

**کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و عوامل مؤثر بر آن در شهر کرمانشاه (۱۳۸۹)\***حمیدرضا عمرانی<sup>۱</sup>؛ داریوش رئیسی<sup>۱</sup>؛ ابوالحسن سیدزاده<sup>۱</sup>؛ رقیه اکبری<sup>۲</sup>؛ مرجان توسلی<sup>۳</sup>؛ رویا صفری فرامانی<sup>۴</sup>\***چکیده**

زمینه: اندازه‌گیری مستمر کیفیت زندگی بیماری‌های مزمن می‌تواند مبنایی برای ارزشیابی خدمات درمانی باشد. این مطالعه به منظور ارزیابی وضعیت کیفیت زندگی و شناسایی عوامل مؤثر بر آن در بیماران تحت همودیالیز در شهر کرمانشاه طراحی شد. روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۹۸ نفر از بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمانی امام خمینی و امام رضا دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس از بین بیمارانی که حداقل سه ماه از شروع دیالیز آن‌ها گذشته بود، انجام شد. ابزار مورد استفاده فرم جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه عمومی ۳۶ سؤالی (SF36) کیفیت زندگی بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار تی و در صورت لزوم معادل ناپارامتری آن انجام شد.

یافته‌ها: با افزایش سن، امتیاز بعد سلامت جسمانی کاهش ( $P < 0/05$ ) و با افزایش سطح تحصیلات ( $P < 0/005$ ) بر امتیاز کلی سلامت جسمانی افزوده شد. همچنین امتیاز سلامت جسمی در کسانی که هیچ‌وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/001$ ). با افزایش سطح تحصیلات، امتیاز کلی سلامت روانی افزایش ( $P < 0/001$ ) می‌یابد. افزایش درآمد خانوار نیز با افزایش امتیاز سلامت روانی همراه بود ( $P < 0/05$ ). امتیاز کلی بعد سلامت روانی در کسانی که همیشه ورزش می‌کردند از همه بیشتر و در کسانی که هیچ‌وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/001$ ). علاوه بر این، امتیاز کلی سلامت روان در افرادی که دوبرار در هفته دیالیز می‌شدند از همه بیشتر بود ( $P < 0/05$ ).

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر فعالیت فیزیکی و نیز وضعیت اقتصادی اجتماعی بر کیفیت زندگی این بیماران، توجه به این عوامل در راستای ارتقای کیفیت زندگی مفید است.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، همودیالیز

«دریافت: ۱۳۹۱/۳/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۲۳»

۱. مرکز تحقیقات ارولوژی و نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. گروه نفرولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل

۳. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۴. واحد توسعه تحقیقات بالینی، مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

\* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، مرکز آموزشی درمانی امام رضا(ع)، واحد توسعه تحقیقات بالینی، تلفن: ۰۹۱۸۳۳۶۷۳۸۳

Email: safarifaramani@yahoo.com

\* این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی خانم مرجان توسلی جهت اخذ درجه دکترای حرفه‌ای پزشکی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه می‌باشد.

**مقدمه**

سال ۱۳۸۸ بیش از ۲۴۰۰۰ بیمار ESRD در ایران تحت درمان بوده است (۲ و ۴). مطالعات حاکی از روند روبه رشد آمار مبتلایان به این عارضه می‌باشد (۲ و ۴). پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰، بیش از ۷۰ درصد از بیماران مبتلا در کشورهای در حال توسعه زندگی

نارسایی کلیه از مشکلات پرهزینه و ناتوان‌کننده جوامع انسانی به‌شمار می‌رود (۱). شیوع نارسایی کلیه ESRD (End Stage Renal Disease) در ایران ۳۶۰ در هر یک میلیون نفر تخمین زده شده است. برآورد شده که در

بر مبنای میزان میرایی قرار دارد ولی چون بسیاری از بیماری‌های مزمن مرگ‌آفرین نیستند، باید در تنظیم برنامه‌های مراقبتی، کیفیت زندگی را نیز در نظر داشت (۲) و (۵).

بیماری مزمن کلیوی و به دنبال آن همودیالیز بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار اثر گذاشته و با توجه به بار قابل توجه این مشکل در جامعه ایرانی، بررسی کیفیت زندگی در این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این مطالعه به منظور سنجش کیفیت زندگی این بیماران به عنوان شاخصی برای اولویت‌بندی خدمات سلامت و بررسی عوامل مؤثر بر آن طراحی شده است.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که بر روی بیماران همودیالیزی که طی سال ۱۳۸۹ به بیمارستان‌های آموزشی درمانی امام خمینی و امام رضا دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مراجعه نموده‌اند، انجام شد.

یکی از رایج‌ترین و جامع‌ترین ابزارهای استاندارد عمومی موجود برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، پرسشنامه ۳۶ سؤالی The Short Form Health Survey (SF-36) می‌باشد. مطالعات قبلی، روایی و پایایی و نیز قابلیت به‌کارگیری آن را در جمعیت ایرانی تأیید نموده‌اند (۶ و ۷). این پرسشنامه با استفاده از ۳۶ سؤال، کیفیت زندگی را در هشت بعد اندازه‌گیری می‌کند. این ابعاد شامل عملکرد جسمانی (Physical Functional)، محدودیت در نقش جسمانی (Role Physical)، درد جسمی (Bodily Pain)، سلامت عمومی (General Health)، سرزندگی و شادابی (Vitality)، عملکرد اجتماعی (Social Functioning)، محدودیت در نقش احساسی (Mental Health) و سلامت روان (Role Emotional) است (۶).

امتیازهای هر بعد از ۱۰۰-۰ متغیر است. صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر نشان

خواهند کرد (۱، ۲ و ۵). به‌علت مشکلاتی چون در دسترس نبودن کلیه، هزینه زیاد عمل پیوند و ترس از رد شدن پیوند، همودیالیز همچنان به‌عنوان اقدام اصلی و رایج درمان این بیماران به‌شمار می‌رود. این روش درمانی، زندگی بسیاری از بیماران را نجات داده و موجب افزایش طول عمر آنان شده است، ولی در عین حال آنان را در معرض طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار می‌دهد که در مجموع کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است (۹-۵).

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، اهداف، انتظارات، اولویت‌ها و سیستم ارزشی است که در آن زندگی می‌کنند (۱). با توجه به تعریف سلامتی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت به‌صورت رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری، لازم است در زمینه اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی علاوه بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه شود (۲).

با توجه به گذار اپیدمیولوژیک و تغییر چهره سیمای مرگ و ناتوانی در کشور و نهایتاً غلبه بیماری‌های مزمن و روند فزاینده آن و با عنایت به این مهم که ناتوانی حاصله از ابتلا به این بیماری‌ها ممکن است به شدت زجرآور و ناراحت‌کننده باشد، تعیین و اندازه‌گیری آثار سو یک بیماری بر کیفیت زندگی افراد، گرچه وسیله‌ای برای تعیین میزان وقوع بیماری نیست، اما اهمیت بسیار زیادی از نظر نکات مرتبط با سلامت انسان دارد (۳ و ۴). عقیده عمومی بر این است که این نوع معیارها و اندازه‌گیری‌ها می‌تواند در جهت هدایت شود تا بتوان طراحی برای برنامه‌های درمانی کوتاه‌مدت در گروه‌هایی از بیماران تنظیم نمود. اندازه‌گیری کیفیت زندگی می‌تواند زمانی که منابع محدود است، برای اولویت‌بندی برنامه‌های جاری سلامت به‌کار گرفته شود. گرچه اولویت‌بندی منابع در برنامه‌های مراقبت سلامت، اغلب

فعالیت بدنی به صورت فعالیت منظم، حداقل دو بار در هفته هر بار حداقل نیم ساعت فعالیت با شدت متوسط تعریف شد. همچنین درآمد خانوار به صورت متوسط خالص دریافتی ماهانه خانوار تعریف شد.

### یافته‌ها

تعداد ۹۸ بیمار کلیوی تحت درمان با همودیالیز وارد مطالعه شدند. از کل بیماران ۶۰/۲ درصد مرد و میانگین سنی آن‌ها  $51/67 \pm 15/27$  بود. در بین گروه‌های سنی، بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۵۹-۵۰ سال بود. تقریباً ۳۳ درصد از بیماران تحت مطالعه، بی سواد بودند. قریب به ۷۴ درصد از آن‌ها متأهل بودند و اکثر (۳۲/۶۵٪) بیماران درآمد خانوار خود را کم‌تر از ۲۰۰ هزار تومان گزارش نمودند. حدود ۸۵ درصد از بیماران غیرسیگاری بوده و ۱۶/۳۲ درصد از آن‌ها داشتن فعالیت بدنی منظم را گزارش کردند (جدول ۱).

میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی  $24/17 \pm 43/51$  بود. حدود یک چهارم بیماران در این حیطه، امتیاز زیر ۲۵ کسب کردند. در حیطه محدودیت در نقص جسمانی، امتیاز اکثر افراد (۶۳/۵٪) زیر ۲۵ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار امتیاز بیماران به ترتیب  $35/23$  و  $34/18$  بود. میانگین امتیاز حیطه درد جسمی  $45/9 \pm 17/8$  بود. در این حیطه تنها ۱۱/۵ درصد از بیماران، امتیاز بالای ۷۵ داشتند. حدود نیمی از بیماران (۴۷/۴٪) در حیطه سلامت عمومی، امتیاز بین ۴۵-۲۵ کسب نمودند. میانگین و انحراف معیار امتیاز بیماران در این حیطه به ترتیب  $41/37$  و  $18/4$  بود. بیش از ۵۰ درصد بیماران در حیطه نشاط، امتیاز بالای ۵۰ داشتند و از این نظر در گروه خوب و خیلی خوب دسته‌بندی شدند. همچنین میانگین و انحراف معیار آن در بیماران به ترتیب  $45/63$  و  $29/47$  بود. در حیطه عملکرد اجتماعی،  $47/7$  درصد در حیطه محدودیت در نقش احساسی،  $47/7$  درصد امتیاز زیر ۲۵ داشتند. لازم به ذکر است در این حیطه هر چه قدر امتیاز فرد بیشتر باشد نشان دهنده کمتر

می‌دهد. در مورد تمام سؤالات در گزینه‌های منفی، امتیازات برعکس در نظر گرفته می‌شود. به عبارتی در ابعادی همچون محدودیت در نقش جسمانی، درد جسمی و محدودیت در نقش احساسی، کسانی که وضعیت مطلوب‌تری دارند امتیاز بیشتری کسب می‌کنند.

امتیاز کیفیت زندگی در هر بعد به صورت ذیل تقسیم‌بندی می‌شود:

امتیاز زیر ۲۵، کیفیت زندگی بد

امتیاز ۲۵-۵۰، کیفیت زندگی متوسط

امتیاز ۵۰-۷۵، کیفیت زندگی خوب

امتیاز بالای ۷۵، کیفیت زندگی خیلی خوب

اطلاعات مربوط به سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، متوسط درآمد ماهیانه خانواده، مدت ابتلا به بیماری، تعداد دفعات دیالیز در هفته، وضعیت استعمال سیگار و داشتن فعالیت فیزیکی منظم با استفاده از چک لیستی جدا جمع‌آوری گردید.

پس از هماهنگی با مسئولین، ۹۸ نفر از بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام رضا و امام خمینی که حداقل سه ماه از شروع دیالیز آن‌ها گذشته بود، وارد مطالعه شدند. پرسشنامه‌های مورد استفاده بی‌نام بوده و پس از اخذ رضایت‌نامه شفاهی از بیماران توسط خودبیمار پر می‌شد. معیارهای ورود بیماران شامل سکونت در شهر کرمانشاه و فهمیدن زبان فارسی بود. در مورد بیمارانی که به علت مشکلات بینایی و یا سواد ناکافی، قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند پرسشگرانی که قبلاً در این رابطه آموزش کافی دیده بودند، اقدام به انجام مصاحبه و پر نمودن پرسشنامه آنان نمودند.

با توجه به مطالعات انجام شده قبلی، میانگین انحراف معیار امتیاز کسب شده با استفاده از پرسشنامه SF-36  $20/17$  بوده است. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۴ امتیاز، حجم نمونه لازم برای انجام این مطالعه ۹۸ نفر به دست آمد. نمونه‌گیری به روش در دسترس از بین بیمارانی که حداقل سه ماه از شروع دیالیز آن‌ها گذشته بود، انجام گردید.

بودن مشکلات روحی فرد می باشد. در حیطه سلامت روان، میانگین امتیاز بیماران  $57/33 \pm 29/17$  بود. بیش از یک پنجم بیماران امتیاز بالای ۷۵ داشتند.

به طور کلی ۲۳/۲ درصد از بیماران، امتیاز کلی سلامت جسمانی زیر ۲۵ و در حدود ۳۰ درصد، امتیاز کلی سلامت روان زیر ۲۵ داشتند (جدول ۲).

گرچه در هر دو بعد جسمانی و روانی، کیفیت زندگی مردان از زنان بهتر بود اما این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. از طرفی اختلاف معناداری در هیچ یک از حیطه‌ها بین مردان و زنان وجود نداشت. به عبارتی، جنس نقش مؤثری بر کیفیت زندگی نداشت.

در بررسی عوامل مؤثر بر عملکرد جسمی، مشخص شد که سن، نقش مؤثری بر عملکرد جسمی بیماران دارد. طوری که با افزایش سن، امتیاز عملکرد جسمی کاهش می‌یافت ( $P < 0/005$ ). افزایش سطح تحصیلات به طور معناداری با افزایش امتیاز عملکرد جسمی همراه بود ( $P < 0/05$ ). عملکرد جسمی در بیه‌ها از همه گروه‌های ازدواجی دیگر کم‌تر بود ( $P < 0/05$ ). همچنین امتیاز عملکرد جسمی در کسانی که هیچ وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/01$ ).

افزایش سطح تحصیلات با افزایش امتیاز حیطه محدودیت در نقش جسمانی همراه بود ( $P < 0/05$ ). همچنین امتیاز بعد مشکلات جسمی در کسانی که همیشه ورزش می‌کردند از همه بیشتر و در کسانی که هیچ وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/05$ ). همان‌طور که در قسمت مواد و روش‌ها نیز ذکر شد در حیطه مشکلات جسمی، امتیاز بیشتر حاکی از کم‌تر بودن مشکلات افراد است. به عبارتی هرچه فرد، امتیاز بیشتری کسب کند یعنی مشکلات جسمی او کم‌تر است.

تنها عامل مؤثر بر بعد درد جسمی در مطالعه حاضر، سطح تحصیلات بود. به نحوی که با افزایش سطح تحصیلات، امتیاز این حیطه افزایش می‌یافت ( $P < 0/005$ ). در این حیطه نیز امتیاز بیشتر نشان‌دهنده کم‌تر بودن درد جسمی است.

جدول ۱- مشخصات کلی بیماران همودیالیز شرکت‌کننده در مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد	
< ۳۰	۳۰	۱۳/۲۶	
۳۰-۳۹	۱۴	۱۴/۲۹	
۴۰-۴۹	۱۵	۱۵/۳۱	
۵۰-۵۹	۲۶	۲۶/۵۳	گروه سنی
۶۰-۶۹	۲۰	۲۰/۴۱	
$\geq 70$	۱۰	۱۰/۲۰	
جمع	۹۸	۱۰۰	
بی سواد	۳۲	۳۲/۶۵	
ابتدایی	۲۲	۲۲/۴۴	
سیکل	۱۵	۱۵/۳۰	سطح تحصیلات
دیپلم	۲۴	۲۴/۴۸	
تحصیلات دانشگاهی	۵	۵/۱۰	
جمع	۹۸	۱۰۰	
مجرد	۱۱	۱۱/۲۲	
متاهل	۷۲	۷۲/۴۶	وضعیت تاهل
بیوه	۱۵	۱۵/۳۰	
جمع	۹۸	۱۰۰	
کمتر از ۲۰۰۰۰۰ تومان	۳۲	۳۲/۶۵	میزان درآمد ماهیانه خانواده
۲۰۰۰۰۰-۴۰۰۰۰۰ تومان	۳۰	۳۰/۶۱	
۴۰۰۰۰۰-۶۰۰۰۰۰ تومان	۲۲	۲۲/۴۴	
بیشتر از ۶۰۰۰۰۰ تومان	۱۴	۱۴/۲۸	
جمع	۹۸	۱۰۰	
۲	۶	۶/۱۲	تعداد دفعات دیالیز در هفته
۳	۹۱	۹۲/۸۵	
۴	۱	۱/۰۲	
جمع	۹۸	۱۰۰	
< ۵	۷۴	۷۵/۵۱	مدت ابتلا به بیماری (بر حسب سال)
۵-۱۰	۲۰	۲۰/۴	
> ۱۰	۴	۴/۱	
جمع	۹۸	۱۰۰	
بله	۱۶	۱۶/۳۲	میزان فعالیت بدنی روزانه
گاهی	۳۸	۳۸/۷۷	
هیچ وقت	۴۴	۴۴/۸۹	
جمع	۹۸	۱۰۰	
غیر سیگاری	۸۳	۸۴/۶۹	وضعیت استعمال سیگار
کمتر از ۱۰ نخ در روز	۱۲	۱۲/۲۴	
۱۰-۲۰ نخ در روز	۳	۳/۰۶	
بیشتر از یک پاکت در روز	۰	۰	
جمع	۹۸	۱۰۰	

جدول ۲- طبقه‌بندی افراد همودیالیزی از نظر سطوح امتیاز کسب‌شده در حیطه‌های مختلف

درصد افراد با امتیاز بالای ۷۵ (خیلی خوب)	درصد افراد با امتیاز ۵۰-۷۵ (خوب)	درصد افراد با امتیاز ۲۵-۴۹ (متوسط)	درصد افراد با امتیاز زیر ۲۵ (ضعیف)	میانگین امتیاز حیطه (انحراف معیار)	حیطه
۱۴/۴	۳۳/۶	۲۷/۷	۲۴/۳	۴۳/۵۱(۲۴/۱۷)	عملکرد جسمی
۴/۴	۲۱/۱	۱۲	۶۳/۵	۳۵/۲۳(۳۴/۱۸)	محدودیت در نقش جسمانی
۱۱/۵	۲۷/۶	۲۷/۴	۲۳/۵	۴۵/۹۰(۱۷/۸۰)	درد جسمی
۱۱/۴	۲۳/۵	۴۷/۴	۱۸/۲	۴۱/۳۷(۱۸/۴۰)	سلامت عمومی
۱۵/۴	۴۱/۸	۲۵/۵	۱۷/۳	۴۵/۶۳(۲۹/۴۷)	سرزندگی و نشاط
۱۴/۷	۴۳/۷	۱۸/۲	۲۳/۴	۵۰/۴۰(۲۹/۸۱)	عملکرد اجتماعی
۱۰/۴	۲۰	۲۱/۹	۴۷/۷	۳۵/۴۰(۳۷/۹۷)	محدودیت در نقش احساسی
۲۱/۴	۲۹/۴	۴۱/۵	۷/۷	۵۷/۳۳(۲۹/۱۷)	سلامت روان
۱۷/۲	۳۱/۸	۲۷/۸	۲۳/۲	۴۲/۷۰(۲۲/۶۹)	نمره کلی سلامت جسمانی
۹/۴	۲۹/۹	۳۱/۶	۲۹/۱	۴۹/۱۰(۲۱/۱۳)	نمره کلی سلامت روانی

اجتماعی در کسانی که همیشه ورزش می‌کردند از همه بیشتر و در کسانی که هیچ‌وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/001$ ). امتیاز حیطه عملکرد اجتماعی در کسانی که ۳ بار در هفته همودیالیز می‌شدند از همه کم‌تر بود که این اختلاف از نظر آماری معنادار بود ( $P < 0/001$ ).

امتیاز بعد محدودیت در نقش احساسی در کسانی که همیشه ورزش می‌کردند از همه بیشتر و در کسانی که هیچ‌وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/001$ ). همچنین با افزایش سطح تحصیلات، امتیاز حیطه مشکلات روحی افزایش می‌یافت ( $P < 0/005$ ). افزایش امتیاز بعد روحی، نشان‌دهنده بهتر بودن شرایط فرد است. با افزایش سطح تحصیلات، بر امتیاز حیطه سلامت روان افزوده می‌شد ( $P < 0/001$ ). به‌علاوه رابطه مستقیمی نیز بین درآمد خانوار و امتیاز حیطه سلامت روان مشاهده شد به‌نحوی که با افزایش درآمد خانوار، امتیاز این حیطه افزایش می‌یافت ( $P < 0/005$ ). امتیاز بعد سلامت روان در کسانی که همیشه ورزش می‌کردند از همه بیشتر و در

افزایش سن با کاهش امتیاز سلامت عمومی همراه بود ( $P < 0/005$ ). همچنین رابطه معکوسی نیز بین درآمد خانوار و امتیاز حیطه سلامت عمومی مشاهده شد ( $P < 0/005$ ). امتیاز بعد سلامت روانی در کسانی که همیشه ورزش می‌کردند از همه بیشتر و در کسانی که هیچ‌وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/001$ ). با افزایش سن، امتیاز حیطه نشاط کاهش می‌یافت ( $P < 0/005$ ). رابطه مستقیمی بین سطح تحصیلات و امتیاز حیطه نشاط مشاهده شد، طوری که با افزایش سطح تحصیلات، امتیاز حیطه نشاط افزایش می‌یافت ( $P < 0/001$ ). درآمد خانوار، رابطه مستقیم با امتیاز حیطه نشاط داشت ( $P < 0/001$ ). امتیاز حیطه نشاط در کسانی که همیشه ورزش می‌کردند از همه بیشتر و در کسانی که هیچ‌وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/001$ ). امتیاز حیطه نشاط در کسانی که ۳ بار در هفته همودیالیز می‌شدند از همه بیشتر بود ( $P < 0/005$ ). همراه با افزایش سطح تحصیلات، امتیاز عملکرد اجتماعی افزایش می‌یافت ( $P < 0/005$ ). امتیاز بعد عملکرد

فعالیت فیزیکی و نیز دفعات همودیالیز در هفته به‌عنوان عوامل مؤثر بر بعد روانی کیفیت زندگی شناخته شدند.

ریموند در سال ۱۹۹۷ در هلند، کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز را با کیفیت زندگی جمعیت مرجع مقایسه کرد. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران همودیالیز به‌صورت بارزی نسبت به افراد سالم، نقصان قابل توجهی دارد (۱۷). بین بیماری و کیفیت زندگی، رابطه متقابل برقرار است. همواره اختلالات جسمی، اثر مستقیمی بر تمام جنبه‌های کیفیت زندگی خواهند داشت و در مقایسه با جمعیت سالم، کیفیت زندگی بیماران در وضعیت پایین‌تری قرار دارد. در مطالعه حاضر در کلیه حیطه‌ها نمره کیفیت زندگی بیماران تحت مطالعه در مقایسه با جمعیت سالم کم‌تر بود و از این نظر تقریباً مشابه نتایج مطالعات سایرین بود (۶ و ۸-۱۰).

گرچه در هر دو بعد جسمانی و روانی، کیفیت زندگی در زنان نامطلوب‌تر از مردان بود اما این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. برتری در هیچ‌یک از حیطه‌ها بین مردان و زنان مشاهده نشد. به‌عبارتی جنس، نقش مؤثری بر کیفیت زندگی نداشت. این یافته در مطالعات دیگران نیز مشاهده شده است (۱۱).

مواجهه بیماران تحت همودیالیز با عوامل متعدد استرس‌زای جسمی و روانی می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان شود. البته تمرینات بدنی منظم به‌عنوان یکی از نکات سبک زندگی سالم در مورد همه افراد قابل توصیه است. در این بیماران به‌علت شرایط خاصی که دارند داشتن فعالیت بدنی منظم به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر تقویت کیفیت زندگی بیماران به‌شمار می‌رود. در این مطالعه مشخص شد بیمارانی که فعالیت بدنی منظم به‌عنوان جزئی از برنامه‌های روزانه‌شان بود همواره هم از نظر بعد روانی و هم جسمانی، کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشتند. این یافته در مطالعات سایر محققان نیز تأیید شده است (۹ و ۱۲).

کسانی که هیچ‌وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/001$ ).

امتیاز کلی سلامت جسمانی تحت تأثیر سن، سطح تحصیلات و فعالیت بدنی بود. طوری که با افزایش سن از امتیاز کلی سلامت جسمانی کاسته ( $P < 0/05$ ) و با افزایش سطح تحصیلات ( $P < 0/005$ ) بر امتیاز کلی سلامت جسمانی افزوده می‌شد. همچنین امتیاز سلامت جسمی در کسانی که هیچ‌وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/001$ ).

سطح تحصیلات، درآمد خانوار، فعالیت بدنی و نیز دفعات همودیالیز در هفته به‌عنوان عوامل مؤثر بر امتیاز کلی سلامت روانی شناخته شدند. طوری که با افزایش سطح تحصیلات، امتیاز کلی سلامت روانی افزایش می‌یافت و همچنین افزایش درآمد خانوار نیز همراه با افزایش امتیاز سلامت روانی بود ( $P < 0/05$ ). امتیاز کلی بعد سلامت روانی در کسانی که همیشه ورزش می‌کردند از همه بیشتر و در کسانی که هیچ‌وقت ورزش نمی‌کردند از همه کم‌تر بود ( $P < 0/001$ ). علاوه بر این، امتیاز کلی سلامت روان در افرادی که دوبار در هفته دیالیز می‌شدند از همه بیشتر بود ( $P < 0/05$ ). وضعیت استعمال سیگار و نیز طول دوره بیماری بر هیچ‌یک از حیطه‌های کیفیت زندگی تأثیری نداشتند.

## بحث

در مطالعه پیش‌رو مشخص شد که تقریباً ۵۰ درصد بیماران از نظر بعد جسمی از کیفیت خوب و خیلی خوب و در حدود ۴۰ درصد نیز در بعد سلامت روان از کیفیت زندگی خوب و خیلی خوب برخوردار بودند. فعالیت بدنی تقریباً بر کلیه حیطه‌های کیفیت زندگی مؤثر بود به‌نحوی که همواره کیفیت زندگی در افرادی که ورزش می‌کردند بهتر بود. سن، سطح تحصیلات و فعالیت بدنی به‌عنوان دیگر عوامل مؤثر بر بعد جسمانی کیفیت زندگی شناخته شدند. همچنین سطح تحصیلات، درآمد خانوار،

درمانی باشد. یکی از نقاط قوت این مطالعه، انجام این مطالعه در دو بیمارستان آموزشی شهر کرمانشاه است که می‌توان گفت افراد مورد بررسی، نمونه‌ای گویا از جمعیت بیماران همودیالیزی بوده‌اند. اما در این مطالعه، نبود ابزار مناسب برای اندازه‌گیری وضعیت اقتصادی اجتماعی بیماران از محدودیت‌های مطالعه به‌شمار می‌آید.

### نتیجه‌گیری

مطلوب‌تر بودن کیفیت زندگی در بیماران با وضعیت اقتصادی اجتماعی بهتر می‌تواند دلیلی باشد برای سیاست‌گذاران عرصه خدمات درمانی که بر اساس آن توجه بیشتری به پوشش هزینه‌های درمانی این بیماران از طریق بیمه‌های درمانی نمایند. از طرفی، تأثیر مثبت فعالیت فیزیکی منظم بر کیفیت زندگی می‌تواند شواهدی بر اهمیت گنجاندن آن در رژیم درمانی بیماران باشد تا از این طریق، گامی در راستای اعتلای سلامت جامعه بیماران برداشته شود.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح شماره ۸۹۰۰۱ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بود. پس از تشکر از مساعدت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از همکاری صمیمانه پرسنل و بیماران بخش همودیالیز بیمارستان‌های امام رضا و امام خمینی قدردانی نمایند.

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل‌توجه پزشکی و بهداشت عمومی در سال‌های اخیر، افرادی که از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی فقیرترند، سهم بیشتری از بار بیماری‌ها و ناتوانی‌ها را به دوش می‌کشند (۱۳). در این مطالعه سعی بر آن بود که کیفیت زندگی بیماران در هر یک از زیرگروه‌های اقتصادی اجتماعی ارزیابی شود. یافته‌ها نشان داد که همواره کسانی که وضعیت اقتصادی اجتماعی بهتری داشتند از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بودند. یافته‌های مطالعه پاکپور هم حاکی از رابطه مستقیم بین وضعیت اقتصادی اجتماعی و بعد روانی کیفیت زندگی است (۹).

سطح تحصیلات به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر و مهم بر نگرش فرد نسبت به مشکلات، مطرح شده است. انتظار می‌رود افرادی که سطح تحصیلات بالاتری دارند نسبت به سایرین، نگرش بهتری داشته و کیفیت زندگی آنان مطلوب‌تر باشد (۱۴). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که سطح تحصیلات، رابطه مستقیمی با هر دو بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی دارد. طوری که بیماران با تحصیلات بالاتر، کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشتند که با نتایج سایر مطالعات نیز همخوانی دارد (۹، ۱۵ و ۱۶).

کیفیت زندگی از ابزارهایی است که در شرایطی که بیماری کشنده نیست می‌تواند برای اولویت‌بندی و ارزشیابی مداخلات مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین همواره بررسی‌های مقطعی آن در نظام سلامت می‌تواند مبنایی برای ارزشیابی‌های بعدی برنامه‌های مراقبت

### References

1. Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. 2<sup>nd</sup> ed. England: Wiley. 2007; 3-8.
2. Nedjat S. [Quality of life and its measurement (Persian)]. Iranian Journal of Epidemiology. 2008;4(2):57-62.
3. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. Popul Health Metr. 2009;7(9):357-62.
4. Mahdavi-Mazdeh M. Why do we need chronic kidney disease screening and which way to go? Iran J Kidney Dis. 2010;4(4):275-81.
5. Madhan K. Quality of life. Nephrology. 2010;15:S32-S4.
6. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005;14(3):875-82.
7. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. J Clin Epidemiol. 1998;51(11):903-12.

8. Powers MJ, Baldree KS, Murphy SP. Stress identification and coping patterns in patients on hemodialysis. *Nurs Res.* 1982;31(2):107-12.
9. Pakpour AH, Saffari M, Yekaninejad MS, Panahi D, Harrison AP, Molsted S. Health-related quality of life in a sample of Iranian patients on hemodialysis. *Iran J Kidney Dis.* 2010;4(1):50-9.
10. Anees M, Hameed F, Mumtaz A, Ibrahim M, Nasir Saeed Khan M. Dialysis-Related Factors Affecting Quality of Life in Patients on Hemodialysis. *Iran J Kidney Dis.* 2011;5(1):9-14.
11. Baraz S, Mohammadi E, Bromand B. [Association of sleep quality, quality of life and some hemoral factors in patients on hemodialysis(Persian)]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences.* 2007;9(4):67-74.
12. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Eshvandi K, Abedi Azar S. [The effect of exercise on quality of life in hemodialysis patients(Persian)]. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences.* 2008;30(1):51-5.
13. Marmot M. Inequalities in health. *N Engl J Med.* 2001;345(2):134-6.
14. Nedjat S, Montazeri A, Holakoui Naeini K, Mohamad K, Majdzadeh SR. [Standardizing the WHOQOL: translation and Validation of the Iranian Version (Persian)]. *Journal of Public Health and Institute of Health Researches.* 2006;2(4):1-12.
15. Miomiri S, Vladisav S. Assessment of health-related quality of life in patients treated with hemodialysis in Serbia: influence of comorbidity, age and income. *Artificial Organs.* 2007;31(1):53-60.
16. Pakpour AH, Panahi Chenaghalaghi D, Yekaninejad MS, Ebadi-Fardazar F, Izadi H. [Comparison of health-related quality of life in hemodialysis patients and healthy people (Persian)]. *Health Managment Journal.* 2006;9(25):55-62.
17. Raymond K, Devins GM. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidy Dis.* 1997;29(4):584-92.