامه پیدا کند، بیماری مزمن نامیده می‌شود. شرط مزمن بودن بیماری، تداوم بیش از سه ماه در سال و یا ضرورت بستری شدن به مدت بیش از یک ماه در سال می‌باشد (۱). بیماری مزمن می‌تواند به نقص در نشان دادن واکنش به محیط پیرامون و وابستگی به افراد دیگر منجر شود (۲). نشانه‌های بیماری مزمن درد و ناتوانی است. درد مزمن بر رفاه، سبک زندگی، زندگی مستقل و روابط اجتماعی تأثیرگذار است (۳،۴). مطالعات نشان می‌دهند که بیماری‌های مزمن کلیوی تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی گذاشته و عواقبی مانند بستری شدن و مرگومیر را در پی دارند (۵،۶).

کیفیت زندگی معیار مهمی است که اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی، سطح سلامتی و حس خوب زیستن را نشان داده و پیش‌بینی وقوع مرگومیر و میزان بستری بیمار را می‌سازد (۷). با توجه به تعریف سلامتی توسط سازمان جهانی بهداشت مبنی بر ابعاد وسیع آن به شکل رفاه کامل جسمی، روانی و نه فقط عدم وجود بیماری، لازم است اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی تنها به شاخص‌های تغییر در فراوانی و شدت بیماری محدود نباشند بلکه وضعیت سلامت افراد به طور کامل مورد توجه قرار گیرد بنابراین ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز در نظر گرفته می‌شود (۸). بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی کلیه، مشکلات فراوانی را در زندگی بیماران ایجاد می‌کند برای مثال بروز بیماری در زنان جوان ممکن است بچه‌دار شدن، ازدواج، مراقبت از اعضای خانواده و ادامه تحصیل را با مشکلاتی مواجه کنند (۹). نارسایی کلیوی در

سراسر دنیا یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی محسوب می‌شود و به آسیب موقت یا دائمی کلیه‌ها اطلاق می‌گردد که منجر به از دست دادن عملکرد طبیعی کلیه‌ها می‌شود (۱۰). این بیماری بر جنبه‌های جسمی، روانی، عاطفی و شناختی آنان تأثیرات بسیاری می‌گذارد (۱۱). همچنین به علت ماهیت مزمن و ناتوان کننده‌ای که دارد می‌تواند تأثیر منفی بر روی کیفیت زندگی بیماران داشته باشد و منجر به کاهش توانایی فرد برای انجام مستقل فعالیت‌های روزانه زندگی، انزوای اجتماعی، افسردگی، کاهش انرژی جسمی و ذهنی و در نهایت افزایش وابستگی به مراقبت‌های بهداشتی و افزایش مرگومیر گردد (۱۲). امروزه مبتلایان به نارسایی مزمن کلیوی غیرقابل برگشت با کمک دفع مواد زائد از راه دیالیز توانسته‌اند تا سال‌ها زنده بمانند. زندگی صدها هزار نفر از این بیماران با استفاده از دیالیز طولانی‌تر شده است. در آمریکا میزان مرگومیر حدود ۱۸٪ در سال بوده است. این میزان در کشورهای در حال توسعه زیادتر است (۱۳). در پایان سال ۲۰۰۹ میلادی تعداد بیمارانی که در مراحل آخر بیماری کلیوی پیشرونده قرار داشتند و تحت درمان بودند، ۲۴۵۶۰۰۰ نفر برآورد شد. از این تعداد بیماران حدود ۱۸۹۵۰۰۰ نفر تحت درمان دیالیز بودند و ۵۶۱۰۰۰ نفر دیگر با کلیه پیوندی زندگی می‌کردند. تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۰ میلادی، تعداد بیماران دیالیزی به ۳۵۰۰۰۰۰ نفر برسد (۱۴). متوسط رشد جهانی این بیماری در ۵ سال گذشته ۸٪ بوده است (۱۵). در ایران میزان رشد این بیماری از متوسط رشد جهانی بیشتر می‌باشد و حدود ۱۲٪ در سال است (۱۶). جمعیت بیماران دچار نارسایی کلیه در ایران ۳۲۰ هزار نفر است که ۴۹٪ از روش دیالیز صفاقی استفاده

روش بررسی

مطالعه حاضر، توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در سه ماه پایانی سال ۱۳۹۶ بر روی ۸۵ بیمار دیالیزی که به مرکز دیالیز بیمارستان آموزشی منتخب مراجعه کرده بودند، انجام شد. نمونه‌گیری به شیوه سرشماری انجام شد. با توجه به این که این بیمارستان، عمومی و دارای ششصد تخت فعال و ده تخت دیالیز بود و مراجعه‌کنندگانی از سراسر استان فارس و حتی جنوب کشور داشت، این پژوهش در آنجا صورت گرفت. جامعه آماری این پژوهش، بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز بودند. پرسشنامه در بین بیمارانی که جهت انجام دیالیز به مرکز مراجعه می‌کردند، توزیع شد و پس از توضیح روش و هدف مطالعه و جلب رضایتشان، از آن‌ها خواسته شد به سؤالات پاسخ دهند. در ضمن به بیماران اطمینان داده شد که محرمانگی اطلاعات آن‌ها حفظ خواهد شد. در این پژوهش، با توجه به این که بسیاری از بیماران بدحال بودند و یا سواد خواندن و نوشتن نداشتند، پژوهشگر به صورت چهره به چهره سؤالات را قبل از شروع دیالیز برای آنان خواند و بیماران به سؤالات پاسخ دادند. بعضی از بیماران دیالیزی تمایلی به پاسخگویی به سؤالات به دلیل شرایطشان حین یا بعد از انجام همودیالیز نداشتند، با توجه به این وضعیت، پژوهشگر مجبور به مراجعه چند باره شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه SF36 بود که در سال ۲۰۰۴ توسط Ware و Sherbourne تدوین شد (۱۸). در ابتدای این پرسشنامه، اطلاعات مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مورد بررسی نظیر سن بیمار، وضعیت تأهل، جنسیت، نقش بیمار در خانواده (سرپرست بودن)، محل زندگی، وضعیت اشتغال،

می‌کنند. نتایج مطالعه غفاری و همکاران حاکی از آن بود که نمرات کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در مقایسه با سایر افراد جامعه در سطح پایین‌تری قرار دارد (۱۰). علاوه بر این در مطالعه‌ای که Harris و همکاران به منظور مقایسه کیفیت زندگی و میزان ناتوانی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی با افراد سالم انجام دادند، مشخص گردید که عملکرد فیزیکی بیماران در مقایسه با افراد سالم پایین‌تر بود (۱۴). در مطالعه ابراهیمی و همکاران که بر روی ارتباط بین کیفیت زندگی و کارایی دیالیز با پارامترهای آزمایشگاهی انجام شد، نتایج نشان داد که با افزایش تعداد دفعات دیالیز، کیفیت زندگی بیماران کاهش می‌یافت و همچنین با افزایش امکانات و تجهیزات بیمارستانی می‌توان کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را افزایش داد (۱۶). این بیماری تغییراتی در ساختار و عملکرد خانواده ایجاد می‌کند و این تغییرات می‌تواند بعد خانوادگی زندگی فرد را تحت تأثیر منفی خود قرار داده و منجر به نامطلوب شدن بعد اجتماعی کیفیت زندگی شود (۱۳). نتایج مطالعات حاکی از آن بود که کیفیت زندگی افراد سالم در مقایسه با بیماران دیالیزی بیشتر است (۱۳، ۱۴، ۱۷). با توجه به تأثیری که بیماری مزمن کلیوی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد می‌گذارد، به نظر می‌رسد سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در ارزیابی اقدامات درمانی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دارای اهمیت می‌باشد لذا این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز در یک بیمارستان آموزشی منتخب انجام شد.

۷۵ نشان دهنده کیفیت زندگی خوب می‌باشد. پایایی این پرسشنامه در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۴ مورد تأیید قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۸ بود. روایی این ابزار در این مطالعه از شرایط قابل قبول برخوردار بود (۲۱-۱۹). از آزمون‌های آماری تی تست و آنوا برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ وارد شدند. سطح معناداری آن ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۶۱/۲٪ بیماران مورد بررسی مرد بودند. ۷۰/۶٪ متأهل، ۴۲/۴٪ در گروه سنی بین ۶۴-۴۵ سال، ۳۷/۶٪ دارای بیمه تأمین اجتماعی، ۶۹/۴٪ سرپرست خانوار، ۸۹/۴٪ ساکن شهر، ۳۸/۸٪ بازنشسته و مستمری بگیر، ۴۲/۴٪ تحصیلات زیر دیپلم، ۵۸/۸٪ دارای بیمه خصوصی، ۵۶/۵٪ اهل ورزش نبودند و ۵۰/۶٪ از افراد دارای درآمد بین ۱۲۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰۰ تومان بودند (جدول ۱).

سطح تحصیلات، تعداد اعضای خانواده، وضعیت بیمه درمانی و بیمه تکمیلی (خصوصی)، وضعیت ورزش کردن و درآمد در نظر گرفته شد. بخش دوم دربرگیرنده ۳۶ سؤال در هشت بعد بود. این ابعاد عبارت‌اند از: عملکرد جسمانی (۱۰ سؤال)، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی (۴ سؤال)، درد جسمانی (۲ سؤال)، سلامت عمومی (۵ سؤال)، سرزندگی و شادابی (۴ سؤال)، عملکرد اجتماعی (۲ سؤال)، محدودیت نقش به دلیل مشکلات روحی (۳ سؤال) و سلامت روانی (۵ سؤال) و سؤال دو که در هیچ کدام از ابعاد در نظر گرفته نشده بود. امتیازدهی به سؤالات پرسشنامه با استفاده از لیکرت پنج تایی بود به این صورت که امتیاز یک نشان‌دهنده وضعیت نامطلوب و امتیاز پنج نشان‌دهنده وضعیت مطلوب بود. امتیازدهی به تک سؤال به این شکل بود که میانگین نمره آن با میانگین کل کیفیت زندگی جمع بسته شد. در این پرسشنامه میانگین نمره زیر ۵۰ نشان دهنده کیفیت زندگی پایین، بین ۵۰-۷۵ کیفیت زندگی متوسط و بالاتر از

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران دیالیزی مورد مطالعه

ویژگی‌های دموگرافیک	آماره توصیفی	تعداد(درصد)
جنسیت	مرد	۵۲ (۶۱/۲)
وضعیت تأهل	زن	۳۳ (۳۸/۸)
	متاهل	۶۰ (۷۰/۶)
بیوه و مطلقه	مجرد	۱۰ (۱۱/۸)
	بیوه و مطلقه	۱۵ (۱۷/۶)
گروه سنی	۱۵-۳۴ سال	۱۳ (۱۵/۳)
	۳۵-۴۴ سال	۱۰ (۱۱/۸)
بیمه تکمیلی	۴۵-۶۴ سال	۳۶ (۴۲/۴)
	بالاتر از ۶۴ سال	۲۶ (۳۰/۵)
بیمه تکمیلی	دارد	۵۰ (۵۸/۸)
	ندارد	۳۵ (۴۱/۲)
تأمین اجتماعی	نوع بیمه	۳۱ (۳۶/۵)
	نبروهای مسلح و کمیته امداد	۱۴ (۱۶/۵)
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۶ (۴۲/۴)
	دیپلم و بالاتر	۲۴ (۲۸/۲)
بیمه	فاقد بیمه	۸ (۹/۴)
	تأمین اجتماعی	۳۲ (۳۷/۶)
بیمه	نوع بیمه	۳۱ (۳۶/۵)
	نبروهای مسلح و کمیته امداد	۱۴ (۱۶/۵)

نقش بیمار در خانواده	سرپرست	(۶۹/۴)۵۹	فعالیت ورزشی	دارد	(۴۳/۵)۳۷
	تحت تکفل	(۳۰/۶)۲۶		ندارد	(۵۶/۵)۴۸
محل زندگی	شهر	(۸۹/۴)۷۶		≤ 1200000	(۳۰/۶)۲۶
	روستا	(۱۰/۶)۹	درآمد ماهیانه به	۲۰۰۰۰۰۰-۱۲۰۰۰۰۰	(۵۰/۶)۴۳
	شاغل	(۲۰)۱۷	تومان	۳۰۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰۰	(۵/۹)۵
	بیکار	(۲۲/۴)۱۹		> 3000000	(۱۲/۹)۱۱
وضعیت اشتغال	خانه دار	(۱۸/۸)۱۶			
	بازنشسته و مستمری بگیر	(۳۸/۸)۳۳			

بر اساس جدول ۲ میانگین امتیاز بعد کیفیت زندگی بیماران در بعد سلامت عاطفی ۶۶/۴ و در حد متوسط بود و بیشتر از سایر ابعاد کیفیت زندگی بود و

محدودیت جسمانی با میانگین امتیاز ۳۹/۱ در حد ضعیف قرار داشت که کمترین امتیاز را از ابعاد کیفیت زندگی کسب نمود.

جدول ۲: میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی

انحراف معیار \pm میانگین	آماره توصیفی
۴۵ \pm ۳۴/۳	ابعاد کیفیت زندگی
۳۹/۱ \pm ۴۲/۸	عملکرد جسمانی
۵۳/۷ \pm ۳۸/۶۷	محدودیت جسمی
۴۴/۳ \pm ۲۳/۹	درد بدنی
۶۱/۵ \pm ۲۲	سلامت عمومی
۶۳ \pm ۲۸/۸	نشاط
۶۳/۳ \pm ۳۸/۳	عملکرد اجتماعی
۶۶/۴ \pm ۲۴/۲	محدودیت روانی
۵۴/۵ \pm ۳۲/۳۵	سلامت عاطفی
	میانگین نمره ابعاد کیفیت

بر اساس جدول ۳ میانگین امتیاز کیفیت زندگی گروه سنی ۱۵-۳۴ سال از گروه سنی ۴۵-۶۴ ($P=0/023$) و از گروه سنی ۶۴ ($P=0/019$) سال به بالاتر نیز بیشتر بود که از نظر آماری نیز معنادار بود ($P=0/011$). همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد میانگین کیفیت زندگی افراد مجرد از افراد بیوه و مطلقه بیشتر ($P=0/015$) و میانگین کیفیت زندگی افراد متأهل از افراد بیوه و مطلقه بیشتر بود

($P=0/015$) که از نظر آماری نیز معنادار بود ($P=0/01$). میانگین کیفیت زندگی افراد دیپلم به بالاتر از افراد بی سواد ($P=0/018$) و زیر دیپلم بیشتر بود ($P=0/018$) و میانگین کیفیت زندگی افراد زیردیپلم از افراد بی سواد بیشتر بود ($P \geq 0/001$) که از نظر آماری نیز معنادار بود ($P \geq 0/001$). یافته‌ها نشان می‌دهد که بین میانگین کیفیت زندگی و محل سکونت رابطه معناداری وجود داشت و افرادی که در

که ورزش می‌کردند نسبت به سایر افراد در سطح بالاتری قرار داشت و معنادار بود ($P \geq 0/001$).

شهر زندگی می‌کردند دارای کیفیت زندگی بهتری نسبت به افرادی که در روستا زندگی می‌کردند، داشتند ($P=0/028$). میانگین کیفیت زندگی افرادی

جدول ۳: بررسی ارتباط بین ویژگی‌های دموگرافیک با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی

متغیرهای دموگرافیک	انحراف معیار \pm میانگین	P-value	متغیرهای دموگرافیک	انحراف معیار \pm میانگین	P-value
جنسیت			نوع بیمه		
مرد	۵۳/۹ \pm ۲۲	۰/۵۴۵	فاقد بیمه	۴۴/۵ \pm ۲۴/۱	۰/۳۵۲
زن	۴۹/۹ \pm ۲۳/۷		تأمین اجتماعی	۴۹/۳ \pm ۲۱/۶	
مجرد	۶۸/۸ \pm ۱۵	۰/۰۱	خدمات درمانی	۵۴/۱ \pm ۲۳/۵	
متاهل	۵۳/۶ \pm ۲۱/۹		نیروهای مسلح و کمیته امداد	۶۰ \pm ۲۲	
بیوه و مطلقه	۳۶/۳۵ \pm ۲۰/۸		دارد	۵۴/۱ \pm ۲۲/۵	
تاهل	۶۰/۶۵ \pm ۱۴/۳		ندارد	۴۹/۹ \pm ۲۲/۹	۰/۴۱۱
گروه سنی			ورزش کردن		
۱۵-۳۴ سال	۶۸/۶ \pm ۱۸/۵	۰/۰۱۱	بله	۶۲/۹ \pm ۱۹/۴	$\leq 0/001$
۳۵-۴۴ سال	۶۰/۶۵ \pm ۱۴/۳		خیر	۴۴/۳ \pm ۲۱/۸	
۴۵-۶۴ سال	۴۸/۲ \pm ۲۳/۱		درآمد ماهیانه		
بالاتر از ۶۴ سال	۴۶/۸ \pm ۲۲/۷		≤ 1200000	۵۵/۵ \pm ۲۱/۱	۰/۲۴
سرپرستی			-1200000	۴۷/۷ \pm ۲۴/۶۲۳	
سرپرست	۵۱/۸ \pm ۲۳/۸	۰/۷۵۹	200000	۵۵/۱ \pm ۲۰	
تحت تکفل	۵۳/۵ \pm ۲۰		$3000000 - 2000000$	۶۱/۸ \pm ۲۴	
محل زندگی			> 3000000		
شهر	۵۴/۲ \pm ۲۲/۶	۰/۰۲۸	تحصیلات		
روستا	۳۶/۸ \pm ۱۷/۴		بی سواد	۳۸/۷ \pm ۲۰/۶	$\leq 0/001$
شاغل	۶۱/۳ \pm ۲۱/۶	۰/۷۸	زیردیپلم	۵۳/۷ \pm ۲۰/۸	
بیکار	۴۱/۹ \pm ۲۰/۲		دیپلم و بالاتر	۶۴/۵ \pm ۲۰/۳	
اشتغال	۲۲/۳ \pm ۵۳				
بازنشسته و مستمری بگیر	۵۳/۴ \pm ۲۳/۳				

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی ۵۴/۵ بود و نشان‌دهنده وضعیت متوسط کیفیت زندگی این بیماران بود. نتیجه این مطالعه مشابه نتیجه مطالعه طاهری و همکاران با میانگین نمره ۴۵ بود (۲۱). نتایج مطالعه انجام شده توسط Fujisawa و همکاران نشان داد که میانگین کلی کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز ۶۸/۳۸ بود که نشان‌دهنده میانگین کیفیت زندگی بالاتر بیماران ژاپنی بود (۲۲). همچنین میانگین کل نمره کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی در مطالعه Levendoglu و همکاران در ترکیه ۶۵، Taji و همکاران در ژاپن ۶۱ و Vazquez و همکاران در اسپانیا ۶۵ گزارش گردید (۲۳-۲۵). شاید بتوان دلیل بالا بودن کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در این کشورها را دسترسی بیشتر به مراکز دیالیز پیشرفته و همچنین حمایت بیشتر دولت جهت ارائه خدمات حمایتی از این بیماران دانست. به علاوه در این کشورها، استطاعت مالی افراد از کشورهای در حال توسعه بیشتر می‌باشد که این امر می‌تواند در مراجعه فرد به مراکز خصوصی و پزشکان با تجربه بالا و در نتیجه افزایش کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار تأثیرگذار باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که با افزایش سن، کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی کاهش می‌یابد. نتایج مطالعات زیادی نشان داد که کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی با افزایش سن کاهش می‌یابد که با نتایج مطالعه حاضر مشابهت داشت (۱۹، ۲۲، ۲۴)، (۲۶-۲۹). این در حالی است که در مطالعه‌ای که رامبد انجام داد هیچ‌گونه رابطه‌ای بین سن و کیفیت

زندگی وجود نداشت (۳۰). در توجیه این رابطه می‌توان گفت که با افزایش سن، به مرور زمان توان کلیه در تصفیه خون کاهش می‌یابد. همچنین با افزایش سن نرخ استیلای افراد به انواع اختلالات روحی و میزان کیفیت زندگی در مقایسه با افراد جوان همودیالیزی کاهش می‌یابد. همچنین به نظر می‌رسد در افراد با سن بالاتر عواملی از قبیل درگیری با بیماری‌های مزمن، تحلیل اندام‌ها، ناتوانی در انجام وظایف شخصی و کاهش کنترل بر محیط اطراف، بر کیفیت زندگی تأثیر گذاشته و باعث کاهش آن می‌شود.

نتایج این مطالعه مشابه با نتایج مطالعه رامبد می‌باشد که نشان داد با متأهل شدن، کیفیت زندگی افراد افزایش می‌یابد. نتایج این مطالعه با نتایج سایر مطالعات از جمله Al-Arabi، محمدپورتهمتن، وحدانی‌نیا و همکاران و جعفری و همکاران مشابه بود (۱۳، ۲۹، ۳۱، ۳۲). اما در مطالعه‌ای که طاهری و همکاران انجام دادند، بین متأهل بودن و کیفیت زندگی هیچ‌گونه رابطه‌ای معناداری دیده نشد (۲۴). شاید دلیل بالاتر بودن کیفیت زندگی متأهلان نسبت به مجردان ناشی از حضور همسر و فرزندان در کنار شخص باشد و حمایت‌هایی که شخص از این افراد دریافت می‌کند تا باعث بهبود کیفیت زندگی آنان شود. افرادی که از عوامل تسهیل‌کننده بیشتری مثل انعطاف‌پذیری و حمایت اجتماعی و خانوادگی برخوردارند، بسیار سریع‌تر با بیماریشان سازگار می‌شوند و بیماری تأثیر کمتری بر کیفیت زندگی‌شان می‌گذارد. نقش و حضور همسر به عنوان حامی و عامل کاهش تنش و سازگاری است. علاوه بر این تقسیم وظایف و وجود احساس انسجام و پیوستگی

و... برخوردار می‌شوند و همچنین توصیه‌های پزشکی را زودتر می‌پذیرند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که هر چند کیفیت زندگی زنان نامطلوب‌تر از مردان بود اما ارتباط بین کیفیت زندگی و جنسیت معنادار نبود. این یافته با نتایج مطالعات رامبد و Kimmel (۳۰، ۳۳) همخوانی داشت. اما نتایج پژوهش Weety نشان داد که زنان از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند و بین کیفیت زندگی و جنسیت ارتباط معنادار وجود داشت (۳۴). تصور می‌گردد دلیلی که احتمالاً برای این موضوع وجود دارد این می‌باشد که خدمات بهداشت و درمان و حمایت اجتماعی تقریباً یکسانی برای هر دو جنسیت وجود دارد.

بر اساس یافته‌های به دست آمده میانگین نمره کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر حسب محل سکونت در بیماران همودیالیزی تفاوت آماری معناداری داشت به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی در ساکنین شهری بیشتر از افراد ساکن در مناطق روستایی بود. نتایج یافته‌های Sobota و همکاران نشان داد که کسانی که در شهر زندگی می‌کنند، دارای کیفیت بالاتری در مقایسه با افراد روستایی بودند (۳۵). احتمالاً افرادی که در شهر زندگی می‌کنند دسترسی بیشتری به مراکز درمانی، بهداشتی، پیشگیری به دلیل تجمع این مراکز در شهرها دارند. همچنین کسانی که در شهر زندگی می‌کنند اکثراً درآمد بالاتری دارند که سبب دسترسی بیشتر افراد به امکانات بهداشتی، درمانی و رفاهی می‌شود. علاوه بر موارد ذکر شده فوق می‌توان مسافت رفت و آمد، هزینه‌های غیر مستقیم متحمل شده بر بیمار را نیز نام برد.

میانگین کلی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و

در میان زوجین، سبب افزایش رضایت از زندگی در طی مراحل بیماری و ناتوانی می‌شود. احتمالاً دلایل دیگری که می‌توان برای این رابطه ذکر کرد این است که فرد در کنار خانواده قرار دارد و در هنگام همودیالیز و انجام کارهای قبل و بعد از انجام کار افراد خانواده و مخصوصاً همسر با او همکاری می‌کنند و همچنین از لحاظ روحی و روانی حمایت کننده خوبی می‌باشند.

در مطالعه حاضر نتایج نشان دهنده این بود که با افزایش سطح تحصیلات میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی افزایش می‌یابد. نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه طاهری و همکاران که نشان می‌داد با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی بیماران افزایش می‌یابد، یکسان بود (۲۲). همچنین در مطالعات دیگری نشان دهنده این بودند که با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افزایش می‌یابد (۳۰، ۲۹، ۲۲، ۱۹). در واقع سطح تحصیلات با ایجاد تغییرات اساسی در آگاهی و نگرش، همواره در سلامت و بیماری و نیز سایر جنبه‌های مختلف زندگی مؤثر بوده است. بدیهی است که افراد با تحصیلات بالاتر باید بتوانند با دسترسی بهتر و بیشتر به منابع حمایتی و کنترل بهتر عوارض بیماری، کیفیت زندگی بالاتری داشته باشند. شاید بتوان دلیل آن را این دانست که با افزایش سطح تحصیلات درآمد خانوارها افزایش پیدا می‌کند، البته با افزایش سطح تحصیلات میزان سواد و آگاهی بیماران افزایش پیدا می‌کند و رژیم غذایی مناسب‌تری اتخاذ خواهند کرد. همچنین افراد با تحصیلات بالاتر برای سلامتی خود ارزش بیشتری قائل می‌شوند. در ضمن اطلاعات بیشتری در زمینه‌های سبک زندگی ناسالم، چاقی و سیگار کشیدن، ورزش کردن، رژیم غذایی

ورزش بدن و روح انسان دارای نشاط بیشتر می‌شود، و طول عمر افزایش پیدا می‌کند. البته دلیل دیگری که می‌توان آورد این است که افرادی که ورزش انجام می‌دهند دارای درجه بالاتری از سلامتی هستند پس می‌توان گفت که کیفیت زندگی بالاتری دارند.

پیشنهادها

سیاست‌گذاران نظام سلامت، مدیران و پرستاران جامعه باید در جهت کاهش آثار منفی مربوط به عوامل دموگرافیک تأثیرگذار بر کیفیت زندگی گام بردارند. سیاست‌گذاران باید امکانات رفاهی، آموزشی، خدمات بهداشتی و درمان را برای این بیماران فراهم نمایند تا کیفیت زندگی بیماران نارسایی کلیوی تحت دیالیز افزایش یابد.

سپاسگزاری

از تمامی کسانی که در فرآیند جمع‌آوری پرسشنامه‌ها شرکت کردند و به نوعی در تهیه این مقاله همکاری نمودند، تشکر می‌نماییم.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ تعارض منافی در انجام این مطالعه نداشتند.

وضعیت تأهل نشان داد که میانگین کیفیت زندگی افراد متأهل از افراد بیوه و مطلقه بیشتر بود که از نظر آماری نیز معنادار بود. نتایج مطالعه رامبد نشان داد با متأهل شدن کیفیت زندگی افراد افزایش می‌یابد (۳۰) که همسو با نتیجه مطالعه حاضر است. همچنین نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات متعددی مشابه است (۳۲، ۳۱، ۲۹، ۱۱) اما در مطالعه‌ای که طاهری و همکاران انجام دادند، بین متأهل بودن و کیفیت زندگی هیچ‌گونه رابطه‌ای معناداری وجود نداشت (۲۲). شاید بالاتر بودن کیفیت زندگی افراد متأهل نسبت به افراد مجرد ناشی از حضور همسر و فرزندان در کنار شخص باشد و حمایت‌هایی که شخص از این افراد دریافت می‌کند تا باعث بهبود کیفیت زندگی آنان شود.

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده وجود رابطه بین میانگین کیفیت زندگی و ورزش کردن بود و با نتایج مطالعه Mustata و همکاران، Aoiike و همکاران، Greenwood و همکاران و هدلی که نشان‌دهنده نقش ورزش در افزایش کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بود مطابقت داشت (۳۸-۳۶). شاید دلیل آن را باید این دانست که با انجام ورزش بدن بیماران سالم‌تر و توانایی آن‌ها برای مقابله با بیماری همودیالیز افزایش پیدا می‌کند. همچنین با انجام

References

1. Bender BG. Risk taking, depression, adherence, and symptom control in adolescents and young adults with asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173(9):953-7. doi: 10.1164/rccm.200511-1706PP
2. Westerhof GJ, Katzko MW, Dittmann-Kohli F, Hayslip B. Life contexts and health-related selves in old age: Perspectives from the United States, India and Congo/Zaire. *Journal of Aging Studies* 2001;15(2):105-26.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R,

- Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10(4):287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
4. Elliott AM, Smith BH, Hannaford PC, Smith WC, Chambers WA. The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. *Pain* 2002;99(1-2):299-307. doi: 10.1016/s0304-3959(02)00138-0
5. Karkar A, Abdelrahman M, Locatelli F. A Randomized Trial on Health-Related Patient Satisfaction Level with High-Efficiency Online Hemodiafiltration versus High-Flux Dialysis. *Blood*

- Purif 2015;40(1):84-91. doi: 10.1159/000381255.
6. Yang F, Luo N, Griva K, Lau T. An evaluation of health-related quality of life in continuous ambulatory peritoneal dialysis and automated peritoneal dialysis modalities. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2015;30(3): 494. doi.org/10.1093/ndt/gfv192.14
 7. Unruh ML, Weisbord SD, Kimmel PL. Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. *Semin Dial* 2005;18(2):82-90.
 8. Nedjat S, Montazeri A, Mohammad K, Majdzadeh R, Nabavi N, Nedjat F, et al. Quality of Life in Multiple Sclerosis Compared to the Healthy Population in Tehran. *Iranian Journal of Epidemiology* 2006;2(3):19-24. Persian
 9. Molsted S, Prescott L, Heaf J, Eidemak I. Assessment and clinical aspects of health-related quality of life in dialysis patients and patients with chronic kidney disease. *Nephron Clin Pract* 2007;106(1):c24-33. doi: 10.1159/000101481
 10. Ghaffari A. Seminar of kidney transplantation report. *Mohandesi Pezeshki*. 2008;6(65):73. Persian
 11. Hadian-Jazi Z, Aliasgharpour M. Evaluating the effects of designed exercise program on mean of activity tolerance in hemodialysis patients. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2012; 14(5): 83-91. Persian
 12. Tavakoli M, Roshandel M, Zareiyan A, Dabaghmoghadam A. Evaluation of fatigue in hemodialysis patients in AJA Selected Hospitals. *Military Caring Sciences* 2016;2(4).197-205. Persian
 13. Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrol Nurs J* 2006;33(3):285-92.
 14. Harris LE, Luft FC, Rudy DW, Tierney WM. Clinical correlates of functional status in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 1993; 21(2): 161-6. doi: 10.1016/s0272-6386(12)81087-0
 15. Fukuhara S, Yamazaki S, Marumo F, Akiba T, Akizawa T, Fujimi S, et al. Health-Related Quality of Life of Predialysis Patients with Chronic Renal Failure. *Nephron Clin Pract* 2007;105:c1-c8 doi:10.1159/000096802
 16. Ebrahimi H, Sadeghi M, Khatibi MR. The relationship between quality of life with dialysis efficacy and laboratory parameters in Shahroud' hemodialysis patients. *Iran J Crit Care Nurs* 2015;8(2):109-16.
 17. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplant Proc* 2007;39(10):3047-53. doi: 10.1016/j.transproceed.2007.09.030
 18. Aghigh M, Heidary Rouchi A, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Norouzi S, Rajolani H, et al. Dialysis in Iran. *Iranian Journal of Kidney Diseases* 2008; 2(1): 11-5.
 19. Montazeri A, Gashtasebi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey (Sf-36): Translation and Validation Study of the Iranian Version. *Payesh* 2005; 5(1): 49-56. Persian
 20. Ferraz MB, Quresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1990;17(8):1022-4.
 21. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology* 2000;56(2):201-6. doi: 10.1016/s0090-4295(00)00623-3
 22. Tahery NA, Kamangar S, Cheraghian B, Mousavi SZ, Solaimanzadeh M. Life Quality of Hemodialysis Patients. *Knowledge & Health* 2013;8(3):119-24. Persian doi: 10.1234%2Fknh.v8i3.22
 23. Levendoglu F, Altintepe L, Okudan N, Ugurlu H, Gokbel H, Tonbul Z, et al. A twelve week exercise program improves the psychological status, quality of life and work capacity in hemodialysis patients. *J Nephrol* 2004;17(6):826-32.
 24. Taji Y, Morimoto T, Okada K, Fukuhara S, Fukui T, Kuwahara T. Effects of intravenous ascorbic acid on erythropoiesis and quality of life in unselected hemodialysis patients. *J Nephrol* 2004;17(4):537-43.
 25. Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez-Gomez JM, Moreno F, et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *J Nephrol* 2003;16(6):886-94.
 26. Hadi N, Rahmani Z, Montazeri A. Health-related quality of life in chronic renal failure patients receiving hemodialysis. *Payesh* 2010;9(4):349-54. Persian
 27. Khorsandi M, Jahani F, Rafiei M, Farazi A. Health-related quality of life in staff and hospital personnel of Arak University of Medical Sciences in 2009. *J Arak Uni Med Sci* 2010;13(1):40-8. Persian
 28. Bonsergent E, Benie-Bi J, Baumann C, Agrinier N, Tessier S, Thilly N, et al. Effect of gender on the association between weight status and health-related quality of life in adolescents. *BMC Public Health*. 2012;12:997. doi: 10.1186/1471-2458-12-997.
 29. Jafari A, Ravangard R, Kavosi Z, Sajjadnia Z. Estimation of the demand for health for urban households using Grossman's model in Shiraz, Iran. *Prog Health Sci* 2014;4(1):31-40.
 30. Rambod M, Rafii F, Hosseini F. Quality of life in patients with end stage renal disease. *Hayat* 2008; 14(2): 51-61. Persian

- 31.** Mohammadpour Tahmtan RA. Health-related quality of life of a general population over 40 years old in Mazandaran province, Iran. *Payesh* 2011;10(2):145-9. Persian
- 32.** Goshtasebi A, Montazeri A, Vahdaninia M, Rahimi A, Mohammad K. Self-reported health and socioeconomic status results from a population-based study in Tehran, Iran. *Payesh* 2003; 2(3): 183-189. Persian
- 33.** Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *American Am J Kidney Dis* 2000;35(4 Suppl 1):S132-40. doi:10.1016/s0272-6386(00)70240-x
- 34.** Weety LS. Measurement of quality of life for end stage renal patients [dissertation]. Hong Kong: Polytechnic University; 2001.
- 35.** Sobota A, Yamashita R, Xu Y, Trachtenberg F, Kohlbry P, Kleinert DA, et al. Quality of life in thalassemia: a comparison of SF-36 results from the thalassemia longitudinal cohort to reported literature and the US norms. *Am J Hematol* 2011;86(1):92-5. doi: 10.1002/ajh.21896.
- 36.** Mustata S, Groeneveld S, Davidson W, Ford G, Kiland K, Manns B. Effects of exercise training on physical impairment, arterial stiffness and health-related quality of life in patients with chronic kidney disease: a pilot study. *Int Urol Nephrol* 2011;43(4):1133-41. doi: 10.1007/s11255-010-9823-7.
- 37.** Aoike DT, Baria F, Kamimura MA, Ammirati A, de Mello MT, Cuppari L. Impact of home-based aerobic exercise on the physical capacity of overweight patients with chronic kidney disease. *Int Urol Nephrol* 2015;47(2):359-67. doi: 10.1007/s11255-014-0894-8.
- 38.** Greenwood SA, Koufaki P, Mercer TH, Rush R, O'Connor E, Tuffnell R, et al. Aerobic or Resistance Training and Pulse Wave Velocity in Kidney Transplant Recipients: A 12-Week Pilot Randomized Controlled Trial (the Exercise in Renal Transplant [ExeRT] Trial). *Am J Kidney Dis* 2015;66(4):689-98. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.06.016.

Study of the Quality of Life in Patients with Chronic Renal Failure Treated with Hemodialysis

Talebianpour Hamid¹, Talebianpour Elham², Sadeghkhan Omid³, Jafari Abdosaleh^{4*}

• Received: 26. 10. 2018

• Revised: 15. 02. 2019

• Accepted: 16. 02. 2019



Abstract

Background & Objectives: Regarding the effect of chronic kidney disease on the physical, social, and mental health of patients, evaluation of the quality of life in hemodialysis patients is of great importance. This study aimed to evaluate the quality of life in patients with chronic renal failure (CRF) treated with hemodialysis.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytic study was performed on 85 patients who referred to Dialysis Center of Selected Educational Hospital in Shiraz Selected teaching hospital, and selected by census sampling. Data were collected using SF36 questionnaire with 8 dimensions of physical function, performing physical role, physical pain, general health, vitality, social function, performing emotional role, and mental health. Data were analyzed using t-test and ANOVA. Data were entered into SPSS 21 software.

Results: It was revealed that 61.2% of the patients were male, 42.4% aged 45-64 years, and 37.6% had social insurance. The highest mean score for the dimensions of emotional health, mental limitation, and vitality was obtained to be 66.4, 63.3, and 61.5, respectively. There was a significant relationship between age, marital status, physical activity, place of residence, educational level, and health-related quality of life in hemodialysis patients.

Conclusion: In order to promote patients' health, policymakers should provide access to healthcare services, welfare, education, and sport facilities for dialysis patients.

Keywords: Chronic kidney disease, Patients, Quality of life, Hemodialysis, Teaching hospital

•**Citation:** Talebianpour H, Talebianpour E, Sadeghkhan O, Jafari A. Study of the Quality of Life in Patients with Chronic Renal Failure Treated with Hemodialysis. Journal of Health Based Research 2019; 4(4): 399-410. [In Persian]

1. MSc Student in Health Economics, Student Research Committee, School of Management and Medical Information, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

2. MSc Student in Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

3. MSc Student in Health Services Management, Student Research Committee, School of Management and Medical Information, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

4. Assistant Professor of Health Economics, Human Resources Research Center, School of Management and Medical Information, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

***Correspondence:** Ghasroldashti Street, Alley 29, Mulla Sadra Intersection, Shiraz

Tel: 00987132340775

Email: abdosaleh.jafari@gmail.com