

عوامل فردی پیشگویی کننده کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی

پژوهشگران: مژگان بقایی^۱، سارا رحیمی^{۲*}، معصومه ادیب^۳، احسان کاظم نژاد لیلی^۴، آرزو منفرد^۳

(۱) گروه پرستاری (داخلی جراحی)، مربی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

(۲) گروه فوریتهای پزشکی، مربی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

(۳) گروه پرستاری (داخلی-جراحی)، مربی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

(۴) آمار حیاتی، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۰/۱۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۵/۹

چکیده

مقدمه: ارزیابی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران همودیالیزی با هدف ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان، ضروری است.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین عوامل فردی پیشگویی کننده کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مراکز همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان صورت گرفته است.

روش کار: این مطالعه مقطعی-تحلیلی بر روی ۲۴۱ بیمار در ۱۲ مرکز دیالیز گیلان با انتخاب تصادفی سیستماتیک از میان بیماران بزرگسال دارای معیارهای ورود به مطالعه انجام شد. داده ها با پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی شامل دو حیطه جسمی و ذهنی و یک حیطه خاص بیماری کلیوی و پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخت در زمینه عوامل فردی گردآوری شدند. ارتباط بین عوامل فردی و سه حیطه کیفیت زندگی و کل آن با استفاده از آزمونهای آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمونهای تی استیودنت، آنالیز واریانس یکطرفه و رگرسیون خطی) بررسی شد.

نتایج: کمترین میانگین و انحراف معیار در زیر مقیاس وضعیت شغلی (۱۹/۱۰±۲/۹۰) و در حیطه‌ی جسمی کیفیت زندگی (۴۶/۹۹±۱/۹۴) نمونه‌ها نسبت به دو حیطه‌ی دیگر بود. کیفیت زندگی کل نمونه‌ها برابر ۵۴/۰۰±۱۳/۲۳ بود. ارتباط معناداری بین نمرات کمتر کیفیت زندگی و جنسیت زن (p=۰/۰۰۱)، سن بالا (p=۰/۰۰۲)، تحصیلات پایین (p=۰/۰۰۱)، بیکاری (p=۰/۰۰۱)، سرپرست خانواده نبودن (p=۰/۰۰۳)، سکونت در مناطق اطراف شهر (p=۰/۰۴۳) و نداشتن سابقه پیوند کلیه (p=۰/۰۳۸) مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: جنسیت زن و بیکاری، پیشگویی کننده‌ی کیفیت زندگی پایین‌تر بودند. ارتباط کیفیت زندگی ضعیفتر نمونه‌ها با عوامل کنترل شونده‌ای چون شغل، نیاز بیشتر به مداخلات مراقبتی، درمانی و حمایت‌های اجتماعی در این بیماران را برجسته می‌سازد.

کلید واژه‌ها: بیماری‌های کلیه، دیالیز کلیوی، کیفیت زندگی

مقدمه

گزارش ارائه شده توسط بنیاد امور بیماری‌های خاص در سال ۱۳۹۱ تعداد بیماران تحت همودیالیز در ایران ۱۵ هزار و ۴۴۸ نفر اعلام شده است (۵). هرچند که همودیالیز قادر به درمان بیماری و جبران تمامی عملکردهای متابولیکی یا اندوکرینی کلیه نیست (۲) و خود با بروز عوارض حاد (مانند افت فشارخون و یا کرامپ عضلانی) و مزمن (همانند آنمی و یاهپاتیت ویروسی B و C) همراه می‌باشد (۶). علاوه بر آن، بیماران غالباً دچار احساس فقدان آزادی، وابستگی به مراقبین، اختلال در زندگی خانوادگی و اجتماعی، کاهش و یا فقدان درآمد می‌شوند (۷). خستگی، لتارژی، ناتوانی، کاهش میل جنسی و حتی افسردگی شدید همراه با دیالیزی وقت گیر و طاقت فرسا می‌تواند

بیماری مرحله پایانی کلیه که با تخریب پیشرونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی مشخص می‌گردد (۱) موجب تجمع سموم و بروز سندرم اورمیک (Uremic syndrome) و اختلالات قابل توجهی در بدن می‌شود. اگرچه پیشرفتهای اخیر در علم پزشکی و امکان پیوند کلیه دریچه امیدی را به روی این بیماران گشوده است اما تمامی این بیماران قادر به دریافت پیوند نبوده (۲) و نیازمند استفاده از دیالیز برای نجات زندگی شان می‌باشند (۳). آمار سیستم اطلاعات کلیوی ایالت متحده نشان می‌دهد که حدود ۹۰ درصد مبتلایان به این بیماری تحت درمان با همودیالیز قرار دارند. آمار بیماران تحت همودیالیز در ایران نیز سالانه ۱۵ درصد افزایش می‌یابد (۴). بطوریکه طبق

شناسایی عوامل فردی مرتبط و تاثیرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران توجه پرستاران را نسبت به نقش و اهمیت این عوامل در زندگی بیماران و راههای ارتقاء کیفیت زندگی آنها جلب نمایند.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است که با هدف تعیین عوامل فردی پیشگویی کننده کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۰ انجام شده است. حجم نمونه با استفاده از نتایج مطالعه پاکپور و همکارانش (۱۷) و با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد به تعداد ۲۴۱ نفر تعیین گردید. نمونه های مورد پژوهش از بین ۸۰۷ بیمار تحت همودیالیز در ۱۱ مرکز فعال همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان، به روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک و در صورت داشتن معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب شدند. در این روش حجم نمونه مورد نیاز از هر مرکز همودیالیز براساس نسبت حجم بیماران تحت دیالیز آن مرکز به کل جامعه آماری مورد نظر در استان گیلان تعیین شد. در این میان اولین نمونه انتخابی از میان بیماران مرکز نیز به حکم قرعه انتخاب شد. نمونه گیری در این پژوهش، پس از اخذ معرفی نامه کتبی از معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان و ارائه آن به مدیران دفاتر پرستاری مراکز آموزشی درمانی در نوبت های کاری مختلف و در روزهای غیر تعطیل از مراکز دیالیز تعیین شده، بطور تصادفی (بصورت یک در میان-تخته های با شماره فرد)، از میان بیماران دارای معیارهای ورود به مطالعه انجام شد. ابتلا به بیماری مرحله ی پایانی کلیه و تحت همودیالیز بودن در مراکز دیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان، داشتن ملیت ایرانی، حداقل سن ۱۸ سال، سواد خواندن و نوشتن، سابقه دیالیز حداقل به مدت ۳ ماه، دسترسی عروقی از نوع فیستول، عدم ابتلا به بیماری های روانی شناخته شده، عدم ابتلا به هپاتیت B و C (با توجه به پرونده بیمار) و یا شرایط حاد جسمی محدودکننده ی مشارکت فعال در

حس خوب بودن بیمار را کاهش داده (۸) و کیفیت زندگی آنان را دستخوش تغییرات سازد (۷). مطالعات انجام شده در این زمینه نیز بطور نگران کننده ای نشانگر ضعیف بودن کیفیت زندگی این بیماران نسبت به جامعه سالم است (۹-۱۲). توجه به کیفیت زندگی بیماران از آن جهت اهمیت دارد که طبق شواهد با برآیندهای پزشکی همچون کاهش بستری در بیمارستان و کاهش مرگ و میر مرتبط می باشد (۱۳، ۱۴). بنابراین، بیمار تحت دیالیز نیازمند درمان و مراقبت، نه تنها برای بهبود برآیندهای پزشکی و درمانی، بلکه برای بهبود کیفیت زندگی است (۱۵). از این رو شناسایی سطح کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و عوامل مشارکت کننده در آن و همچنین تعیین راهکارهای ارتقا دهنده این عوامل با هدف پیشگیری از برآیندهای مضر و افزایش اثر بخشی درمان ضرورت دارد (۱۶). بدین ترتیب توجه محققان بسیاری به شناسایی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی این گروه از بیماران، به ویژه در زمینه عوامل فردی جلب شده است. در این میان سن، جنس، تحصیلات، تاهل، درآمد (۱۶)، محل سکونت، علت اولیه بیماری، وضعیت اجتماعی اقتصادی (۱۰)، زندگی در خانواده گسترده (۱۴) و شاخص توده بدنی (۱۹-۱۷) از جمله شایعترین عوامل فردی مطرح شده می باشند. هر چند که نتایج موجود در بسیاری موارد متناقض می باشند. برای مثال برخی تحقیقات نشانگر ارتباط معنادار کیفیت زندگی این بیماران با سن (۱۱، ۱۲)، جنس (۸، ۹)، تحصیلات و درآمد (۱۶)، تاهل (۸) و وضعیت شغلی (۱۰) بوده اند. در مقابل برخی مطالعات نشانگر عدم وجود ارتباط معنادار بین این عوامل و کیفیت زندگی می باشد (۱۸، ۲۰).

بنابراین انجام مطالعات بیشتر در زمینه ی کیفیت زندگی و عوامل تاثیر گذار بر آن در بیماران دیالیزی مناطق مختلف کشور می تواند با شناسایی دقیق تر به تعیین و اجرای مداخلات پیشگیرانه مستقیم و زودهنگام برای بهبود برآیندهای بیماران همودیالیزی کمک شایانی نماید. از این رو پژوهشگران بر آن شدند تا با بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به مراکز همودیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان و

وضعیت شغلی (۲سوال)، عملکرد شناختی (۳سوال)، کیفیت تعامل اجتماعی (۳سوال)، عملکرد جنسی (۲سوال)، خواب (۴سوال)، حمایت اجتماعی (۲سوال)، دلگرمی دادن توسط کارکنان بخش دیالیز (۲سوال) و رضایت بیمار (۱سوال) می باشد. این ابزار به صورت خود ایفا تکمیل شده و مدت زمان تخمینی برای پاسخگویی به سوالات این پرسشنامه حدود ۲۰-۳۰ دقیقه بود.

عبارات این ابزار دارای پاسخهای مستقیم با گزینه های اصلاً با امتیاز صفر، تا همیشه با امتیاز ۱۰۰ (عبارات ۳، ۹، ۱۰ تا ۱۲، ۱۷، ۱۹، ۲۱ تا ۲۳)، پاسخ معکوس با گزینه همیشه با امتیاز صفر، تا اصلاً با امتیاز ۱۰۰ (عبارات ۱، ۲، ۴ تا ۸، ۱۳ تا ۱۶، ۱۸، ۲۰ و ۲۴) و یا بر روی بردار با طیفی از صفر تا ۱۰۰ (عبارات ۱۳ و ۱۸) بودند. نمره دهی در سوالات با پاسخ معکوس (نمرات پایین وضعیت مطلوب را منعکس می کرد)، با محاسبه امتیاز ۱۰۰ برای گزینه همیشه و صفر برای اصلاً صورت گرفت. دامنه نمرات هر یک از عبارات و مقیاس ها بر حسب ۰ تا ۱۰۰ تنظیم شدند که نمرات بالاتر در تمامی عبارات، کیفیت زندگی بهتر را نشان می داد.

سوالات هر دو بخش توسط بیماران به روش خود گزارش دهی در ۳۰ دقیقه اول بعد از شروع دیالیز (به منظور ثبات وضعیت بیمار و ایجاد شرایط تقریباً یکسان برای پاسخگویی) تکمیل گردید (بجز اندازه گیری قد و وزن بیماران که توسط پژوهشگر انجام گرفت).

لازم به ذکر است که در این پژوهش کلیه اصول اخلاقی تحقیق رعایت گردید. بدین ترتیب که تمامی نمونه ها اطلاعات لازم در زمینه هدف از تحقیق، محرمانه بودن اطلاعات دریافتی و فرایند تکمیل ابزارها را دریافت نمودند. سپس هر نمونه پس از امضای رضایت نامه کتبی جهت شرکت در تحقیق وارد مطالعه شد.

داده های بدست آمده، در نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای تعیین توزیع نرمال داده ها، آزمون های تی استیودنت، آنالیز واریانس یکطرفه و رگرسیون خطی به

گردآوری داده ها و نیازمند بستری در بیمارستان معیارهای ورود به این مطالعه را تشکیل می دادند.

نمونه گیری به تعداد معادل ۱۰ درصد بالاتر از حجم نمونه تعیین شده برای هر مرکز انجام شد که در مجموع ۲۶۵ بیمار پرسشنامه ها را تکمیل نمودند. در این میان داده های کسب شده از ۲۴ پرسشنامه به دلیل عدم تکمیل تمام سوالات توسط بیماران، از مطالعه خارج شد.

گردآوری داده ها با ابزاری ۲ بخشی شامل ۱-سوالات پژوهشگر ساخت مرتبط با اطلاعات فردی نمونه ها (سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، شغل، درآمد ماهیانه، حمایت اجتماعی، سرپرست خانواده بودن، محل سکونت، علت اولیه بیماری، شاخص توده بدنی، سابقه استعمال سیگار، تعداد سیگار مصرفی در روز و سابقه ی قبلی پیوند کلیه)، ۲-ابزار استاندارد خود گزارش دهی بررسی کیفیت زندگی بیماران کلیوی نسخه ی ۱.۳ انجام شد.

ابزار بررسی کیفیت زندگی بیماران کلیوی که روایی و پایایی آن توسط دکتر پاکپور و همکارانش در سال ۱۳۸۹ تایید شده است (۱۷)، شامل ۸ زیر مقیاس کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و ۱۱ زیر مقیاس کیفیت زندگی مخصوص بیماری کلیوی می باشد. ابزار کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی همان پرسشنامه کوتاه ۳۶ سوالی نسخه یک می باشد که ۸ بعد عملکرد جسمی (۱۰سوال)، محدودیت نقش ایجاد شده توسط مشکلات (۴سوال)، محدودیت نقش ایجاد شده توسط مشکلات عاطفی (۳سوال)، عملکرد اجتماعی (۲سوال)، حس خوب بودن عاطفی (۵سوال)، درد (۲سوال)، خستگی و انرژی (۴سوال)، درک سلامت عمومی (۵سوال) و یک سوال کلی در زمینه سلامت فرد را مورد بررسی قرار می دهد. نتایج حاصله از این ابزار در نهایت در دو بخش خلاصه اجزاء وضعیت سلامت جسمی و روانی طبقه بندی شدند. بخش دوم این ابزار با نام خلاصه جزء بیماری کلیوی خاص بیماران تحت همودیالیز بوده و شامل زیر مقیاس های علائم و مشکلات موجود شامل مواردی چون درد عضلانی، درد قفسه سینه (۱۲سوال)، تاثیر بیماری کلیوی بر روی زندگی (۸سوال)، بار مسئولیت بیماری کلیوی (۴سوال)،

شناختی بود. حمایت بیماران با همکاری توام بیمه و انجمن نیز فقط با نمرات بالاتر در زیر مقیاس های عملکرد جسمی و خواب ارتباط معناداری نشان داد. اما بیماران با مسئولیت سرپرستی خانواده بطور معناداری نمرات بالاتری در زیر مقیاس های درد، درک سلامت عمومی، خوب بودن عاطفی، عملکرد اجتماعی، علایم و تاثیر بیماری کلیوی بر زندگی و حیطه های جسمی، روانی و کلیوی در مقایسه با افراد بدون عهده داری سرپرست خانواده کسب کردند.

یافته ها همچنین نشان دادند که نمرات کیفیت زندگی افرادی که در شهر زندگی می کردند، بطور معناداری در زیرمقیاس های خوب بودن عاطفی، انرژی/خستگی، بار مسئولیت بیماری، وضعیت شغلی و حمایت اجتماعی و حیطه های جسمی و روانی بیشتر از بیماران ساکن در خارج شهر است. در ارتباط با علت اولیه بیماری در واحدهای پژوهش نیز بالاترین میانگین نمرات در زیر مقیاس عملکرد جنسی با علت گلومرولونفریت و کمترین میانگین آن در زیر مقیاس وضعیت شغلی با علت سنگ کلیه بوده است. ارتباط معناداری بین شاخص توده بدن و کیفیت زندگی کل، حیطه ها و زیر مقیاس های آن مشاهده نشد.

مصرف سیگار فقط با زیر مقیاس عملکرد جسمی نمونه ها ارتباط معناداری داشت. در این میان نمونه های با مصرف متوسط سیگار (حداقل ۱۰ نخ در روز) بطور معناداری نمرات بالاتری در زیر مقیاس درد کسب کرده بودند. متغیر سابقه پیوند کلیه نیز ارتباط معناداری با نمرات بالاتر زیر مقیاسهای عملکرد جسمی و علایم داشت. در نهایت تجزیه و تحلیل تک متغیری ارتباط معناداری را بین کیفیت زندگی کل با جنس، سن، تحصیلات، شغل، سرپرست خانواده بودن، مکان سکونت و سابقه قبلی پیوند کلیه نشان داد (جدول شماره ۳).

تجزیه و تحلیل چند متغیری با استفاده از آنالیز رگرسیون خطی با ورود متغیرهایی با $p < 0/20$ در کیفیت زندگی کل به مدل انجام شد که در نهایت عوامل جنسیت و شغل پیش بینی کننده کل کیفیت زندگی تعیین شدند (جدول شماره ۴).

روش (Backward) با در نظر گرفتن سطح معناداری $p < 0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

یافته های تحقیق در زمینه اطلاعات فردی نمونه ها در جدول شماره ۱ و میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی عمومی و مرتبط با بیماری واحدهای پژوهش به تفکیک حیطه ها و زیرمقیاس های آن در جدول شماره ۲ آورده شده اند.

براساس یافته جدول شماره ۲ و ۳ میانگین نمرات حیطه جسمی کیفیت زندگی پایین تر از دو حیطه روانی و کلیوی بود. نکته مهم در یافته ها ارتباط معنادار افزایش سن با کاهش نمرات زیر مقیاس های عملکرد جسمی، درک سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، انرژی/خستگی، علایم، عملکرد شناختی و خواب و حیطه های جسمی، روانی و کلیوی بود. جنسیت مونث نمونه ها نیز با کیفیت پایین تر زندگی در زیر مقیاس های عملکرد جسمی، درد، درک سلامت عمومی، خوب بودن عاطفی، محدودیت نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، انرژی/خستگی، علایم، تاثیر بیماری کلیوی بر زندگی روزانه، بار مسئولیت بیماری و همچنین حیطه های جسمی، روانی، کلیوی مرتبط بود. بیماران با تحصیلات کمتر نیز پایین ترین میانگین نمرات کیفیت زندگی را در زیر مقیاس های عملکرد جسمی، خوب بودن عاطفی، عملکرد اجتماعی، انرژی/خستگی، علایم، بار مسئولیت بیماری و خواب و حیطه های جسمی، روانی و کلیوی کسب کردند.

در افراد بیکار، در مقایسه با دیگر گروههای شغلی، بطور معناداری نمرات پایین تری در زیر مقیاس های محدودیت نقش جسمی، خوب بودن عاطفی، عملکرد اجتماعی، انرژی/خستگی، علایم، تاثیر بیماری کلیوی بر زندگی روزانه، بار مسئولیت بیماری و وضعیت شغلی، حمایت اجتماعی و حیطه های جسمی و روانی و کلیوی مشاهده گردید.

درآمد ماهیانه بالاتر دارای ارتباط معناداری با نمرات بالاتر در زیر مقیاس های عملکرد جسمی و

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر در زمینه نمایش زیرمقیاس وضعیت شغلی نمونه ها به عنوان ضعیف ترین بخش کیفیت زندگی مشابه بسیاری مطالعات دیگر می باشد (۲۱،۱۲،۱۱). وقت گیر بودن دیالیز بخصوص در بیماران با برنامه ۳ بار دیالیز در هفته، صرف زمان جهت رفت و آمد به بخش دیالیز و نیز ناتوانی جسمی ناشی از بیماری و موثر بر توان انجام کار و حضور در محل کار می تواند منجر به اختلال در وضعیت شغلی این بیماران گردد.

بالتر بودن میانگین نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این پژوهش در مقایسه با میانگین و انحراف معیار نمره ی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در مطالعه عباس زاده و همکارانش در شهر کرمان (۲۲) را می توان با تفاوت جغرافیایی، آب و هوا و شیوه زندگی مرتبط دانست.

کیفیت زندگی پایین در زنان تحت همودیالیز در این تحقیق یافته ای است که مشابه بسیاری مطالعات دیگر از جمله مطالعه لوپز (Lopes) و همکاران است. این پژوهشگران در مطالعه خود در هفت کشور نشان دادند که زنان نسبت به مردان بطور معناداری نمرات کمتری در عملکرد جسمی، درد بدنی، خستگی/انرژی و علایم داشتند (۱۸). همچنین در مطالعه پاکپور و همکاران در تهران نیز زنان بطور معناداری در هر سه حیطه، کیفیت زندگی میانگین نمره پایین تری داشتند (۱۷). از دلایل احتمالی این امر می توان سطح تحصیلات پایین تر و چاقی در زنان را عنوان کرد.

ارتباط آماری معنادار و معکوس بین سن و هر سه حیطه ی کیفیت زندگی و زیرمقیاس های عملکرد جسمی، درک سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، انرژی/خستگی، علایم، عملکرد شناختی و خواب نیز مشابه مطالعه لسان پزشکی و همکارانش است که در مطالعه خود نشان دادند افراد با سن بالاتر از ۵۰ سال بطور معناداری نمرات پایین تری در حیطه های جسمی، روانی و کلیوی، نسبت به نمونه های با سنین کمتر، کسب کرده اند (۱۶). این

یافته را می توان با تغییرات خاص اغلب سیستم های بدن با افزایش سن مرتبط دانست که همراه با ماهیت بیماری و درمان آن می تواند موجب کاهش بیشتر کیفیت زندگی بیماران گردد.

ضعیف تر بودن میانگین نمرات در بسیاری زیر مقیاس ها و تمامی حیطه های کیفیت زندگی نمونه های دارای سطح تحصیلات کمتر در این مطالعه مشابه چندین مطالعه مرتبط است (۲۳،۲۱،۱۸). این یافته می تواند بدلیل کمبود دانش مرتبط با مراقبت های پزشکی، توان ضعیف تر در خود گزارش دهی وضعیت سلامت و احتمالاً درآمد کمتر باشد.

علاوه بر آن کیفیت زندگی کل، حیطه ها و بسیاری از زیر مقیاس های آن در افراد بیکار، پایین تر از گروه های دیگر بود که مشابه یافته برخی مطالعات است (۱۸،۱۶،۷). این یافته با توجه به تاثیر اشتغال و درآمدزایی بر حفظ استقلال، عدم وابستگی به دیگران و احساس عزت نفس انسانها به ویژه در مواقع وجود بیماری و نیاز به داشتن درآمد جهت تامین هزینه های درمانی قابل توجیه است.

بازتاب ارتباط معنادار درآمد بالاتر بر کسب نمرات بهتر در زیر مقیاس های عملکرد جسمی و شناختی این مطالعه نیز مشهود است. این یافته که مشابه نتایج مطالعه الجامایح (Al-jumaih) و همکاران است (۱۰)، را می توان از دو جنبه مورد توجه قرار داد. اول آنکه سلامت جسمی و ذهنی لازمه کسب درآمد و اشتغال به کار است. بنابراین بدیهی است بیمارانی که عملکرد جسمی و شناختی بالاتری دارند درآمد بالاتری نیز داشته باشند. از طرف دیگر، درآمد بالاتر توانایی بیمار را برای تامین درمانهای ضروری افزایش داده و منجر به حس خوب بودن روانی و کیفیت زندگی بهتر در آنها می شود.

معنادار بودن ارتباط مستقیم پوشش بیمه همراه با حمایت انجمن همودیالیز با زیر مقیاس های عملکرد جسمی و خواب و حیطه ی جسمی نشانگر تاثیر مثبت حمایت های مالی و برنامه های آموزشی و پی گیری این انجمن بر کیفیت زندگی بیماران است.

ارتباط معنادار عهده داری سرپرستی خانواده در

نتایج تجزیه و تحلیل چند متغیری با استفاده از آنالیز رگرسیون خطی نشان داد که در نهایت متغیرهای جنسیت و شغل پیش بینی کننده کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز هستند. این دو متغیر در دیگر مطالعات نیز به عنوان پیش بینی کننده شناسایی شده اند. برای مثال متغیر جنسیت زن در مطالعه سئیکا (Seica) و همکاران در تایوان، ویراپان (Veerappan) و همکاران در هند و جرمین پتروویک (Germin-Petrovic) و همکاران در کراواسی (۲۶،۲۳،۱۲) و متغیر بیکاری در مطالعه لویز و همکاران از جمله عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی پایین تر بودند (۱۸). تشابه موجود بین یافته ها نشانگر تاثیر گذاری بالاتر این متغیرها بر کیفیت زندگی بیماران در غالب فرهنگها و سیستمهای بهداشتی درمانی است. این یافته اهمیت بررسی های بیشتر و لزوم برنامه ریزیهای استراتژیک خاص برای این متغیر را برجسته می سازد.

یافته های این مطالعه نشان داد که بیماران همودیالیزی با برخورداری از برخی ویژگی های فردی، متحمل رنج بیشتری می شوند. شناخت و بکار گیری عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی این بیماران می تواند در طراحی برنامه های مراقبتی و درمانی مطلوبتر به پزشکان و پرستاران کمک نماید. همچنین نتایج نشان داد که جنسیت زن و بیکاری بیماران از عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی ضعیف تر هستند. بنابراین خدمات پزشکی و مراقبتی باید با حمایت بیشتر از زنان و همچنین کاریابی بر اساس تفاوت های فردی، منطقه ای و حتی وضعیت جسمی بیماران و برنامه ریزی و تخصیص منابع در جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان ارائه شود. نتایج حاصل از این مطالعه می تواند به مسئولین مربوطه در سطح استان کمک نماید تا گامی آگاهانه در راستای برنامه ریزی های مراقبتی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این عزیزان با صرف حداقل هزینه های اقتصادی-اجتماعی و در مدت زمان کمتر، بردارند.

بررسی ارتباط عوامل فردی با کیفیت زندگی بدون در نظر گرفتن عواملی چون وضعیت تغذیه ای بیماران محدودیت اصلی این مطالعه است. این محدودیت با توجه

نمونه ها با زیر مقیاس های درد، درک سلامت عمومی، خوب بودن عاطفی، عملکرد اجتماعی، علایم و تاثیر بیماری کلیوی بر زندگی روزانه را می توان به مشارکت احتمالی سرپرست خانواده در تصمیم گیری های عمده و حیاتی خانواده، احساس ارزش، اعتماد بنفس و رضایت از زندگی و کیفیت بالاتر آن مرتبط دانست.

ارتباط معکوس نمرات نمونه های ساکن در شهر با زیر مقیاس های خوب بودن عاطفی، انرژی/خستگی، بار مسئولیت بیماری، وضعیت شغلی و حمایت اجتماعی را می توان بدلیل نیاز به صرف زمان و هزینه بیشتر برای درمان، آنها بدون وجود امکانات حمل و نقل مناسب، مرتبط دانست. نتایج مطالعه مویست (Moist) و همکارانش نیز نشانگر نمرات پایین تر کیفیت زندگی در موارد صرف زمان طولانی مسافت تا مکان دیالیز بود (۲۴). هرچند که مطالعه ی دیامانت (Diamant) در لندن نشان داد که تفاوت معنی داری بین نمرات کیفیت زندگی در دو گروه بیماران مناطق اطراف و مرکز دیالیز وجود ندارد (۲۵).

علاوه بر آن ارتباط معنادار علت اولیه بیماری چندعاملی با نمرات پایین تر در اکثر حیطة ها و زیر مقیاس ها مشابه برخی مطالعات (۲۳،۱۷،۱۱) بوده که می تواند به دلیل افزایش عوارض بیماری و داروهای مصرفی و همچنین تعداد دفعات بستری در بیمارستان و صرف هزینه های درمانی بیشتر با ابتلا همزمان به بیش از یک بیماری باشد که می تواند با کاهش کیفیت زندگی همراه شود.

وجود ارتباط معنی دار بین مصرف سیگار و نمرات بالاتر در زیرمقیاس عملکرد جسمی کیفیت زندگی و همچنین مصرف متوسط (۱۰ نخ در روز) با نمرات بالاتر در زیر مقیاس درد در این مطالعه مشابه مطالعه هسیه (Hesieh) و همکاران است (۹).

ارتباط معنادار میانگین نمرات کیفیت زندگی نمونه های این مطالعه در زیر مقیاس های عملکرد جسمی و علایم و نیز کیفیت زندگی کل با سابقه پیوند کلیه، شاید با امید به امکان یک تجربه مجدد، به دنبال تجربه یک بار پیوند، در این نمونه ها مرتبط باشد.

به تعداد زیاد سوالات ابزار مورد استفاده در تحقیق و احتمال خستگی بیشتر بیمار با اضافه نمودن ابزار استاندارد بررسی تغذیه توسط پژوهشگر قابل کنترل نبود. از این رو پیشنهاد می شود که در مطالعات دیگر به بررسی ارتباط وضعیت تغذیه با کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از طرح مصوب و تحت حمایت مالی معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان می باشد. لذا پژوهشگران مراتب سپاس خود را از معاونت محترم تحقیقات و فن آوری، روسا و مدیران پرستاری مراکز آموزشی-درمانی، کلیه پرستاران بخشهای همودیالیز استان و بیماران عزیز که در این طرح همکاری داشتند، ابراز می دارند.

جدول شماره ۱: توزیع عوامل فردی نمونه ها

| درصد | توزیع نمونه ها | |
|------|---------------------|--------------------|
| | عوامل فردی نمونه ها | |
| ۳۴ | زن | جنس |
| ۶۶ | مرد | |
| ۳۷/۳ | ۵۰ | سن (سال) |
| ۶۲/۷ | >۵۰ | |
| ۵۶/۸ | ابتدایی | تحصیلات |
| ۱۸/۳ | راهنمایی | |
| ۱۹/۹ | دبیرستان/دیپلم | |
| ۵/۰ | دانشگاهی | تاهل |
| ۱۲/۴ | مجرد | |
| ۷۶/۳ | متاهل | |
| ۱۱/۳ | بیوه | شغل |
| ۵۵/۲ | بیکار | |
| ۲۴/۱ | شاغل | |
| ۲۰/۷ | بازنشسته | درآمد (هزار تومان) |
| ۵۶/۴ | > ۴۰۰ | |
| ۴۲/۶ | ۴۰۰-۷۰۰ | حمایت اجتماعی |
| ۳۶/۵ | بیمه | |
| ۶۳/۵ | بیمه و انجمن | سرپرست خانواده |
| ۶۳/۹ | بلی | |
| ۳۶/۱ | خیر | محل سکونت |
| ۳۸/۸ | شهر | |
| ۶۱/۲ | خارج از شهر | علت اولیه بیماری |
| ۱۹/۹ | دیابت | |
| ۳۲/۴ | فشار خون بالا | |
| ۷/۹ | سنگ کلیه | |
| ۶/۶ | گلو مرونوفریت | |
| ۶/۲ | مادرزادی | شاخص توده بدنی |
| ۵/۰ | چند عاملی | |
| ۲۲ | ناشناخته | |
| ۶/۷ | لاغر | سابقه مصرف سیگار |
| ۵۳/۱ | طبیعی | |
| ۲۵/۷ | اضافه وزن | |
| ۱۴/۵ | چاق | تعداد نخ سیگار |
| ۱۱/۲ | بلی | |
| ۸۸/۸ | خیر | مصرفی در روز |
| ۹۵/۴ | ۹ عدد | |
| ۴/۶ | ۱۰ عدد | سابقه پیوند |
| ۶/۲ | بلی | |
| ۹۳/۸ | خیر | |

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش به تفکیک حیطه ها و زیر مقیاس های آن

| میانگین و انحراف معیار | زیر مقیاسهای کیفیت زندگی | اجزاء کیفیت زندگی |
|------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ۵۳/۴۰±۲/۶۹ | عملکرد جسمی | خلاصه اجزاء جسمی |
| ۴۲/۷۴±۴/۰۴ | محدودیت نقش جسمی | |
| ۵۶/۷۹±۲/۲۱ | درد | |
| ۴۰/۷۸±۱۷/۹۶ | درک سلامت عمومی | |
| ۴۶/۹۹±۱/۹۴ | کل | |
| ۵۴/۶۳±۱۹/۶۰ | خوب بودن عاطفی | خلاصه اجزاء ذهنی |
| ۴۹/۴۳±۳/۸۹ | محدودیت نقش عاطفی | |
| ۵۷/۷۲±۲۷/۴۹ | عملکرد اجتماعی | |
| ۴۱/۲۲±۲۰/۰۸ | انرژی / خستگی | |
| ۴۸/۷۶±۱/۸۰ | کل | |
| ۷۴/۲۹±۱۶/۶۹ | علایم | خلاصه اجزاء بیماری کلیوی |
| ۴۴/۴۰±۲/۰۰ | تاثیر بیماری کلیوی بر زندگی | |
| ۲۷/۴۳±۲۳/۰۰ | بار مسئولیت بیماری | |
| ۱۹/۱۰±۲/۹۰ | وضعیت شغلی | |
| ۷۴/۵۲±۲۰/۸۴ | عملکرد شناختی | |
| ۵۶/۶۵±۱۵/۱۴ | کیفیت ارتباط اجتماعی | |
| ۵۸/۲۵±۳۱/۵۵ | عملکرد جنسی (n=۵۶) | |
| ۶۱/۹۸±۲۲/۹۴ | خواب | |
| ۷۶/۵۵±۲۲/۲۶ | حمایت اجتماعی | |
| ۷۰/۲۲±۲۱/۲۰ | دلگرمی توسط پرسنل | |
| ۸۰/۲۹±۲۰/۲۰ | رضایتمندی بیمار | |
| ۵۸/۴۱±۱/۰۳ | کل | |
| ۵۴/۰۰±۱۳/۳۳ | کیفیت زندگی بیماران کلیوی | |

جدول شماره ۳: ارتباط کیفیت زندگی با عوامل فردی نمونه ها

| عوامل فردی نمونه ها | میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی | نتیجه آزمون تی مستقل (سطح معناداری $p=0/05$) |
|-------------------------|---------------------------------------|--|
| جنس | زن | $p=0/0001$ |
| | مرد | |
| سن (سال) | 50 | $p=0/012$ |
| | >50 | |
| تحصیلات | ابتدایی | $p=0/013$ |
| | راهنمایی | |
| | دبیرستان/دیپلم | |
| | دانشگاهی | |
| ناهل | مجرد | $p=0/2723$ |
| | متاهل | |
| | بیوه | |
| شغل | بیکار | $p=0/0001$ |
| | شاغل | |
| | بازنشسته | |
| درآمد (هزار تومان) | $400 >$ | $p=0/067$ |
| | 400-700 | |
| حمایت اجتماعی | بیمه | $p=0/129$ |
| | بیمه و انجمن | |
| سرپرست | بلی | $p=0/026$ |
| محل سکونت | شهر | $p=0/058$ |
| | اطراف شهر | |
| علت اولیه بیماری | دیابت | $p=0/28$ |
| | فشار خون بالا | |
| | سنگ کلیه | |
| | گلو مرونوفریت | |
| | مادرزادی | |
| | چند عاملی | |
| | ناشناخته | |
| شاخص توده بدنی | لاغر | $p=0/20$ |
| | طبیعی | |
| | اضافه وزن | |
| | چاق | |
| سیگار کشیدن | بلی | $p=0/678$ |
| | خیر | |
| تعداد نخ سیگار مصرفی | 9 | $p=0/045$ |
| | 10 | |
| سابقه پیوند | بلی | $p=0/127$ |
| | خیر | |

جدول شماره ۴: برآورد ضریب رگرسیونی خطی عوامل فردی مرتبط با کیفیت زندگی

| عوامل پیش بینی کننده | ضریب رگرسیونی | خطای معیار | فاصله اعتماد ۹۵٪ | | آماره t | معناداری |
|-------------------------|------------------|---------------|------------------|--------|---------|----------|
| | | | حداقل | حداکثر | | |
| سن | 50 | 2/00 | -9/34 | -1/44 | -2/69 | 0/008 |
| | >50 | | | | | |
| شغل | بیکار | 2/24 | 2/50 | 11/34 | 3/09 | 0/002 |
| | شاغل | | | | | |
| | بازنشسته | | | | | |

References

- 1- Black JM, Hawks JH. Medical surgical Nursing clinical management for positive out comes. 8th ed.USA: Sanders, Elsevier; 2010.
- 2- Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. Vol 1. 18thed. New York: Mc Graw hill; 2012.
- 3-Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle J, Cheever KH. Brunner & Suddarths Text book of Medical- surgical Nursing. 12th ed. China: Lippincott Williams &wilkins; 2010.
- 4- Sajadi A, farmihani B, esmaeil poor S, dormanesh B, zare M. Factors affecting rates of fatigue in patients with chronic renal failure treated with hemodialysis. Journal of Nursing intensive Care. 2011;3(1):28-33.Persian.
- 5-harity foundation for special disease.Hemodialysis. Available from: <http://www.cffsd.org/content/701>
- 6- Nikravan Mofrad M, Shirri H,The most complete source of intensive care in the ICU-CCU and dialysis. Tehran: noore danesh; 2006.Persian.
- 7- Sathvik BS, Parthasarathi G, Narahari MG, Gurudev KC. An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire.Indian J Nephrol. 2008;18(4): 141-149.
- 8-Tel H. Determining Quality of Life and Sleep in Hemodialysis Patients. Dial Transplant. 2009;38(6): 210-215.
- 9- Heseih RL, Lee WC, Huang HY, Chang CH. Quality of life and its correlates in ambulatory hemodialysis patients. J nephrol. 2007; 20(6): 731-738.
- 10- AL-Jumaih A, Al-Onazi K, Binsalih S, Hejaili F, Al-Sayyari A. A Study of Quality of Life and its Determinants among Hemodialysis Patients Using the KDQOL-SF Instrument in One Center in Saudi Arabia.Arab Journal of Nephrologyand Transplantation. 2011; 4(3):125-130.
- 11- Anees M, Hameed F, Mumtaz A, Ibrahim M, Saeed Khan MN. Dialysis related factors affecting quality of life in patient on hemodialysis. Iran J Kidney Dis. 2011; 5(9): 9-14.
- 12- Veerappan IR, Arvind M, Ilayabharthi V. Predictors of quality of life of hemodialysis patients in India. Indian J Nephrol. 2012; 22(1):18-25.
- 13- Al Eissa M, Al Sulaiman M, Jondeby M, Karkar A, Barahmein M, Shaheen FAM,et al. Factors Affecting Hemodialysis Patients' Satisfaction with Their Dialysis Therapy. Int J Nephrol. 2010. Available from: <http://dx.doi.org/10.4061/2010/3429015>.
- 14- Cohen SD, Patel SS, Khetpal P, Rolf A, Peterson, Paul L. Pain, Sleep Disturbance, and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease. Clin J Am Soc Nephrol. 2007;2(5):919-925.
- 15- Kring D L. Using the Revised Wilson and Cleary Model to Explore Factors affecting Quality of Life in Persons on Hemodialysis. PhD Thesis.USA: University of North Carolina; 2008.
- 16- Lessan-Pezeshki M,Rostami Z. Contributing factors in health-related quality of life assessment of ESRD patients: A single center study. Int J Nephrol Urol. 2009; 1(2):129-136.
- 17- 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 Jan;4(1):50-9.
- 18- Lopes AA, Jennifer L, Gresham B, David A, Goodkin, Fukuhara S, et al. factors associated with health- related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. Qual life Res. 2007;16(6): 545- 557.
- 19- Bossola M, Giungi S, Luciani G, Tazza L. Body mass index, comorbid conditions and quality of life in hemodialysis patients.J Nephrol.2009; 22(4):508-514.
- 20- Rambod M, Rafiei F, hosseini F. Quality of life in patients with chronic renal failure. Hayat. 2008;14(3) :51-61.Persian.
- 21- Pakpour AH, Yekaninejad MS, Molsted S, Harrison AP, Hashemi F, Saffari M. Translation, cultural adaptation assessment and both validity and reliability testing of the Kidney Disease Quality of Life – Short Form version 1.3 for use with Iranian patients. Nephrology. 2011;16(1): 106-112.
- 22- Abbaszade A,Javanbakhtian R, Salehi SH, motavasselian M.Comparative Assessing of quality of life in hemodialysis patients and renal transplant recipients.Journal of yazd university of Medical Sciences.2010;18(4):461-468.Persian.
- 23- Seica A, Segall L, Verzan C, Vaduva N, Madincea M, Rusoiu S. Factors affecting the quality of life of haemodialysis patients from Romania: a multicentric study. Nephrol Dial Transplant. 2009; 24(2): 626-629.
- 24- Moist LM, Bragg-Gresham JL, Pisoni RL, Saran R, Akiba T, Jacobson RH., et al. Travel time to dialysis as a predictor of healthrelated quality of life, adherence, and mortality: The Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). Am J Kidney Dis. 2008; 51(4):641-650.
- 25- Diamant MJ, Harwood L, Movva S, Wilson B, Stitt L, Lindsay RM, et al. A Comparison of Quality of Life and Travel-Related Factors between In-center and Satellite-Based Hemodialysis Patients Clin. J Am Soc Nephrol, 2010; 5(2): 268-274.
- 26- Germin-Petrovi D, Mesaros-Devci I, Lesac A, Mandi M, Soldati M, Vezmar D, et al. Health-related quality of life in the patients on maintenance hemodialysis: the analysis of demographic and clinical factors. Coll Antropol. 2011; 35(3):687-693.

Predictive Personal factors of quality of life in hemodialysis patients

By: Baghaei M¹, Rahimi S^{2*}, Adib M³, Kazemnejad Leili E⁴, Monfared A³

1) Department of Nursing(medical-surgical), Instructor, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2) Department of Emergency Medicine, Instructor, School of Paramedical, Gazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

3) Department of Nursing (medical-surgical), Instructor, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4) Bio-Statistics, Assistant professor, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 2013/01/02

Accepted: 2013/07/31

Abstract

Introduction: Assessing quality of life and its related factors in hemodialysis patients is necessary to promote their quality of life.

Objective: This study aimed to determine predictive personal factors of quality of life among hemodialysis patients referring to hemodialysis centers affiliated to Guilan University of Medical Sciences.

Methods: This analytic cross-sectional study was conducted on 241 hemodialysis patients referring to 12 Guilan dialysis centers chosen by randomized-stratified method from adult patients with inclusion criteria. Data was gathered by a researcher-made questionnaire on personal factors and Kidney Disease Quality of Life Short Form with 3 domains of physical, mental and specified kidney disease. The relationship between personal factors and three domains of quality of life were analyzed using descriptive (distributions, mean and SD) and analytic statistics (Smirnov Kolmogorov for normal distribution of data, t-student, ANOVA and Linear regression).

Results: The least mean and SD was in job status subscale (19.1 ± 2.9) and physical domain of quality of life (46.99 ± 1.94) in comparison to two other domains.

Patients' quality of life score was 54.00 ± 13.33 . There was a significant relationship between lower quality of life scores and female gender ($p=0.0001$), older age ($p=0.002$), lower education ($p=0.0001$), unemployment ($P=0.0001$), without family responsibility ($p=0.003$), suburban residential place ($p=0.043$), and without history of kidney transplantation ($p=0.038$).

Conclusion: Female gender and unemployment were predictors of poor quality of life. Associations of poor health related quality of life with controllable factors such as job, highlights necessitation of greater focus on social support and medical and nursing interventions in these patients.

Keywords: Kidney Diseases, Renal Dialysis, Quality of Life

*Corresponding Author: Sara Rahimi, Gazvin, School of Paramedical

Email: Sara.rahimi45@yahoo.com