کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیمـــاران با نارسایی مزمن کلیوی تحت همودیالیز

نگین هادی: * دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
زهره رحمانی: پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
علی منتظری: استاد پژوهش، گروه پژوهشی سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال نهم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۹ صص ۳۵۴-۳۴۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۳/۶
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۲۲ آبان ۱۳۸۹]

چکیده

از دست رفتن عملکرد کلیه به صورت حاد و مزمن تهدیدی برای زندگی است. کیفیت زندگی در بیماران مرحله نهایی نارسـایی کلیـوی به وسیله عوامل مختلفی چون تنش‌های بیولوژیکی، روانی، اجتماعی و اقتصادی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این بیماران محـدودیت‌هـایی در فعالیت‌های فیزیکی و زندگی اجتماعی خود دارند. مطالعه حاضر با هدف بررسی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران دیـالیزی و یـافتن مشکلات عمده کاهش دهنده آن جهت برنامه ریزی مناسب برای ارتقای سطح کیفیت زندگی آنان انجام پذیرفته است.

این مطالعه مقطعی با حجم نمونه ۱۲۰ نفر بیمار از مرکز دیالیز بیمارستان نمازی شهر شیراز انجام گردید. بیماران با رضایت خود، مورد پرسشگری واقع شدند. ۱۰۰ نفر افراد سالم نیز که از نظر سن و جنسیت با گروه بیمار همسان سازی شده بودند، از بین ملاقات کننـدگان بیماران در بیمارستان حافظ و به عنوان گروه کنترل و با روش آسان انتخاب شدند. آزمودنی‌ها بـا گونـه ایرانـی پرسـشنامه SF-۳۶ مـورد پرسشگری واقع شدند. اطلاعات به کمک نرم‌افزار SPSS-13 و روش‌های آماری t-test و ضریب همبستگی Pearson و Spearman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بین گروه بیمـار و کنتـرل، گـروه بیمـار در ابعـاد مربـوط بـه عملکـرد جسمانی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سرزندگی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی و سـلامت روانـی وضعیت بدتری داشته‌اند. میانگین نمرات این دو گروه در تمامی ابعاد سلامت بطور معنی دار متفاوت بوده است.

با توجه به این که در ابعاد مختلف کیفیت زندگی بین بیماران و جمعیت کنترل تفاوت وجود دارد، می‌تـوان بـه لـزوم انجـام مـداخلات مختلف اجتماعی و روان شناسی و توان بخشی در این بیماران اشاره کرد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، نارسایی مزمن کلیوی، دیالیز، SF-۳۶

* نویسنده پاسخگو: گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز
تلفن: ۰۷۱۱-۲۳۵۴۴۳۱
E-mail: hadin@sums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.2.6]

مقدمه

با تغییر سیمای سلامت در دو دهه اخیر در ایران و تغییر الگوی بیماری‌های کشور با روند رو به افزایش بیماری‌های مزمن منجمله بیماری‌های کلیوی قابل مشاهده است [۱]. امروزه مبتلایان به نارسایی مزمن کلیوی غیرقابل برگشت با کمک دفع مواد زاید از راه دیالیز توانسته اند تا سال‌ها زنده بمانند. زندگی صدها هزار از این بیماران با استفاده از دیالیز طولانی‌تر شده است. در آمریکا میزان مرگ و میر حدود ۱۸ درصد در سال بوده است. این میزان در کشورهای در حال توسعه زیادتر است [۲]. به همین دلیل آگاهی و تلاش برای ارتقای سطح کیفیت زندگی آنان از چالش‌های امروزه علم پزشکی به شمار می‌رود. کیفیت زندگی در بیماران مرحله نهایی نارسایی کلیوی به وسیله عوامل مختلفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد که شامل تنش‌های بیولوژیکی و روانی و اجتماعی است و باید در ارزیابی دیالیز در این بیماران مدنظر قرار داده شود. این بیماران اختلالات شدیدی در زندگی روزمره خود دارند از قبیل محدودیت‌هایی در فعالیت‌های فیزیکی و زندگی اجتماعی و تعدادی از این بیماران نیز توانایی مقابله با بیماری خود را ندارند و امید به زندگی در آینده را از دست می‌دهند [۳]. افسردگی به عنوان عارضه شایع روانی در این بیماران محسوب می‌شود که تأثیر بسیار زیادی روی کیفیت زندگی دارد و به دلیل همپوشانی علایم افسردگی و بیماری کمتر تشخیص داده می‌شود. افسردگی منجر به از دست رفتن نقش فرد در خانواده، محل کار و کاهش تحرک و مهارت‌های فیزیکی و توانایی‌های شناختی و جسمی می‌شود [۴، ۵]. هزینه‌های مختلف درمان و محدودیت در مهارت‌های سازگاری بیماران با موقعیت‌های مختلف زندگی منجر به کاهش کیفیت زندگی این افراد می‌شود. همچنین داروهایی که برای درمان این بیماران استفاده می‌شود اثرات جانبی زیادی دارند که یکی از آنها افسردگی است. تنشی که به این بیماران در مراحل مختلف درمانی وارد می‌شود، می‌تواند باعث افزایش علایم افسردگی و احساس ناامیدی در زندگی شود. شیوع افسردگی، اضطراب، اختلال در ارتباطات اجتماعی و اختلالات جسمی و عملکردی و بیماری‌های قلبی ـ عروقی در بیماران مرحله نهایی نارسایی کلیوی بیشتر است که حتی می‌تواند مرگ و میر را در این افراد تحت تأثیر قرار دهد [۴، ۵]. تنها مطالعه‌ای که در ایران در این زمینه در دسترس پژوهشگران قرار گرفت که گویای کیفیت زندگی نامطلوب بیماران همودیالیزی و عدم تفاوت آماری معنی‌دار بین کیفیت زندگی آنان و کیفیت زندگی دریافت کنندگان پیوند کلیه بوده است [۶]. در پژوهش حاضر سعی شده تا با شناخت و درک بیشترابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی گامی در جهت بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران برداشته شود.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای مقطعی و توصیفی ـ تحلیلی است که در مرکز دیالیز بیمارستان نمازی شهر شیراز که تنها مرکز دیالیزی دانشگاهی است و با حجم نمونه ۱۲۰ نفر انجام شده است. روزهای تصادفی در هفته انتخاب شده و بیماران حاضر در مرکز که راضی به شرکت در مطالعه بودند، به صورت چهره به چهره مورد پرسش قرار گرفتند. از بین ملاقات کنندگان بیماران در بیمارستان حافظ، برای این مطالعه ۱۰۰ نفر سالم به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند که از نظر سن و جنس با گروه بیمار همسان سازی شده و در صورت عدم تمایل به شرکت از مطالعه حذف می‌شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه SF-۳۶ که یک پرسشنامه عمومی بوده و در بیش از ۵۰ کشور دنیا و از جمله ایران ترجمه و بکار رفته، انتخاب گردید که جهت ارزیابی سلامت از دید افراد طراحی شده و دارای ۳۶ گویه است و جهت ارزیابی سلامت بالینی و جمعیت‌های خاص استفاده شده و در تعیین سیاست‌های بهداشتی و بررسی کارآیی درمان نیز بکار رفته است [۷]. پرسشنامه فوق روایا و پایا بوده [۸] و روایایی و پایایی ترجمه فارسی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته [۹، ۱۰] و در هشت بُعد شامل عملکرد جسمانی (Physical functioning)، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی (Role physical)، درد جسمانی (Bodily pain)، سلامت عمومی (General health)، سرزندگی و شادابی (Vitality)، عملکرد اجتماعی (Social functioning)، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی (Role emotional) و سلامت روانی (Mental health) به بررسی کیفیت زندگی افراد می‌پردازد. در مطالعه حاضر، پاسخ‌ها در هر گویه از پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ نمره دهی شده؛ به گونه‌ای که صفر نشان دهنده بدترین وضعیت و ۱۰۰ نمایان گر بهترین حالت بوده است. اطلاعات جمع آوری شده به کمک نرم‌افزار SPSS-13 و با کمک آزمون‌های آماری Independent sample ttest و ضریب همبستگی Pearson و Spearman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و سطح معنی‌داری P <۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.2.6]

یافته‌ها

در این مطالعه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت ۱۲۰ بیمار با نارسایی مزمن کلیوی بررسی و با ۱۰۰ فرد سالم و هم سن و هم جنس مقایسه گردید. در گروه بیماران، تعداد مردان ۷۰ نفر و زنان ۵۰ نفر بودند. در گروه کنترل نیز ۶۲ مرد و ۳۸ زن قرار داشتند.

بررسی ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در گروه بیمار نسبت به گروه کنترل نشان داد که اختلاف معنی‌داری از لحاظ عملکرد جسمانی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سرزندگی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی و سلامت روانی بین دو گروه وجود داشته و بیماران وضعیت بدتری داشته‌اند. جدول شماره ۱ مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی را در دو گروه بیماران و کنترل نشان می‌دهد. میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران از نظر عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی اگرچه پایین‌تر از افراد سالم بوده است، اما اختلاف از نظر آماری بخصوص در عملکرد اجتماعی معنی‌دار نبوده است. زنان گروه بیمار در مقایسه با گروه کنترل در تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی وضعیت بدتری داشتند. مردان گروه بیمار نسبت به زنان این گروه از نظر محدودین نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی وضعیت بهتری داشته‌اند و در گروه کنترل این ارتباط معنی‌داری نبود (جدول شماره ۲).

طول مدت دیالیز نیز با هیچکدام از ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری نداشت. کلیه ابعاد سلامت در گروه بیماران بر حسب اطلاعات جمعیتی به طور جداگانه سنجیده شد، همانطور که انتظار می‌رفت با افزایش سن کیفیت زندگی بدتر می‌شد و با افزایش سطح تحصیلات ابعاد عملکرد جسمانی، درد جسمانی، سرزندگی و سلامت روانی وضعیت بهتری را نشان می‌داد. کیفیت زندگی بیماران بر حسب وضع تأهل تفاوتی معنی‌دار نشان نمی‌داد.

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی و درد جسمانی در گروه بیمار بیشتر بوده است. این بیماران عنوان کردند که به علت مشکلات جسمانی خود مدت زمانی که برای انجام کارها یا سایر فعالیت‌ها صرف نموده‌اند، بیشتر شده و مدت طولانی‌تری را باید به انجام کارها اختصاص دهند و در انجام کارهایی خاص نیز محدودیت داشته‌اند. در عملکرد جسمانی مثل بالا رفتن از پله‌ها، پیاده روی، بلند کردن اجسام سنگین و غیره نیز این بیماران دچار مشکل بوده‌اند. هم ماهیت بیماری و هم نوع درمان که در بردارنده عوارض جانبی مثل مشکلات قلبی ـ عروقی، اختلالات متابولیک و غیره است. پس دور از ذهن نیست که محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی و درد جسمانی در این گروه بیمار بیشتر دیده شود. همین مسئله در مطالعه حریرچی و همکاران نیز گزارش شده است [۳]. در گروه بیماران، شیوع محدودیت نقش به علت مشکلات روحی نیز بیشتر بود؛ بدین معنی که بیماران خود را غمگین و افسرده احساس کرده و بعضی از آنها نیز عنوان کرده‌اند که به حدی غمگین بوده‌اند که هیچ چیز آنها را شاد نمی‌کرده است.

با توجه به آن که در بیماران همودیالیزی به دلیل مشکلات جسمانی، روابط دوستانه و فامیلی و ارتباطات شغلی با دیگران تا حدی محدود می‌شود، همچنین عملکرد شغلی و در پی آن رضایت شغلی، رفتارهای ابتکاری، هنری و فعالیت‌های تفریحی ایشان نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد و از سوی دیگر این افراد ممکن است نتوانند در برنامه‌های ورزشی که خود سرزندگی و سلامت روانی را نیز به ارمغان می‌آورد شرکت کنند، بنابراین دیده شده که شیوع افسردگی و اضطراب در آنها بالاتر بوده و سرزندگی و شادابی این بیماران کمتر خواهد بود. همچنین ترس از آینده، ترس از ناتوانی و مرگ و نگرانی در مورد وضعیت افراد خانواده در این بیماران از عوامل تحت تأثیر قرار دهنده سلامت روان هستند. مطالعه کیمل در واشنگتن نیز نشان داد که به اندازه یک انحراف معیار افزایش در میزان افسردگی با ۳۳-۱۸ درصد افزایش در مرگ و میر همراه بوده است [۵].

مطالعه کلری و درنان در سال ۲۰۰۵ نیز نشان داد که با پیشرفت بیماری، کیفیت زندگی در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌گیرد و معتقد است که بیماری مرحله نهایی نارسایی کلیوی و درمان‌های مربوط به آن به صورت منفی روی کیفیت زندگی تأثیر گذار است. بیمارانی که تحت همودیالیز قرار گرفته بودند، نسبت به جمعیت عادی محدودیت‌هایی در سرزندگی، عملکرد جسمانی و محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی از خود نشان دادند [۱۱]. همین نتیجه گیری در مطالعه کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز در مطالعه حریرچی و همکاران نیز انجام شده است[۳]. در مطالعه سانتوز در سال ۲۰۰۶ نیز عملکرد جسمانی، محدودیت نقش به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.2.6]

علت مشکلات جسمانی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی کاهش می‌یافتند. اما در این مطالعه درد جسمانی با افزایش سن زیاد می‌شد، ولی ارتباط خطی بین سن و محدودیت نقش به علت مشکلات روحی و سلامت روانی پیدا نشد [۱۲].

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی گروه بیمار و گروه کنترل

ابعاد کیفیت زندگی	گروه بیماران (n=۱۲۰)	گروه کنترل (n=۱۰۰)	P
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
عملکرد جسمانی	۳۳/۹۴±۳۱/۴۱	۴۰/۱۶±۷۳/۲۰	<۰/۰۰۱
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی	۴۹/۶۸±۴۷/۷۰	۴۶/۱۷±۶۹/۲۵	۰/۰۰۱
درد جسمانی	۲۰/۳۰±۵۵/۹۶	۲۶/۴۳±۷۰/۲۹	<۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۱۰/۷۰±۴۳/۲۰	۱۵/۳۴±۴۴/۴۰	۰/۴۹۷
سرزندگی	۲۱/۶۹±۲۸/۸۳	۱۸/۷۰±۴۳/۱۵	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۲۳/۲۳±۵۸/۲۲	۲۳/۷۲±۵۹/۳۷	۰/۷۱۹
محدودیت نقش به علت مشکلات روحی	۴۹/۶۴±۵۶/۱۱	۴۱/۰۹±۷۸	۰/۰۰۱
سلامت روانی	۱۶/۴۲±۵۵/۱۳	۱۱/۹۷±۶۲/۲	<۰/۰۰۱

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی بین مردان و زنان گروه بیمار و گروه کنترل

ابعاد هشت گانه	گروه بیماران (n=۱۲۰)		گروه کنترل (n=۱۰۰)	
	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	P
عملکرد جسمانی		۰/۰۵۵		۰/۸۲۵
زن	۲۴/۴۰ ± ۲۹/۵۳		۷۴/۳۴ ± ۳۸/۷۶	
مرد	۳۶/۴۲ ± ۳۶/۱۵		۷۲/۵۰ ± ۴۱/۲۹	
محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی		۰/۰۰۲		۰/۸۸۹
زن	۳۱/۵۰ ± ۴۶/۵۱		۶۸/۴۲ ± ۷۴/۱۰	
مرد	۵۹/۲۸ ± ۴۸/۹۳		۶۹/۷۵ ± ۴۵/۹۷	
درد جسمانی		۰/۰۰۱		۰/۶۴۲
زن	۴۸/۵۶ ± ۱۹/۴۷		۷۱/۸۶ ± ۲۶	
مرد	۶۱/۲۵ ± ۱۹/۳۲		۶۹/۳۲ ± ۲۶/۸۵	
سلامت عمومی		۰/۳۳۵		۰/۰۵۱
زن	۴۲/۰۸ ± ۱۲/۳۲		۴۰/۵۷ ± ۱۳/۲۲	
مرد	۴۴ ± ۹/۴۰		۴۶/۷۴ ± ۱۶/۱۷	
سرزندگی		۰/۰۱۸		۰/۳۲۶
زن	۲۳/۳۰ ± ۱۶/۴۹		۴۰/۷۸ ± ۱۶/۸۶	
مرد	۳۲/۷۸ ± ۲۴/۰۸		۴۴/۵۹ ± ۱۹/۷۳	
عملکرد اجتماعی		۰/۰۳۷		۰/۷۰۶
زن	۵۳ ± ۲۴/۱۶		۵۸/۲۲ ± ۲۴/۷۰	
مرد	۶۱/۹۶ ± ۲۱/۹۵		۶۰/۰۸ ± ۲۳/۲۸	
محدودیت نقش به علت مشکلات روحی		۰/۰۵۹		۰/۴۹۸
زن	۴۶ ± ۵۰/۳۴		۸۱/۵۷ ± ۳۹/۲۸	
مرد	۶۳/۳۳ ± ۴۸/۲۰		۷۵/۸۰ ± ۴۲/۳۲	
سلامت روانی		۰/۰۰۲		۰/۷۳۸
زن	۴۹/۶۰ ± ۱۴/۴۵		۶۱/۶۸ ± ۱۱/۲۶	
مرد	۵۹/۰۸ ± ۱۶/۶۹		۶۲/۵۱ ± ۱۲/۴۶	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.2.6]

در مورد رابطه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بر حسب جنسیت نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که مردان گروه بیمار از نظر محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی وضعیت بهتری نسبت به زنان داشته‌اند. به نظر می‌رسد که مردان درون گراتر از زنان هستند و به سبب نقشی که در خانواده دارند و به عنوان سرپرست و نان آور خانواده نیز محسوب می‌شوند، کمتر تمایل به بازگویی و ابراز مشکلات جسمانی و درد جسمانی خود دارند. مردان بیشتر در محیط خارج از خانه به سر می‌برند که به دلیل مشغله کاری بیشتر است و ارتباطات بیشتری نیز با دوستان و همکاران خود برقرار می‌کنند. زنان روحیه حساس‌تر و آسیب پذیرتر دارند و به همین دلیل افسردگی و اضطراب در این گروه بیشتر دیده می‌شود که خود باعث کاهش در عملکرد اجتماعی نیز می‌شود. همچنین به نظر می‌رسد که قدرت تطابق با وضعیت موجود در مردان بیشتر از زنان باشد. از نظر محدودیت نقش به علت مشکلات روحی اگر چه تفاوت مشاهده شده معنی‌دار نبود، ولی میانگین نمره مردان بالاتر بود. بدتر بودن سرزندگی مردان گروه بیمار در مقایسه با گروه کنترل می‌تواند به علت درد جسمانی و مختل شدن عملکرد جسمانی باشد که بیماری و درمان‌های مربوط به آن می‌تواند برای فرد به ارمغان بیاورد. نتایج مطالعه سانتوز بر خلاف نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که نشان داد که جنسیت با ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی هیچگونه ارتباطی نداشته است [۱۲] که احتمالاً مربوط به تفاوت فرهنگی و اجتماعی زنان و مردان در جامعه ایران و قدرت بیشتر تطابق با شرایط موجود در مردان است. همانند نتایج مطالعه حاضر، واسکووز و همکاران در سال ۲۰۰۴ نشان دادند که تفاوت‌های واضحی بین زنان و مردان بیمار در مقایسه با جمعیت عادی در چهار بعد کیفیت زندگی (عملکرد جسمانی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی) دیده شده و زنان دراین میان وضعیت بدتر داشته‌اند [۱۳]. در مطالعه حاضر بُعد عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی در گروه بیمار اگرچه نمرات کیفیت زندگی از گروه شاهد کمتر بوده، اما تفاوت معنی‌دار مشاهده نشده است.

با توجه به آن که جنبه‌های عینی در توصیف میزان سلامت فرد مهم است، اما به طور کلی انتظارات و دریافت‌های ذهنی فرد است که بیانگر کیفیت زندگی واقعی تجربه شده توسط او است و به عبارت دیگر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ارتباط تنگاتنگ با ویژگی‌های فردی و مهارت‌های سازگاری آنها با موقعیت‌های مختلف زندگی دارد و بستگی کامل به آنچه آنان در مورد کنترل خود و چگونگی رویارویی پاسخ به شرایط گوناگون پیش روی فرد، آموخته‌اند دارد و به نظر می‌رسد به همین دلیل است که در مطالعه حاضر با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی بیماران بهتر به دست آمده است. این مسئله اهمیت آموزش دقیق به بیماران برای تغییر شیوه زندگی و تغییر نگرش آنان با دوره‌های آموزشی و کارهای گروهی روانپزشکی و حمایت اجتماعی از آنان را پیش از پیش روشن می‌کند. البته در سایر ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی گروه بیماران بدتر بوده، لذا انجام اقدامات حمایت اجتماعی، اقتصادی، روان شناسی و توان بخشی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران پیشنهاد می‌شود.

سهم نویسندگان

نگین هادی: مدیریت پروژه، تهیه نسخه نهایی مقاله

زهره رحمانی: جمع آوری داده‌ها، بررسی متون

علی منتظری: تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه نسخه نهایی مقاله

منابع

۱- نقوی بهروز. دگرگونی سیمای سلامت در ایران. مجله اپیدمیولوژی ایران ۱۳۸۵؛ ۱: ۲۵-۱۳

2. Singh A, Brenner B. Dialysis in the treatment of renal failure. In: kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hunser S, Longo D, Jameson JL. Harrison's principles of medicine. 15 th Edition, McGraw-Hill: UK, 20

3- Jonge P, Ruinemans GM, Huyse FJ, wee PM. A simple risk score predicts poor quality of life and non-survival at 1 year follow-up in dialysis patients. Nephrology, Dialysis, Transplantation 2003; 18: 2622-28

4- Kimmel P. Depression in patients with chronic renal disease what we know and what we need to know. Journal of Psychosomatic Research 2002; 53: 951-56

5- Kouidi E. Health- related quality of life in end-stage renal disease patients: the effects of renal rehabilitation. Clinical Nephrology 2004; 61: 60-71

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.2.6]

۶- حریر چی امیرمحمود، رسولی اعظم، منتظری علی، اقلیما مصطفی. مقایسه سطح کیفیت زندگی: بیماران تحت درمان با همودیالیز و دریافت کنندگان پیوند کلیه. پایش ۱۳۸۵؛ سال ۳: ۲۱-۱۱۷

۷- نبئی بهروز، خیلتاش آزیتا، منتظری علی، کاربخش داوری مژگان، صداقت مجتبی، میثمی علی‌پاشا. کیفیت زندگی در بیماران نئوپلازیهای لنفاوی (لوسمی و لنفوم) در مقایسه با کیفیت زندگی مردم تهران، بیمارستان امام-۱۳۸۳. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۸۳؛ ۶۳: ۴۰۴-۳۹۹

8- Are JEJr, Gandek B. Overview of the SF-36 survey and the international, quality of life assessment (IQOLA) Project? Journal Clinical of Epidemiology 1998; 59: 903-12

9- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey SF-36: translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research 2005; 14: 875-82

۱۰- منتظری علی، گشتاسبی آزیتا، وحدانی نیا مریم سادات. ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. پایش ۱۳۸۴؛ ۵: ۵۶-۴۹

11- Cleary J, Drennan J. Quality of life of patients on hemodialysis for end-stage renal disease. Journal of Advanced Nursing 2005; 51: 577-86

12- Santos PR. Relationship between gender and age with quality of life in chronic hemodialysis patients. Revista da Associacao Medica Braselica 2006; 52: 356-9

13- Va'zquez I, Valderra'bano F, Fort I, Jofre' R, Moreno F, Sanz-Guajardo D, et al. Differences in health-related quality of life between male and female hemodialysis patients. Nephrologia 2004; 24: 167-78

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.2.6]