



بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی

نوراله طاهری^۱، سالار کمانگر^{۲*}، بهمن چراغیان^۳، سیدضیاءالدین موسوی^۲، میثم سلیمانزاده^۲

۱- دانشکده علوم پزشکی جندی شاپور اهواز - دانشکده پرستاری و مامایی - دانشجوی دکتر - عضو هیئت علمی. ۲- دانشکده علوم پزشکی آبادان - کارشناس پرستاری - واحد پرستاری. ۳- دانشگاه علوم پزشکی اهواز - دانشجوی PhD رشته آمار و اپیدمیولوژی - مربی هیئت علمی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۲۷، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۳۱

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به نارسایی مزمن و پیشرفته کلیه و تحت درمان با همودیالیز، به علت درمان‌های دارویی متعدد، مشکلات گوناگون و تغییرات ریشه‌ای در الگوی زندگی خود دارند که بر عملکرد اجتماعی و روانی آنها تأثیر می‌گذارد. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی شهرستان‌های آبادان و خرمشهر در سال ۱۳۹۰ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است. جامعه مورد مطالعه شامل تمامی افرادی بود که به صورت مستمر به کلینیک‌های همودیالیز شهرهای آبادان و خرمشهر (۸۰ نفر) مراجعه می‌کردند و با استفاده از پرسشنامه‌های که از دو بخش اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL-SF) تشکیل شده بود، مورد بررسی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس، همبستگی پیرسون و آزمون t مستقل انجام شد.

نتایج: میانگین نمره کیفیت زندگی نمونه‌ها در این پژوهش 47.22 ± 8.82 و بیانگر کیفیت زندگی پایین آنها می‌باشد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین متغیر کیفیت زندگی و سن ($P=0.04$, $r=0.5$) و کیفیت زندگی با مدت ابتلا به نارسایی مزمن کلیه ($P=0.03$, $r=0.23$) از نظر آماری رابطه معناداری وجود دارد. ارتباط مثبت معناداری بین تحصیلات و کیفیت زندگی ($P=0.003$) و نیز بین میزان درآمد افراد و کیفیت زندگی ($P<0.001$) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز پایین بوده و نیازمند توجه بیشتر مسئولان به حمایت‌های اجتماعی و رسیدگی به وضعیت رفاهی این افراد است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، بیماران همودیالیزی، پرسشنامه KDQOL-SL.

Original Article

Knowledge & Health 2013;8(3):119-124
DOI: 10.1234%2Fknh.v8i3.22

Life Quality of Hemodialysis Patients

Noorallah Tahery¹, Salar Kamangar^{2*}, Bahman Cheraghian³, Saied Zia Odin Mousavi², Meysam Solaimanzadeh²

1- Faculty Member, Dept. of Nursing, Ahvaz Jundishapour Faculty of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. 2- Nurse, Dept. of Nursing, Abadan Faculty of Medical Sciences, Abadan, Iran. 3- Ph.D. Student of Epidemiology, Ahvaz Jundishapour University of Medical Sciences, Ahvaz Iran.

Abstract:

Introduction: Patients with chronic and advanced kidney failure undergo hemodialysis treatment and because of various drug therapies have basic problems in their life style which affects their psychosocial operation. The purpose of this study was to determine the hemodialysis patients' quality of life in Abadan and Khorramshahr in 2011.

Methods: This is a cross-sectional study in which all patients (80 cases) referring to Abadan and Khorramshahr hemodialysis clinics completed a questionnaire which included two sections of demographic data and kidney diseases quality of life (KDQOL). Data analysis was done using SPSS-17 software and statistical tests such as ANOVA, Pearson correlation coefficient, and Independent T test were used.

Results: The mean score of life quality of the participants was 47.22 ± 8.82 which indicates their low quality of life. Result showed that between quality of life and age ($P = 0.04$ & $r = 0.5$) and ESRD patience period ($P=0.03$ & $r= 0.23$), there exists a statistically significant relationship. A positive and significant association was also observed between education and quality of life ($p= 0.003$) and between income level and quality of life ($P<0.0001$).

Conclusion: Life quality of Hemodialysis patients is low and authorities need to provide these patients with more social support and see into their welfare.

Keywords: Quality of life, Hemodialysis patient, KDQOL- SL questionnaire.

Conflict of Interest: No

Received: 17 January 2012

Accepted: 21 May 2013

*Corresponding author: N. Tahery, Email: nttahery@gmail.com

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه بر اثر تخریب پیش‌رونده و برگشت‌ناپذیر نفرون‌ها به‌وجود می‌آید (۱) که در آن توانایی بدن در حفظ سوخت‌وساز و تعادل آب و الکترولیت‌ها از بین رفته و در نتیجه اورمی ایجاد می‌شود (۲). از روش‌های رایج درمان جایگزینی کلیه می‌توان به همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه اشاره کرد (۳). همودیالیز، رایج‌ترین روش دیالیز است و هدف عمده آن تا حد امکان نزدیک‌تر کردن زندگی بیمار کلیوی به زندگی عادی است (۴). سالانه آمار بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران حدود ۱۵٪ افزایش می‌یابد (۶). مطالعات اخیر نشان داده‌اند که در بیماران همودیالیزی، غلظت فاکتورهای التهاب سیستمیک و فاکتورهای التهاب عروقی بالا می‌رود (۷). افت فشارخون، شایع‌ترین عارضه حاد همودیالیز است (۸). همودیالیز عوارض زیادی به همراه دارد: عوارض گوارشی مثل بی‌اشتهایی، کم‌خونی، عوارض عصبی، عوارض در دستگاه تولیدمثل مانند تغییر در عادات ماهانه که همه این موارد کیفیت زندگی بیماران را به هم زده و باعث افسردگی و گاهی خودکشی در آنان می‌گردد (۶). نتایج نشان می‌دهد که سطح هورمونی بیماران دیالیزی نسبت به افراد سالم پایین‌تر و بعد از انجام هر همودیالیزی، میزان این هورمون‌ها معمولاً افزایش می‌یابد که می‌تواند نشان‌دهنده کاهش عملکرد تیروئید بر اثر تجمع مواد زاید باشد (۹). اعتقاد بر این است که دیالیز در بیماران کلیوی در مراحل پایانی (End Stage Renal Disease (ESRD)) تأثیر مهمی بر طبیعی‌نمودن متابولیسم هورمون‌های تیروئیدی ندارد که همه اینها باعث به‌هم‌خوردن تعادل کیفی زندگی در این افراد می‌شود (۱۰). بروز بیماری نارسایی کلیوی و انجام روش‌های درمانی؛ از جمله همودیالیز، منجر به تغییر در شیوه زندگی، وضعیت سلامت فرد و نقش او می‌شود (۵).

کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی است که عرصه‌های مختلف زندگی همچون وضعیت مالی، کار، عشق، مذهب و همچنین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را دربردارد (۱۱). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت از تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن به سر می‌برند، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان است (۱۲). طی دو دهه گذشته، علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به‌صورت یک هدف در آمده است (۱۳). ارزیابی کیفیت زندگی کمک می‌کند تا مشکلات بیماران به‌طور بنیادی‌تر مورد توجه قرار گیرد (۱۴). وقتی هدف از مراقبت، ساختن زندگی راحت، عملکردی و رضایت‌بخش برای بیمار باشد، اهمیت مطالعه کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن، افزایش

می‌یابد (۱۵). سنجش کیفیت زندگی به پرستاران کمک می‌کند تا به افرادی که کیفیت زندگی آنها به‌طور جدی و برگشت‌ناپذیری به علت اختلال در تمامیت عملکرد تحت تأثیر قرار گرفته، به‌طور شایسته رسیدگی کنند (۱۶).

بیماران مبتلا به نارسایی مزمن و پیشرفته کلیه و تحت درمان با همودیالیز، به علت درمان‌های دارویی متعدد و پیچیده، و تغییرات ریشه‌ای و مشکلات گوناگونی در الگوی زندگی دارند که بر عملکرد اجتماعی و روانی آنان تأثیر می‌گذارد (۱۷). مطالعات نشان می‌دهند که کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با دیالیز نسبت به افراد عادی جامعه پایین‌تر است (۲). سطح اقتصادی-اجتماعی، سطح آموزشی، زمان و میزان دیالیز، نژاد، ورزش‌های فیزیکی، ناخوشی، دیابت، پیوند قلبی رده‌ده، جنس، افسردگی و وضعیت تغذیه‌ای، با کیفیت زندگی بیماران دیالیزی در ارتباط است (۱۸). بنابراین با تشخیص به‌موقع و درمان مؤثر عواملی چون افسردگی می‌توان کیفیت زندگی، پیش‌آگهی بیماری و بقای بیماران را بهبود بخشید (۱۹). این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز در شهرهای آبادان و خرمشهر انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی توصیفی-تحلیلی می‌باشد که به بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و ارتباط آن با ویژگی‌های فردی بیماران پرداخته است. در این تحقیق باتوجه به اینکه تعداد کل بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به واحدهای مورد پژوهش که به‌طور مستمر و حداقل ۳ بار در هفته دیالیز می‌شدند، ۸۰ نفر بود، تمامی آنها به‌روش سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند. جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه با استفاده از پرسشنامه می‌باشد. به این صورت که پرسشگر به بخش‌های همودیالیز مراجعه نموده و با ارائه پرسشنامه به افراد تحت درمان با همودیالیز، اطلاعات مورد نیاز را کسب کرده است. لازم به ذکر است که پرسشگر در تمام این مدت در کنار افراد مانده تا در صورت نیاز، جهت تکمیل پرسشنامه به آنها کمک کند. ابزار گردآوری داده‌ها در مطالعه حاضر شامل ۲ پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه KDQOL-SF می‌باشد. ویژگی‌های دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت اشتغال، بیماری‌های قبلی، تحصیلات، میزان درآمد، مدت ابتلا به بیماری و وضعیت تأهل می‌باشد. برای بررسی کیفیت زندگی افراد از پرسشنامه KDQOL-SF که یک پرسشنامه چندبعدی است استفاده شده که شامل سؤالات SF-36 و سؤالات بیماری کلیوی می‌باشد. این پرسشنامه ۱۲ فاکتور سلامت و کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند که شامل عملکرد جسمی، سلامت عمومی، تأثیر بیماری کلیوی بر زندگی، شرایط تحمیل‌شده، درد، خواب، عملکرد اجتماعی، حمایت اجتماعی، انرژی، نقش‌های عاطفی، عملکرد جنسی و رضایتمندی بیمار

براساس یافته‌ها و با استفاده از آزمون آماری تی مستقل، بین کیفیت زندگی و جنس ($P=0/06$)، وضعیت تأهل ($P=0/15$) و سابقه بیماری‌های قبلی یا جراحی ($P=0/2$)، از نظر آماری ارتباط معناداری وجود نداشت.

بررسی نتایج با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیر سن با کیفیت زندگی ($P=0/04$) ارتباط معناداری وجود داشت و مقدار این همبستگی ($r=0/2$) بود؛ به آن معنا که با افزایش سن، کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش کاهش یافته است. ارتباط بین سن و بخش‌های مختلف کیفیت زندگی در جدول ۱ نشان داده شده است.

همچنین این آزمون نشان داد که بین مدت‌زمان سابقه ابتلا به ESRD و کیفیت زندگی، ارتباط معناداری وجود دارد ($r=0/23$) و آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که بین کیفیت زندگی و میزان درآمد ($P<0/001$) و سطح تحصیلات ($P=0/003$) واحدهای مورد پژوهش، ارتباط معناداری وجود دارد. آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات و میزان درآمد نمونه‌های مورد پژوهش، کیفیت زندگی آنها نیز افزایش پیدا کرده است.

جدول ۲ رابطه بین کیفیت زندگی کلی و بخش‌های مختلف آن را با جنس و سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها نشان می‌دهد. چنانچه ملاحظه می‌شود در هیچ مورد ارتباط معناداری دیده نمی‌شود.

است. نمره‌گذاری پرسشنامه و حیطه‌های آن ۰ - ۱۰۰ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر افراد است. رحیمی و همکاران، رویایی و پایایی این آزمون را بررسی و تأیید نموده‌اند، به طوری که پایایی ابزار پژوهشی با ضریب همبستگی $r=0/9$ تأیید شده است (۲۰). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه، آزمون تی مستقل و آمار توصیفی انجام شد. سطح معناداری در تمام تست‌های فوق $0/05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

نمونه‌های مورد بررسی در این مطالعه ۸۰ نفر است. $53/8\%$ آنها ساکن آبادان، بیشتر افراد ($52/5\%$) مذکر و $71/2\%$ آنها متأهل بوده‌اند. $38/6\%$ افراد بی‌سواد، $23/8\%$ ابتدایی، $8/8\%$ سواد راهنمایی، $21/3\%$ نیز سواد دبیرستانی داشته و فقط $7/5\%$ آنان تحصیلات دانشگاهی داشتند. سابقه بیماری قبلی یا جراحی در $53/8\%$ این بیماران دیده شد. دامنه سنی این افراد بین ۱۲ تا ۸۳ سال بود. میانگین \pm انحراف معیار سن در این افراد $47/43 \pm 16/2$ و میانگین \pm انحراف معیار مدت‌زمان ابتلا به بیماری در این افراد $5/9 \pm 5/6$ سال بود.

در $31/3\%$ این افراد، سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری وجود داشت. از نظر شغلی $7/5\%$ محصل، $76/3\%$ بیکار، 10% شغل آزاد و $6/2\%$ شغل دولتی داشتند. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی این افراد $47/22 \pm 8/8$ که بیانگر کیفیت زندگی پایین آنها می‌باشد.

جدول ۱- بررسی ارتباط بین حیطه‌های کیفیت زندگی و متغیرهای سن و سابقه دیالیز

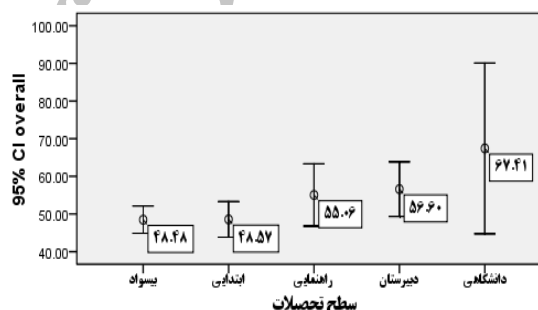
سابقه دیالیز		سن		میانگین \pm انحراف معیار	حیطه‌های کیفیت زندگی
P.V	r	P.V	r		
0/18	-0/148	0/01	-0/263	28/23 \pm 53/67	فعالیت جسمانی
0/02	-0/247	0/01	-0/263	16/46 \pm 46/92	سلامت عمومی
0/03	-0/393	0/05	-0/215	26/97 \pm 27/81	مؤلفه‌های فیزیکی
0/54	-0/060	0/26	-0/215	34/52 \pm 37/5	مؤلفه‌های عاطفی
0/15	-0/160	0/13	-0/169	22/2 \pm 58/90	تأثیر بیماری کلیوی بر زندگی
0/27	-0/123	0/99	-0/010	22/49 \pm 27/57	محدودیت به وجود آمده توسط بیماری کلیوی
0/53	-0/070	0/08	-0/193	17/19 \pm 58/91	درد
0/35	-0/105	0/28	-0/121	17/81 \pm 51/43	خواب
0/22	-0/137	0/09	-0/189	14/29 \pm 58/48	عملکرد اجتماعی
0/90	-0/030	0/89	-0/01	15/75 \pm 54/17	حمایت اجتماعی
0/10	-0/180	0/01	-0/282	22/15 \pm 42/0	انرژی و توان
0/03	-0/283	0/16	-0/156	18/17 \pm 48/91	نقش عاطفی
0/12	-0/210	0/28	-0/144	14/17 \pm 53/17	عملکرد جنسی
0/51	-0/070	0/90	-0/01	25/92 \pm 24/31	رضایتمندی بیمار
0/03	-0/232	0/08	-0/222	8/89 \pm 47/22	کیفیت زندگی کل

جدول ۲- بررسی تفاوت نمره حیطه‌های کیفیت برحسب متغیرهای جنس و داشتن بیماری‌های دیگر افراد مورد مطالعه

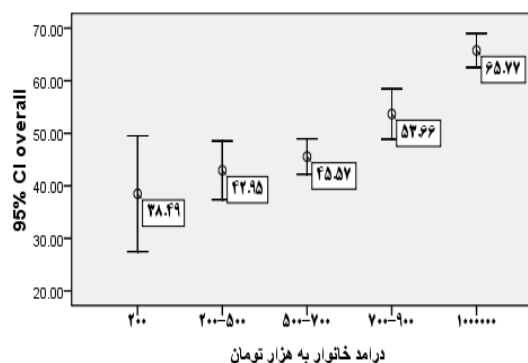
حیطه‌های کیفیت زندگی	جنس		بیماری دیگر	
	مرد	زن	دارد	ندارد
فعالیت جسمانی	۵۹/۶۸	۴۷/۰۳	۴۸/۴۰	۵۹/۸۱
سلامت عمومی	۴۸/۹۶	۴۴/۶۷	۳۸/۶۰	۵۶/۶۰
مؤلفه‌های فیزیکی	۲۷/۹۷	۲۷/۶۳	۱۹/۱۸	۳۷/۸۳
مؤلفه‌های عاطفی	۴۶/۰۳	۲۸/۰۷	۲۵/۵۸	۵۱/۳۵
تأثیر بیماری کلیوی بر زندگی	۶۳/۵۴	۵۳/۷۸	۴۷/۴۵	۷۲/۲۱
محدودیت به‌وجودآمده توسط بیماری کلیوی	۲۷/۵۲	۲۷/۶۳	۲۱/۰۷	۵۳/۱۳
درد	۶۱/۶۳	۵۵/۹۱	۵۲/۲۲	۶۶/۶۸
خواب	۵۲/۵۵	۵۰/۱۹	۵۱/۳۳	۳۷/۱۷
عملکرد اجتماعی	۲۷/۵۹	۵۷/۶۱	۵۳/۷۷	۶۳/۹۵
حمایت اجتماعی	۵۲/۱۱	۵۵/۳۴	۷۴/۹۰	۷۷/۶۴
انرژی و توان	۴۴/۴	۳۹/۲۹	۳۱/۷۸	۵۳/۸۷
نقش عاطفی	۵۱/۵۰	۴۶/۰۲	۳۹/۳۱	۶۰/۰۶
عملکرد جنسی	۵۸/۲۷	۵۲/۱۰	۶۴/۳۹	۶۶/۳۰
رضایتمندی بیمار	۲۵/۴۷	۲۳/۰۲	۲۳/۸۳	۲۴/۸۶
کیفیت زندگی کل	۴۹/۸۲	۴۵/۳۴	۴۴/۹۰	۶۰/۷۲

باعث افزایش آگاهی بیماران از بیماری خود و آشنایی افراد از شرایط سلامتی‌شان، آشنایی با مزایا و معایب درمان‌های مختلف و پررنگ کردن نقش بیمار در انتخاب روش درمانی می‌شود. از طرفی، دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی می‌تواند در ارتقای برنامه‌های درمانی، مراقبتی و توانبخشی نیز مؤثر واقع شود (۱۷). همودیالیز یک روش درمانی مبتنی بر تکنولوژی بالا است که به‌عنوان یک روش مؤثر برای درمان ESRD به‌کار می‌رود. علی‌رغم تأثیر درمانی همودیالیز در ESRD، بیماران مزبور با عوامل تنش‌زای متعدد جسمانی و روانی مواجه هستند که حتی با پیشرفت‌های جدید نیز کنترل نمی‌شوند. مجموع این مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی منجر به کاهش کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی می‌شود (۲).

در این تحقیق که به بررسی کیفیت زندگی افراد تحت درمان با همودیالیز پرداخته شد، یافته‌ها نشان می‌دهند که میانگین نمره کیفیت زندگی افراد، کمتر از نقطه برش بوده و بیانگر کیفیت زندگی پایین و نامطلوب آنان است. در تأیید این مطلب، برآز در بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بیان می‌کند که کیفیت زندگی این افراد در ایران نسبت به برخی دیگر از کشورها پایین‌تر است (۶). این نتایج با نتایج دیگر مطالعات همخوانی دارد (۴ و ۱۴). ردیگر و همکارانش در تحقیق خود بیان داشتند که میانگین نمره کیفیت زندگی افراد تحت درمان با همودیالیز کمتر از نمره نرمال بوده و بیانگر کیفیت زندگی پایین این افراد می‌باشد (۲۱). این در حالی است که آلبرت در تحقیقی که روی ۵۷۰ بیمار همودیالیزی انجام داد نشان می‌دهد که کیفیت زندگی این افراد در محدوده مطلوب بوده است (۲۲). تانیتا نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیده که کیفیت زندگی افراد همودیالیزی نسبتاً بالا می‌باشد



نمودار ۱- نمره کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش برحسب سطح تحصیلات



نمودار ۲- نمره کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش برحسب میزان درآمد

بحث

همان‌طور که در کتب و مقالات مختلف بیان شده، سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی موجب ارتباط نزدیک‌تر بین بیمار و پزشک و متصدیان خدمات بهداشتی، از جمله پرستاران می‌گردد. همین مسئله

خانوادگی برخوردارند، بسیار سریع‌تر با بیماری‌شان سازگار می‌شوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی‌شان تأثیر می‌گذارد (۵).

مؤلفه دیگری که در این تحقیق مورد مطالعه قرار گرفته، میزان درآمد و ارتباط آن با کیفیت زندگی است. که نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین کیفیت زندگی افراد و میزان درآمد خانوادگی آنها وجود دارد و هرچه میزان درآمد در خانواده بیشتر باشد، نمره کیفیت زندگی بالاتر می‌رود و زندگی مطلوب‌تر می‌شود. حیدری و همکاران بیان می‌کنند افرادی که وضعیت اقتصادی ضعیف‌تری داشته‌اند، کیفیت زندگی پایین‌تری نیز داشته‌اند (۲۵). البته منطقی هم به نظر می‌رسد که بالاتر بودن وضعیت اقتصادی می‌تواند در تغذیه، مراقبت و آگاهی افراد تأثیر بهتری بگذارد و موجب ارتقای سطح کیفی زندگی شود.

نتایج به‌دست‌آمده در این تحقیق بیانگر این نکته است که با افزایش تحصیلات، کیفیت زندگی افراد بالاتر رفته است و بین این دو مؤلفه ارتباط معنادار مثبتی وجود دارد. نمودار ۱ نشان می‌دهد که افرادی که سطح تحصیلات دانشگاهی دارند، کیفیت زندگی بالاتری نسبت به بقیه داشته‌اند و کمترین نمره کیفیت زندگی مربوط به افراد بی‌سواد بوده است. این نتایج با نتایج مطالعات دیگر همخوانی دارد (۵) و 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 به منابع حمایتی و کنترل بهتر عوارض بیماری، کیفیت زندگی بالاتری داشته باشند.

نتایج نشان داده که در افرادی که سابقه دیالیز بیشتری دارند، کیفیت زندگی افت پیدا کرده است و بین این دو مؤلفه ارتباط معناداری وجود دارد. به نظر می‌رسد سنوات بیشتر دیالیز در این افراد باعث شده است که زندگی حالت یکنواخت به خود بگیرد و از نظر کیفی افت پیدا کند. این نتایج با مطالعات دیگری که در این زمینه انجام شده است همخوانی ندارد (۴ و ۲۴). از آنجایی که افرادی که بیشتر دیالیز شده‌اند احتمالاً مدت بیشتری از بیماری‌شان می‌گذرد و اوضاع این بیماران وخیم‌تر است، این نتیجه منطقی به نظر می‌رسد.

از آنجاکه بیماران تحت درمان با همودیالیز در اکثر موارد دارای بیماری‌های زمینه‌ای قلبی و سابقه جراحی‌های قلبی می‌باشند، لذا محققان لازم دانستند که ارتباط بین کیفیت زندگی و سابقه بیماری‌های قلبی را بسنجند. نتایج به‌دست‌آمده بیانگر این بود که بین کیفیت زندگی و سابقه بیماری‌های قلبی ارتباط معناداری وجود ندارد که این نتایج با نتایج به‌دست‌آمده در تحقیق محمدی و همکاران همخوانی دارد (۲۶).

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده در این طرح تحقیقاتی، پیشنهاد می‌شود برای بهبود کیفیت زندگی بیماران تحت درمان همودیالیز

(۲۳) و علت عمده آن، روش پژوهش و داروهای استفاده‌شده برای آن بیماران است، وگرنه پایین بودن کیفیت زندگی بیماران دیالیزی باتوجه به عملکردهای اساسی کلیه‌ها و نتایج ناشی از نبود آنها قابل انتظار است.

نتایج تحقیق بیانگر این مطلب است که بین سن افراد مورد مطالعه و نمره کیفیت زندگی، ارتباط معناداری وجود دارد، به طوری که با افزایش سن، کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه افت کرده است. دانیل در تحقیق خود بیان می‌کند که در افراد همودیالیزی که سن بالاتری داشته‌اند، کیفیت زندگی نامطلوب‌تر بوده است که با تحقیق حاضر همخوانی دارد (۲۴)، همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج تحقیقات دیگر همخوانی دارد (۲۱). این در حالی است که رامبد بیان می‌کند که بین متغیر سن و کیفیت زندگی ارتباطی وجود ندارد (۵). 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.

مطالعات ما نشان می‌دهد که کیفیت زندگی مردها بیشتر از زن‌ها می‌باشد، اما این اختلاف معنادار نیست و این نتایج با اکثر تحقیقات دیگر همخوانی دارد (۴ و ۵). دانیل بیان می‌کند که کیفیت زندگی در مردها به نسبت بالاتر از خانم‌ها می‌باشد، اما این تفاوت معنادار نبوده است (۲۴). براز نیز بیان می‌کند میانگین ابعاد فیزیکی - روانی کیفیت زندگی در زنان و مردان تفاوت نداشته و ارتباطی بین این دو مؤلفه وجود ندارد (۱۸). باتوجه به توانایی‌های جسمی مردان، مشکلات ناشی از حاملگی‌ها و زایمان‌های متعدد در زنان و تأثیر مستقیم آن بر توانایی جسمی و نیز موقعیت فرهنگی - اجتماعی واحدهای مورد پژوهش در این تحقیق، پایین بودن کیفیت زندگی زنان نسبت به مردان دور از انتظار نیست.

این تحقیق نشان می‌دهد که کیفیت زندگی با وضعیت تأهل ارتباط معناداری ندارد، اگرچه کیفیت زندگی افراد متأهل بیشتر از مجردها بود، اما این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. نریمانی در تحقیق خود و براز در مطالعه‌ای روی کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی به این نتیجه رسیدند که ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل وجود ندارد (۴ و ۱۸). این در حالی است که رامبد و همکاران بیان می‌دارند که کیفیت زندگی افراد متأهل نسبت به مجردها بیشتر بوده و این اختلاف معنادار است که با نتایج این پژوهش همخوانی ندارد (۵). شاید 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

12. Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. The of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2009;16(1):39-45.[Persian].
13. Hassanpour-Dehkordi A, Delaram M, Forozande N, Ganji G, Asadi Noghabi AA, Bakhsha F, Sadeghi B. A survey on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hajar hospital in 2005. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2007;9(3):84-78.[Persian].
14. Mahmoudi GHR, Shariati AR, Behnampour N. Relationship between quality of life and coping among hemodialysis patients in hospitals. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2003-2004;5(12):43-52.[Persian].
15. Mousavi B, Mirsalemi F, Soroush MR, Masoumi M, Montazeri A. Quality of life in war related bilateral lower limb amputees: results of a national project form Iran. *Payesh* 2009;8(3):303-310. [Persian].
16. Razavian F, Abbasi M, Kazemnejad A. The relationship between depression and the quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Daneshvar Medicine* 2009;16(80):27-34.[Persian].
17. Sajadi M, Akbari A, Kianmehr M, Ataroudi AR. The relationship between self-care and depression in patients undergoing hemodialysis. *Ofogh-E-Danesh* 2008;14(1):13-17.
18. Baraz Sh, Mohammadi I, Boroumand B. Correlation of quality of sleep or quality of life and some of blood factors in hemodialysis patients. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal* 2008; 9(4):67-74. [Persian].
19. Modanlou M, Taziki SA, Khoddam H, Behnampour N. Relationship between depression and associated demographic factors in patients on hemodialysis. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2005;7(1):50-47.[Persian].
20. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of applying continuous care model on quality of life in hemodialysis patients. *Iran Journal of Nursing* 2006;13(52):123-134.[Persian].
21. Rodrigues Fructuoso M, Castro R, Oliveira I, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia* 2011;31(1):91-6.
22. Mazairac AH, Grooteman MP, Blankestijn PJ, Penne EL, van der Weerd NC, den Hoedt CH, et al. Differences in quality of life of hemodialysis patients between dialysis centers. *Qual Life Res* 2012;21(2):299-307.
23. Tanita T, Rungpetch S, Somkiat V, Cherdchai N. Quality of life and hemoglobin levels of hemodialysis patient at Siriraj Hospital. *Siriraj Med J* 2011;63:12-16.
24. Daniela G-P, Iva M-D, Ana L, Marin M, Marin S, Dragana V, et al. Health-related quality of life in the patients on maintenance hemodialysis: the analysis of demographic and clinical factors. *Coll Antropol* 2011;35(3):687-693.
25. Heydari S, Salahshourian A, Rafiei F, Hosseini F. Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients. *Feyz* 2008;12(2):15-22.[Persian].
26. Mohammadi F, Taherian A, Hosseini MA, Rahgozar M. Effect of home-based cardiac rehabilitation on quality of life in the patients with myocardial infarction. *Journal of Rehabilitation Fall* 2006;7(3):11-19.[Persian].

میزان مراقبت‌های پرستاری و همچنین آموزش به بیماران در رأس اهداف قرار بگیرد همچنین باتوجه به میزان درآمد و سطح تحصیلات پایین این افراد، بهتر است برای اوضاع آموزشی و وضعیت اقتصادی و رفاهی این افراد راه حلی اندیشیده شود.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز به‌خاطر تصویب و حمایت مالی این طرح تقدیر و تشکر نماییم.

References

1. Koushki A, Taleban FAZ, Tabibi H, Nourafshar R, Hedayti M. Effects of ω 3-fatty acid supplement on serum lipids and lipoproteins in hemodialysis patients. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2009;16(51):25-34.[Persian].
2. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, OshvandiKh, 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;3(1):51-55.[Persian].
3. Monfared A, Orang pour R, Kohani M. Evaluation of Hemodialysis A dequacy on patients undergoing hemodialysis in Razi hospital in Rasht. *Journal Guilan University of Medical Sciences* 2007;17(67):44-49.[Persian].
4. Narimani K. A study of the effect of self-care training on the hemodialysis patient's quality of life. *Daneshvar Medicine* 2009; 17(67):44-49.[Persian].
5. Rambod M, Rafiei F. Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Nursing Research* 2008-2009;3(10-11):85-94.[Persian].
6. BarazPardanjani Sh, Mohamadi I, Boroumand B. The effect of self-care teaching by video tape on physical problems and quality of life in dialysis patients. *Iran journal of nursing* 2008;21(54):121-133.[Persian].
7. Hakeshade F, Tabibi H, Hedayati M, Malakoutian T. Effects of L - carnitine supplement on serum amyloid A and vascular inflammatory factors in hemodialysis patients. *Journal of Nutrition Sciences & Food Technology* 2008;3(3):33-43.[Persian].
8. Ghasemi A, Shafiee M, Rowghani K, NajafiMehri S, Padyab M. Effects of cool dialysate temperature on stabilizing hemodynamic parameters in diabetic patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2007;9(3):261-266.[Persian].
9. Shams Aldini S. Effect of hemodialysis on thyroid hormone serum level of patients with chronic renal failure. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2000;2(3):0-0.[Persian].
10. ZarghamiN, Rahbani M, Arkani H, KhosroBeigi A. Changes in thyroid hormones or after kidney transplantation. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2004;6(3):193-198.[Persian].
11. Behrouzifar S, Zenouzi Sh, Nezafati M, Esmaili H. Factors affecting the patients' quality of life after coronary artery bypass graft. *Iran Journal of Nursing* 2009;22(57):31-41.[Persian].