

کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران همودیالیزی در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۶

سیدمجتبی موسوی بزاز^۱، زهرا کیوانلو^۲، عقیل‌اله کیخسروی^۳، محمد نعمت‌شاهی^۴، عاطفه اسدی^۵، محبوبه نعمت‌شاهی^{۶*}

۱. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران/ دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۳. استادیار گروه نفرولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۴. استادیار گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۵. پزشک عمومی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۶. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۳۱

زمینه: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یکی از شاخص‌های سنجش سلامتی بیماران است و به اندازه‌گیری عملکرد، رفاه و سلامت عمومی بیمار در هریک از سه حوزه (جسمی، روانی و اجتماعی) اشاره دارد. سطح کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی پایین‌تر از افراد سالم است. هدف از این مطالعه شناسایی فاکتورهای مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی است.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۵۰ بیمار همودیالیزی ۱۵-۸۷ ساله در شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات چک‌لیست اطلاعات جمعیتی و پرسش‌نامه SF-36 بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد. برای توصیف متغیرها از شاخص فراوانی و میانگین انحراف معیار استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری هم‌بستگی اسپیرمن و آزمون کروسکال-والیس و من-ویتنی صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی $8/2 \pm 43/3$ بود که در بُعد جسمی $11/9 \pm 42/8$ و در بُعد روانی $10/4 \pm 43/9$ بود. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی در مردان $6/1 \pm 42/5$ ، در افراد مجرد $6/5 \pm 43$ ، در استفاده‌کنندگان از وسایل نقلیه عمومی $8/4 \pm 44/9$ و افراد با سطح تحصیلات در حد سیکل $6/7 \pm 43/5$ بود؛ ولی میانگین نمره کیفیت زندگی به جز سن ($r = -0/3, p = 0/04$) و طول مدت هر جلسه دیالیز ($r = -0/2, p = 0/007$) با هیچ‌کدام از ویژگی‌های فردی، فاکتورهای آزمایشگاهی و فاکتورهای کلینیکی ارتباطی را نشان نداد. وضعیت تأهل ($p = 0/03$)، طول مدت هر جلسه به ساعت ($p = 0/03$) و سن ($p = 0/04$) با بُعد جسمی کیفیت زندگی ارتباط معناداری داشت.

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.

کلیدواژه‌ها:

همودیالیز، بیماران، کیفیت زندگی، مشهد.

* نویسنده مسئول: محبوبه نعمت‌شاهی

نشانی: گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

دورنگار:

تلفن: ۰۹۱۵۱۷۳۷۴۰۷

رایانه: mahneamatshahi@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0001-5962-9442

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0001-7844-1066

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۴، مهر و آبان ۱۳۹۸، ص ۴۱۲-۴۲۰

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

۱. مقدمه

می‌گردد و استرس‌های فیزیولوژیک و سایکولوژیک ایجاد شده به‌وسیله آن باعث افزایش مورتالیتی و موربیدیتی، آنمی و بستری در بیمارستان می‌شود که برای درمان آن نیاز به اریترپویتین و ویتامین D و سایر داروهاست [۸-۹]. از طرفی با توجه به اینکه به‌کارگیری درمان‌های جدید برای این بیماران نیازمند هزینه‌های زیاد و تخصیص منابع بیشتر است، تلاش برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی ضرورت تلقی می‌شود [۹]. در مطالعه علی‌منتظری و همکاران [۱۰] در سال ۱۳۸۹ مشاهده شد که بین افراد تحت درمان با همودیالیز و گروه کنترل از لحاظ عملکرد جسمانی، محدودیت نقش به‌علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سرزندگی، محدودیت نقش به‌سبب مشکلات روحی و سلامت روانی تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران همودیالیز وضعیت بدتری داشتند [۸]. تفاوت در نتایج وضعیت کیفیت زندگی در این بیماران در مطالعات قبلی [۱۱-۱۳] گویای آن است که ارزیابی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی همچنان یک ضرورت به‌شمار می‌رود. بنابراین این مطالعه با هدف ارزیابی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و ریسک‌فاکتورهای مرتبط با آن انجام شد.

۲. مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه توصیفی - مقطعی بود که بر روی ۵۰ بیمار همودیالیزی مراجعه‌کننده به بخش‌های همودیالیز در بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم‌شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ انجام شد. حجم نمونه براساس برآورد میانگین یک نسبت محاسبه شد. معیارهای ورود مطالعه شامل بیماران بالای ۱۸ سال متمایل به شرکت در پژوهش، زمان شروع دیالیز در بیشتر از ۳ ماه قبل از مطالعه، نداشتن سابقه اخیر بستری به‌علت عوارض و بیماری‌های همراه و نقایص حسی و حرکتی بودند. بیمارانی که دیالیز پریتونئال داشتند، موارد فوت و پیوند کلیه در حین اجرای طرح از مطالعه خارج شدند. قبل از تکمیل پرسش‌نامه، اهداف طرح برای تک‌تک افراد مورد مطالعه توضیح داده و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از داوطلبان، پرسش‌نامه تکمیل شد.

ابزار مورد استفاده چک‌لیست مربوط به اطلاعات دموگرافیک جامعه مورد مطالعه و پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF, 36 است. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، تعداد فرزند، وضعیت تأهل، وزن، قد، تحصیلات، اطلاعات کیفیت دیالیز (زمان شروع دیالیز، تعداد دفعات دیالیز و طول مدت دیالیز)، وسیله نقلیه جهت مراجعات برای دیالیز، وجود

ESRD^۱ (بیماری کلیوی مرحله آخر) بیماری‌ای مزمن است که در آن کلیه‌ها تخریب شده و فرد بدون درمان‌های تهاجمی قادر به ادامه زندگی نیست [۱]. اهمیت این بیماری تاحدی است که در گزارش بار بیماری‌ها در سال ۲۰۱۶، جزو ده علت اصلی مرگ در ایران شناخته شده و بیماری مزمن کلیوی با ۹۳۰۰ مرگ در آن سال، اصلی‌ترین علت مرگ در ایران است [۲]. یکی از درمان‌های تهاجمی جهت درمان این بیماری همودیالیز است [۳] که در سرتاسر دنیا این روش برای درمان بیشتر از ۸۹٪ بیماران ESRD در سال ۲۰۰۴ انجام شده است. گرچه همودیالیز موجب خواب مطلوب و فعالیت جنسی بهتری می‌شود، هزینه‌های کلی را به‌شدت افزایش می‌دهد [۴] و اثرات بدی بر تصور ذهنی افراد می‌گذارد و کیفیت زندگی این بیماران را در ابعاد اجتماعی، مالی، جسمی و سایکولوژیکال بیشتر از آنچه در بیماری‌های نارسایی قلبی، دیابت و دیگر امراض مزمن احتمال داده می‌شود، کاهش می‌دهد [۳]. بنابراین شاخص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت راه مهمی برای ارزیابی اثربخشی استراتژی‌های درمانی و پیشگیرانه مثل همودیالیز است و در دسترس بودن داده‌های مربوط به کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند در جهت برنامه‌ریزی‌های مراقبتی و اقتصادی و خدمات حمایتی برای آنان مؤثر واقع شود. مطالعه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سال ۱۹۴۶ شروع شد. درواقع کیفیت زندگی تحت تأثیر تصور افراد از موقعیت خود در زندگی در برخورد با عواملی است که مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی درباره سلامت (داشتن وضعیت مطلوب جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری) دارند [۵]. اهمیت کیفیت زندگی تاحدی است که بی‌توجهی به آن باعث ناامیدی، نداشتن انگیزه برای تلاش، و کاهش فعالیت اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی می‌شود و در ابعاد عمیق‌تر، بر توسعه اجتماعی و اقتصادی کشورها تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین توجه به این مقوله باعث ارتقای سلامت خواهد شد [۶]. تأثیر بیماری مزمن کلیوی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد باعث شده است سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در ارزیابی اقدامات درمانی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن بسیار مهم تلقی شود. شواهد حاکی از آن است که درمان‌های مختلف باعث تغییرات بسیاری در کیفیت زندگی بیماران مزمن کلیوی می‌شود [۶-۷]؛ به‌طوری که همودیالیز بیشتر از ۲ سال باعث پایین آمدن کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، به‌ویژه در بخش جسمی آن،

1. end-stage renal disease (ESRD)

من — ویتنی استفاده شد. آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

۳. یافته ها

میانگین سنی بیماران همودیالیزی در مردان 47.8 ± 15.8 و در زنان 43.3 ± 11.4 بود. از بین ۵۰ بیمار ۳۱ مورد مرد (62%) بودند. میانگین وزن بیماران $57.8 \pm 1/2$ کیلوگرم و میانگین قد $9/7 \pm 161$ سانتی متر گزارش شد. بیشترین فراوانی بیماری های زمینه ای منجر به دیالیز مربوط به بیماری فشارخون (30%) بود. میانگین نمره کیفیت دیالیز $1/1 \pm 1/3$ ، طول مدت دیالیز $1/1 \pm 5/6$ سال، طول مدت بیماری زمینه ای منجر به دیالیز $0/8 \pm 7/1$ سال، طول مدت هر جلسه دیالیز $0/32 \pm 3/8$ ساعت و تعداد جلسات مورد نیاز برای دیالیز در هر هفته $0/37 \pm 3/1$ گزارش شد. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی در مردان $6/1 \pm 42/5$ ، در افراد مجرد $6/5 \pm 43$ ، در استفاده کنندگان از وسایل نقلیه عمومی $8/4 \pm 44/9$ و افراد با تحصیلات درحد سیکل $6/7 \pm 43/5$ بود. همچنین بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی در افرادی با درآمد کمتر از ۱ میلیون تومان ($7/4 \pm 42/9$) مشاهده شد؛ ولی میانگین نمره کیفیت زندگی به جز سن ($r = -0.2, p = 0.04$) و طول مدت هر جلسه دیالیز ($r = -0.3, p = 0.007$) با هیچ کدام از ویژگی های فردی، فاکتورهای آزمایشگاهی و فاکتورهای کلینیکی تفاوت معناداری مشاهده نشد که اطلاعات آن در جدول ۱ آمده است.

بیماری همراه (دیابت و فشارخون)، اطلاعات آزمایشگاهی (کلسیم، فسفر، هورمون پاراتیروئید، هماتوکریت و آلومین سرم) است. چکلیست و پرسش نامه به روش مصاحبه ای توسط پرسشگر آموزش دیده شاغل در بخش دیالیز تکمیل می شود. پرسش نامه کیفیت زندگی شامل ۳۶ سؤال و در ۲ بخش جسمی و روانی است که به ۸ قسمت (جسمی، نقش جسمی، دردهای جسمانی، سلامت عمومی و انرژی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی) تقسیم می شود. مقیاس نمره دهی پرسش نامه کیفیت زندگی از ۰—۱۰۰ است. استانداردسازی ابزار مطالعه توسط منتظری و همکاران در مطالعه ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36 مورد تأیید قرار گرفت. ضریب پایایی در ۷ قلمرو از $0.95-0.77$ گسترده است و در قلمروی سرزندگی 0.65 است [۱۰]. براساس پاسخ سطح کیفیت زندگی به صورت خوب (صدک 75 ام و بالاتر)، تاحدی مطلوب یا متوسط (بین 25 ام تا 75 ام) و بد (کمتر از صدک 25 ام) در نظر گرفته شد [۱۴]. آنالیز داده ها به این صورت است که از آمار توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون های تحلیلی کولموگروف اسپیرمن برای بررسی نرمالیتت داده ها، از آزمون هم بستگی اسپیرمن برای تعیین هم بستگی نمره کیفیت زندگی با ویژگی های دموگرافیک و سرانجام برای بررسی ارتباط بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی با عوامل فردی و فاکتورهای کلینیکی - آزمایشگاهی از آزمون های آماری آزمون کروسکال — والیس و

جدول ۱. هم بستگی، میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی برحسب اطلاعات فردی و فاکتور کلینیکی

متغیر	تعداد	درصد	انحراف معیار \pm میانگین	p-value	ضریب هم بستگی
جنس	مرد	۳۱	$42/5 \pm 6/1$	$0.3p$	$0.13r$
	زن	۱۹	$41/1 \pm 6/5$		
تحصیلات	سیکل	۲۷	$43/5 \pm 6/7$	$0.8p$	$-0.02r$
	دیپلم	۱۴	$41/2 \pm 5/2$		
	بالای دیپلم	۹	$39/8 \pm 6/3$		
شغل	کارمند	۷	$45/2 \pm 1/1$	$0.4p$	$-0.11r$
	آزاد	۲۹	$41/8 \pm 7/5$		
	بیکار	۱۴	$42/8 \pm 6/9$		
تأهل	متأهل	۳۳	$41 \pm 6/2$	$0.8p$	$0.02r$
	مجرد	۱۳	$43 \pm 6/5$		
	سایر	۴	$39/9 \pm 5/1$		
	شخصی	۲۳	$41/4 \pm 7/8$	$0.2p$	$0.13r$
وسیله نقلیه	عمومی	۲۷	$44/9 \pm 8/4$		
	کمتر از ۱ میلیون تومان	۱۹	$42/9 \pm 7/4$	$0.1p$	$-0.02r$
	۱ تا ۲ میلیون تومان	۲۱	$41/2 \pm 0/5$		
درآمد	بالای ۲ میلیون تومان	۱۰	$40/2 \pm 0/2$		

طول مدت هر جلسه دیالیز به ساعت	۳ ساعت	۶	۱۲	۴۵,۴±۱۲,۵	=۰,۰۰۷P	==۰,۳**T
ساعت	۴ ساعت	۴۴	۸۸	۳۸±۵,۸		
سن	۱۵-۲۴ سال	۴	۸	۵۰,۴±۵,۴	=۰,۰۴P	==۰,۳**T
	۲۵-۴۴ سال	۲۰	۴۰	۴۳,۵±۷,۶		
	۴۵-۶۴ سال	۲۱	۴۲	۴۳,۲±۹,۱		
	بالای ۶۵ سال	۵	۱۰	۳۷,۲±۵,۱		

* سطح معناداری در آزمون هم‌بستگی ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

** سطح معناداری در آزمون هم‌بستگی ۰,۰۱ در نظر گرفته شد.

آن در حیطه درد جسمانی ۲۴,۷ ± ۳۴,۱ مشاهده شد (جدول ۲).

نمره کیفیت زندگی در بُعد جسمی ۱۱,۹ ± ۴۲/۸ و در بُعد روانی ۱۰,۴ ± ۴۳,۹ بود و بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه عملکرد جسمانی ۲۸,۴ ± ۵۱,۹ و کمترین

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی و حیطه‌های آن

متغیر	میانگین	انحراف معیار
عملکرد جسمی	۵۱,۹	۲۸,۴
درد جسمانی	۳۴,۱	۲۴,۷
سلامت عمومی	۳۹,۲	۱۰,۳
ایفای نقش جسمی	۴۶,۰	۳۸,۹
سلامت روانی	۴۰,۴	۱۶,۰
عملکرد اجتماعی	۴۴,۲	۱۳,۴
انرژی و نشاط	۵۰,۳	۲۰,۳
ایفای نقش هیجانی	۴۰,۶	۳۸,۲
بُعد جسمی	۴۲/۸	۱۱,۹
بُعد روانی	۴۳,۹	۱۰,۴
کیفیت زندگی کلی	۴۳,۳	۸,۲

سال (۲۹,۱ ± ۷۵,۰) و در افراد متأهل (۲۱,۰ ± ۷۱,۱) بود. در بررسی ارتباط طول مدت جلسات دیالیز با میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی، فقط بُعد سلامت عمومی رابطه معنادار داشت (p = ۰,۰۵) و بیشترین میانگین نمره در طول مدت جلسه چهارساعتی (۷,۶ ± ۴۰,۵) مشاهده شد (جدول ۳).

میانگین نمره در بُعد جسمی فقط با وضعیت تأهل و سن معنادار شد و در سایر متغیرهای فردی - کلینیکی و آزمایشگاهی رابطه معناداری مشاهده نشد. از ابعاد کیفیت زندگی، بُعد نمره میانگین عملکرد جسمی با سن (p = ۰,۰۱) و تأهل (p = ۰,۰۱) رابطه معنادار داشت و بیشترین میانگین سنی در طبقه ۱۵-۲۴

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار دو بُعد جسمی - روانی کیفیت زندگی بر حسب اطلاعات فردی و کلینیکی

p-value	بُعد جسمی		بُعد روانی	
	انحراف	p-value	انحراف	p-value
۰,۶	میانگین ± انحراف		میانگین ± انحراف	
	۴۲,۹±۹,۳	۰,۰۳	۳۹,۹±۱۰,۲	متأهل
	۴۶,۲±۱۳,۶		۴۹,۸±۱۲,۵	مجرد
۰,۲	۴۴,۵±۸,۷		۴۳,۷±۱۶,۸	سایر
	۴۰,۰±۸,۷	۰,۰۲	۳۵,۹±۹,۵	۳ ساعت
	۴۷,۵±۱۵,۶		۴۳,۳±۱۴,۹	۴ ساعت
۰,۸	۴۴,۱±۳,۱۷		۵۶,۷±۱۱,۰	۱۵-۲۴ سال
	۴۳,۳±۹,۸	۰,۰۴	۴۳,۷±۱۱,۲	۲۵-۴۴ سال

۴۵,۲±۱۲,۵

۴۱,۳±۱۲,۰

سال ۶۴-۴۵

۴۰,۲±۷,۳۷

۳۴,۲±۵,۵

بالای ۶۵ سال

۴. بحث و نتیجه گیری

فاکتورهای زیادی بر نمره کیفیت زندگی بیماران اثرگذار است. این مطالعه جهت بررسی تغییرات در میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب برخی از ویژگی‌های دموگرافیک بیماران و مدت زمانی که فرد دیالیز می‌شود، انجام شد. بیشتر این بیماران افراد متأهل، دارای تحصیلات سیکل، شغل آزاد و درآمد در حد ۱ تا ۲ میلیون تومان بودند که اغلب جهت حضور در جلسات دیالیز از وسیله نقلیه عمومی استفاده می‌کردند. شایع‌ترین بیماری زمینه‌ای منجر به نارسایی مزمن کلیه، بیماری فشارخون بود. کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی در سطح متوسط بود و میانگین نمره آن در بُعد روانی بیشتر از بُعد جسمی بود که با مطالعه اشرفی [۱۵] همخوانی داشت. بالا نبودن کیفیت زندگی را به‌ویژه در بُعد جسمی می‌توان چنین توجیه کرد که بروز نارسایی مزمن کلیوی و روش‌های درمانی از جمله همودیالیز منجر به تغییر در شیوه زندگی و وضعیت سلامت فرد می‌شود و نه تنها سلامت جسمی، بلکه دیگر ابعاد سلامتی را نیز به‌مخاطره می‌اندازد که همه این عوامل کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی در بُعد درد جسمانی و بیشترین آن در بُعد عملکرد جسمانی مشاهده شد. میانگین نمره کیفیت زندگی در بُعد جسمی از بُعد روانی کمتر بود. کاهش در نمره بُعد جسمی در افراد همودیالیزی از آنچه در بیماران مبتلا به کانسر، نارسایی قلبی، بیماری‌های ریوی مزمن یا محدودیت‌های حرکتی می‌باشد، بیشتر است. کاهش در نمره بُعد روانی بیماران دیالیزی خیلی کم است؛ اما از بیماری‌های مزمن، به‌جز افسردگی، بیشتر است [۳] و این لزوم مداخله در هر دو زمینه روانی و جسمی در این بیماران را نشان می‌دهد تا بتوان از هزینه‌های غیرمستقیمی که بر جامعه و بیمار تحمیل می‌شود، پیشگیری کرد.

بررسی فاکتورهای فردی در این مطالعه، مانند سایر پژوهش‌ها، نشان داده است که بیماران زن نمره کیفیت زندگی پایین‌تری از بیماران مرد داشتند که به‌نظر می‌رسد ناشی از مسئولیت‌ها و وظایف خانگی زنان است؛ ضمن اینکه یک دلیل بالقوه ممکن است درک منفی‌تر از بیماری و شیوع بیشتر افسردگی در زنان را در مقایسه با مردان به‌دنبال داشته باشد [۱۶-۱۷]. اما در تحقیق عباس‌زاده و همکاران [۱۸] بین کیفیت زندگی و جنس رابطه‌ای مشاهده نشد. ارتباط سن با میانگین نمره کیفیت زندگی کاملاً پیچیده است و این شاید ناشی از

پیچیدگی مفهوم کیفیت زندگی باشد. در این مطالعه، با افزایش سن میانگین نمره کیفیت زندگی کاهش یافت. بعضی از مطالعات نشان داده است که سن ارتباط معکوس قوی با میانگین نمره بخش جسمی دارد؛ بدین صورت که با افزایش سن عملکرد جسمی بدن کاهش می‌یابد [۱۹]. اما کیفیت زندگی افراد مسن‌تر بسته به انتظارات و عقاید آن‌ها متفاوت است و گاه به‌صورت باورنکردنی می‌تواند حتی بهتر از افراد جوان باشد [۹]. در مطالعه مقرب و همکاران [۲۰] هیچ رابطه‌ای بین سن و میانگین نمره کیفیت زندگی مشاهده نشد؛ ولی در مطالعه ریماز و همکاران [۲۱] با افزایش سن، کیفیت زندگی زنان بیشتر گزارش شد.

در ارتباط میانگین نمره کیفیت زندگی با وضعیت تحصیلات بیماران، بیشترین میانگین نمره در افراد دارای تحصیلات سیکل بود؛ ولی هم‌بستگی معناداری بین تحصیلات و میانگین نمره کیفیت زندگی مشاهده نشد که با نتایج پژوهش وثوقی و همکار [۱۹] در اردبیل همخوانی داشت که دارای حجم نمونه پایینی مانند مطالعه حاضر بود؛ ولی با مطالعه آقاخانی و همکاران [۱۲] و ریماز و همکاران [۲۱] مطابقت نداشت. تحقیقات دیگر هم نشان داد که با افزایش تحصیلات، آگاهی بیماران از بیماری‌های مزمن و توانایی مقابله با عوارض آن بیشتر می‌شود و به‌تبع آن کیفیت زندگی بهتر خواهد شد [۲۲-۲۳]. گرچه بیماران کارمند و بیماران با درآمد پایین‌تر میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری از سایر بیماران داشتند، هم‌بستگی معناداری مشاهده نشد. هرچند مطالعات نشان داده است که با افزایش درآمد، کیفیت زندگی بهتر خواهد شد؛ زیرا بیماران به‌راحتی می‌توانند نیازهای درمانی‌شان را تأمین کنند [۲۲]، [۲۴]. اما عدم معناداری اشتغال با میانگین نمره کیفیت زندگی در این مطالعه احتمالاً به این دلیل است که افراد بیکار به شغل‌های کاذب اشتغال دارند [۱۷].

طول مدت جلسه دیالیز ارتباط معکوسی با نمره کیفیت زندگی داشت که با مطالعه اوکیچی و همکاران [۱۶] دارای همخوانی بود؛ ولی در بُعد جسمی و روانی، بین کیفیت زندگی با طول مدت جلسه دیالیز رابطه معناداری مشاهده نشد. در تحقیق براز و همکاران [۲۵] گرچه بین بُعد جسمی با طول مدت دیالیز هم‌بستگی معنادار وجود نداشت، در بُعد روانی البته به‌طور معکوس رابطه معنادار مشاهده شد. مشاهدات مشابهی به‌وسیله آنس و همکاران [۵] نشان داد که طول مدت جلسات دیالیز ارتباط معکوسی با نمره کیفیت زندگی دارد؛ به این ترتیب

با توجه به اینکه تغییرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی تحت تأثیر عوامل فردی، اجتماعی و اقتصادی است، سنجش کیفیت زندگی این بیماران و شناسایی ویژگی‌های دموگرافیک آن‌ها اطلاعات مفیدی را در اختیار سیاست‌گذاران بهداشتی و درمانی قرار می‌دهد. این اطلاعات علاوه بر وضعیت سلامتی جامعه، بر خطر پیامدهای مهمی مانند مرگ تأکید می‌کنند. بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش که بین نمره کیفیت زندگی و متغیر سن و طول مدت جلسات دیالیز هم‌بستگی معکوسی وجود دارد و تأثیر متغیر سن در بُعد جسمانی بیشتر نمود پیدا می‌کند، ارتقای کیفیت خدماتی از قبیل حمایت‌های جسمی برای تقویت سیاست‌ها و برنامه‌ها در گروه بیماران دیالیزی در کشور ضروری است تا با مداخله‌های مؤثر باعث ارتقای کیفیت زندگی در جامعه و نیز بهبود کیفیت این بیماران شود.

تشکر و قدردانی

از دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی این طرح را برعهده داشتند و نیز کارکنان بخش همودیالیز بیمارستان‌های قائم و امام رضا (ع) مشهد که در گردآوری داده‌ها همکاری کردند، سپاسگزاریم.

References

- [1]. Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G, Humphreys MH. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology* 2001; 12(12): 2797-806.
- [2]. Collaborators (727). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017; 464-1083:(10100)390
- [3]. Gabbay E, Meyer KB, Griffith JL, Richardson MM, Miskulin DC. Temporal trends in health-related quality of life among hemodialysis patients in the United States. *Clinical journal of the American Society of Nephrology* 2010; 5(2): 261-67.
- [4]. Evans RW, Manninen DL, Garrison Jr LP, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. *New England journal of medicine* 1985; 312(9): 553-59.
- [5]. Anees M, Hameed F, Mumtaz A, Ibrahim M, Khan MNS. Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on hemodialysis. *Iranian journal of kidney diseases* 2011; 5(1): 9.
- [6]. Ferreira RC, Silva Filho CRd. Quality of life of chronic renal patients on hemodialysis in Marília, SP, Brazil. *Jornal brasileiro de nefrologia* 2011; 33(2): 129-35.
- [7]. Kamal NN, Kamel EG, Eldessouki KH, Ahmed MG. Health-related quality of life among hemodialysis patients at El-Minia University Hospital, Egypt. *Journal of Public Health* 2013; 21(2):193-200.
- [8]. Fukuhara S, Lopes AA, Bragg-Gresham JL, Kurokawa K, Mapes DL, Akizawa T, et al. Health-related quality of life among dialysis patients on three continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney international* 2003; 64(5): 1903-10.
- [9]. Mollaoglu M. Quality of life in patients undergoing hemodialysis. *Hemodialysis: InTech*; 2013.
- [10]. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MAS. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Payesh* 2006; 5(1): 49 To 56.
- [11]. Abbaszadeh A, Javanbakhtian R, Salehi S, Motevasselian M. A comparative study of quality of life among patient with hemodialysis and kidney transplantation. *Shaheed Sadoughi J*. 2010; 18(5): 461-68.
- [12]. Aghakhani N, Nazari R, Sharif Nia H, Nahrir B. A comparative study of quality of life (qol) among patients with haemodialysis and peritoneal dialysis. *J Gorgan Bouveh Fac Nurs Midwifery* 2011; 8(2): 35-42.
- [13]. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients 2007; 39(10): 3047-53.
- [14]. Forouzandeh N, Aslani Y, Mehralian H, Drees F. The association between academic stress and quality of life in students. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2016 Aug 15; 18(3): 1-7.
- [15]. Ashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha JJoCN, Midwifery. The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2014; 3(3): 44-51.
- [16]. Okpechi IG, Nthite T, Swanepoel CR. Health-related quality of life in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation* 2013; 24(3): 519.
- [17]. Sangle D, Mhatre H, Mhase A, Mahadik V, Attarde I, Naik A, et al. A Cross sectional study to Assess Quality of Life (QOL) in Haemodialysis Patients. *National Journal of Integrated Research in Medicine* 2013; 4(5).
- [18]. Abbaszadeh A, Javanbakhtian R, Salehee S, Motvaselivan M. Comparative assessment of quality of life in

- hemodialysis and kidney transplant patients. *SSU-Journals* 2010; 18(5): 461-68.
- [19]. Vosughi M, Movahed Pour A. Comparison Quality Of Life Between Hemodialysis And Transplant Patient In Ardebil Medical Centers. *Ardabil Univ Med Sci j.* 2009; 9(2): 171-79.
- [20]. Moghareb M, Sharifzadeh G, Moghareb M, Sorouri M. Quality of life in hemodialysis and kidney transplantation patients in Birjand, 2012. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty* 2014; 11(2): 127-35.
- [21]. Rimaz S, Dastoorpoor M, Vesali Azar Shorbevani S, Saiepour N, Beigi Z, Nedjat S. The Survey of Quality of Life and its Related Factors in Female-headed Households Supported by Tehran Municipality. *J Iranian Journal of Epidemiology* 2014; 10(2): 48-55.
- [22]. Patti F, Pozzilli C, Montanari E, Pappalardo A, Piazza L, Levi A, et al. Effects of education level and employment status on HRQoL in early relapsing-remitting multiple sclerosis. *Multiple sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)* 2007; 13(6): 783-91.
- [23]. Sathvik B, Parthasarathi G, Narahari M, Gurudev K. An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Indian journal of nephrology* 2008; 18(4): 141.
- [24]. Chiang CK, Peng YS, Chiang SS, Yang CS, He YH, Hung KY, et al. Health-related quality of life of hemodialysis patients in Taiwan: a multicenter study. *Blood purification* 2004; 22(6): 490-8.
- [25]. Baraz S, Mohammadi E, Broumand B. Correlation of quality of sleep or quality of life and some of blood factors in hemodialysis patients. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences* 2008; 9(4): 67-84.
- [26]. Lee BO, Lin CC, Chabover W, Chiang CL, Hung CC|Jocn. The fatigue experience of haemodialysis patients in Taiwan 2007; 16(2): 407-13.
- [27]. Rambod M, Rafii F, Hosseini FJH. Quality of Life in Patients with End Stage Renal Disease 2008; 14(2).

Assessment Quality of Life Hemodialysis Patients and Influencing Factors in Mashhad University of Medical Sciences Hospitals in 2017

Seyed Mojtaba Mousavi Bazaz¹, Zahra Keyvanlo², Aghilallah Keykhosravi³, Mohammad Neamatshahi⁴, Atefeh Asadi⁵, Mahboubeh Neamatshahi⁶

1. Associate Professor, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. The Master of Department of Health Services Management, Research Center on Social Determinants of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran\ mashhad University of Medical Sciences, mashhad, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Nephrology, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Anesthesia, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
5. General Practitioner, Health Department, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
6. Assistant Professor, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Abstract

Background Health-related quality of life is an index of the safety Patients and refers to the measure of a patient's functioning, well-being, and general health perception in each of three domains: physical, psychological, and social. The level of health-related quality of life (HRQOL) in hemodialysis patients is much lower than for the general population. The aim of this study is identify related factors with quality of life in hemodialysis patients.

Materials & Methods In this cross sectional study, 50 hemodialysis patients of 15 to 87 years old in mashhad city were participated in 2017. We used checklists which included demographic questionnaire and SF-36 Questionnaire. The SPSS software version 21 was used for data analysis. Descriptive statistical analysis is presented as frequency for qualitative variables and mean \pm standard deviation for quantitative variables. Statistical tests such as Spearman correlation coefficient, Naparametric Test were used.

Results The mean score of quality of life was 43.3 ± 8.2 that in the physical dimension was 42.8 ± 11.9 and in the psychological dimension was 43.9 ± 10.4 . The highest mean score of quality of life was observed in the men (42.5 ± 6.1), singles (43.6 ± 5.4), users general vehicles (44.4 ± 8.4) and people with a level of education in the guidance school (43.5 ± 6.7). Age ($p = 0.04$, $r = -0.3$) and duration to each dialysis session ($p = 0.007$, $r = -0.2$) with mean score for quality of life were significantly inversely related but the correlation did not significantly with any of the individual characteristics, laboratory factors and clinical factors. The marriage ($p = 0.03$) and duration of each dialysis session ($p = 0.03$) and age ($p = 0.04$) was a significant inversely correlation with the physical dimension.

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

Received: 2018/05/14

Accepted: 2018/07/22

Keywords: Hemodialysis, Patients, Quality of Life, Mashhad.