Quality of life and related factors in hemodialysis patients attending to educational hospitals in Zanjan

Moeini V[*1], Shiri P[2], Akhlaghi M[3]

Abstract

Introduction and purpose: Assessing patients' quality of life enables researchers to focus on key problems and apply the best treatment approaches. This study aimed to assess quality of life at hemodialysis patients hospitalized in HazratVali-Asr and Dr Beheshti hospitals in Zanjan city.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted among 74 hemodialysis patients hospitalized in two centers of Zanjan city**.** Data were collected during three months using standardized quality of life questionnaire for patients with renal failure (KDQOL). This questionnaire composes of two parts including; questions related to quality of life short form(sf36) and questions related to factors associated with renal disease.

Findings: The results of this study showed that 8.1 percent of patients had poor quality of life, 70.2 percent had relatively good quality of life and 20.2 percent had a good quality of life. The highest score in the nine dimensions of quality of life belong to pain score (57.6%) and the lowest mean score attributed to physical health problems.

Conclusion: The results of this study provide valuable information for professionals and policy makers to enhance patients' quality of life by strengthening and supporting policies.

Keywords: Chronic renal failure, dialysis, quality of life

Received: 2015/04/29 Accepted: 2015/09/1

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- Critical care nursing MA Emergency Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
(**Corresponding Author):E-mail:** vahidmoeini89@gmail.com
2- Nursing MA Internal and Surgical Nursing, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran
3 -GP Chief Medical Center - Clinical (5), Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر زنجان

وحید معینی*[1]، پروین شیری[2]، مینا اخلاقی[3]

تاریخ دریافت مقاله: ۹/۲ /۱۳۹۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۰

چکیده

مقدمه و هدف: ارزیابی کیفیت زندگی کمک می کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی مورد توجه قرار گرفته و روش های درمانی مورد تجدید نظر قرار گیرند. پژوهش حاضر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بستری در بیمارستان های حضرت ولیعصر (عج) و دکتر بهشتی شهر زنجان را مورد بررسی قرار داده است.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی روی ۷۴ بیمار در دو مرکز همودیالیز شهرستان زنجان انجام شد. نمونه گیری به روش سرشماری طی سه ماه صورت گرفت. ابزار پژوهش عبارت بود از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL) ، که از دو قسمت سوالات مربوط به فرم کوتاه کیفیت زندگی (sf36) و سوالات مربوط به عوامل مرتبط با بیماری کلیوی تشکیل شده است.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که ۸/۱ درصد کیفیت زندگی خوب، ۷۰/۲ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۲۱/۷ درصد کیفیت زندگی ضعیف داشتند. میانگین نمره کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش ۴۴/۴ بود. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی نمونه های پژوهش در ابعاد نه گانه مربوط به درد با نمره ۵۷/۶ درصد و کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به مشکلات سلامت جسمانی با نمره ۱۸/۵ بود.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه می تواند اطلاعات با ارزشی در اختیار مسئولین و متخصصین گروه علوم پزشکی قرار دهد، تا در جهت افزایش کیفیت زندگی این بیماران از طریق تقویت و حمایت در ابعادی که مشکل وجود دارد برنامه ریزی های مناسبی انجام دهند.

کلید واژه ها: نارسایی مزمن کلیه، همودیالیز، کیفیت زندگی

۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، فوریت های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان ، زنجان، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** vahidmoeini89@gmail.com
۲ کارشناسی ارشد پرستاری داخلی و جراحی ، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۳ پزشک عمومی، رئیس مرکز بهداشتی-درمانی شماره ۵ دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

مقدمه

نارسایی مزمن پیشرفته ی کلیه (ESRD) تخریب پیشرونده و برگشت ناپذیرعملکرد کلیوی است. در این مرحله توانایی بدن در حفظ سوخت و ساز و تعادل آب و الکترولیت ها از بین رفته و در نتیجه اورمی ایجاد می شود [۱]. شیوع و بروز بیماری کلیوی در جهان ۲۴۲ مورد در هر یک میلیون نفر است و هر سال ۸ درصد به این مقدار اضافه می شود. شیوع سالیانه این بیماری در ایران در حدود ۲۹۰۰۰ نفر است که ۱۴۰۰۰ نفر از آنها با همودیالیز درمان می شوند [۲]. همودیالیز یک روش درمانی برای بیماران مبتلا به نارسایی حاد و مزمن کلیه می باشد که جهت تصحیح عدم تعادل آب والکترولیتها و مواد شیمیایی خون استفاده می شود [۳]. مطالعات نشان می دهند که اختلالات و فشارهای روانی در بیماران همودیالیزی در ارتباط با اضطراب، افسردگی و کمبودهای حمایتی-اجتماعی شایع تر از مردم عادی است. این امر سبب می شود تا آنها از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار باشند. با توجه به عوارض زیاد در بیماران همودیالیزی، این بیماران با طیف وسیعی از عوارض ناشی از نارسایی کلیه و همودیالیز درگیر هستند [۴]. علاوه بر عدم فعالیت جسمانی قابل توجه در بیماران همودیالیزی، مشکلات ناشی از دیالیز تغییرات چشمگیری در زندگی این بیماران ایجاد می کند. دیالیز می تواند موجب کاهش کارایی و توانایی انجام فعالیت ها، ضعف، خستگی، انقباضات عضلانی و نهایتاً ناامیدی به آینده شده و منجر به انزوای اجتماعی، عدم تحرک و کاهش اعتماد به نفس در آنها شود [۵]. بدلیل دیالیز مستمر موقعیت شغلی خانوادگی و اجتماعی بسیاری از این افراد دست خوش تغییر می شود.

و مشکلات عمده ای در فعالیت های مفید و علایق بیماران بوجود می آید که این مشکلات به طور معنی داری با کیفیت زندگی بیماران رابطه دارد [۶]. معمولا بیماران با شرایط بالینی یکسان کیفیت زندگی متفاوتی را گزارش می کنند [۷]. کیفیت زندگی به وسیله عوامل متعددی نظیر فرهنگ، سن تشخیص و پیش آگهی، انواع درمان های طبی و عوامل مستعد کننده تحت تاثیر قرار می گیرد [۸]. آگاهی از سطح کیفیت زندگی این افراد می تواند به عنوان عامل موثری در اخذ تصمیمات بالینی و اداره مشکلات این افراد نقش داشته باشد [۹]. با توجه به اینکه در سال های اخیر مطالعات اندکی در رابطه با ابعاد مختلف کیفیت زندگی این بیماران ثبت شده است، هدف از این مطالعه تعیین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در بیمارستان های آموزشی شهر زنجان می باشد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی– مقطعی می باشد که با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در بیمارستان های آموزشی شهر زنجان انجام شده است. روش نمونه گیری به روش سرشماری بود. بدین معنی که بیماران واجد شرایط بستری در بخش های همودیالیز بیمارستان های شهید بهشتی و حضرت ولیعصر(عج) شهر زنجان بعنوان نمونه انتخاب شدند. نمونه گیری طی ۳ ماه از اردیبهشت تا تیر ماه ۱۳۹۲ حجم نمونه بعد از اعمال معیارهای ورود و خروج ۷۴ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود نمونه‌ها به پژوهش: دارا بودن میانگین سنی ۷۵–۱۸ سال، داشتن برنامه هفته ای سه بار همودیالیز ، توانایی برقراری ارتباط بیمار با دیگران، قادر بودن به

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

تکمیل پرسشنامه، تمایل به همکاری و شرکت در مطالعه و معیارهای خروج نمونه‌ها از پژوهش: تغییر مکررحال عمومی ،داشتن بیماری روحی و روانی خاص بودند. و گردآوری اطلاعات بیماران با استفاده از پرسشنامه KDQOL[7] انجام شد. پرسشنامه KDQOL دارای بعد و ۳۶ سوال می باشد. ابعاد نه گانه پرسشنامه شامل عملکرد جسمانی، محدودیت های ایفای نقش جسمانی، محدودیت های ایفای نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، خوب بودن عاطفی،درد، انرژی/خستگی، سلامت عمومی و عوامل مرتبط با بیماری کلیوی 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 نشاندهنده کمترین میزان می باشد. نمره کل کیفیت زندگی برای هر بیمار با جمع بندی نمرات ۳۶ سوال بدست آمد. امتیاز بندی بر اساس سطح کیفیت زندگی شامل: امتیاز ۶۶ و بالا تر نشاندهنده وضعیت خوب، امتیاز بین ۶۶-۳۴ نشاندهنده وضعیت متوسط و امتیاز ۳۳ و کمتر نشان دهنده وضعیت ضعیف کیفیت زندگی می باشند [۸] و[۹]. سوالات مربوط به عوامل مرتبط با بیماری کلیوی بعنوان بعد نهم شامل: لیست علائم/مشکلات، تاثیرات بیماری کلیوی، تاثیرات عاطفی، وضعیت شغلی، عملکرد شناختی، کیفیت تعاملات اجتماعی، عملکرد جنسی، خواب، حمایت اجتماعی، حمایت از طرف کارکنان دیالیز و رضایت بیمار می باشند. پرسشنامه استفاده شده دارای استاندارد جهانی است که در ایران نیز پایایی و روایی آن تایید گردیده است [۱۰]. رحیمی و نریمانی در مطالعات خود پایایی پرسشنامه را مطلوب اعلام نمودند [۱۱, ۱۲]. پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $\alpha = /96$ برآورد گردید. ابتدا مشخصات فردی-اجتماعی و سپس ابعاد روانی، اجتماعی، جسمی فرد با سوالات متعدد در آن زمینه خاص مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفت. پرسشنامه به صورت مصاحبه حضوری توسط پژوهشگر همراه و یا خود بیمار برای همه نمونه ها تکمیل گردید. بررسی و پر کردن پرسشنامه برای هر نمونه طی جلسات همودیالیز انجام شد. تجزیه تحلیل داده ها توسط نرم افزار spss۱۶ صورت گرفت. داده ها با استفاده از آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار، جداول توزیع فراوانی و آمار استنباطی نظیر کای دوو تست دقیق فیشر، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

نتایج این پژوهش نشان داد که محدوده سنی بیماران بین ۷۵-۱۸ سال بود. میانگین سنی آنها ۵۱/۸ سال با انحراف معیار ۱۳/۳ بود. اکثریت نمونه های مورد پژوهش(۷۳ درصد) زن بودند.اکثریت نمونه های مورد پژوهش ۵۶/۸ درصد بی سواد ، ۷۹/۷ درصد متاهل، ۹۷/۲ درصد بیکار، ۲/۷درصد شاغل ، (۳۹/۲ درصد) دارای بیمه خدمات درمانی بودند، (۲۹/۷ درصد) بیمه تامین اجتماعی داشتند و (۳۱/۱درصد) نیز بیمه های دیگر داشتند. ۵۴/۱ درصد از بیماران در وضعیت عدم استقلال مالی (درآمد کمتر از ۱۸۰/۰۰۰ تومان در ماه) بوده و ۴۵/۹ درصد از آنها دارای استقلال مالی (درآمد بالاتر

[7] Kidney Disease quality of life

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

از۱۸۰/۰۰۰ تومان در ماه) بودند. بررسی کیفیت زندگی نمونه های پژوهش بیانگر آن بود که اکثریت نمونه های مورد پژوهش (۷۰/۲ درصد) از کیفیت زندگی متوسط برخوردار بودند (جدول ۱). در مورد ابعاد نه گانه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی جدول شماره ۲ میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران را نشان می دهد.

هم چنین در رابطه با ارتباط بین سن، جنس، سطح تحصیلات، درآمد ، تاهل ، اشتغال و نوع بیمه با کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش یافته ها نشان داد که ارتباط معنی داری بین آنها وجود نداشت (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱: سطوح کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش در بیمارستان های آموزشی شهر زنجان[1]

سطوح کیفیت زندگی	فراوانی	تعداد	درصد
خوب۶۶<		۶	۸/۱
متوسط۶۶-۳۴		۵۲	۷۰/۲
ضعیف<۳۳		۱۶	۲۱/۷
جمع		۷۴	۱۰۰

جدول شماره ۲: میانگین نمرات ابعاد نه گانه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در بیمارستان های آموزشی شهر زنجان [2]

ابعاد کیفیت زندگی	آماره	میانگین	انحراف معیار
عملکرد جسمانی		۳۷	۲۲.۵
محدودیت های ایفای نقش جسمانی		۱۸.۵	۱۰.۵
محدودیت های ایفای نقش عاطفی		۳۱	۳۱.۵
عملکرد اجتماعی		۴۷.۷	۲۱.۷
خوب بودن عاطفی		۵۳.۵	۱۴.۲
درد		۵۷.۶	۴۴.۲
انرژی/خستگی		۴۶.۲	۱۹.۳
سلامت عمومی		۴۹.۵	۱۷.۷
عوامل مرتبط با بیماری کلیوی		۵۹.۷	۸.۵

۱ اکثریت نمونه های مورد پژوهش (۷۰/۲ درصد) از کیفیت زندگی متوسط برخوردار بودند.

۲ کمترین نمره مربوط به محدودیت های ایفای نقش جسمانی (۱۸/۵) و بیشترین نمره مربوط به عوامل مرتبط با بیماری کلیوی۲ (۵۹/۷) بود.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

جدول شماره ۳: تعیین ارتباط بین برخی ویژگی های فردی بیماران همودیالیزی مورد پژوهش با کیفیت زندگی آنهادر بیمارستان های آموزشی شهر زنجان[۱]

کیفیت زندگی		خوب		متوسط		ضعیف		آزمون آماری	P Value
ویژگیهای دموگرافیک		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
سن	۱۸-۳۵	۱	۱.۳	۸	۱۰.۸	۱	۱.۳	تست دقیق فیشر	./۷
	۳۶-۵۵	۳	۴	۲۰	۲۷	۶	۸.۱		
	۵۶-۷۵	۲	۲.۷	۲۳	۳۱	۱۰	۱۳.۵		
جنس	مرد	۱	۱.۳	۱۵	۲۰.۲	۴	۵.۴	کای دو	۰/۷
	زن	۵	۶.۷	۳۶	۴۸.۶	۱۳	۱۷.۵		
سطح تحصیلات	با سواد	۶	۸.۱	۳۰	۴۰.۵	۹	۱۲.۱	تست دقیق فیشر	./۰۶
	بیسواد	۰	۰	۲۳	۳۱	۷	۹.۴		
وضعیت تاهل	مجرد	۲	۲.۷	۱۲	۱۶.۲	۱	۱.۳	کای دو	./۸
	متاهل	۴	۵.۴	۴	۵۴	۱۵	۲۰.۲		

کیفیت زندگی		خوب		متوسط		ضعیف		آزمون آماری	P- Value
ویژگیهای دموگرافیک		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
درآمد	استقلال مالی	۱	۱.۳	۳۰	۴۰.۵	۹	۱۲.۱	کای دو	./۰۸
	عدم استقلال مالی	۵	۶.۷	۲۲	۲۹.۷	۷	۹.۴		
اشتغال	بیکار	۵	۶.۷	۵۱	۶۸.۹	۱۶	۲۱.۶	تست دقیق فیشر	./۴
	شاغل	۱	۱.۳	۱	۱.۳	۰	۰		
بیمه درمانی	خدمات درمانی	۱	۱.۳	۱۹	۲۵.۶	۹	۱۲.۱	کای دو	./۲
	تامین اجتماعی	۲	۲.۷	۱۶	۲۱.۶	۴	۵.۴		
	سایر موارد[۲]	۳	۴	۱۷	۲۲.۹	۳	۴		

۱ – بین سن، جنس، سطح تحصیلات، درآمد ، تاهل ، اشتغال و نوع بیمه با کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش ارتباط معنی داری وجود ندارد.

۲-بیماری های خاص، خویش فرما، بدون بیمه

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر همسو با نتایج بسیاری از مطالعات انجام شده در رابطه با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در ایران و برخی کشور های دیگر بود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در حد متوسط قرار داشت [۶, ۱۲-۱۷]. در مطالعه نمادی وثوقی و همکاران که با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و پیوند کلیه در مراکز آموزشی و درمانی اردبیل انجام شد. نتایج نشان داد اکثریت نمونه ها (۵۲.۱) درصد از بیماران همودیالیزی از کیفیت زندگی متوسط برخوردار بودند [۱۶]. در مطالعه نونویاما (Nonoyama)که در شهر تورنتو کانادا انجام شد. نتایج نشان داد که اکثریت بیماران همودیالیزی در این مطالعه از کیفیت زندگی متوسطی برخوردار بودند .

در مطالعه رامبد با هدف حمایت درک شده و کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز که در دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد نتایج نشان داد کیفیت زندگی اکثر بیماران در حد مناسب بود نتایج مطالعه رامبد نشان می دهد که افرادی که از عوامل حمایت کننده بیشتری مثل انعطاف پذیری و حمایت اجتماعی و خانوادگی برخوردارند بسیار سریع تر با بیماری شان سازگار می شوند و بیماری بر کیفیت زندگی آنها کمتر تاثیر می گذارد. نتایج این مطالعه همسو با نتایج مطالعه انجام شده می باشد در کل از نتایج این دو مطالعه می توان به این نتیجه رسید که دارا بودن فاکتورهایی از قبیل روابط اجتماعی بالا، داشتن شغل، متاهل بودن و غیره ... باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی می گردد[۱۸].

در رابطه با وضعیت کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مورد پژوهش در ابعاد نه گانه آن نتایج نشان داد که کمترین نمره مربوط به محدودیت های ایفای نقش جسمانی (۱۸/۵) و بیشترین نمره مربوط به عوامل مرتبط با بیماری کلیوی (شامل کلیه سوالات روانی، اجتماعی و جسمانی مرتبط با بیماران همودیالیزی است) (۵۹/۷) بود.

در مطالعه براز و همکاران (۱۳۸۷) بیشترین نمرات ابعاد کیفیت زندگی قبل از مداخله مربوط به عملکرد جسمانی(۶۰/۳) و عملکرد اجتماعی بود(۶۰) که در مقایسه با مطالعه حاضر که بالاترین میانگین نمره مربوط به عوامل مرتبط با بیماری کلیوی بود بیانگر نتایج متفاوتی است. کمترین نمرات در مطالعه براز مربوط به ایفای نقش عاطفی (۴۱/۹) و درک از سلامتی (۴۳/۵) (۹) بود، در حالی که در مطالعه ما محدودیت های ایفای نقش جسمانی (۱۸/۵) بود. متفاوت بودن محیط خانواده، اجتماع و چگونگی حمایت در خانواده همچنین اختلاف میانگین سنی و جنسیتی نمونه های مورد پژوهش و سایر عوامل دموگرافیک می تواند منشاء این اختلاف باشد[۸].

در مطالعه ی هادی و همکارانش (۱۳۸۷) بررسی ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نشان داد پایین ترین نمره مربوط به سلامت عمومی و بالاترین نمره مربوط به محدودیت نقش جسمانی و محدودیت نقش عاطفی بوده است. زنان در تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جزء سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی وضعیت بدتری داشتند. مردان نسبت به زنان از نظر محدودیت ایفای نقش جسمانی، درد جسمانی، سر زندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی وضعیت بهتری داشته اند [۱۹]. در مطالعه پاکپور (۱۳۸۵) بیشترین نمره در میان ابعاد کیفیت زندگی مربوط به محدودیت در ایفای نقش عاطفی و کمترین نمره مربوط به سلامت عمومی بوده است [۲۰]. نتایج حاصل از این دو مطالعه همسو با نتایج حاصل از مطالعه ما می

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

باشد نتایج حاصل از این مطالعات در مجموع نشان دهنده درگیری این بیماران با طیف وسیعی از عوارض و مشکلات مرتبط با سلامتی آنهاست. که به صورت گوناگون در ابعاد مختلف زندگی بیماران تجلی پیدا کرده است و احتمالا تفاوت در ابعاد کیفیت زندگی را هم می توان به متفاوت بودن نگرش ها، محیط، تحصیلات، تغییر درک از خود بعلت بیماری مزمن و غیره... نسبت داد.

در مورد ارتباط برخی ویژگی های دموگرافیک موثر بر کیفیت زندگی نظیر سن، جنس، سطح تحصیلات، درآمد ، تاهل ، اشتغال و نوع بیمه با کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش یافته ها نشان داد که ارتباط معنی داری بین آنها وجود نداشت.در مطالعات انجام شده توسط رامبد سال ۱۳۸۷ در دانشگاه علوم پزشکی ایران و نریمانی سال ۱۳۸۶ در مراغه بین سن و جنسیت با کیفیت زندگی ارتباطی وجود نداشت [۱۲, ۱۶, ۱۸]. اما در مطالعه هادی با افزایش سن کیفیت زندگی بدتر می شد [۱۹]. در مطالعه نمادی وثوقی سال ۱۳۸۸ در اردبیل میانگین کیفیت زندگی در خانم ها بطور معنی داری پایین تر از آقایان بود [۱۶]. در مطالعه ما یکی از دلایل احتمالی معنی دار نبودن رابطه سن با کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش را می توان به میانسالی اکثریت نمونه های مورد پژوهش نسبت داد. میانگین سنی اکثریت نمونه های مورد پژوهش در سن میانسالی ۵۱ سال قرار داشت.

در مطالعه پاکپور یافته ها نشان داد. ۴۷ درصد بیماران وضعیت اقتصادی ضعیف، ۴۸ درصد متوسط و ۵ درصد وضعیت اقتصادی خوبی داشتند که در مقایسه با مطالعه حاضر که (۵۴/۱ درصد) دارای استقلال مالی و (۴۵/۹ درصد) وضعیت اقتصادی خوبی نداشتند تقریبا نتایج یکسانی حاصل شده است [۲۰]. در مطالعه رامبد بین کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ارتباط وجود داشت . با توجه به سطح پایین تحصیلات نمونه ها در مطالعه حاضر که عمدتا در گروه بیسواد قرار داشتند، ارتباط معنی داری بین وضعیت تحصیلی و کیفیت زندگی مطابق گفته رامبد وجود نداشت[۱۸]. در مطالعه هادی نیز با افزایش سطح تحصیلات ابعاد عملکرد جسمانی، درد جسمانی، سر زندگی و سلامت روانی وضعیت بهتری را نشان می داد [۱۹].در مطالعه نمادی وثوقی اکثریت بیماران در گروه همودیالیزی ۵۲.۷ درصد بی سواد بودند. در این مطالعه نیز ارتباط کیفیت زندگی با سطح تحصیلات معنی دار بود[۱۶].در مطالعه محمودی نتایج نشان داد که سطح سواد پایین با سازگاری هیجان محور رابطه دارد واین گویای این حقیقت است که افراد کم سواد در معرض آسیب پذیری بیشتری هستند [۱۵].

نتایج مطالعه ما همسو با مطالعه هادی(۱۳۸۷) و نریمانی(۱۳۸۶)[۱۲, ۱۹] ارتباط تاهل و اشتغال با کیفیت زندگی نمونه های مورد پژوهش معنی دار نبود. در مطالعه رامبد بین کیفیت زندگی با وضعیت تاهل ارتباط وجود داشت [۱۸].در مطالعه نمادی وثوقی بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی کل بیماران ارتباط معنی داری وجود داشت. میانگین کیفیت زندگی در بیماران مجرد بهتر از افراد متاهل و بیوه بود[۱۶]، که مخالف نتیجه مطالعه حاضر است. در مطالعه ما علی رغم معنی دار نبودن ارتباط بین و ضعیت تاهل با کیفیت زندگی، میانگین کیفیت زندگی در بیماران متاهل بهتر از افراد مجرد بود. در مطالعه پاکپور یافته ها نشان داد که بین بیماران همودیالیزی و افراد سالم از نظر شغلی اختلاف معنی داری وجود دارد[۲۰]. به نظر می رسد تفاوت موجود به این علت باشد که در آن مطالعه اکثریت بیماران را مردان و افراد متاهل تشکیل می دادند ولی در مطالعه ما اکثر بیماران را زنان متاهل تشکیل می دادند. علی رغم کسب نتایج

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

کاربردی در مطالعه حاضر، نویسندگان پیشنهاد می کنند برخی محدودیت های پژوهش حاضر نظیر کم بودن حجم نمونه و نمونه گیری در دسترس مورد توجه خوانندگان و پژوهشگران جهت انجام مطالعات بعدی قرار گیرد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر زنجان همانند اکثر مراکز آموزشی درمانی کشور از کیفیت زندگی متوسطی برخوردارند [۷, ۸, ۱۲, ۱۵, ۱۶, ۱۸-۲۰]. بهبود کیفیت زندگی با حداکثر عملکرد و حس خوب بودن[1] به معنی توانایی انجام فعالیت های مختلف روزانه و کاهش عوامل تاثیرگذار این بیماری برکیفیت زندگی است [۱۳]. لذا ضرورت رسیدگی به وضعیت آنها از لحاظ برگزاری کلاس های آموزشی در مورد مسائل مرتبط با بیماری کلیوی و نحوه درمان آن، معرفی سازمان های حمایت کننده به بیماران نیازمند، ارائه بیمه درمانی مناسب به بیماران فاقد بیمه درمانی، بالا بردن سطح آگاهی عمومی از بیماران همودیالیزی با ارائه آموزش های عمومی و حمایت روانی- مالی و عاطفی از بیماران وخانواده های آنان احساس شده و باید مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

با تشکر از همکاری بیماران همودیالیزی مراکز آموزشی و درمانی حضرت ولیعصر(عج) و دکتر بهشتی شهر زنجان که نهایت همکاری و تحمل را در اجرای طرح داشتند. همچنین از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی زنجان به سبب حمایت مالی و اجرایی تقدیر و تشکر بعمل می آید.

[1] Well being

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

References

1.Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. 18th. Harrison's principles of internal medicine. 2008.

2.Ebrahimi H, Sadeghi M, Katibi M. [the relationship between quality of life with dialysis efficacy and laboratory parameters in Shahroud hemodialysis patients]. IranJ Cit Care Nurs, 2015; **8**(2): p. 109-115.(persian)

3.Urden LD, et al. Thelan's critical care nursing: diagnosis and management. 2006; Mosby Inc.

4.Johansen KL. Exercise in the end-stage renal disease population. Journal of the American Society of Nephrology. 2007; **18**(6): p. 1845-1854.

5.Stride M. [Exercise and the patient with chronic kidney disease]. Br J Hosp Med. 2011; **72**: p. 200-204.

6.Tayyebi A, et al. [Comparison of quality of life in haemodialysis and renal transplantation pateints]. IJCCN. 2010; **3**(1): p. 7-8. (persian)

7.Shafipour V, Jafari H, Shafipour L. [Relation of quality of life and stress intensity in hemodialysis patients]. Trauma Monthly. 2009(03,Autumn); p. 169-174. (persian)

8.Baraz SH, Mohamadi E, Bromand B. [Sleep relation and qualitiy of life and some blood factors in dialysis patients on retentive hemodialysis patients]. 2007; **9**(4): p. 67-74. (persian)

9.TagizadehAfshari A, Garehagajiasl R, Khazemnejad A. [Survey The effect kidney transplantion improvement qualitiy of life dialysis patients referral to curative centers Oroumieh]. OMSU. 2008; **17**(3): p. 175-180. (persian)

10.(US), I.o.R., Kidney disease quality of life short form, version 1.3. The Institute Washington. 1997.

11.Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. [Effects of applying continuous care model on quality of life in hemodialysis patients]. Razi Journal of Medical Sciences. 2006; **13**(52): p. 123-134. (persian)

12.K Narimani. [The effect of education self care on quality of life hemodialysis patients]. RSUS. 2008; **16**(79). (persian)

13.Parsons TL, Toffelmire EB, King-VanVlack CE. The effect of an exercise program during hemodialysis on dialysis efficacy, blood pressure and quality of life in end-stage renal disease (ESRD) patients. Clinical nephrology. 2004; 61(4): p. 261-274.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

14.Nonoyama ML, et al. Exercise program to enhance physical performance and quality of life of older hemodialysis patients: a feasibility study. International urology and nephrology. 2010; **42**(4): p. 1125-1130.

15.Mahmoodi G, Shariati A, Behnampour N. [The relationship between quality of life and coping methods used by patients undergoing hemodialysis]. JSUG. 2003; 5(12). (persian)

16.Namadyvosougi M, Movahedpour A. [Comparison quality of life in hemodialysis patients and renal transplant in Hospital centers Ardabil]. JAMSU. 2009; 9(2): p. 9-171. (persian)

17.Capitanini A, et al. Effects of exercise training on exercise aerobic capacity and quality of life in hemodialysis patients. JN journal of nephrology. 2008; 21(5): p. 738.

18.Rambod M, Rafii F. [Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients]. Journal of Nursing Scholarship. 2010; 42(3): 242-249. (persian)

19.Hadi N, Rahmani Z, Montazeri A. [Quality of life related with health inpatients with chronic renal failure undergoing hemodialysis]. JRMS. 2010; **9**(4): 349-54. (persian)

20.Pakpourhajiaga A, Panahichenagbolaghi D, Ekaninejad AS, Abadifardazar F, ieze H. [Comparison of health-related quality of life inhemodialysis patients and healthy individuals]. JM. 2006; **19**(25). (persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-10-16]