

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دیالیزی

نویسندگان:

اعظم نامدار^۱، شیوا بیگی زاده^۲، صدیقه نجفی پور^{۳*}، ۴، ۳

- ۱- گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم، جهرم، ایران
- ۲- گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم، جهرم، ایران
- ۳- مرکز مطالعات توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
- ۴- گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 10, No. 4, Winter 2013

چکیده:

مقدمه: امروزه کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری نارسایی کلیه به عنوان یک معیار مورد توجه در جهان پزشکی مطرح است. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران با نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی - مقطعی روی ۵۲ بیمار تحت همودیالیز در بیمارستان شهید مطهری جهرم به روش سرشماری در سال ۱۳۸۹ انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش نامه ای شامل دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعات پرسش‌نامه SF-36 به روش مصاحبه جمع‌آوری و با کمک نرم‌افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تی) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران مورد مطالعه 56.48 ± 15.38 بود. ۴۶/۲ درصد آنان زن و بقیه مرد بودند. میانگین نمره کل کیفیت زندگی 50.38 ± 15.80 با کم‌ترین امتیاز (37.94 ± 27.90) مربوط به بعد عملکرد جسمی و بیش‌ترین امتیاز (61.51 ± 19.52) مربوط به بعد سلامت روانی بود. بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی و جنسیت، گروه سنی و وضعیت تأهل تفاوت معناداری مشاهده شد ($P=0.026$, $P=0.012$, $P=0.001$). بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، بیماری‌های زمینه‌ای، تعداد فرزندان و طول مدت دیالیز تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتیجه گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد بیماری مزمن کلیوی و انجام همودیالیز باعث ایجاد تغییرات زیادی در ابعاد زندگی بیمار می‌شود. با شناخت عوامل تأثیرگذار روی کیفیت زندگی در این بیماران، اعضای خانواده و تیم درمانی می‌توانند در راستای ارائه برنامه‌های مراقبتی و حمایتی از این اطلاعات استفاده کرده و بیماران را در سازگاری با بیماری و بهبود کیفیت زندگی یاری نمایند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، دیالیز، نارسایی، بیماری کلیه

J Jahrom Univ Med Sci 2013; 10(4):19-27

مقدمه:

یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی در سراسر جهان بیماری مزمن کلیه است [۱]. نارسایی مزمن کلیه یک بیماری با اختلال شدید و غیر قابل برگشت در عملکرد کلیه‌ها است که نتیجه آن ناتوانی بدن در حفظ تعادل مایعات، الکترولیت‌ها و متابولیسم مواد است [۲]. درمان با همودیالیز یکی از روش‌های بهبود

بیماران با نارسایی مزمن کلیوی است. سالیانه بیش از ۶۰ هزار نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به نارسایی کلیه جان خود را از دست می‌دهند [۳]. تنها در ایالات متحده آمریکا نزدیک به ۳۰۰۰۰۰ نفر به این بیماری مبتلا هستند. میزان بروز سالانه این بیماری تقریباً ۲۴۲ مورد در هر یک میلیون نفر جمعیت است و هر سال به میزان ۸ درصد به تعداد مبتلایان افزوده می‌شود [۴].

* آدرس نویسنده مسئول: تهران، بزرگراه همت، پردیس همت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، گروه آموزش پزشکی

تلفن تماس: ۰۹۱۷۷۱۳۰۲۶۱ پست الکترونیکی: senajafipour@hotmail.com دورنگار: ۰۷۹۱-۳۳۴۱۵۰۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۶/۲۲ تاریخ اصلاح: ۱۳۹۰/۱۰/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۴

بینی وقوع ناتوانی و مرگ افراد را میسر می‌کند. ارزیابی کیفیت زندگی کمک می‌کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی مورد توجه قرار گیرد [۱۱]. از طرفی بررسی کیفیت زندگی در این بیماران به برنامه‌ریزی مراقبت‌های درمانی و حمایتی کمک کرده و می‌تواند عوامل پیش‌بینی‌کننده حس خوب بودن را تا مقدار زیادی مشخص سازد [۱۲]. بروز بیماری نارسایی مزمن کلیوی و درمان آن با روش‌هایی از قبیل همودیالیز منجر به تغییر در شیوه زندگی، وضعیت سلامت و نقش فرد می‌شود که همگی به نوعی کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۳]. کاتر به نقل از تینگ بیان می‌دارد یکی از دلایل شروع همودیالیز در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی ارتقای احساس خوب بودن در این بیماران است [۱۳].

هرچند در پژوهش‌هایی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی مطالعه شده است، اما در این زمینه در شهرستان جهرم مطالعه‌ای انجام نشده است. به علاوه، با توجه به این که برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح سلامت این بیماران، مستلزم داشتن اطلاعات کافی در مورد ابعاد مختلف کیفیت زندگی آنان است و نتایج مطالعات انجام‌شده در سایر نقاط به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی نمی‌تواند کاربرد چندانی داشته باشد، از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی این بیماران در شهرستان جهرم انجام شد. با توصیف چگونگی کیفیت زندگی و تأثیر مشخصات فردی-اجتماعی بر آن و توجه به ابعادی از کیفیت زندگی که بیش‌تر تحت تأثیر بیماری دچار اختلال شده و نیاز به برنامه‌ریزی دارد می‌توان گام‌های مفیدی در راستای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران برداشت.

روش کار:

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی است. جامعه پژوهش آن تمامی ۶۰ نفر بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز مراجعه‌کننده به بخش همودیالیز مرکز آموزشی-درمانی بیمارستان شهید مطهری شهرستان جهرم در دی‌ماه سال ۱۳۸۹ بود که به روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. ۵۲ نفر از این بیماران، معیارهای ورود به مطالعه (سن بالای ۱۸ سال، گذشت حداقل دو ماه از شروع همودیالیز، تمایل به شرکت در مطالعه، عدم وجود بیماری منجر به بستری را داشتند) و در مطالعه شرکت داده شدند. معیارهای خروج شامل داشتن بیماری روانی شناخته شده، بستری بودن در بخش به هر دلیل و عدم تمایل بیمار به همکاری و پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود: بخش اول پرسش‌نامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی و متغیرهای بیماری از قبیل سن،

بر اساس آمار موجود در ایران، سالانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به تعداد مبتلایان [۳] و تقریباً ۱۵ درصد به تعداد بیماران تحت درمان با همودیالیز اضافه می‌شود [۵]. طبق گزارش مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه ایران در سال ۸۶، حدود ۲۹۰۰۰ نفر در کشور به نارسایی مزمن کلیوی مبتلا بوده‌اند که از این تعداد، ۱۴۰۰۰ نفر تحت درمان با همودیالیز قرار داشته‌اند. در حال حاضر تعداد ۱۵۰۰۰ نفر بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی در تهران وجود دارند که ۳۷۰۰ نفر از آنان تحت درمان با همودیالیز هستند [۶].

امروزه به دلیل تغییرات اپیدمیولوژیک بیماری‌های نوع حاد به مزمن، معیار کمیت زندگی که بر حسب میزان مرگ و میر سنجیده می‌شود، کاربرد زیادی ندارد و جایگزین آن یعنی معیار جدید کیفیت زندگی که تأثیر بیماری و مداخلات درمانی روی زندگی روزمره بیمار را می‌سنجد مورد توجه واقع شده است [۷]. اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی کلیه یک مقوله مورد توجه دنیای پزشکی است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به صورت برداشت و درک فرد از وضعیت زندگی خود، در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق فرد تعریف می‌کند [۸]. گرچه هنوز توافق عمومی در مورد تعریف کیفیت زندگی وجود ندارد، ولی اکثر صاحب‌نظران آن را یک مفهوم چندبعدی شامل جنبه‌های جسمانی، علائم بیماری و اثرات درمان آن بر زندگی، وضعیت روانی-اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی می‌دانند [۹].

بیماری‌ها می‌توانند با ایجاد اختلال جسمی، اجتماعی، اقتصادی و غیره سبب تغییر در ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود شوند. از جمله این اختلالات، آسیب‌های ناشی از بیماری کلیوی است که باعث بروز مشکلات متعدد می‌شوند و متأسفانه آثار خود را به صورت ضایعات مزمن و پیش‌رونده روی قلب و عروق و سایر اندام‌ها بر جای می‌گذارند [۴]. اگرچه درمان با همودیالیز سبب افزایش امیدواری بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی می‌شود، اما این روش درمان به دلیل عوارض احتمالی مشکلات متعددی از جمله افت فشارخون، انقباض‌های دردناک عضلانی، خونریزی، آمبولی هوا، درد قفسه سینه، عدم تعادل دیالیزی، کاهش سطح هوشیاری و تشنج برای بیماران به دنبال خواهد داشت [۸]. بنابراین، بررسی کیفیت زندگی این بیماران و هرگونه تغییر آن باید مهم تلقی شود. کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در راستای راهنمایی، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف است [۱۰]. عقیده بر این است که کیفیت زندگی افراد معیار مهمی در اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی است و پیش

وضعیت سلامت آن‌ها نسبت به سال گذشته بدتر شده است و ۴۶/۲ درصد (۲۴ نفر) از آنان وضعیت سلامتی خود را به طور کلی متوسط توصیف کردند. میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه 50.38 ± 15.80 بود و در میان ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی کم‌ترین امتیاز در ابعاد عملکرد جسمی (37.94 ± 27.90) و محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی (40.87 ± 28.01) مشاهده شد. بعد سلامت روانی میانگین بالاتری را به خود اختصاص داده بود (61.51 ± 19.52) (جدول ۲).

مطابق یافته‌های این پژوهش، مردان نسبت به زنان در کلیه ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی نمره بیشتری کسب کردند. در مردان و زنان، بهترین وضعیت مربوط به سلامت روانی و بدترین شرایط مربوط به عملکرد جسمی بود. بین زنان و مردان در میانگین عملکرد جسمی، خلاصه مؤلفه جسمی و میانگین نمره کل کیفیت زندگی تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($P=0.002$, $P=0.020$, $P=0.026$). همچنین تفاوت در میانگین درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی و نشاط در زنان و مردان از نظر آماری معنادار بود ($P=0.047$, $P=0.001$, $P=0.042$). در سایر ابعاد کیفیت زندگی بین زنان و مردان تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۳). بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی و خلاصه مؤلفه جسمی و همچنین بین عملکرد جسمی و محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی در گروه‌های مختلف سنی تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0.002$, $P=0.012$, $P=0.002$, $P=0.015$). ولی در سایر ابعاد تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول ۱). بین میانگین نمره کل کیفیت زندگی با وضعیت تأهل و بین خلاصه مؤلفه جسمی و ابعاد آن (عملکرد جسمی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی) با وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0.002$, $P=0.026$, $P=0.001$, $P=0.001$, $P=0.001$). ولی در سایر ابعاد کیفیت زندگی این تفاوت معنادار نبود (جدول ۱).

مطابق نتایج به‌دست آمده در خصوص وضعیت اقتصادی، افراد دارای درآمد بیشتر از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بودند. به بیان دیگر، میانگین نمره کل کیفیت زندگی افراد دارای درآمد بیشتر تقریباً ۲۵ نمره با بیماران بدون درآمد اختلاف داشت، اما این تفاوت معنادار نبود. علت معنادار نبودن می‌تواند ناشی از کم بودن تعداد افراد دارای درآمد بالا (۵/۸ درصد) باشد. البته این تفاوت تنها در خلاصه مؤلفه جسمی و بعد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی معنادار بود ($P=0.023$, $P=0.034$) (جدول ۱).

کیفیت زندگی در افراد تحصیل کرده مطلوب‌تر بود و بیماران با تحصیلات دانشگاهی بیش‌ترین نمره را به خود اختصاص دادند،

جنسیت، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد، محل سکونت، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، طول مدت بیماری، طول مدت درمان با هومودیالیز، دفعات دیالیز در هفته و بیماری‌های زمینه‌ای و بخش دوم پرسش‌نامه شامل فرم کوتاه ۳۶ (SF-36) بود. این پرسش‌نامه توسط وار و همکاران در آمریکا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد سالم و بیمار طراحی شده است [۱۴] و روایی و پایایی نسخه فارسی آن توسط منتظری و همکاران طی پژوهشی روی افراد شهر تهران مورد تایید قرار گرفته است [۱۵]. پرسش‌نامه SF-36 حاوی ۳۶ سؤال با هشت خرده‌مقیاس مربوط به سلامت است که دو سنجی خلاصه مؤلفه جسمی و روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. خلاصه مؤلفه جسمی شامل ابعاد: عملکرد جسمی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی و خلاصه مؤلفه روانی شامل ابعاد: محدودیت نقش به علت مشکلات عاطفی، سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی است. امتیازبندی سؤالات بر اساس سیستم امتیازدهی RAND از صفر تا صد می‌باشد و با جمع امتیازات هر خرده‌مقیاس و تقسیم عدد به دست آمده بر تعداد سؤالات همان خرده‌مقیاس، نمره مربوط به آن مقیاس به دست می‌آید. نمره بالاتر در هر مقیاس نشان دهنده وضعیت مناسب‌تر است. در نهایت امتیازات این هشت خرده‌مقیاس به دو مؤلفه جسمی (سلامت جسمی) و مؤلفه روانی (سلامت روانی) خلاصه می‌شود. داده‌ها پس از ارائه توضیحات لازم به واحدهای مورد مطالعه و اعلام آمادگی آنان برای پاسخگویی، توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه گردآوری شدند. در نهایت داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS 15.0 استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تی) با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها:

در این پژوهش توصیفی-مقطعی، ۵۲ بیمار واجد شرایط تحت درمان با هومودیالیز در مرکز آموزشی-درمانی بیمارستان شهید مطهری شهرستان جهرم شرکت داشتند. مشخصات جمعیت شناختی بیماران مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است. محدوده سنی بیماران ۲۲-۸۶ سال با میانگین 56.48 ± 15.38 بود و ۴۶/۲ درصد (۲۴ نفر) آنان زن و بقیه مرد بودند. ۶۵/۴ درصد از بیماران متأهل، بیش‌تر آنان (۶۵/۴ درصد) بی‌سواد، ۵۷/۷ درصد شهری، ۹۶/۲ درصد غیر شاغل (بیکار) و ۵۷/۷ درصد در گروه وضعیت اقتصادی ضعیف بودند. طول مدت درمان این بیماران بین ۱۳۲-۲ ماه با میانگین 32.69 ± 27.33 ماه بود. ۲۸/۹ درصد (۱۵ نفر) از بیماران اظهار داشتند که

وضعیت در کلیه ابعاد کیفیت زندگی مربوط به بیمارانی بود که دارای هر سه مورد بیماری یعنی فشار خون، دیابت و قلبی-عروقی بودند. بین میانگین عملکرد جسمی و میانگین سلامت روانی با بیماری‌های زمینه‌ای تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0/034, P=0/039$). ولی در سایر ابعاد این تفاوت معنادار نبود. بین میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد هشت‌گانه و نیز خلاصه مؤلفه‌ها با تعداد فرزندان، طول مدت دیالیز و تعداد دفعات دیالیز در هفته تفاوت معناداری یافت نشد (جدول ۱). همچنین میانگین کیفیت زندگی در ابعاد و نیز خلاصه مؤلفه‌ها با محل سکونت و وضعیت بیمه تفاوت معناداری نداشتند.

ولی تفاوت آماری معناداری بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات یافت نشد. بین میانگین محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی و میانگین سلامت روانی و میزان تحصیلات همسر تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0/036, P=0/013$). ولی این تفاوت در سایر ابعاد معنادار نبود (جدول ۱). شاغلین نسبت به غیر شاغلین در کلیه ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی نمره بیشتری کسب کردند، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود (جدول ۱). بیماران با بیماری‌های زمینه‌ای همچون فشار خون، دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی و یا ترکیبی از آنها دارای کیفیت زندگی پایین‌تری بودند و در این میان بدترین

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرها های جمعیت شناختی و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز (N=52)

سطح معناداری	میانگین \pm انحراف معیار	درصد	تعداد	متغیر	کیفیت زندگی
*0/029	45,27 \pm 12,60	53,8	28	زن	جنسیت
	54,77 \pm 17,13	46,2	24	مرد	
*0/01	65,16 \pm 5,37	11,5	6	22-32	گروه سنی
	46,71 \pm 21,87	5,7	3	33-42	
	58,52 \pm 18,59	17,3	9	43-52	
	51,61 \pm 13,08	23,07	12	53-62	
	41,25 \pm 14,40	32,7	17	63-72	
	47,96 \pm 8,61	9,6	5	>73	
*0/001	65,37 \pm 5,9	9,6	5	مجرد	وضعیت تأهل
	52,55 \pm 15,90	65,4	34	متاهل	
0/239	38,94 \pm 10,28	25,0	13	همسر فوت شده	میزان تحصیلات
	47,91 \pm 14,68	65,4	34	بی‌سواد	
0/067	50,77 \pm 19,62	13,5	7	ابتدایی	وضعیت اقتصادی
	54,19 \pm 18,97	13,5	7	دبیرستان	
	64,07 \pm 8,79	7,0	4	دانشگاه	
0/067	45,07 \pm 9,51	26,9	14	بدون درآمد	وضعیت اشتغال کنونی
	52,29 \pm 13,89	30,8	16	زیر 200 هزار تومان	
	48,73 \pm 19,57	36,5	19	200-500 هزار تومان	
	70,13 \pm 3,60	5,8	3	بیش‌تر از 500 هزار تومان	
0/321	46/0 \pm 0/0	2/3	1	0	تعداد فرزندان
	52,46 \pm 17,41	22,7	10	1-3	
	51,39 \pm 18,44	36,4	16	4-6	
0/100	42,94 \pm 11,94	38,6	17	>7	وضعیت اشتغال کنونی
	67,32 \pm 6,26	3,8	2	شاغل	
0/724	49,71 \pm 15,72	96,2	50	غیر شاغل	دفعات دیالیز در هفته
	49,98 \pm 14,32	19,2	10	1 بار	
	48,06 \pm 14,77	50,0	26	2 بار	
	52,26 \pm 18,60	28,8	15	3 بار	
0/724	62,89 \pm 0,0	1,9	1	4 بار	طول مدت درمان با دیالیز
	49,98 \pm 14,32	44,3	23	زیر 2 سال	
	48,06 \pm 14,77	32,7	17	2-4 سال	
	52,26 \pm 18,60	17,3	9	4-6 سال	
	62,89 \pm 0,0	5,8	3	> 6 سال	

*مقادیر از نظر آماری معنادار است ($P < 0/05$)

جدول ۲: میانگین نمرات بیماران تحت همودیالیز در ابعاد پرسشنامه SF36

ابعاد کیفیت زندگی	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار
عملکرد جسمی	۰	۹۰	۳۷٫۹۴	۲۷٫۹۰
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی	۰	۱۰۰	۴۰٫۸۷	۲۸٫۰۱
درد بدنی	۱۰	۹۰	۵۱٫۱۵	۲۴٫۷۸
محدودیت نقش به علت مشکلات عاطفی	۰	۱۰۰	۵۸٫۳۳	۳۲٫۲۵
سلامت عمومی	۲۰	۹۵	۵۰٫۳۵	۱۷٫۰۱
سرزندگی و نشاط	۵	۹۵	۵۲٫۲۸	۱۸٫۶۹
عملکرد اجتماعی	۱۲٫۵	۱۰۰	۵۴٫۱۶	۲۳٫۵۳
سلامت روانی	۱۶	۱۰۰	۶۱٫۵۱	۱۹٫۵۲
خلاصه مؤلفه جسمی	۱۲٫۵	۸۱٫۲	۴۴٫۹۲	۱۸٫۱۵
خلاصه مؤلفه روانی	۲۱٫۱	۱۰۰	۵۷٫۲۴	۱۸٫۵۱
میانگین نمره کل کیفیت زندگی	۲۰٫۰۸	۸۶٫۹۴	۵۰٫۳۸	۱۵٫۸۰

جدول ۳: مقایسه میانگین ابعاد کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز بر حسب جنس

ابعاد کیفیت زندگی	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معناداری
عملکرد جسمی	مرد	۲۷	۴۵٫۰	۲۸٫۲۸	۱٫۹۷۶	۴۸٫۹۴	۰٫۰۵۴*
	زن	۲۴	۳۰٫۰	۲۵٫۹۱			
نقش فیزیکی	مرد	۲۸	۴۹٫۱۱	۲۹٫۲۵	۲٫۳۹۵	۵۰٫۰	۰٫۰۲۰*
	زن	۲۴	۳۱٫۲۵	۲۳٫۶۰			
درد بدنی	مرد	۲۸	۵۷٫۵۰	۲۶٫۰۵	۲٫۰۸۸	۴۹٫۹۲	۰٫۰۴۲*
	زن	۲۴	۴۳٫۷۵	۲۱٫۴۳			
ایفای نقش عاطفی	مرد	۲۸	۵۹٫۵۲	۳۳٫۱۵	۰٫۲۸۶	۴۹٫۳۳	۰٫۷۷۶
	زن	۲۴	۵۶٫۹۴	۳۱٫۸۱			
سلامت عمومی	مرد	۲۴	۵۸٫۱۶	۱۵٫۵۳	۳٫۵۵۳	۴۵٫۹۲	۰٫۰۰۱*
	زن	۲۴	۴۲٫۵۴	۱۴٫۹۲			
سرزندگی و نشاط	مرد	۲۲	۵۷٫۹۵	۱۷٫۷۰	۲٫۰۴۱	۴۳٫۸۹	۰٫۰۴۷*
	زن	۲۴	۴۷٫۰۸	۱۸٫۴۱			
عملکرد اجتماعی	مرد	۲۴	۵۶٫۲۵	۲۵٫۰	۰٫۶۰۹	۴۵٫۴۲	۰٫۵۴۶
	زن	۲۴	۵۲٫۰۸	۲۲٫۳۲			
سلامت روانی	مرد	۲۲	۶۳٫۰۹	۲۰٫۱۶	۰٫۵۲۶	۴۲٫۶۲	۰٫۶۰۲
	زن	۲۳	۶۰٫۰	۱۹٫۲۲			
خلاصه مؤلفه جسمی	مرد	۲۸	۵۴٫۷۷	۱۷٫۱۳	۳٫۲۷۱	۴۹٫۷۹	۰٫۰۰۳*
	زن	۲۴	۴۵٫۲۷	۱۲٫۶۰			
خلاصه مؤلفه روانی	مرد	۲۸	۵۱٫۸۱	۱۸٫۲۷	۱٫۳۱۴	۵۰٫۰	۰٫۱۹۵
	زن	۲۴	۳۶٫۸۸	۱۴٫۶۲			
میانگین نمره کل کیفیت زندگی	مرد	۲۸	۶۰٫۳۴	۲۱٫۲۴	۲٫۳۹۷	۴۸٫۹۴	۰٫۰۲۶*
	زن	۲۴	۵۳٫۶۲	۱۴٫۳۲			

*مقادیر از نظر آماری معنادار است ($P < ۰٫۰۵$).

* نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت بهتر است.

بحث:

کیفیت زندگی به عنوان شاخص کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و بخشی از برنامه‌های کنترل بیماری محسوب می‌شود. در این مطالعه، میانگین نمره کل کیفیت زندگی در حد متوسط بدست آمد که با توصیف اکثر بیماران از وضعیت سلامتی خود در کل و همچنین با نتایج مطالعه وثوقی مطابقت داشت، اما با نتایج بعضی مطالعات که کیفیت زندگی اکثر بیماران همودیالیزی را مطلوب و مطالعه حریرچی که کیفیت زندگی بیماران را بد گزارش کرده‌اند مغایرت دارد (۱۶-۱۸ و ۱۲). نتایج این مطالعه با مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر همچون مطالعه لوندوگلو در ترکیه که میانگین کلی کیفیت زندگی را ۶۵ تاجی در ژاپن ۶۱ و زکونوز در اسپانیا ۶۵ و فوجی ساوا در ژاپن ۶۸ گزارش کرده‌اند مطابقت ندارد (۲۰-۲۳). یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر نمرات پایین‌تر در ابعاد کیفیت زندگی نسبت به سایر مطالعات انجام شده در خارج از کشور می‌باشد که یکی از دلایل بهتر بودن کیفیت زندگی می‌تواند انجام دیالیز به میزان کافی در کشورهای دیگر در مقایسه با ایران باشد که مطالعات انجام شده نشان دهنده عدم کفایت دیالیز است [۲۴]. برانوالد اظهار می‌دارد با گسترش و تکامل همودیالیز جان هزاران بیمار مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه نجات یافته است و به طور چشمگیری از میزان مرگ و میر آنان کاسته شده است. بدیهی است با افزایش تعداد جلسات دیالیز و اصلاح تغذیه این بیماران، کیفیت زندگی آنان به طور چشمگیری بهبود خواهد یافت (۲۵). در مطالعه حاضر، اکثر بیماران به طور متوسط حدود ۱۲ ساعت طی یک یا دو مرتبه در هفته دیالیز می‌شدند، درحالی‌که در سایر کشورها این زمان به ۲۴-۲۰ ساعت در هفته نیز می‌رسد. پایین بودن میزان دیالیز در گروه مورد مطالعه می‌تواند علت پایین بودن کیفیت زندگی بیماران باشد. در این مطالعه کم‌ترین امتیاز در ابعاد عملکرد جسمی وجود داشت و سلامت روانی از میانگین نمره بالاتری برخوردار بود که با مطالعه فوجی ساوا هم‌خوانی و با نتایج مطالعه ریموند در هلند مغایرت دارد [۲۳ و ۲۶]. علت نامطلوب بودن بعد جسمی به عوارض کلیوی مرتبط است. در زمینه سلامت روانی به نظر می‌رسد نگرش‌های فرهنگی و مذهبی موجود در جامعه مورد پژوهش در این امر دخیل بوده است، به طوری که در زمان جمع‌آوری داده‌ها و مصاحبه پژوهشگر با بیماران اکثر آنان با وجود مشکلات جسمانی، شکرگزار پروردگار بوده و به جمله راضی‌ام به رضای خدا و آنچه او مقدر کرده اشاره داشتند.

مردان نسبت به زنان در کلیه ابعاد هشت‌گانه نمره بیشتری کسب کردند و این تفاوت در اکثر ابعاد معنادار بود که با نتایج تعدادی از مطالعات انجام شده مطابقت دارد [۲۷-۲۸ و ۱۶] و با

بعضی دیگر هم‌خوانی ندارد [۲۳ و ۴ و ۱۷]. به نظر می‌رسد این تفاوت از اختلاف دیدگاه‌های زنان و مردان نسبت به مسائل زندگی سرچشمه می‌گیرد. در مطالعه تاگای، زنان در مقایسه با مردان تجربه درماندگی، احساس ترس و وحشت شدیدتری را گزارش کرده‌اند [۲۹]. نتایج نشان داد با افزایش سن، کیفیت زندگی افراد کاهش می‌یابد. سن عامل مهم تأثیرگذار بر کیفیت زندگی است. با افزایش سن به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی پیری، گذشت زمان و اضافه شدن بیماری‌های دیگر بر بیماری اولیه، کیفیت زندگی خصوصاً در بعد عملکرد جسمی کاهش می‌یابد. این افراد از یک سو به دلیل جدایی از فرزندان خود که در حال گذار از مراحل مهم زندگی همچون ازدواج و تشکیل خانواده هستند و از سوی دیگر افزایش وابستگی به آنان به دلیل بیماری و ناتوانی‌های ناشی از آن و کاهش کارایی، احساس بی‌کفایتی کرده و لذا از نظر ابعاد خلاصه مؤلفه روانی هم دچار مشکل می‌شوند. این یافته با نتایج مطالعه تقی‌زاده مطابقت دارد، ولی با نتایج سایر مطالعات که به عدم ارتباط بین سن و کیفیت زندگی اشاره دارند مشابه نیست [۴ و ۱۷]. محققان معتقدند که وضعیت تأهل از عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی افراد می‌باشد. حضور همسر به عنوان حامی در کاهش تنش، سازگاری با بیماری مزمن، پیروی از رژیم درمانی، کاهش مرگ و میر و ناتوانی مؤثر است. در این مطالعه، کیفیت زندگی بیماران متأهل از بیماران همسر مرده بالاتر بود که با نتایج مطالعه وثوقی مطابقت دارد. این یافته، با مطالعه تقی‌زاده و مورس که حاکی از معنادار نبودن ارتباط، با مطالعه رامبد دال بر معنادار بودن ارتباط به نفع افراد متأهل و با نتایج مطالعه طیبی که بیانگر معنادار بودن این تفاوت به نفع افراد متأهل فقط در بعد عملکرد جسمی است مغایرت دارد [۱۶ و ۲۸ و ۴ و ۲۷].

در این بررسی اگر چه میانگین نمره کل کیفیت زندگی در بیماران با تحصیلات دانشگاهی نسبت به بیماران بی‌سواد ۱۶ نمره اختلاف داشت و به عبارت دیگر، افراد دارای تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند، اما این تفاوت معنادار نبود. عدم معناداری با توجه به تعداد اندک بیماران دارای تحصیلات دانشگاهی قابل توجیه است. این یافته با مطالعه طیبی هم‌خوانی داشت، اما با نتایج سایر مطالعات که با افزایش میزان تحصیلات افزایش معناداری در کیفیت زندگی به دست آمده بود، هم‌خوانی ندارد [۲۸ و ۴ و ۱۶-۱۷]. افراد دارای تحصیلات بالاتر سعی می‌کنند در زمینه بیماری و چگونگی مراقبت از خود آگاهی‌های لازم را کسب کنند. از طرفی این بیماران آموزش پذیرتر بوده و دستورات پزشک معالج و کارکنان درمانی را با دقت بیشتری رعایت می‌کنند، بنابراین از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردارند. در زمینه میزان تحصیلات

عدم معناداری کیفیت زندگی در ارتباط با وضعیت بیمه و تعداد دفعات دیالیز نیز با توجه به محدود بودن افراد فاقد بیمه و افراد با دفعات بیش تر از سه بار دیالیز در هفته قابل توجه می‌باشد.

نتیجه‌گیری:

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مسئولین تسهیلاتی را برای رفت و آمد بیماران به مراکز همودیالیز فراهم آورند. همچنین برنامه‌های آموزشی به منظور بالا بردن میزان آگاهی، افزایش اعتماد به نفس، سازگاری با بیماری و ارتقای کیفیت زندگی بیماران خصوصاً خانم‌ها طراحی و اجرا و به نحوی برنامه ریزی شود تا آنان بتوانند در مشاغل که با شرایط جسمی آنان تطابق دارد مشغول به کار شده و درآمدی برای خود و خانواده کسب کنند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مقطعی بودن و تعداد نسبتاً کم واحدهای پژوهش اشاره کرد. به منظور بررسی اثرات بیماری بر کیفیت زندگی انجام مطالعات طولی پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر: این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم می‌باشد، بدین‌وسیله از همکاری معاون محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، کارکنان محترم بخش همودیالیز مرکز آموزشی-درمانی شهید مطهری جهرم و همچنین بیماران عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند صمیمانه قدردانی می‌شود.

همسر در ابعاد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی و سلامت روانی این تفاوت‌ها معنادار بود. در مطالعات دیگر، این ارتباط بررسی نشده است. تحصیلات همسر، به عنوان امتیازی مثبت در برخورداری از یک زندگی بهتر مطرح است و این امر به احساس سلامتی بهتر در بعد جسمی و روانی منجر می‌شود. کیفیت زندگی شاغلین نسبت به غیر شاغلین تفاوت معناداری نداشت. این یافته با نتایج سایر مطالعات مشابه است [۲۷ و ۱۸-۱۷]. وضعیت اشتغال یکی از عوامل مهمی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد. احتمالاً علت عدم معناداری نتایج مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از کم بودن تعداد بیماران شاغل باشد.

بین میانگین نمره کیفیت زندگی با تعداد فرزندان تفاوت معناداری یافت نشد که با نتایج رامبد همخوانی ندارد [۱۷]. در این مطالعه بین طول مدت درمان با همودیالیز با کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده نشد که با نتایج رامبد همخوانی دارد، اما با مطالعه تقی‌زاده همخوانی ندارد [۱۷ و ۴]. بر طبق نتایج به‌دست آمده در خصوص وضعیت اقتصادی افراد دارای درآمد بیشتر، کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشتند، ولی این تفاوت تنها در خلاصه مؤلفه جسمی و بعد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی معنادار بود که با نتایج دیگر مطالعات همخوانی ندارد [۱۸-۱۶].

میانگین کیفیت زندگی در ابعاد هشت‌گانه و نیز خلاصه مؤلفه‌های سلامت جسمی و روانی با محل سکونت، وضعیت بیمه و تعداد دفعات دیالیز در هفته تفاوت معناداری نشان نداد. با توجه به این که در محیط این پژوهش شرایط زندگی در شهر و روستا تقریباً یکسان بوده است، بنابراین، رابطه معناداری مشاهده نشد.

References:

1. Johnson CA, Levey AS, Coresh J, et al. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults, Part I: Definition, disease stages, evaluation, treatment and risk factors. *Am Fam Physician* 2004; 70(5): 869-76.
2. Smeltzer CS, Bare GB. Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincot, Williams & Wilkins; 2004: 1326-34.
3. Zamanzadeh V, Heydarzadeh M, Eshvandi KH, et al. The relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients. *J Tabriz Univ Med Sci*, 2007; 29(1): 49-57. (Persian)
4. Taghizadeh Afshari A, Ghareh-aghagie Asl R, Kazem Nejad A. The survey of kidney transplantation effect on hemodialysis patients quality of life in Urmia Medical Center. *J Urmia Med Sci* 2006; 17(3): 175-80. (Persian)
5. Hall M. treatment of renal failure: guide for kidney patients and their families. Trans. Afshari L. 1st ed. Tehran: Teimuorzadeh Tabib; 2002: 114-21. (Persian)
6. Aghighi M, Rouchi AH, Zamyadi M, et al. Dialysis in Iran. *Iranian J Kidney Dise* 2008; 2(1): 11-15. (Persian)
7. Kaveh MH. Introduction to measuring quality of life. *Proceedings of the National Conference on Family Health*. 2002, Nov. 6-7. Khoramabad; 2001: 73 -4. (Persian)

8. Sayari AA, Gari D, Asadi-Lari M. Assessing quality of life, global experience and necessary action in Iran. *Med Purif* 2001; 30: 33-4. (Persian)
9. Kutner NG, Zhang R, Mcclellan WM. Patient-reported quality of life early in dialysis treatment: effects associated with usual exercise activity. *Nephrol Nurs J* 2000; 27(4): 357-67.
10. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Eng J Med* 1996; 334(13): 835-84
11. Unruch ML, Weisbord SD, Kimmel PL. Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. *Semin Dial* 2005; 18(2): 82-90.
12. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life in hemodialysis patients. *ANNAN J* 1993; 20(5): 575-82.
13. Kutner NG. Quality of life and daily hemodialysis. *Semin Dial* 2004; 17(2): 92-8.
14. War 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.
15. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, et al. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14(3): 875-82.
16. Namadi-vosugi M, Movahed Pour A. Comparison of quality of life between hemodialysis and transplant patients in Ardabil medical centers. *J Ardabil Univ Med Sci* 2009; 9(2):171-9. (Persian)
17. Rambod M, Rafiee F, Hosseini F. Quality of life in patients with chronic renal failure. *J Nurs Midwif* 2008; 14(2): 51-61. (Persian)
18. Rafii F, Rambod M, Hoseini F. Quality of life for patients with chronic renal failure and its related factors. *J Nurs Midwif Iran Univ Med Sci* 2009; 23(63): 42-35. (Persian)
19. Harirchi AM, Rasouli A, Montazeri A, et al. Comparison of quality of life in haemodialysis and renal transplantation patients. *J Payesh* 2004; 3(2): 117-21. (Persian)
20. Levendoglu F, Altintepe N, Okudan H, 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.
21. Taji YT, Morimoto K, Okada S, et al. Effects of intravenous ascorbic acid on erythropoiesis and quality of life in unselected hemodialysis patients. *J Nephrol* 2004; 17(4): 537-43.
22. Vasquez I, Valderrabanof, Jofre R, et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *J Nephrol* 2003; 16(6): 537-43.
23. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, 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) :201-206.
24. Mozafari N, Mohamadi MA, Dadkhah B, et al. An investigation on the efficacy of hemodialysis in hemodialysis patients referred to dialysis center of Ardabil city in year 2002. *J Ardabil Univ Med Sci* 2005; 4(14): 52-7. (Persian)
25. Braunwald F, Wilson I, Kasper M, et al. Harrison principle of internal medicine. NewYork: McGraw-Hill; 2001: 1561-70.
26. Raymond K, Devins GM. Quality of life in patients on chronic Dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidney Dis* 1997; 29(4): 584-92.
27. Morsch CM, Gonçalves LF, Barros E. Health-related quality of life among hemodialysis patients – relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *J Clin Nurs* 2006; 15(4): 498-504.
28. Tayyebi A, Salimi S, Mahmoudi H, et al. Comparison of quality of life in hemodialysis and renal transplantation patients. *J Nurs Special Care* 2010; 3(1): 19-22. (Persian).
29. Tagay S, Kribben A, Hohenstein A, et al. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2007; 50(4): 594-601.

Health- related quality of life in dialysis patients

Namdar A¹, Beigizadeh Sh², Najafipour S^{*3,4}

Received: 09/13/2011

Revised: 02/14/2012

Accepted: 05/24/2012

1. Dept. of Community Medicine, School of Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Dept. of Biostatistics, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
3. Dept. of Medical Education, School of Medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
4. Center for Studies on Medical Education Development, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Vol. 10, No. 4, Winter 2013

J Jahrom Univ Med Sci 2013; 10(4):19-27

Abstract

Introduction:

Measuring the quality of life in chronic diseases such as end stage renal disease (ESRD) today is considered as a favorite standard in the medical world. This study was conducted aiming at determining health- related quality of life in dialysis patients in Jahrom.

Materials and Methods:

This is a cross-sectional descriptive study conducted on 52 patients under hemodialysis treatment referred to dialysis center in Motahari hospital of Jahrom city in the year 2010. Data were collected using a questionnaire including 2 parts: demographic variables and SF36. Descriptive and analytical statistics (Mean and Standard Deviation, in-depent t-test, One-Way ANOVA) were used to analyze the data in SPSS-15. Probability values less than 0.05 were considered as significant.

Result:

The results showed that the mean age of the study group was 56.48 ± 15.38 . 46.2% were female and 53.8% male. The mean score of the quality of life (QOL) of the study patients was 50.38 ± 15.80 . The lowest scores were recorded for physical functioning (37.49 ± 27.90) and the highest scores belonged to mental health (61.51 ± 19.52). The results showed a significant difference between the mean of QOL and independent variables of age, marriage, and sex. ($P=.026$, $P=.012$, $P=.001$). There was no significant difference between the mean of QOL and family income, educational level, background diseases, number of children, and duration of dialysis treatment.

Conclusion:

The results showed large variations in the dimensions of life in end stage renal disease as the result of hemodialysis. , Family and health care team members can use factors influencing the patients' quality of life in order to provide care and support programs for patients to help them cope with the illness and improve their quality of life.

Keywords: Quality of Life, Renal Dialysis, Deficiency, Kidney Diseases

* Corresponding author, Email: senajafipour@hotmail.com

