

مقایسه کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه با بیماران جوان و میانسال

(مقاله پژوهشی برگرفته از پایان نامه)

معصومه رامبد^۱، فروغ رفیعی^۲، محمدخباز شیرازی^۳، فریبا قدس‌بین^۴، سیدتقی حیدری^۵

چکیده:

هدف: مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه با بیماران جوان و میانسال انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۲۰۲ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در سه گروه جوان (≤ 40)، میانسال (۵۹-۴۱) و سالمند (≥ 60) قرار گرفتند. اطلاعات به روش سرشماری و با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی فرنس و پوروس-سنسخته دیالیز جمع‌آوری شد. داده‌ها با بکارگیری نرم افزار spss و با استفاده از آزمون آنالیز واریانس و شفه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: ۴۳/۶٪ از شرکت کنندگان را سالمندان، ۴۰/۱٪ را افراد میانسال و ۱۶/۳٪ را جوانان تشکیل دادند. کیفیت زندگی کلی بیماران در سه گروه (سالمند، میانسال و جوانان) تفاوت معنی‌دار آماری نداشت ($P > 0/05$) و $F = 0/51$. این در حالی است که بعد اقتصادی-اجتماعی، خانوادگی کیفیت زندگی در سه گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌دار آماری داشت ($P < 0/05$). اما بعد روانی-معنوی و سلامتی و عملکرد در بین سه گروه تفاوت معنی‌دار آماری نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاکی از پایین بودن بعد اقتصادی-اجتماعی و خانوادگی کیفیت زندگی جوانان نسبت به افراد سالمند و میانسال بود. بنابراین ارائه بیمه تکمیلی و ارجاع بیماران جوان به انجمن حمایت از بیماران پیوند و کلیه به منظور بهبود کیفیت زندگی این بیماران به خصوص در بعد اقتصادی-اجتماعی پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، سالمندی، احساس خوب بودن، نارسایی مزمن کلیه

- ۱- کارشناس ارشد پرستاری، گروه آموزشی داخلی جراحی دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- * پست الکترونیک نویسنده مسئول: rambodma@gmail.com
- ۲- دانشیار گروه آموزشی داخلی جراحی دانشکده پرستاری مامایی تهران و عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری ایران
- ۳- پزشک عمومی، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- ۴- مربی، کارشناس ارشد پرستاری، گروه آموزشی بهداشت جامعه دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز
- ۵- استادیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

بیماری در آمریکا از سال ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۲، ۳۷٪ افزایش داشته است. با این حال در مورد افراد بالای ۷۵ سال، سرعت رشد بیماری به ۹۳٪ رسیده است. در آمریکا (۲۰۰۲)، ۱۶۷۱ سالمند به ازاء هر یک میلیون نفر، مبتلا به نارسایی مزمن کلیه بوده‌اند (۳). کشور ایران نیز با روند رو به رشد بیماران دیالیزی مواجه است. به طوری که در سال ۱۳۸۰ جمعیت مبتلایان به بیماری‌های مزمن کلیه حدود ۱۶ هزار نفر گزارش شده بود و این رقم در سال ۸۶ به ۳۲ هزار نفر افزایش یافت. همچنین پیش بینی می‌شود تا پایان سال ۹۱ جمعیت مبتلایان به این بیماری دو برابر شود و گروه زیادی از آنها را سالمندان تشیل می‌دهند (۴). در سالهای گذشته، هدف اصلی از مراقبت‌های درمانی، افزایش میزان بقاء بود. اما در سالهای اخیر این هدف به سمت بهبود کیفیت زندگی بیماران معطوف شده است (۲). کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجا که ابعاد

در طی دو قرن گذشته، شمار بیماران سالمند مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، در بیشتر کشورها افزایش یافته است. بنابراین الگوی سنی این بیماری به سمت سالمندی گرایش پیدا کرده است (۱). افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی از مهمترین دلایل بالا رفتن تعداد بیماران تحت دیالیز به شمار می‌رود. از سوی دیگر افراد سالمند به دلیل ابتلا به بیماری‌های مزمن از جمله فشارخون و دیابت بیشتر در معرض بیماری مزمن کلیه قرار دارند. همچنین بهبود روشهای درمانی، پیشرفت‌های صنعتی و تکنولوژی همگی از عواملی است که در بیشتر شدن شمار بیماران سالمند مبتلا به نارسایی مزمن کلیه دخیل بوده است (۲).

در بسیاری از کشورها، سن ۴۰٪ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه ۶۵ سال و بالاتر است (۱، ۲). نرخ بروز این

مطالعه بر سالمندان تحت دیالیز صفاقی، به مشابه بودن کیفیت زندگی آنها در مقایسه با افراد جوان اشاره کردند (۱۲). نوحی و همکاران نیز معتقدند کیفیت زندگی سالمندان مبتلا در مقایسه با افراد کمتر از ۵۶ سال پایین تر است (۱۴). برخی محققان بر این باورند که بعد روانی - اجتماعی کیفیت زندگی افراد جوان نسبت به سایر گروه‌های سنی پایین تر است (۱۵)، در حالی که پاتل^۲ و همکاران به پایین بودن سطح کیفیت زندگی افراد مسن تحت همودیالیز اشاره داشتند (۱۶).

محققین معتقدند در هنگام مقایسه سالمندان مبتلا به نارسایی کلیه با افراد کمتر از ۶۰ سال، دیده شده که این اشخاص تنش کمتری را تجربه کرده و درک بهتری از کیفیت زندگی دارند. برای مثال سالمندان از زندگی خود راضی بوده و علی‌رغم مشکلات و نقایص فیزیکی متعدد، از زندگی خود لذت می‌برند و از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. به خصوص در مورد سالمندانی که استقلال فیزیکی خود را حفظ کرده و از حمایت‌های خانواده و حمایت اجتماعی بهره‌مند هستند، از کیفیت زندگی بالاتری بهره‌مند بودند (۱۳، ۱۱، ۱۰، ۲). با این حال برخی منابع معتقدند که بیماران سالمند، مبتلا به بیماری‌های مزمن متعدد بوده که می‌تواند کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد (۱۳).

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه، لازم است تفاوت بین کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به این بیماری با سایر گروه‌های سنی مورد ارزیابی قرار گیرد و بر اساس آن مداخلات مناسب به این گروه از افراد ارائه شود. بنابراین پژوهشی با هدف مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه با افراد میانسال و جوان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و به صورت مقطعی انجام شد. بیماران تحت همودیالیز بر اساس سن به سه گروه جوان (≤ 60 سال)، میانسال (۵۹-۴۱ سال) و سالمند (≥ 60 سال) تقسیم و متغیر کیفیت زندگی در این سه گروه از بیماران مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران تحت درمان با همودیالیز در بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران (ایران سابق) بود.

متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود فرد را در بر می‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است (۵). نارسایی مزمن کلیه و درمان با دیالیز منجر به ایجاد محدودیت‌هایی در سلامت فیزیکی، روانی و عملکردی و به علاوه احساس خوب بودن کلی، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی شده و رضایت از زندگی بیمار را تحت شعاع قرار می‌دهد. محدودیت‌های بیماران تحت همودیالیز به خصوص اختلالات فیزیکی با افزایش سن تشدید می‌شود (۷، ۶).

بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی کلیه، مشکلات فراوانی را در زندگی بیماران سالمند و جوان ایجاد می‌کند. برای مثال بروز بیماری در زنان جوان ممکن است؛ ازدواج، بچه‌دار شدن، مراقبت از اعضای خانواده و تکمیل تحصیلات را با مشکلاتی مواجهه کند (۸). این در حالی است که در سنین میانسالی وجود پیوندهای قوی میان اعضای خانواده و حضور فرزندان به عنوان حامی در کاهش تنش و مقابله با بیماری مزمن مؤثر است (۹). این موضوعات شدت اختلال در بیماران جوان نسبت به سالمند را پررنگ می‌کند. از سوی دیگر، سالمندان در معرض فرایند پیری بوده و بیشتر مستعد ابتلا به ناتوانی و بیماری‌های مزمن هستند (۷، ۶). میزان بروز مرگ و میر در سالمندان بالا بوده که از شایع‌ترین علل آن بیماری‌های قلبی - عروقی و عفونت‌ها است (۲).

علاوه بر ناتوانی و بیماری‌های قلبی، سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در معرض سوء تغذیه، اختلالات شنوایی و بینایی بوده که آنها را مستعد زمین خوردن و شکستگی می‌کند. از سوی دیگر در هنگام مراجعه سالمندان به مراکز دیالیز، امکان دسترسی عروقی جهت انجام دیالیز برای آنها بسیار سخت و دشوار است. علاوه بر این، سالمندان به دلیل بیماری و افزایش سن، دچار اختلالات ذهنی بوده و شیوع افسردگی نیز در آنها بالاست. همه این عوامل کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به نارسایی کلیه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱، ۱۰).

کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن کلیه در مطالعات مختلف متفاوت گزارش شده است (۱۴-۱۰). برخی کیفیت زندگی سالمندان را پایین، مشابه و یا بالاتر از افراد جوان مبتلا مطرح کرده‌اند (۱۴-۱۲). در یک مطالعه انجام شده در ایتالیا به طور غیرمنتظره مشاهده شد که کیفیت زندگی افراد بالای ۷۵ سال خوب گزارش شده است (۱۳). تروبوچویک^۱ و همکاران با

بعد کیفیت زندگی (سلامتی و عملکرد، اقتصادی - اجتماعی، روانی - معنوی، و خانوادگی) را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه به صورت خودگزارشی و مصاحبه قابل کاربرد است و تکمیل آن ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. طیف نمرات برای هر نمره کلی کیفیت زندگی از ۰ تا ۳۰ است.

روایی ابزار از طریق اعتبار محتوا مشخص شد. به این ترتیب که پس از ترجمه پرسشنامه از زبان انگلیسی به فارسی و برگرداندن مجدد آن به انگلیسی^۴ و بر طرف نمودن هرگونه اشکال در ترجمه، ده نفر از متخصصین دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (ایران سابق)، ابزار را بررسی و تایید کردند. پایایی ابزار با بکارگیری روش آزمون مجدد (به فاصله ۱۰ روز) بر ۱۰ مورد از شرکت کنندگان محاسبه شد ($r=0/90$). پایایی ابزار در سال ۱۹۸۵ و ۱۹۹۲ توسط فرنس و پاورز به ترتیب با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۷، ۸).

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی ارتباط سن با خصوصیات جمعیت شناختی از آزمون مجذور کای استفاده شد. بررسی ارتباط سن با نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن با آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، تعیین تفاوت میانگین نمرات در گروه‌های سنی با آزمون شفه^۵ و تعیین اثرات همزمان خصوصیات جمعیت شناختی بر نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن با آنالیز واریانس دوطرفه در سطح ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

۳۳ نفر (۱۶/۳٪) از بیماران را جوانان، ۸۱ نفر (۴۰/۱٪) میانسالان و ۸۸ نفر (۴۳/۶٪) افراد بالای ۶۰ سال (سالمندان) تشکیل دادند. توزیع گروه‌های سنی در مردان و زنان یکسان بود ($P=0/391$). درصد افراد متاهل و تعداد فرزندان با سن افزایش نشان داد که این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود ($P<0/001$). وضعیت اقتصادی افراد با افزایش سن بهتر شده ($P<0/001$)، اما سطح تحصیلات ارتباط عکس با سن داشت، به عبارت دیگر با افزایش سن، سطح تحصیلات کاهش ($P<0/001$) می‌یافت (جدول ۱).

با توجه به کوچک بودن جامعه پژوهش، مطالعه به صورت سرشماری انجام گرفت و بنابراین تمام افرادی که دارای شرایط جامعه پژوهش بوده و در محیط‌های پژوهش قابل دستیابی بودند، انتخاب شدند. محیط پژوهش بخش‌های همودیالیز مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران (ایران سابق) بود. این بخش‌ها در بیمارستان‌های هاشمی‌نژاد، هفت تیر، یافت آباد، فیروزآبادی و شریعتی کرج قرار داشتند.

شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: ملیت ایرانی، داشتن حداقل ۱۸ سال تمام، داشتن توانایی تکمیل پرسشنامه یا انجام مصاحبه، دفعات انجام دیالیز دو بار یا بیشتر در هفته و تمایل به شرکت در مطالعه. بیماران مبتلا به بیماری‌های حاد که لزوم بستری در بیمارستان را ایجاب می‌کرد و همچنین بیماران مبتلا به بیماری روانی شناخته شده یا ناتوانی عملکردی (عضلانی - استخوانی) از مطالعه حذف شدند.

پژوهشگر بعد از کسب اجازه از کمیته اخلاق و مراجعه به مراکز مورد نظر، پس از توضیح درباره اهداف پژوهش و تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت نامه کتبی اطلاعات مورد نیاز را جمع‌آوری کرد.

در مجموع ۲۹۶ بیمار در سال ۸۷-۱۳۸۶ در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران (ایران سابق) تحت درمان با همودیالیز دایم قرار داشتند که از این تعداد ۲۰۲ نفر واجد شرایط جامعه پژوهش بوده و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند که این افراد در پژوهش شرکت کردند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه و فرم مشخصات فردی بود. در فرم مشخصات فردی متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی در نظر گرفته شد. پرسشنامه اصلی، پرسشنامه کیفیت زندگی فرنس^۱ و پاورز^۲ نسخه دیالیز^۳ بود که دارای ۲ قسمت است. قسمت اول، شامل گویه‌هایی است که رضایت بیماران را اندازه‌گیری می‌کند و قسمت دوم میزان اهمیتی که آن‌ها برای هر یک از گویه‌ها قایل هستند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای در قسمت اول از خیلی راضی (۶) تا خیلی ناراضی (۱) و در قسمت دوم از خیلی بی‌اهمیت (۱) تا خیلی مهم (۶) درجه‌بندی می‌شود و شامل ۶۸ عبارت است (هر قسمت دارای ۳۴ سؤال) و عبارات هر دو قسمت مشابه با یکدیگر می‌باشد. این ابزار چهار

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی در سه گروه سنی مبتلا به نارسایی کلیه

ارزش P	سن			متغیر
	سالمند	میانسال	جوان	
	(بیشتر از ۶۰ سال) تعداد(درصد)	بین ۴۱ تا ۵۹ سال تعداد(درصد)	(کمتر از ۴۰ سال) تعداد(درصد)	
P=۰/۳۹۱	۵۱(۵۸/۰)	۳۹(۴۸/۱)	۱۶(۴۸/۵)	جنسیت
	۳۷(۴۲/۰)	۴۲(۵۱/۹)	۱۷(۵۱/۵)	زن مرد
P<۰/۰۰۱	۰(۰/۰)	۴(۴/۹)	۱۵(۴۵/۵)	وضعیت تاهل
	۵۸(۶۵/۹)	۶۰(۷۴/۱)	۱۴(۴۲/۴)	مجرد متاهل
P<۰/۰۰۱	۳۰(۳۴/۱)	۱۷(۲۰/۹)	۴(۱۲/۱)	همسر مرده و جدا شده
	۴۱(۴۶/۶)	۲۱(۲۵/۹)	۲(۶/۱)	بیسواد
	۳۴(۳۸/۶)	۲۶(۳۲/۱)	۱۵(۴۵/۵)	ابتدایی و راهنمایی
	۹(۱۰/۲)	۲۶(۳۲/۱)	۱۰(۳۰/۳)	دبیرستان و دیپلم
P<۰/۰۰۱	۴(۴/۵)	۸(۹/۹)	۶(۱۸/۲)	دانشگاهی
	۸(۹/۱)	۳(۳/۷)	۰(۰/۰)	وضعیت اقتصادی
	۴۳(۴۸/۹)	۳۵(۴۳/۲)	۱۸(۵۴/۵)	خوب متوسط
P<۰/۰۰۱	۳۷(۴۲/۰)	۴۳(۵۳/۱)	۱۵(۴۵/۵)	ضعیف
	۱(۱/۱)	۶(۷/۴)	۲۰(۶۰/۶)	تعداد فرزندان
	۱۰(۱۱/۴)	۲۷(۳۳/۳)	۹(۲۷/۳)	بدون فرزند یک یا ۲ فرزند
	۴۲(۴۷/۷)	۳۷(۴۵/۷)	۴(۱۲/۱)	سه تا پنج فرزند بیشتر از شش فرزند
	۳۵(۳۹/۸)	۱۱(۱۳/۶)	۰(۰/۰)	

نظر آماری معنی دار نبود ($P>۰/۰۵$). اما میانگین نمره بعد اقتصادی - اجتماعی و بعد خانوادگی با استفاده از آزمون شفه در جوانان کمتر از افراد سالمند و میانسال بود که تفاوت از نظر آماری معنی دار ($P<۰/۰۵$) بود (جدول ۲).

آنالیز واریانس یکطرفه میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران سالمند، میانسال و جوان از نظر آماری متفاوت نبود ($P=۰/۲۲۳$). نمره ابعاد سلامتی و عملکرد و بعد روانی - معنوی در سه گروه تفاوت نداشت. آزمون شفه نشان داد نمره جوانان کمتر از افراد میانسال و سالمند بود اما این تفاوت از

جدول ۲: مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در سه گروه مختلف سنی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه

ارزش P	سن (انحراف معیار \pm میانگین)			متغیر
	سالمند	میانسال	جوان	
	(بیشتر از ۶۰ سال)	بین ۴۱ تا ۵۹ سال	(کمتر از ۴۰ سال)	
P=۰/۲۲۳	۲۰/۸ \pm ۵/۵	۲۰/۶ \pm ۵/۰	۱۹/۰ \pm ۴/۷	کیفیت زندگی
P=۰/۹۳۷	۱۹/۴ \pm ۶/۰	۱۹/۲ \pm ۵/۸	۱۹/۰ \pm ۵/۰	بعد سلامتی و عملکرد
P=۰/۱۶۰	۲۲/۲ \pm ۶/۲	۲۱/۱ \pm ۷/۲	۱۹/۵ \pm ۷/۲	بعد روانی - معنوی
P=۰/۰۲۱	۱۸/۶ \pm ۶/۷	۱۹/۱ \pm ۶/۲	۱۵/۶ \pm ۶/۱	بعد اقتصادی - اجتماعی**
P=۰/۰۴۲	۲۵/۹ \pm ۴/۸	۲۵/۹ \pm ۴/۴	۲۳/۶ \pm ۴/۳	بعد خانوادگی**

** از نظر آماری تفاوت میانگین نمره بعد اقتصادی - اجتماعی و بعد خانوادگی در جوانان کمتر از افراد سالمند و میانسال میباشد.

به تعداد بیماری مزمن متعددی باشند، اما آنها خوشان را بیمار در نظر نمی‌گیرند (۱۸، ۱۴) و احساس می‌کنند از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار هستند.

سالمندان در مقایسه با افراد جوان از کیفیت زندگی بهتری در بعد خانوادگی برخوردار بودند. یکی از عوامل مهم در بهبود کیفیت زندگی سالمندان، برخورداری از سیستم حمایتی خانواده است. ارتباطات اجتماعی و خانوادگی و همچنین حمایت‌های دو طرفه نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی سالمندان بر عهده دارد (۲). در این مطالعه میانگین تعداد فرزندان بیماران سالمند در مقایسه با دو گروه دیگر بالاتر بوده و علاوه بر این درصد زیادی از آنها نیز در کنار همسر خود زندگی کرده که این مسائل می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی آنها از بعد خانوادگی مؤثر باشد.

این پژوهش نشان داد که بعد اقتصادی - اجتماعی کیفیت زندگی سالمندان در مقایسه با افراد میانسال کمتر بود. در حالی که کازوموتو^۱ و همکاران در بررسی ابعاد کیفیت زندگی بیان کردند عملکرد اجتماعی و کیفیت روابط اجتماعی سالمندان مشابه افراد جوان است. اما نقش‌های فیزیکی سالمندان کمتر از گروه دیگر است (۷). پایین بودن کیفیت زندگی در بعد اقتصادی - اجتماعی در مقایسه با افراد میانسال گویای مشکلات مالی بیماران است. کاهش سطح درآمد و مشکلات اقتصادی می‌تواند سبب کاهش شادی و نشاط و بروز افسردگی شود. مشکلات مالی معمولاً بر کیفیت زندگی تأثیر منفی دارد و موجب عدم رضایت از زندگی و تنش می‌شود (۱۸).

یافته‌های پژوهش نشان داد اگرچه سالمندان از کیفیت زندگی بهتری در بعد روانی - معنوی در مقایسه با دو گروه دیگر برخوردار بودند اما این مسئله معنی‌داری نبود. کازوموتو و همکاران در پژوهش خود نشان دادند اگرچه میانگین احساس «خوب بودن روانی» سالمندان در مقایسه با بزرگسالان بیشتر بود، اما تفاوت معنی‌داری بین کیفیت زندگی در این بعد بین دو گروه وجود نداشت (۷). پژوهشگران به وجود ارتباط بین معنویات و سن اشاره کردند (۱۶) و معتقدند معنویات می‌تواند در سنین میانسالی و سالمندی با خوش‌بینی در ارتباط باشد (۱۹) و سبب بهبود نتایج کلینیکی شده و به عنوان یک ابزار قدرتمند در سازگاری با تغییرات ناشی از افزایش سن و پیری مؤثر باشد (۲۰). علاوه بر این معنویات و عقاید مذهبی نقش مهمی در

بررسی اثر همزمان سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان (متغیرهای مستقل) بر نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن با آنالیز واریانس دوطرفه انجام شد. اثرات متقابل متغیرهای مستقل از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P > 0/05$). وضعیت اقتصادی ($P < 0/001$) و تعداد فرزندان ($P = 0/002$) بر میانگین نمره کیفیت زندگی تأثیر داشت. بطوریکه با بهبود وضعیت اقتصادی نمره کیفیت زندگی افزایش و میانگین نمره کیفیت زندگی در خانواده‌های دارای یک یا دو فرزند کمترین (۱۸/۶) و در خانواده‌های دارای دو یا سه فرزند بیشترین (۲۱/۶) را نشان داد. همچنین افراد متاهل، بیشترین نمره (۲۱/۳)، افراد مطلقه، کمترین نمره (۱۸/۲) را داشتند که از نظر آماری این تفاوت معنی‌دار نبود ($P = 0/051$). اما سن و سطح تحصیلات بر نمره کیفیت زندگی (در حضور بقیه متغیرها) تأثیری نداشتند. مشابه نمره کیفیت زندگی وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان بر ابعاد سلامتی و عملکرد و بعد روانی - معنوی تأثیر داشتند ($P < 0/001$). اما فقط تعداد فرزندان بر بعد خانوادگی تأثیر نشان داد ($P < 0/001$). اما سن ($P = 0/004$)، وضعیت اقتصادی ($P < 0/001$) و سطح تحصیلات ($P = 0/027$) بر بعد اقتصادی - اجتماعی تأثیر داشتند.

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که ۴۳/۶٪ از شرکت‌کنندگان سالمند بودند. در مطالعه سایر محققان نسبت این افراد ۴۰٪-۳۲٪ گزارش شده است (۷، ۱۳). این مسئله زنگ خطری است که گرایش بیماری نارسایی مزمن کلیه به سمت سالمندی را نشان می‌دهد. علاوه بر این در مطالعه حاضر ۴۰/۱٪ از افراد نیز در محدوده سنی ۵۹-۴۱ سال قرار داشتند که در طی دو دهه آتی، این گروه نیز به سن سالمندی می‌رسند توجه و برنامه‌ریزی برای این قشر دارای اهمیت است.

یافته‌های پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی، مشابه افراد جوان و میانسال است. این یافته با نتایج تروبوچویک و همکاران همخوانی دارد. آنها در پژوهش خود به مشابه بودن کیفیت زندگی سالمندان تحت دیالیز صفاقی با افراد جوان اشاره کردند (۱۲). سالمندان توانایی بالایی برای سازگاری با محدودیت‌ها دارند. اگرچه سالمندان ممکن است تعداد داروهای بیشتری را مصرف کرده و یا مبتلا

در این مطالعه کیفیت زندگی سالمندان در بعد اقتصادی - اجتماعی پایین تر از گروه میانسال بود. لذا پیشنهاد می شود مسئولین محترم تسهیلات لازم برای تامین نیازهای مالی این بیماران فراهم آورند و با در نظر گرفتن بیمه و تامین هزینه های رفت و آمد، به نحو مناسب سعی در بهبود وضعیت اقتصادی - اجتماعی و به تبع کیفیت زندگی آنها نمایند.

نتیجه گیری

۴۳٪ از نمونه پژوهش حاضر را سالمندان تشکیل دادند و نزدیک به نیمی از شرکت کنندگان در سنین میانسالی قرار داشتند (این گروه نیز به زودی به سن سالمندی می رسند)، برنامه ریزی در جهت افزایش مشاقت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره ای در جمعیت سالمندان با هدف حفظ و ارتقاء توانمندی و بهبود کیفیت زندگی آنها ضروری به نظر می رسد. علاوه بر این توجه به بعد اقتصادی - اجتماعی و خانوادگی کیفیت زندگی جوانان مبتلا به نارسایی مزمن دارای اهمیت است.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران (ایران) به شماره قرارداد ۱۶۳ ت مورخ ۸۶/۵/۲۸ می باشد، بدین وسیله پژوهشگران کمال تشکر و قدردانی را از بیماران شرکت کننده در مطالعه و مرکز تحقیقات پرستاری ایران به جهت تأمین منابع مالی تحقیق را دارند.

مقابله با بیماری داشته و به فرد کمک می کند تا معنا و هدف را در زمان بیماری پیدا کند (۱۶). بنابراین معنویات می تواند در سازگاری با تنش و بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی مفید واقع شود (۲۱).

نتایج پژوهش نشان داد علی رغم نبودن تفاوت معنی دار در بعد سلامتی و عملکرد بین سه گروه، سالمندان از میانگین کیفیت زندگی بهتری در این بعد برخوردار بودند. پژوهشگران بر این باورند که برخی اجزای بعد «سلامت» کیفیت زندگی از جمله «سلامت عمومی» و «درد» در دو گروه سالمند و بزرگسال تفاوت معنی دار ندارد. اما بزرگسالان از نظر فعالیت فیزیکی، نقش های فیزیکی در مقایسه با سالمندان از میانگین بهتری بهره مند هستند (۷). نوحی و همکاران نیز خاطر نشان کردند افراد میانسال و جوان از نظر محدودیت نقش و درد در بعد سلامتی سالمندان، تفاوتی ندارند (۱۴).

از محدودیت های این پژوهش مقطعی بودن پژوهش است. به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد چالش های پیش روی سالمندان پیشنهاد می شود مطالعه ای به صورت طولی انجام شود. از آن جا که عوامل بسیار متنوعی می تواند بر درک بیماران از کیفیت زندگی تأثیر بگذارد، پیشنهاد می شود تحقیقات کیفی از نوع نظریه مبنا در مورد چگونگی درک کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی انجام شود. در این مطالعه کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به نارسایی کلیه با سایر بیماران مبتلا مورد بررسی قرار گرفت، پیشنهاد می شود در پژوهش های دیگر کیفیت زندگی سالمندان سالم با این گروه از افراد مورد مقایسه قرار گیرد.

REFERENCES

منابع

1. Jager KJ, Van Dijk PC, Dekker FW, Stengel B, Simpson K, Briggs JD. The epidemic of aging in renal replacement therapy: an update on elderly patients and their outcomes. *Clinical Nephrology* 2003; 60: 352–360.
2. Apostolou T. Quality of life in the elderly patients on dialysis. *International Urology & Nephrology* 2007; 39: 679–683.
3. U. S. Renal Data System (2004) *USRDS 2004 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States*. National Institute of Diabetes, Digestive & Kidney Diseases & National Institutes of Health, Bethesda, Md.
4. Renal disease: common, serious & treatable. (2008). [on-line]. available: <http://isna.ir/ISNA/NewsView.aspx?ID=News-1234334>. Accessed September 2, 2009.
5. Hellstrom Y, Persson G, Hallbery IR. quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 48: 584- 593.
6. Kutner NG, Jassal SV. Quality of life and rehabilitation of elderly dialysis patients. *Seminars in dialysis* 2002; 15(2): 107-12.
7. Kusumoto L, Marques S, Haas JV, Aparecida R, Rodrigues P. Adults and elderly on hemodialysis evaluation of health related quality of life. *Acta Paul Enferm* 2008; 21: 52-59.
8. Ferrance CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in nursing* 1992; 15: 29-38.
9. Ell K. Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. *Soc Sic Med* 1996; 42(2): 173-183.
10. Loos C, Briancon S, Frimat L, Hanesse B, Kessler M. Effect of end-stage renal disease on the quality of life of older patients. *American Journal of Geriatrics Society* 2003; 51: 229–233.
11. Grapsa I, Oreopoulos DG. Practical ethical issues of dialysis in the elderly. *Seminars In Nephrology* 1996; 16: 339–352.
12. Trbojevic JB, Nestic VB, Stojimirovic BB. Quality of life of elderly patients undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International* 2001; 21(3): 300-303.
13. Rebollo P, Ortega F, Baltar MJ, Alvarez-Ude F, afael Navascues AR , Alvarez-Grande J. Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients. *Nephrology, Dialysis & Transplantation* 2001; 16: 1675-1680.
14. Noohi S, Karami GR, Lorgard-Dezfuli- Nejad M, Najafi M, Saadat SH. Are All Domains of Quality of Life Poor among Elderly Kidney Recipients. *Transplantation Proceedings* 2007; 39: 1079–1081.
15. Welch JL, Austin JK. Quality of life in black hemodialysis patients. *Advances in renal replacement therapy* 1999; 6(4): 351- 357.
16. Patel SS, Shah VS, Peterson RA, Kimmel PL. psychosocial variable, quality of life and religious beliefs in ESRD patients treated with hemodialysis. *American Journal of kidney disease* 2002; 40(5): 1013-1022.
17. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and psychometric properties. *ANS. Advances in Nursing Science* 1985; 8(1): 15-24.
18. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life of hemodialysis patients. *ANNA J* 1993; 20(5): 575-81.
19. Richards TA, Wrubel J, Grant J, Folkman S. Subjective Experiences of Prayer among Women Who Care for Children With HIV. *Journal of Religion and Health* 2003; 42(3): 201-219.
20. Rezaei M, Adib-Hajbaghery M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iranian cancer patients undergoing Chemotherapy. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2008; 14, 90–97.
21. Burleson RB, Al-Brecht TL, Goldsmith DJ, Sarason IG. The communication of social support in Communication of social support massages, interaction, relationships and community. Sage publication INC1994; P: Xi-XXX.