Comparing quality of life between elderly undergoing hemodialysis and healthy elders

Azami M[1], Tavan H[2], Soleimaniyan L[3], Borji M[*4]

Abstract

Introduction and purpose: Number of patients with chronic renal failure is increasing during the last two centuries and 40% of these patients are elderly. This study aimed to evaluate and compare quality of life between elderly undergone hemodialysis and healthy elders in the city of Ilam.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted among 40 old patients under hemodialysis treatment for at least 6 months and 40 healthy elderly living in the community with no chronic diseases. We used SF-36 questionnaire to measure level of quality of life. Data were analyzed by SPSS version 20 using t-test and ANOVA.

Findings: Our findings revealed a significant difference ($P<0.05$) in the mean score of quality of life among patients under hemodialysis treatment (28.5 ± 5.16) and healthy elders (65.17 ± 11.83). There was a significant ($p<0.001$) relationship between quality of life and gender as well as income among hemodialysis patients. In contrast, there was only a significant association between quality of life and gender, but not income, among healthy elderly.

Conclusion: According to the findings from this study, level of quality of life among elderly under hemodialysis treatment was low. Therefore, it would be beneficial to pay more attention toward quality of life among elderly undergoing hemodialysis.

Keywords: Elderly, Hemodialysis, Quality of Life

Received: 2015/12/4 Accepted: 2016/02/16

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/*)* **which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.**

1 - Student, Student Research Committee, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2 - Nurse, Student Research Committee, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
3 - Student, Student Research Committee, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
4 - Master student of Community Health Nursing, Student Research Committee, Ilam University of Medical Science, Ilam, Iran. (**Corresponding Author):E-mail:** borji_milad@yahoo.com

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-10-12]

بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی سالمندان تحت درمان با همودیالیز و سالمندان سالم شهر ایلام

میلاد اعظمی[۱]، حامد توان[۲]، لیلا سلیمانیان[۳]، میلاد برجی*[٤]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/ ۹/۱۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۲۷

چکیده

مقدمه و هدف: در طی دو قرن گذشته، شمار بیماران سالمند مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، در بیشتر کشورها افزایش یافته است و ۴۰٪ از این بیماران را سالمندان تشکیل می دهند. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی سالمندان تحت درمان با همودیالیز و سالمندان سالم شهر ایلام انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، کیفیت زندگی۴۰ نفر سالمند تحت درمان با همودیالیز(حداقل ۶ ماه) و ۴۰ نفر سالمند سالم و فاقد هرگونه بیماری مزمن با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی(SF-36)مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۰ و با استفاده از آزمونهای آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ درنظرگرفته شد(P<۰/۰۵).

یافته ها: یافته ها نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان در گروه مورد ۵/۱۶± ۲۸/۵۰ و در گروه شاهد ۱۱/۸۳± ۶۵/۱۷ می باشد که از نظر آماری اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات گروه مورد و شاهد در تمامی ابعاد پرسشنامه وجود داشت (P=./۰۰۱)در گروه مورد بین جنسیت و درآمد با کیفیت زندگی و در گروه شاهد بین جنسیت با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد(P<۰.۰۵). اما بین سایر متغیرهای دموگرافیکی و کیفیت زندگی در هر دو گروه، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد(P>۰.۰۵).

نتیجه گیری: کیفیت زندگی اکثر سالمندان تحت درمان با همودیالیز پایین بود، بنابراین نیازمند توجه بیشتر مسئولان در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این افراد می باشد.

کلید واژه ها: سالمند، همودیالیز، کیفیت زندگی

۱ – دانشجو، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۲ – پرستار، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۳ – دانشجو، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
۴ – دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** (borji_milad@yahoo.com)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

پیشرفت های پزشکی و بهداشتی باعث افزایش طول عمر انسان ها شده و بر جمعیت سالمندان و به دنبال آن تعداد سالمندانی که نیاز به خدمات بهداشتی-درمانی دارند افزوده است(۱). پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالشهای اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم به شمار کی رود. در کشورهای در حال توسعه، سرعت رشد جمعیت سالمندی بیش از کشورهای توسعه یافته بوده و در حال حاضر بیش از نیمی از جمعیت سالمند جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند(۲).

در کشور ایران بر اساس آمار های جمعیتی در سال ۱۳۳۵ سالمندان (۶/۲۵٪) جمعیت ایران را تشکیل می داده که در سال ۱۳۹۰ به(۸/۲٪) رسید و پیش بینی می شود تا سال ۱۴۲۹ به ۲۴/۶۲٪ برسد(۳, ۴). طبق سرشماری که در سال ۱۳۹۰ انجام شده است ۸/۳ درصد از جمعیت ایران(۵) و حدود ۴/۷۱٪ از جمعیت استان ایلام را سالمندان تشکیل دادند(۶). در طی دو قرن گذشته، شمار بیماران سالمند مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، در بیشتر کشورها افزایش یافته است و ۴۰٪ آنان ۶۵ سال یا بالاتر می باشند(۷, ۸).

در نارسایی مزمن کلیوی، کلیه ها قادر به برقراری اعمال متابولیک و حفظ تعادل مایعات و الکترولیت ها در بدن نبوده که می تواند به وضعیت خطرناک و کشنده اورمی ختم شود. درمان این بیماری ابتدا حفاظتی بوده که سرانجام نیازمند به دیالیز می باشد (۹و۱۰). همودیالیز شایع ترین روش درمانی مورد استفاده در بیماران مزمن کلیوی می باشد به طوری که در ایالات متحده آمریکا ۸۰٪ بیماران کلیوی حاد، همودیالیز می شوند(۱۱). در ایران، بیش از ۱۳ هزار نفر بیمار دیالیزی وجود دارد و هر ماه حدود ۱۵۰ هزار جلسه دیالیز انجام می شود(۱۲) و سالانه آمار بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران حدود ۱۵٪ افزایش می یابد(۱۳).

اگرچه همودیالیز می تواند طول عمر بیمار را افزایش دهد ولی کنترل این بیماری مشکل بوده و عوارض و مشکلات ایجاد شده برای آنان به عنوان یک معضل جهانی مطرح است. این بیماران از کیفیت زندگی و بقاء پایین تری برخوردار هستند و تغییرات اساسی در سبک زندگی این بیماران به وجود می آید (۱۴, ۱۵). کیفیت زندگی دارای مفهوم گسترده ای است که ابعاد مختلف زندگی مانند عشق، مذهب، کار، وضعیت مالی و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی را در برمی گیرد(۱۶). اخیراً توجه به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، افزایش قابل ملاحظه ای داشته است (۱۷). این ارزیابی کمک می کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی مورد توجه قرار گیرد(۱۸). با توجه به روند رو به رشد جمعیت سالمندان و همچنین شیوع بالای نارسایی مزمن کلیه در ایران، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی سالمندان تحت درمان با همودیالیز و سالمندان سالم شهر ایلام انجام شد.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۴۰ نفر سالمند تحت درمان با همودیالیز و ۴۰ نفر سالمند سالم مورد بررسی قرار گرفتند. گروه مورد از بین سالمندان تحت درمان با همودیالیز حداقل به مدت ۶ ماه انتخاب شدند. گروه شاهد را سالمندان ساکن در شهر ایلام که فاقد هرگونه بیماری مزمن بودند، تشکیل دادند. ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه مشخصات دموگرافیکی و کیفیت زندگی (SF-36) بود. پرسشنامهSF-36 دارای ۳۶ سوال و هشت خرده مقیاس مربوط به سلامت است که ابعاد کیفیت زندگی شامل

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-10-12]

عملکرد فیزیکی(۱۰سوال)، محدودیت نقش مربوط به سلامت جسمی(۴سوال)، محدودیت نقش مربوط به سلامت هیجانی(۳سوال)، انرژی (۹سوال)، سلامت هیجانی(۴سوال)، عملکرد اجتماعی(۲سوال)، درد بدنی(۲سوال) و سلامت عمومی(۲ سوال) را اندازه گیری می کند. هر سوال حداقل ۲ و حداکثر ۶ گزینه دارد و حداکثر امتیاز کسب شده برای هر بخش یا خرده مقیاس ۱۰۰ و حداقل صفر می باشد که هر چه نمره بیشتر باشد دلالت بر کیفیت زندگی بهتر دارد. سطح کیفیت زندگی به صورت مطلوب (۱۰۰-۷۱)، تا حدی مطلوب (۷۰-۳۱) و نامطلوب (۳۰-۰)در نظر گرفته شد(۱۹). در ایران، روایی پرسشنامه با مقایسه گروه های شناخته شده و روایی همگرایی و پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی مورد بررسی و تایید قرار گرفت(۲۰). در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه با روش آزمون مجدد ۸۶/. محاسبه شد.

پژوهشگر پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایلام، اقدام به جمع اوری اطلاعات نمود. به شرکت کنندگان توضیح داده شد که در صورت تمایل می توانند در مطالعه شرکت کنند و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات ارائه شده به صورت کاملاً محرمانه خواهد بود و نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی نمی باشد. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS (نسخه ی ۲۰) و با استفاده از آزمونهای آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه انجام شد.سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ درنظرگرفته شد(P<۰/۰۵).

یافته ها

در این پژوهش کیفیت زندگی۸۰ نفر سالمند مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی سالمندان ۷/۳±۷۱/۳۵ سال بود و بیشتر آنها در دامنه سنی ۷۵-۷۱ سال قرار داشتند. در هیچ کدام از مشخصات دموگرافیکی تفاوت آماری معنی داری بین گروه مورد و شاهد مشاهده نشد(P>۰.۰۵).

جدول۱-مشخصات دموگرافیکی سالمندان مورد پژوهش شهر ایلام در سال ۹۴-۱۳۹۳

متغیر		مورد (٪)تعداد	شاهد (٪)تعداد	p
سن (سال)	۶۵-۷۰	۱۴(۳۵/۰)	۱۲ (۳۰/۰)	./۱۲
	۷۱-۷۵	۸(۲۰/.)	۹(۲۲/۵)	
	۷۶-۸۰	۴(۱۰/۰)	۴(۱۰/۰)	
	۸۱-۸۵	۷(۱۷/۵)	۸(۲۰/۰)	
	>۸۵	۷(۱۷/۵)	۷(۱۷/۵)	
جنس	مرد	۲۰(۵۰/۰)	۱۸(۴۵/۰)	./۴۸
	زن	۲۰(۵۰/۰)	۲۲(۵۵/۰)	
تاهل	متاهل	۳۱(۷۷/۵)	۳۵(۸۷/۵)	./۲۵
	بدون همسر	۹(۲۲/۵)	۵(۱۲/۵)	
تحصیلات	بی سواد	۳۴(۸۵/۰)	۳۱(۷۷/۵)	۰/۰۵
	ابتدایی	۳(۷/۵)	۶(۱۵/۰)	
	دیپلم	۳(۷/۵)	۲(۵/۰)	
	کارشناسی	۰(۰/۰)	۱(۲/۵)	
درآمد ماهانه (هزار تومان)	<۲۰۰	۲۹(۷۲/۵)	۳۰(۷۵/۰)	./۵۳
	۲۰۰-۴۰۰	۹(۲۲/۵)	۹(۲۲/۵)	
	>۴۰۰	۲(۵/۰)	۱(۲/۵)	

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-10-12]

یافته های جدول ۲ نشان می دهد که در گروه مورد بین جنسیت و درآمد با کیفیت زندگی و در گروه شاهد بین جنسیت با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد (P<۰.۰۵):

جدول۲- مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان گروه مورد و شاهد بر حسب متغیر های دموگرافیکی

متغیر		گروه مورد M±SD	P	گروه شاهد M±SD	P
جنس	مرد	۳۰/۶۷±۵/۴۵	./۰۱	۶۹/۱۳±۱۵/۴۰	./۰۳
	زن	۲۶/۷۳±۴/۲۶		۶۱/۲۱±۴/۱۹	
سن(سال)	۶۵-۷۰	۲۸/۸۳±۵/۵۴	./۵۴	۶۵/۷۲±۱۳/۲۳	./۸۰
	۷۱-۷۵	۲۶/۶۹±۳/۸۹		۶۹/۱۵±۱۶/۶۰	
	۷۶-۸۰	۲۶/۳۱±۳/۸۰		۶۱/۰۶±۱/۵۶	
	۸۱-۸۵	۲۹/۳۴±۳/۸۶		۶۳/۷۶±۳/۹۰	
	>۸۵	۳۰/۵۸±۵/۱۶		۶۳/۲۸±۱۲/۴۰	
تاهل	متاهل	۲۸/۴۸±۵/۰۴	./۹۴	۶۴/۴۳±۱۰/۳۹	./۴۷
	مجرد	۲۸/۶۷±۶/۶۰		۶۷/۷۰±۱۶/۴۰	
تحصیلات	بی سواد	۲۷/۹۲±۴/۹۶	./۰۸	۶۵/۴۹±۱۱/۳۷	./۹۴
	ابتدایی	۳۳/۲۹±۵/۰۱		۶۵/۵۴±۱۷/۱۹	
	دیپلم	۳۵/۳۷±۰/۰۰		۶۱/۹۳±۷/۱۵	
	دانشگاهی	-		۵۹/۵۰±۰/۰۰	
درآمدماهانه(هزارتومان)	<۲۰۰	۲۷/۱۰±۴/۳۴	./۰۴	۶۴/۹۵±۱۱/۷۲	./۶۱
	۲۰۰-۴۰۰	۳۲/۰۸±۵/۲۷		۶۷/۴۱±۱۳/۴۵	
	۴۰۰	۳۸/۳۷±۰/۰۰		۵۸/۲۵±۵/۳۰	

M = میانگین SD = انحراف معیار

جدول۳- مقایسه ابعاد کیفیت زندگی سالمندان گروه مورد و شاهد شهر ایلام در سال ۹٤-۱۳۹۳

ابعاد کیفیت زندگی	مورد M±SD	شاهد M±SD	P
عملکرد جسمانی	۲۴/۹۸±۷/۰۱	۶۷/۹۵±۱۳/۰۱	./۰۰۱
ایفای نقش جسمی	۲۷/۲۳±۴/۰۷	۵۷/۲۵±۱۷/۴۹	./۰۰۱
درد بدنی	۲۵/۱۵±۹/۲۹	۶۳/۰۱±۱۵/۶۰	./۰۰۱
سلامت عمومی	۲۶/۹۳±۹/۹۶	۵۹/۷۸±۱۹/۹۸	./۰۰۱
انرژی و نشاط	۲۴/۰۸±۸/۳۰	۷۵/۱۰±۱۶/۱۳	./۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۲۲/۷۳±۶/۲۵	۶۳/۵۳±۲۵/۰۳	./۰۰۱
ایفای نقش عاطفی	۳۵/۲۸±۷/۰۸	۶۱/۲۵±۱۷/۴۹	./۰۰۱
سلامت روان	۴۱/۷۳±۱۳/۵۴	۷۰/۴۳±۱۱/۲۸	./۰۰۱
کل	۲۸/۵۰±۵/۱۶	۶۵/۱۷±۱۱/۸۳	./۰۰۱

M = میانگین SD = انحراف معیار

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-10-12]

یافته های جدول ۳ نشان می دهد که میانگین نمره کیفیت زندگی سالمندان در گروه مورد ۵/۱۶ ± ۲۸/۵۰ و در گروه شاهد ۱۱/۸۳ ± ۶۵/۱۷ می باشد. از نظر آماری اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات گروه مورد و شاهد در تمامی ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی وجود داشت (P=./۰۰۱). در سالمندان تحت درمان با همودیالیز، کمترین نمره مربوط به حیطه عملکرد اجتماعی(۶/۲۵±۲۲/۷۳) و بیشترین آن مربوط به سلامت روان (۱۳/۵۴±۴۱/۷۳) بود. از طرفی در سالمندان سالم، کمترین نمره مربوط به ایفای نقش جسمی (۱۷/۴۹±۵۷/۲۵) و بیشترین نمره مربوط به سلامت روان(۱۱/۲۸±۷۰/۴۳) بود.

بعلاوه نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بیشتر سالمندان تحت درمان با همودیالیز کیفیت زندگی نامطلوب(۶۵٪) داشته و بقیه آنها از کیفیت تا حدی مطلوب(۳۵٪) برخوردار بودند. در حالیکه بیشتر سالمندان سالم(۸۷/۵٪) کیفیت زندگی تا حدی مطلوب داشته و فقط ۵٪ آنها از کیفیت زندگی نامطلوب رنج می بردند.

بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد به طور معنی داری کمتر بود. در پژوهش شهمیری زاده و همکاران(۱۳۹۰)، سالمندان با بیماری مزمن، سلامت جسمی و روانی پایین تری داشتند که همسو با نتایج پژوهش حاضر می باشد(۲۱). در پژوهش کروچلی و همکاران(۲۰۰۷) با افزایش تعداد بیماری های مزمن، میانگین همه ابعاد کیفیت زندگی به طور معنی داری کاهش یافت(۲۲). در پژوهش وحدانی نیا و همکاران(۱۳۸۴) نشان داده شد که وضعیت سلامتی فرد، به عنوان یک عامل پیشگویی کننده بر کیفیت زندگی سالمندان می باشد(۲۳).

یافته های این پژوهش نشان داد که بیشتر سالمندان تحت درمان با همودیالیز کیفیت زندگی نامطلوبی داشتند که با یافته های پژوهش طاهری و همکاران همخوانی دارد(۲۴). در پژوهش رامبد و همکاران(۸۷-۱۳۸۶) سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، کیفیت زندگی پایینی داشتند(۲۵). در پژوهش معینی و همکاران(۱۳۹۲) اکثر بیماران همودیالیزی کیفیت زندگی متوسطی داشتند(۲۶). در پژوهش آلبرت و همکاران روی ۵۷۰ نفر از بیماران همودیالیزی، کیفیت زندگی اکثر بیماران در حد مطلوب بود(۲۷). این نتایج متفاوت ممکن است به علت اختلاف در محدوده ی سنی نمونه های تحت مطالعه باشد بطوریکه در مطالعه معینی، نمونه ها ۷۵-۱۸ سال و در مطالعه آلبرت ۷۸-۵۰ سال بودند، در حالی که در پژوهش حاضر فقط بیماران بالای ۶۵ سال مورد بررسی قرار گرفتند. از طرفی در پژوهش برجی و همکاران(۱۳۹۴) نتایج نشان داد که سلامت معنوی اکثر بیماران هودیالیزی شهر ایلام در سطح متوسط قرار داشت(۲۸). در پژوهش اطاقی و همکاران(۱۳۹۴) اکثر این بیماران کیفیت خواب نامطلوبی داشتند(۲۹). با توجه به ارتباط سلامت معنوی، کیفیت خواب و کیفیت زندگی (۳۰, ۳۱)، به نظر می رسد که پایین بودن کیفیت زندگی این بیماران، شاید به علت پایین بودن سلامت معنوی و کیفیت خواب آنها باشد.

بر اساس یافته های مطالعه حاضر،کمترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد عملکرد اجتماعی و بیشترین مربوط به سلامت روان بود. در پژوهش معینی و همکاران کمترین نمره کیفیت زندگی مربوط به محدودیت های ایفای نقش جسمانی و بیشترین مربوط به عوامل مرتبط با بیماری کلیوی شامل کلیه سوالات روانی، اجتماعی و جسمانی مرتبط با بیماری همودیالیز بود(۲۶). در پژوهش امیرخانی و همکاران(۱۳۹۱) کمترین نمره کیفیت زندگی مربوط به سلامت عمومی و بیشترین مربوط به ایفای نقش فیزیکی بود(۳۲). در مطالعه طیبی و همکاران کمترین نمره کیفیت

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-10-12]

زندگی مربوط به بعد محدودیت های حرکتی و بیشترین مربوط به سلامت روان بود(۳۳). متفاوت بودن محیط خانواده، اجتماعی و چگونگی حمایت در خانواده، اختلاف میانگین سنی و جنسیتی نمونه های مورد پژوهش و سایر عوامل دموگرافیکی می تواند منشاء این نتایج متفاوت باشد(۳۴).

یافته ها نشان داد که بین جنس و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد و بیماران سالمند مرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند. خزایی و همکاران(۱۳۹۳) دریافتند که کیفیت زندگی سالمندان مرد در مقایسه با سالمندان زن به طور معنا داری بالاتر بود(۳۵). اما در مطالعه طاهری و همکاران اگرچه کیفیت زندگی مردان بالاتر از زنان بود اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود(۲۴). خزایی و همکاران(۱۳۹۳) همچنین دریافتند که کیفیت زندگی سالمندان مرد در مقایسه با سالمندان زن به طور معنا داری بالاتر بود(۳۵). معینی و همکاران نیز بین جنس و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نکردند(۲۶). در پژوهش براز و همکاران میانگین ابعاد فیزکی-روانی کیفیت زندگی در زنان و مردان تفاوتی نداشت (۳۴). در توضیح این اختلاف، می توان به سالمند بودن بیماران مورد پژوهش اشاره کرد، به طوری که در دوره سالمندی، عواملی مانند سوء رفتار درک شده بیشتر نسبت به سالمندان زن(۳۶)، تحصیلات و درآمد کمتر در سالمندان زن، طول عمر بیشتر زنان نسبت به مردان و در نتیجه آن تنهایی طولانی مدت پس از مرگ همسر از عواملی هستند که می توانند مشارکت اجتماعی پایین زنان را در پی داشته باشند(۳۷-۳۹).

یافته ها نشان داد که اگرچه با افزایش تحصیلات بر میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران افزوده می شد اما ارتباط آماری معنی داری بین کیفیت زندگی و میزان تحصیلات وجود نداشت که با نتایج پژوهش طیبی و همکاران همخوانی دارد(۳۳). در پژوهش معینی و همکاران(۱۳۹۴) بین تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد(۲۶). در پژوهش طاهری و همکاران بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت و با افزایش تحصیلات بر کیفیت زندگی بیماران افزوده می شد(۲۴).

یافته نشان داد که بین میزان درآمد و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. به طوری که با افزایش میزان درآمد خانواده در ماه، بر میزان کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی افزوده می شدکه با نتایج مطالعه طاهری و همکاران همخوانی دارد(۲۴). در این پژوهش بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. در پژوهش طاهری و همکاران نیز اگر چه کیفیت زندگی بیماران متاهل تحت درمان با همودیالیز بیشتر بود، اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود(۲۴). اگرچه در پژوهش رامبد و همکاران بین تاهل و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت و افراد متاهل کیفیت زندگی بالاتری را داشتند (۲۵).

کیفیت زندگی اکثر سالمندان تحت درمان با همودیالیز پایین بود، بنابراین نیازمند توجه بیشتر مسئولان در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این افراد می باشد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه سالمندان گرامی به خاطر صبر و حوصله ایی که برای شرکت در این مطالعه داشته اند، تقدیر و تشکر می گردد. این طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایلام می باشد، لذا از حمایت های مالی این مرکز تشکر و قدردانی به عمل می آید.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-10-12]

▪ *References*

1. Eshaghi SR, Shahsanai A, Ardakani M. Assessment of the Physical Activity of Elderly Population of Isfahan, Iran. Journal of Isfahan Medical School.29(147)

2. Habibi A, Nikpour S, Seiedoshohadaei M, Haghani H. Quality of life and status of physical functioning among elderly people in west region of Tehran: a cross-sectional survey. Iranian Journal of Nursing. 2008;21(53):29-39.

3. Heshmati H, Behnampour N, Charkazi A, Asadi Z, Dehnadi A. Elderly Hygiene Status in Rural Areas of Golestan Province in Iran .Iranian Journal of Ageing. 2012;7(1):25-33.

4. Moradi S, Fekrazad H, Mousavi M, Arshi M. The study of relationship between Social Participation and quality of life of old people who are member of senior association of Tehran City in 2011. Salmand. 2013; 7 (4) :41-46

5. Seyyedrasooli A, Valizadeh L, Zamanzadeh V, Gasemi O, Nasiri J. The effect of reflexology on sleep quality of elderly: A single–blind clinical trial. Medical-Surgical Nursing Journal. 2013;2(1):11-18.

6. Gheisariyan E, Sepeadnameh, B .Aging Demographics in Ilam Province. Journal of Geriatric Nursing. 2015;1(3):87-103.

7. Jager K, Van Dijk P, Dekker F, Stengel B, Simpson K, Briggs J. The epidemic of aging in renal replacement therapy: an update on elderly patients and their outcomes. Clinical nephrology. (2003).

8. Apostolou T. Quality of life in the elderly patients on dialysis. International urology and nephrology. 2007;39(2):679-83.

9. S Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality Of Life In Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, And Transplantation Patients. Transplant Proc. 2007;39(10):3047-53.

10.Hojjat M, Zehadatpour Z, Nasr Esfahani M. Comparing the lilt voice of Koran with normal situation, silence, Arabic music and Iranian music on adequacy of dialysis. Journal of Critical Care Nursing. 2010;3(2):9-10.

11.Brunner LS ,Smeltzer SCC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.

12.Ali IM, Amirthalingam R. Clinical outcomes of end stage renal disease and adequacy of adult maintenance hemodialysis patients. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2014;3(3):660-668.

13.Baraz-Pardenjani S, Mohammadi E, Boroumand B. The effect of self–care teaching by video tape on physical problems and quality of life in dialysis patients .Iranian journal of nursing. 2008;21(54):121-33.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-10-12]

14.Sreejitha N, Devi K, Deepa M, Narayana G, Anil M, Rajesh R, et al. The quality of life of patients on maintenance hemodialysis and those who underwent renal transplantation. Amrita J Med. 2012;8:1-44.

15.Tovbin D, Gidron Y, Jean T, Granovsky R, Schnieder A. Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. Quality of Life Research. 2003;12(6):709-717.

16.Behrouzifar S, ZenouziS, 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.

17.Hasanpour D, Delaram M, Forouzandeh N, Ganji F, Asadi N, Bakhsha F, et al. A survey on qualityof life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hagar hospital in 2005. 2007.

18.Mahmoudi G-R, Shariati A, Behnampour N. Relationship between quality of life and coping among hemodialysis patients in hospitals. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2003;5(2):43-52.

19.Sadeghi H., Azizzadeh Foruzi M., Haghdoost A, Mohammad Alizade S.. Effect of implementing continuous care model on sleep quality of hemodialysis patients. Journal of Critical Care Nursing. 2010; 3 (1) :5-6

20.Harirchi A, Rasooli A, Montazeri A, Eghlima M. Comparison quality of life in hemodialysis patients and kidney transplanting patients. Payesh J. 2004;3(2):117-121.

21.Esmaeili Shahmirzadi S, Shojaeizadeh D, Azam K, Salehi L, Tol A, Moradian Sorkhkolaei M. The impact of chronic diseases on the quality of life among the elderly people in the east of Tehran. Payavard Salamat. 2012;6(3):225-235.

22.Crouchley K, Daly A, Australia W. Chronic Disease and Quality of Life: In Western Australia June 2007 :Department of Health; 2007.

23.Vahdaninia M, Goshtasbi A, Montazeri A, Maftoun F. Health-related quality of life in an elderly population in Iran: a population-based study. 2005.

24.Tahery N, Kamangar S, Cheraghian B, Mousavi SZO, Solaimanzadeh M. Life Quality of Hemodialysis Patients. Journal of Knowledge & Health. 2013;8(3):119-24.

25.Rambod M, F R. Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. Iranian Journal of Nursing Research 2008-2009;3(10-11):85-89.

26.Moeini V, Shiri P, M A. Study Quality of life and related factors in hemodialysis patients referred to teaching hospitals in Zanjan. Journal of Geriatric Nursing. 2015;1(4):49-59.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-10-12]

27.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. Quality of life research. 2012;21(2):299-307.

28.Borji M, Malek M, Azami M, Bastami M, Azami S. Spiritual well-being status and its relationship with demographic characteristics in hemodialysis patients In Ilam , Journal of Religion and Health : Springer, in press.

29.Otaghi M, Bastami M, Borji M, Tayebi A, Azami M. The effect of continuous care model on sleep quality of patients on hemodialysis. Nephro-urology Monthly Journal: Springer; 2015. in press.

30.Ramezankhani A, Ghaedi M, Hatami H, Taghdisi M, Golmirzai J, Behzad A. Association between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes in Bandar Abbas, Iran. Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences. 2014;18(3):229-37.

31.Alidosti M, Hemati Z. Relationship between quality of sleep and quality of life in dialysis patients of dialysis centers in Chaharmahal and Bakhtiari, Iran. 2012.

32.Amirkhani M, Nouhi E, Jamshidi H. The comparative surveyof life quality in renal transplant recipients, peritoneal dialysis, and hemodialysis patients in Kerman in the year 2013. Journal of Fasa University of Medical Sciences. 2014;4(1):126-33.

33.Tayyebi A, Salimi S, Mahmoudi H, Tadrisi S. Comparison of quality of life in haemodialysis and renal transplantation pateints. Iran J Crit Care Nurs. 2010;1(3):19-20.

34.Beraz S, Mohammadi A, Brumand B. Relation of sleep quality and some blood factors in hemodylisis patients. J Shahrekord Univ Med Sci. 2007;4:67-74.

35.Khazaei Jalil S, Azmoon A, Abdohhali M, Ghomi N, M S. Quality of life among Elderly Living at Nursing Home in Shahroud city. Journal of Geriatric Nursing. 2015;2(1):39-49.

36. Borji M, Asadollahi kh, Sayehmiri K. Comparison between perceived misbehavior by urban and rural elderlies living in Ilam County during 2014, Iranian journal of psychiatric nursing, in press.

37.Darvishpoor K, Abed S, Abbaszadeh A. Social participation, Barriers, and related factors in olders people in tehran. 2014.

38.Gilmour H. Social participation and the health and well-being of Canadian seniors. Health reports. 2012;23(4):1.

39.Esmat Saatlou M, Hossaini F, Z S. Assessment of Elder Abuse in adult Day Care centers. Journal of Geriatric Nursing. 2015;2(1):91-100.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2024-10-12]