

## Evaluation of quality of life and its effective factors in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis in Boroujerd hospitals in 2021

Reza Moridi<sup>1\*</sup>, Rahele Soltani<sup>1</sup>, Mahboobeh Khorsandi<sup>1</sup>, Amir Almasi<sup>2</sup>

1. Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Department of Epidemiology, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* Corresponding author e-mail: rezamoridi136804@gmail.com

Citation: Moridi R, Soltani R, Khorsandi M, Almasi A. Evaluation of quality of life and its effective factors in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis in Boroujerd hospitals in 1400. Daneshvar Medicine 2022; 30(3):23-33.  
doi: 10.22070/DANESHMED.2022.16099.1202

### Abstract

**Background and Objective:** Chronic renal failure is a progressive and irreversible disease in which the kidneys lose their function. This disease affects the quality of life of patients. The study of the dimensions of quality of life in patients undergoing dialysis is necessary to design educational interventions. This study was performed with the aim of determining the factors affecting the quality of life in hemodialysis patients.

**Materials and Methods:** The study was a cross-sectional study that examined the quality of life of all patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis (80 people) in two hospitals of Imam Khomeini and Ayatollah Boroujerdi, Boroujerd city in 2021. Data collection was the standard quality of life questionnaire for kidney patients (KDQOL-SF). Data were analyzed using descriptive statistics such as frequency and mean as well as independent t-test, analysis of variance, Pearson correlation coefficient.

**Results:** The mean of the total quality of life score was  $47.86 \pm 6.22$ . Also, there was a significant relationship between the patient's perception of health status and the quality of life level ( $p = 0.005$ ); so that the more a person considered his health status weaker the quality of life score also decreases. Also, Pearson correlation test showed that there was a significant negative correlation between age and quality of life ( $p=0.001$ ,  $r=-0.390$ ).

**Conclusion:** The results of this study showed a low level of quality of life in patients undergoing hemodialysis.

**Keywords:** Quality of life, Renal dialysis, Chronic kidney disease

Received: 24 May 2022  
Last revised: 16 Aug 2022  
Accepted: 21 Aug 2022

# بررسی کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز در بیمارستانهای شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰

## مقاله پژوهشی

نویسندگان: رضا مریدی<sup>۱\*</sup>، راحله سلطانی<sup>۱</sup>، محبوبه خورسندی<sup>۱</sup>، امیر الماسی<sup>۲</sup>

۱- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

اراک، تهران، ایران

۲- گروه اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، تهران، ایران

Email: rezamoridi136804@gmail.com

\*نویسنده مسئول: رضا مریدی

### چکیده

**مقدمه و هدف:** نارسایی مزمن کلیوی بیماری پیشرونده و غیر قابل برگشت است که در اثر آن کلیه ها عملکرد خود را از دست می دهند، این بیماری کیفیت زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار می دهد. بررسی ابعاد کیفیت زندگی بیماران تحت دیالیز در جهت طراحی مداخلات آموزشی ضروری می باشد. این مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی اجرا گردید.

**مواد و روش ها:** مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی-تحلیلی می باشد که به بررسی سطح کیفیت زندگی کلیه بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز (۸۰ نفر)، در دو بیمارستان امام خمینی (ره) و آیت الله بروجردی، شهرستان بروجرد در سال ۱۴۰۰ پرداخته است. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL-SF) بود. داده ها با استفاده از آمار توصیفی نظیر فراوانی و میانگین و همچنین آزمون های تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** میانگین کل نمره کیفیت زندگی  $47/86 \pm 6/22$  بود، همچنین بین درک بیمار از وضعیت سلامت خود با سطح کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت ( $p=0/005$ )، به طوری که هرچه شخص وضعیت سلامت خود را ضعیف تر قلمداد می کند، نمره کیفیت زندگی نیز کاهش می یابد. همچنین آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی منفی و معنی دار بین سن و کیفیت زندگی وجود دارد ( $r=-0/390, p=0/001$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج این مطالعه بیانگر سطح متوسط کیفیت زندگی در بیماران نارسایی مزمن تحت همودیالیز بود.

**واژه های کلیدی:** کیفیت زندگی، دیالیز کلیوی، نارسایی مزمن کلیه

دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۳

آخرین اصلاح ها: ۱۴۰۱/۰۵/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۳۰

## مقدمه

قرار دهد، این حالت در بعد فیزیکی میتواند وضعیت عملکردی فرد را تغییر دهد (۶). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را تصور افرادی که در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی میکنند، در رابطه با اهداف، استانداردها و نگرانی‌های آنان تعریف کرده است (۸). بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (۹). همودیالیز می‌تواند در زندگی این بیماران تغییرات چشم‌گیری از جمله کاهش کارایی و توانایی انجام فعالیت، ضعف، خستگی، انزوای اجتماعی، عدم تحرک، کاهش اعتماد به نفس و در نهایت، ناامیدی نسبت به آینده را به دنبال داشته باشد. وجود این شرایط، وضعیت سلامت و نقش‌های فرد را تحت تاثیر قرار داده و به مرور زمان موجب کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود (۱۰). نارسایی مزمن کلیوی و درمان‌های آن موجب بروز مشکلات عمده‌ای در فعالیتهای مفید و علائق بیمار میشود که این مشکلات بطور معنی‌داری با کیفیت زندگی بیماران رابطه دارد. علیرغم تعداد زیاد بیماران دیالیزی مطالعات کمی در مورد کیفیت زندگی و راهکارهای افزایش آن در بیماران انجام شده است (۱۱). نتایج مطالعه جوان بختیان و همکاران بیانگر پایین بودن سطح کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی نسبت به سایر افراد بود (۱۲). در مطالعه پرون و همکاران نیز بیماران تحت همودیالیز در ابعاد روانی و جسمی دارای سطوح پایین کیفیت زندگی بودند (۹). در مطالعه ژو و همکاران نیز عواملی مثل سطح تحصیلات بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر داشت (۱۳). با توجه به اهمیت موضوع، لزوم دسترسی به داده‌های مذکور و شناخت عوامل موثر بر کیفیت زندگی این بیماران برای طراحی مداخلات مرتبط، همچنین عدم انجام مطالعات مشابه در استان، این مطالعه با هدف تعیین سطح کیفیت زندگی در بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز صورت گرفت.

نارسایی مزمن کلیوی بیماری پیشرونده و غیر قابل برگشت است که در اثر آن کلیه‌ها توانایی دفع مواد زائد و حفظ الکترولیت‌ها را از دست می‌دهند و این وضعیت می‌تواند به اورمی منجر شود (۱). این بیماری یک اختلال برگشت‌ناپذیر و یکی از مشکلات مهم بهداشتی در سراسر جهان بوده و بیماری‌کشنده و تهدیدکننده حیات می‌باشد که تنها راه درمانی آن انجام همودیالیز یا پیوند کلیه است. نارسایی مزمن کلیوی یک بیماری مادام‌العمر است که نیازمند اقداماتی چون پیوند کلیه، آموزش و محدودیت در مصرف مواد غذایی و مایعات است (۲). بروز و شیوع بیماری مزمن کلیوی در سطح جهانی در حال افزایش است (۳). تعداد بیماران در مرحله انتهایی نارسایی کلیوی در سال ۲۰۱۶ حدود ۳/۷۳۰/۰۰۰ نفر گزارش گردید، با توجه به رشد ۵/۶ درصدی افراد مبتلا در هر سال یکی از معضلات مهم بهداشتی در دنیا به شمار می‌رود. در دنیا در سال ۲۰۱۶ حدود ۲/۶۴۸/۰۰۰ نفر تحت درمان با همودیالیز و ۳۴۱۰۰۰ نفر تحت درمان با دیالیز صفاقی قرار گرفته‌اند. طبق گزارش سالانه داده‌های کلیوی ایالات متحده، تا پایان سال ۲۰۱۶ بیش از ۶۶۱۰۰۰ آمریکایی مبتلا به نارسایی کلیه بوده‌اند. طبق آخرین گزارش در سال ۱۳۹۵ در ایران تعداد افراد مبتلا به بیماری مزمن کلیوی با درجه نارسایی پیشرفته کلیه حدود ۵۸ هزار و تعداد افراد تحت همودیالیز ۳۰۸۰۰ نفر گزارش شد (۴). در استان لرستان تعداد بیماران تحت همودیالیز از ۳۱۸ نفر در سال ۱۳۹۲ به ۷۰۰ نفر در سال ۱۳۹۶ افزایش یافته است (۵). با توجه به رشد سالانه ۵-۴ درصدی این بیماران در ایران و رشد جمعیت کشور (۲/۱ درصد) مراقبتهای بهداشتی این بیماران چالشی برای کشور خواهد بود (۶).

فرآیند دیالیز که برای خارج ساختن مایع و فرآورده‌های زائد اورمیک از بدن است، زمانی استفاده می‌شود که کلیه‌ها نتوانند چنین وظیفه‌ای را انجام دهند. همودیالیز جایگزین مناسبی برای عملکرد کلیه‌ها می‌باشد و باعث افزایش طول عمر بیمار می‌شود، اما افرادی که تحت همودیالیز قرار می‌گیرند دارای سطوح پایین کیفیت زندگی هستند (۷). کاهش کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌تواند تمام ابعاد زندگی آنها را تحت تاثیر

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه تحلیلی-مقطعی می باشد که به بررسی سطح کیفیت زندگی در بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت همودیالیز در دو بیمارستان امام خمینی (ره) و آیت الله بروجردی، شهرستان بروجرد پرداخته است. حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه و البته تعداد کل بیماران واجد معیار های ورود به مطالعه، با استفاده از نرم افزار آماری حدود ۸۰ نفر تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل، گذشت بیش از شش ماه از شروع همودیالیز، داشتن رضایت آگاهانه مبنی بر مشارکت در مطالعه، عدم شرکت در مطالعه همزمان در نظر گرفته شد. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL-SF) بود که توسط Hays در سال ۱۹۹۴ طراحی گردیده است (۱۴). پرسشنامه حاضر در سال ۲۰۰۹ توسط یکانی نژاد و همکاران در ایران اعتبار سنجی شد و ضریب آلفای کرونباخ آن در ابعاد مختلف ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ بدست آمد (۱۵). پرسشنامه شامل ۸۰ گویه است که ۳۶ گویه آن مربوط به بعد عمومی و ۴۴ گویه آن مربوط به بعد اختصاصی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی می باشد. نحوه نمره گذاری پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از دستورالعمل استاندارد پرسشنامه بود. به جز بخش مربوط به درد که کسب نمره کمتر بیانگر وضعیت بهتر بیمار هم در میزان درد و هم در تاثیر گذاری درد بر روی فعالیت های روزمره بیمار می باشد، در بقیه موارد دارا بودن نمره کمتر نشان دهنده عملکرد ضعیف و نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد مطلوب در آن بعد می باشد. در این مقیاس نمره هر سوال از صفر تا صد در نظر گرفته شده است که نمره صد نشان دهنده بالاترین میزان و صفر نشان دهنده کمترین میزان می باشد. نمره کل کیفیت زندگی برای هر بیمار با جمع بندی نمرات ۳۶ سوال بدست آمد. همچنین داده ها در سه گروه ضعیف (۳۰-۰)، متوسط (۶۰-۳۰)، خوب (۱۰۰-۶۰) طبقه بندی شدند. از جمله سوالات ابعاد اختصاصی پرسشنامه می توان به بار بیماری کلیوی (بیماری کلیوی من، خیلی در زندگی من اختلال ایجاد می کند) علائم (در طول ۴ هفته گذشته، به چه میزان بوسيله هر یک از موارد زیر دچار زحمت شدید؟) و سوالات ابعاد عمومی پرسشنامه می توان به درد

جسمانی(در طول ۴ هفته گذشته، چقدر درد بدنی داشته‌اید؟) و سلامت کلی(بطور کلی، چه نمره‌ای به سلامتی خود می‌دهید؟) اشاره کرد.

## تجزیه و تحلیل آماری

پس از تکمیل ابزار پژوهش، تحلیل داده ها به وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی نظیر فراوانی و میانگین و همچنین آزمون‌های تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ لحاظ شد.

## نتایج

نتایج نشان داد که میانگین سنی بیماران  $56/33 \pm 15/51$  سال بود، میانگین مدت زمان دیالیز  $6/38 \pm 3/05$  سال بود، همچنین میانگین تعداد اعضای خانواده بیماران  $4/75 \pm 1/47$  نفر بود. از نظر جنسیت ۴۴ نفر (۵۵ درصد) مرد و ۳۶ نفر (۴۵ درصد) زن بودند، همچنین از نظر تحصیلات ۶۵ نفر از افراد (۸۱/۲ درصد) زیر دیپلم (ابتدایی یا سیکل)، ۷ نفر دیپلم (۸/۸ درصد)، ۴ نفر (۵ درصد) فوق دیپلم و ۴ نفر (۵ درصد) لیسانس بودند. از نظر وضعیت اقتصادی ۲ نفر (۲/۵ درصد) وضعیت اقتصادی خوب، ۳۶ نفر (۴۵ درصد) وضعیت اقتصادی متوسط و ۳۹ نفر (۴۸/۸ درصد) وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند. همچنین از نظر وضعیت اشتغال ۱۹ نفر (۲۳/۸ درصد) شاغل، ۱۰ نفر (۱۲/۵ درصد) بیکار، ۱۴ نفر (۱۷/۵ درصد) بازنشسته و ۳۶ نفر (۴۵ درصد) خانه دار بودند. از نظر ارزیابی بیمار از سلامت خود، ۲۱ نفر (۲۶/۳ درصد) وضعیت سلامت خود را ضعیف، ۲۲ نفر (۲۷/۵ درصد) نسبتاً خوب، ۳۷ نفر (۴۶/۳ درصد) خوب ارزیابی کرده بودند. بین درک بیمار از سلامت خود با میانگین کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود داشت ( $p=0/005$ ). ۳۳ نفر (۴۱/۳ درصد) سابقه ابتلا به بیماری دیابت، ۴۰ نفر (۵۰ درصد) سابقه ابتلا به فشارخون داشتند و ۶ نفر (۷/۵ درصد) سابقه ابتلا به سایر بیماریها را ذکر کرده اند (جدول شماره ۱). میانگین کل نمره کیفیت زندگی  $47/86 \pm 6/22$  بود، همچنین نتایج بیانگر این موضوع بود که در مجموع

ابعاد اختصاصی و عمومی کیفیت زندگی، حیطه های اثر بیماری کلیوی و وضعیت شغلی و شادابی دارای کمترین نمره و عملکرد شناختی بیماران دارای بالاترین نمره بود. همچنین در بین ابعاد عمومی کیفیت زندگی، ارزیابی بیمار از سلامت خود و سلامت روان دارای کمترین نمره بودند. میانگین نمره کیفیت زندگی در مردان  $48/64 \pm 6/27$  و در زنان  $46/86 \pm 6/11$  بود که از لحاظ آماری اختلاف معنی داری بین کیفیت زندگی در دو جنس مشاهده نشد ( $p=0/207$ ) (جدول شماره ۲). با توجه به نرمال بودن داده جهت تعیین همبستگی بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. آزمون همبستگی پیرسون، نشان داد که همبستگی منفی و معنی دار بین سن و کیفیت زندگی وجود دارد ( $r=-0/390$ ) ( $p=0/001$ ). همچنین نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیر سالهای دیالیز با کیفیت زندگی همبستگی منفی وجود دارد اما این همبستگی از لحاظ آماری معنی دار نبود

( $r=0/086$ )( $p=0/447$ )، همچنین بین تعداد اعضای خانواده بیماران با کیفیت زندگی، همبستگی معنی داری مشاهده نشد ( $r=-0/074$ ) ( $p=0/511$ ). آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون کروسکال والیس نشان داد که بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات ( $p=0/032$ ) و وضعیت اشتغال، ( $p=0/002$ ) ارتباط معنی داری وجود دارد. همچنین بین کیفیت زندگی و سالهای دیالیز ارتباط معنی داری یافت نشد ( $p=0/871$ ) (جدول شماره ۳).

جدول ۱. عوامل دموگرافیک و ارتباط آن با نمره کیفیت زندگی

اطلاعات دموگرافیک	تعداد (درصد)	نمره شاخص های اختصاصی سلامت	p-value	نمره شاخص های عمومی سلامت	p-value	نمره کل کیفیت زندگی	p-value
جنس							
مرد	۴۴ (۵۵٪)*	۸۸/۱۷±۷/۸۶	۰/۷۳۲	۸۸/۵۴±۸/۷۶	۰/۴۶۳	۸۸/۶۴±۶/۲۷	۰/۲۰۷
زن	۳۶ (۴۵٪)	۸۷/۵۵±۸/۷۰		۸۸/۹۱±۸/۸۱		۸۸/۸۶±۶/۱۱	
سن							
کمتر از ۴۰	۱۶ (۲۰٪)	۸۸/۱۷±۸/۸۸	۰/۰۱۳	۹۱/۲۲±۷/۹۱	۰/۰۳	۸۸/۶۵±۶/۱۳	۰/۰۰۲
۴۱ تا ۶۰	۲۶ (۳۲٪)	۸۸/۱۷±۷/۸۶		۸۸/۴۷±۸/۴۸		۸۸/۸۴±۵/۷۷	
بالاتر از ۶۰	۳۸ (۴۷٪)	۸۸/۸۸±۷/۶۸		۸۸/۸۶±۸/۸۷		۸۸/۳۳±۵/۶۸	
سطح تحصیلات							
زیر دیپلم	۶۵ (۸۱/۲٪)	۹۴/۵۷±۷/۹۴	۰/۰۰۶	۹۳/۰۶±۹/۳۰	۰/۸۶۲	۹۴/۲۴±۶/۱۹	۰/۰۳۲
دیپلم	۷ (۸/۸٪)	۸۷/۸۰±۶/۸۷		۹۳/۳۶±۷/۳۲		۹۴/۷۷±۴/۹۷	
فوق دیپلم	۴ (۵٪)	۸۳/۳۵±۲/۷۳		۸۹/۷۸±۸/۳۹		۹۴/۹۷±۳/۵۷	
لیسانس	۴ (۵٪)	۸۳/۳۲±۸/۳۷		۹۴/۰۴±۲/۴۵		۹۴/۶۹±۵/۵۶	
وضعیت اشتغال							
شاغل	۱۹ (۲۳/۸٪)	۸۰/۲±۸/۰۲	۰/۰۰۲	۸۶/۰۵±۶/۸۶	۰/۱۴۲	۸۰/۳۲±۵/۵۱	۰/۰۰۲
بیکار	۱۰ (۱۲/۵٪)	۸۸/۸۸±۸/۳۶		۸۵/۰۶±۸/۵۱		۸۰/۱۴±۶/۶۴	
بازنشسته	۱۴ (۱۷/۵٪)	۸۵/۳۵±۵/۳۵		۸۷/۲۴±۷/۱۹		۸۵/۲۱±۴/۰۶	
خانه دار	۳۶ (۴۵٪)	۹۸/۵۲±۷/۹۸		۹۷/۹۰±۱۰/۰۷		۹۸/۱۴±۶/۲۴	
وضعیت اقتصادی							
خوب	۲ (۲/۵٪)	۸۴/۲۱±۲/۳۴	۰/۶۸۱	۸۶/۵۶±۰/۱۷۶	۰/۹۲۰	۸۴/۰۳±۱/۳۸	۰/۷۱۰
متوسط	۳۶ (۴۵٪)	۸۸/۰۴±۸/۸۸		۸۸/۶۹±۷/۸۰		۸۸/۳۶±۶/۲۳	
ضعیف	۳۹ (۴۸/۸٪)	۸۳/۶۸±۷/۸۳		۸۸/۱۸±۱۰/۲۲		۸۷/۳۳±۶/۵۷	
سالهای دیالیز							
کمتر از ۵ سال	۳۶ (۴۵٪)	۸۶/۹۵±۸/۴۶	۰/۰۰۲	۸۷/۵۲±۸/۷۱	۰/۰۲۳	۸۸/۵۹±۶/۴۵	۰/۸۷۱
۵ تا ۱۰ سال	۳۳ (۴۱/۳٪)	۸۷/۲۵±۶/۶۷		۸۸/۰۷±۸/۶۹		۸۶/۸۳±۶/۱۹	
بیشتر از ۱۰ سال	۱۱ (۱۳/۸٪)	۸۱/۵۳±۷/۸۱		۸۴/۵۲±۷/۰۴		۸۸/۶۰±۵/۶۱	
وضعیت سلامت							
ضعیف	۲۱ (۲۶/۳٪)	۸۳/۱۷±۸/۰۳	۰/۲۲۰	۸۲/۶۵±۸/۲۰	۰/۰۰۸	۸۳/۵۰±۵/۱۱	۰/۰۰۵
نسبتاً خوب	۲۲ (۲۷/۵٪)	۸۸/۶۹±۶/۸۸		۸۸/۳۸±۶/۹۲		۸۷/۵۷±۵/۲۶	
خوب	۳۷ (۴۶/۳٪)	۹۲/۰۲±۸/۹۲		۹۲/۰۲±۹/۲۴		۹۲/۹۴±۶/۵۸	
کیفیت زندگی	(۰)۰						
ضعیف	۷۷ (۹۶/۳٪)						
متوسط	۳ (۳/۸٪)						
خوب							

جدول ۲. میانگین حیطه های مختلف کیفیت زندگی

حیطه های کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار)	کمترین نمره کسب شده	بیشترین نمره کسب شده	حیطه های کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار)	کمترین نمره کسب شده	بیشترین نمره کسب شده
شاخص اختصاصی کیفیت زندگی بیماری کلیوی	۴۴/۲۱±۸/۲۳	۳۱/۵۱	۶۶/۸۰	شاخص عمومی کیفیت زندگی بیماری کلیوی	۴۸/۳۶±۸/۸۲	۲۸	۶۹
علایم و مشکلات	۴۳/۹۹±۱۶/۶۵	۱۴/۵۸	۸۹/۵۸	عملکرد جسمانی	۵۰/۱۲±۳۲/۱۴	۰	۱۰۰
اثر بیماری کلیوی	۲۵/۹۱±۱۵/۵۵	۰	۷۵	محدودیت در نقش به علت مشکلات جسمی	۶۹/۶۸±۳۸/۵۰	۰	۱۰۰
بار بیماری کلیوی	۳۵/۳۹±۱۶/۹۰	۰	۸۷/۵۰	درد جسمانی	۳۹/۹۰±۲۲/۱۶	۰	۱۰۰
وضعیت کاری	۲۰/۰۰±۳۴/۳۱	۰	۱۰۰	سلامت کلی	۳۰/۴۳±۱۰/۷۹	۱۰	۶۰
عملکرد شناختی	۷۱/۲۵±۱۱/۷۹	۳۳/۳۳	۱۰۰	سرزندگی	۵۳/۰۵±۹/۴۷	۲۴	۷۲
کیفیت تعاملات اجتماعی	۶۸/۱۲±۱۱/۴۳	۴۰	۹۰	عملکرد اجتماعی	۵۷/۵۰±۴۴/۶۸	۰	۱۰۰
عملکرد جنسی	۲۸/۷۰±۱۷/۲۷	۰	۶۲/۵۰	محدودیت در نقش به علت مشکلات احساسی	۵۲/۱۸±۱۶/۲۵	۲۵	۱۰۰
خواب	۵۴/۰۰±۱۷/۲۳	۱۷/۵۰	۹۰	سلامت روان	۳۴±۱۵/۴۱	۰	۷۵
حمایت اجتماعی	۵۹/۵۷±۲۲/۳۰	۰	۱۰۰				
تشویق کارکنان بخش دیالیز	۵۸/۹۰±۲۳/۱۲	۰	۱۰۰				
رضایت بیماران	۴۴/۷۹±۱۰/۸۰	۱۶/۶۶	۶۶/۶۶				

جدول ۳. ارتباط نمره کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک

متغیرها	کیفیت زندگی	سن	تعداد اعضای خانواده	سابقه دیالیز
کیفیت زندگی	-۰/۳۹۰			
سن	p<۰/۰۰۱			
تعداد اعضای خانواده	۰/۰۷۴	۰/۰۵۳		
	p=۰/۵۱۱	۰/۶۴۲		
سابقه دیالیز	-۰/۰۸۶	۰/۰۲۴	-۰/۰۵۹	
	p=۰/۴۴۷	p=۰/۸۳۲	p=۰/۶۰۱	
وضعیت سلامت	۰/۳۳۶	-۰/۳۸۰	-۰/۰۶۲	۰
	p=۰/۰۰۲	p=۰/۰۰۱	p=۰/۵۸۶	p=۰/۹۹۹

## بحث

نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی این افراد در حد متوسط قرار داشت. در مطالعه پرون و همکاران و مطالعه جوان بختیان و همکاران نیز سطح کیفیت زندگی بیماران در حد نامطلوبی قرار داشت (۹، ۱۲). نتایج مطالعات مشابه نیز با نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر همسو بود (۱۶-۱۸). در مطالعه برزو و همکاران سطح کیفیت زندگی بیماران، قبل از مداخله در حد مطلوبی قرار داشت که با نتایج ما همخوانی نداشت (۱۰). همچنین بین درک بیمار از وضعیت سلامت خود با سطح کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت، به طوری که هرچه شخص وضعیت سلامت خود را ضعیف تر قلمداد می کند نمره کیفیت زندگی نیز کاهش می یابد، در مطالعه تایمرز و همکاران نیز ادراک این مسئله که بیماری علایم زیادی در بر دارد با کیفیت زندگی پایین بیماران دیالیزی مرتبط بود (۱۹). همچنین نتایج بیانگر این موضوع بود که در مجموع ابعاد اختصاصی و عمومی کیفیت زندگی، حیطه های اثر بیماری کلیوی و وضعیت شغلی و شادابی دارای کمترین نمره و عملکرد شناختی بیماران دارای بالاترین نمره بود. در مطالعه جوان بختیان نیز حیطه شادابی دارای کمترین نمره بود (۱۲). همچنین بین حیطه های اثر بیماری کلیوی و شادابی با سن ارتباط معنی داری وجود داشت به گونه ای که با افزایش سن میانگین نمره این حیطه ها کاهش یافته بود. به نظر عواملی همچون محدودیت در رژیم غذایی و مصرف مایعات و عوارض ناشی از همودیالیز همگی سبب کاهش میانگین حیطه اثر بیماری کلیوی شده اند، از طرفی محدودیت های فیزیکی، تحلیل عضلانی و وابستگی به دیالیز سبب تاثیر بر وضعیت شغلی بیماران شده است. نتایج بیانگر این موضوع بود که یکی دیگر از حیطه های دارای مشکل در بیماران تحت همودیالیز حیطه عملکرد جنسی می باشد. در مطالعه دان نتایج بیانگر این موضوع بود که با شروع دیالیز، فعالیت جنسی بیمار دچار اختلال شده، فرد بیمار نمی تواند نیازهای جنسی همسر خود را برآورده سازد، این یافته با نتایج مطالعه ما همسو بود (۲۰). این در حالی است که در مطالعه پرون و همکاران نمره عملکرد جنسی در حد مطلوب بود (۹). به نظر عواملی همچون کاهش حجم ادرار به علت نارسایی کلیه، تحلیل

عضلانی، کاهش شادابی و افسردگی در کاهش عملکرد جنسی بیمار موثر هستند و منجر به افت عملکرد جنسی می شوند. نتایج مطالعات متناقض با این یافته احتمالاً به دلایلی مثل خودداری بیماران در پاسخ صریح به این سوال به دلایل اعتقادی و فرهنگی باشد. نتایج این تحقیق نشان دهنده این موضوع بود که بین سن افراد تحت مطالعه و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد و با افزایش سن، کیفیت زندگی بیماران کاهش یافته است. در مطالعه الکسوپولو و همکاران نیز با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می یابد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۱). همچنین نتایج سایر مطالعات نیز این یافته را تایید می کند (۲۲) و یافته های پژوهش رامبد و همکاران را تایید نمی کند که بین سن و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری را گزارش نکرده بودند (۲۳). به نظر می رسد تحلیل عضلانی ناشی از همودیالیز و به دنبال آن ضعف در عملکرد فیزیکی و وابستگی به اطرافیان جهت رفع نیازها و از جهتی دیگر درگیری با علایم بیماری های مزمن، همگی بر کاهش کیفیت زندگی بیماران مسن تر نسبت به بیماران جوان تر تاثیر گذار باشند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اختلاف معنی داری بین کیفیت زندگی با جنسیت وجود ندارد، هرچند که میانگین نمره کیفیت زندگی مردها بیشتر از زن بدست آمد. در مطالعه طاهری و همکاران نیز نتایج بیانگر این موضوع بود (۱۸). در مطالعه دانیل و همکاران نیز کیفیت زندگی در مردها نسبت به زن ها بیشتر بود، اما این اختلاف معنی دار نبوده است (۲۴). همچنین در مطالعه جوان بختیان و همکاران و براز و همکاران نیز بین کیفیت زندگی و جنسیت ارتباط معنی داری وجود نداشته است (۱۲، ۲۵). با توجه به موقعیت اجتماعی و توانایی جسمی بالاتر در مردان، احتمال پایین بودن کیفیت زندگی در زنان دور از انتظار نیست. نتایج به دست آمده در تحقیق بیانگر این موضوع است که با افزایش سطح تحصیلات میانگین نمره کیفیت زندگی نیز افزایش معنی داری یافته است. این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد (۹، ۱۲، ۱۳، ۱۸، ۲۶، ۲۷). سطح تحصیلات بالاتر با ایجاد تغییر در میزان آگاهی و نگرش بیماران، منجر به کنترل بهتر عوارض بیماری و به دنبال آن افزایش کیفیت زندگی می شود. در واقع افرادی که دارای سطح سواد بالاتری بودند بهتر



لزوم انجام مداخلات آموزشی را ضروری می سازد. در این خصوص اجرای مداخلات آموزشی بر اساس مدل های آموزشی مبتنی بر ارتقای کیفیت زندگی و توجه بیشتر نهادهای حمایتی و سیاستگذاران به عنوان اقدامات اساسی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز پیشنهاد می گردد.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله بخشی از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت و ارتقا سلامت می باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1399.054 به تصویب رسیده است.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قدردانی و سپاس خود را از معاونت محترم تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی اراک به خاطر حمایت مالی این پایان نامه و همچنین رواس و پرسنل محترم بیمارستانهای امام خمینی (ره) و آیت الله بروجردی شهرستان بروجرد و کلیه بیماران عزیزی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند اعلام می نمایند.

### حامی مالی

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک استخراج شده است.

### تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضادی در منافع وجود ندارد.

توانستند اطلاعات مورد نیاز جهت درمان بیماری و عوامل تداوم بخش و یا تسریع کننده درمان را دریافت نمایند و به طور کلی با کیفیت بهتری بیماری را اداره نمایند، لذا در مقایسه با بیمارانی که از این مزایا برخوردار نیستند، کیفیت زندگی بالاتری دارند (۲۶). نتایج مطالعه نشان داد که بین وضعیت اشتغال و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد. به طوری که بیمارانی که خانه دار بودند یا شاغل نبودند نسبت به بیماران شاغل دارای کیفیت زندگی پایین تری بودند. در مطالعه تل و همکاران نیز بیمارانی که خانه دار بودند دارای کیفیت زندگی پایین تری نسبت به سایر بیماران بودند (۲۶). نتایج مطالعات مشابه نیز این یافته را تایید می کند (۹). در مطالعه زیود و همکاران وضعیت اشتغال تاثیر منفی بر کیفیت زندگی داشته و افراد شاغل نسبت به افراد فاقد شغل و خانه دارها دارای کیفیت زندگی پایین تری بودند، که با نتایج ما همخوانی نداشت (۲۸). به نظر می رسد افراد شاغل به دلیل وضعیت بهتر مراودات اجتماعی، سلامت روان، عدم یکنواخت بودن زندگی روزمره و وضعیت بهتر عملکرد فیزیکی و احساسی، دارای سطوح بالاتر کیفیت زندگی می باشند. از جمله نقاط قوت این مطالعه می توان به استفاده از پرسشنامه استاندارد برای جمع آوری داده ها، دسترسی کامل به موارد با توجه به لزوم مراجعه بیماران برای انجام همودیالیز، و از جمله نقاط ضعف آن می توان به سطح سواد پایین موارد و تاثیر آن بر پاسخ دهی سوالات و تاثیرات ناشی از پاندمی کووید ۱۹ بر انجام مطالعه اشاره کرد.

### نتیجه گیری

نتایج این مطالعه بیانگر سطح پایین برخی ابعاد کیفیت زندگی در بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز بود، این بیماران در حیطه های اثر بیماری کلیوی، وضعیت شغلی و شادابی دارای کمترین نمره بودند. با توجه به سطح پایین کیفیت زندگی این بیماران

### منابع

1. Bahadori M, Ghavidel F, Mohammadzadeh S, Ravangard R. The effects of an interventional program

based on self-care model on health-related quality of life outcomes in hemodialysis patients. Journal of

- Education and Health Promotion 2014;3:110 .
2. Bakarman MA, Felimban MK, Atta MM, Butt NS. The effect of an educational program on quality of life in patients undergoing hemodialysis in western Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal* 2019;40(1):66-71 .
  3. Ranabhat K, Khanal P, Mishra SR, Khanal A, Tripathi S, Sigdel MR. Health related quality of life among haemodialysis and kidney transplant recipients from Nepal: a cross sectional study using WHOQOL-BREF. *BMC Nephrology* 2020/10/12;21(1):433.
  4. Cobb J, Plantinga L, Luthi JC, Lynch JR, Huff ED, Mohan S, et al. Pre-ESRD Care and Mortality in Incident ESRD Patients With Multiple Myeloma. *American Journal of Clinical Oncology* 2018;41(4):367-70 .
  5. Hadian b, Anbari k, Heidari r. Epidemiologic study of end stage renal disease and related risk factors in patients under hemodialysis in Lorestan province. *Scientific Magazine Yafte* 2015;16(3):44-53 .
  6. Javanbakhtian Ghahfarokhi R, Abbaszadeh A. The relationship between quality of life and demographic variables in hemodialysis patients. *Pars of Jahrom University of Medical Sciences* 2012;10(3):1-7 .
  7. Ebrahimi H, Sadeghi M, Amanpour F, Dadgari A. Influence of nutritional education on hemodialysis patients' knowledge and quality of life. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation : an official publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia* 2016;27(2):250-5.
  8. Mahdi N, Mehrdad S, Ali M, Seyed Hesameddin A, Mahmood S. Quality of Life in Coronary Artery Disease: SF-36 Compared to WHOQOL-BREF. *The Journal of Tehran University Heart Center* 1970;3(2).
  9. Parvan K, Lakdizaji S, Roshangar F, Mostofi M. Assessment of quality of life in patients undergoing continuous hemodialysis in four hospitals of East Azarbayjan, in 2012. *Razi Journal of Medical Sciences* 2014;21(123):19-28 .
  10. Borzou SR, Zonoori S, Falahinia GH, Soltanian AR. The effect of education of health promotion behaviors on quality of life in hemodialysis patients. *Medical-Surgical Nursing Journal* 2016;4(4):e68078 .
  11. Ramezani Badr F, Moieni V, Nematikhah M, Shiri Gheydari P, Akhlaghi M, Tahrekhani M. Quality of Life and Related Factors in Hemodialysis Patients Referred to Teaching Hospitals in Zanjan. *Journal Of Neyshabur University Of Medical Sciences* 2016;4(1):57-64 .
  12. Javanbakhtian Ghahfarokhi R, Abbaszadeh A. The relationship between quality of life and demographic variables in hemodialysis patients. *Pars of Jahrom University of Medical Sciences* 2016;10(3):1-7 .
  13. Zhou X, Xue F, Wang H, Qiao Y, Liu G, Huang L, et al. The quality of life and associated factors in patients on maintenance hemodialysis - a multicenter study in Shanxi province. *Renal failure Journal* 2017;39(1):707-11.
  14. Matin h, Afkari ME, Taghdisi MH. The Effect of an Educational Intervention Based on the PRECEDE Model on Quality of Life Improvement in the Elderly Afiliated With Tehran Culture House for the Aged- 2009. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2013;1(1):21-33 .
  15. Yekaninejad M, Mohammadi Zeidi I, Akaberi A, Golshan A, pakpour A. Validity and reliability of the Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF™ 1.3) in Iranian patients. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences* 2012;4(2):261-72.
  16. Ghadam MS, Poorgholami F, Badiyepymaie Jahromi Z, Parandavar N, Kalani N, Rahmanian E. Effect of Self-Care Education by Face-to-Face Method on the Quality of Life in Hemodialysis Patients (Relying on Ferrans and Powers Questionnaire). *Global Journal of Health Science* 2015 20;8(6):121-7 .
  17. Gerasimoula K, Lefkothea L, Maria L, Victoria A, Paraskevi T, Maria P. Quality of life in hemodialysis patients. *Materia Socio-Medica* 2015;27(5):305-9 .
  18. Taheri N, Kamangar S, Cheraghian B, Mousavi SZO, Solaimanzadeh M. Life Quality Of Hemodialysis Patients. Knowledge And Health Journal 2013;8(3):119-24.

19. Timmers L, Thong M, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M, et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychology & Health* 2008;23(6):679-90 .
20. Dunn SA, Lewis SL, Bonner PN, Meize-Grochowski R. Quality of life for spouses of CAPD patients. *American Nephrology Nurses' Association Journal* 1994;21(5):237-46
21. Alexopoulou M, Giannakopoulou N, Komna E, Alikari V, Toulia G, Polikandrioti M. The Effect Of Perceived Social Support On Hemodialysis Patients' Quality Of Life. *Materia Socio-Medica* 2016;28(5):338-42 .
22. Alireza Salar, Fatihe KermanSaravi, Ali Navidian, Bentohoda Taheri. The effect of a family-centered empowerment model on quality of life in dialysis patients. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2018;17(2):179-90 .
23. Rambod M, Ghodsbin F, Beheshtipour N, Raieyatpishe AA, Mohebi Noubandegani Z, Mohammadi-Nezhad A. The Relationship between Perceived Social Support and Quality of Sleep in Nursing Students. *Iran Journal of Nursing* 2012;25(79):12-23.
24. Germin-Petrović D, Mesaros-Devčić I, Lesac A, Mandić M, Soldatić M, Vezmar D, et al. Health-related quality of life in the patients on maintenance hemodialysis: the analysis of demographic and clinical factors. *Collegium Antropologicum Journal* 2011;35(3):687-93.
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):67-74 .
26. Tel H. Determining Quality of Life and Sleep in Hemodialysis Patients. *Dialysis & Transplantation* 2009;38(6):210-5.
27. Barzegar H, Jafari H, Yazdani Charati J, Esmaeili R. Relationship Between Duration of Dialysis and Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2017;11(4):e6409 .
28. Zyoud SeH, Daraghmeh DN, Mezyed DO, Khdeir RL, Sawafta MN, Ayaseh NA, et al. Factors affecting quality of life in patients on haemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrology* 2016;17(1):44.