

## بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیز (نمونه مورد مطالعه: بیماران همودیالیز شهر کرمانشاه)

زینب شیرازی<sup>۱</sup>، زهرا شیرازی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد رشته کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی گرایش جمعیت شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، اصفهان، ایران

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد رشته کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی گرایش جمعیت شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، اصفهان، ایران

### چکیده

درمان اصلی مرحله آخر نارسایی کلیوی، پیوند کلیه می باشد، اما با توجه به اینکه دستیابی به کلیه پیوندی در بیشتر نقاط جهان آسان نیست، لذا تا زمان پیوند کلیه، بیمار باید تحت درمان دیالیز قرار گیرد. علیرغم تأثیر درمانی همودیالیز در مرحله آخر نارسایی کلیوی، بیماران مزبور با عوامل تنش زای متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که به راحتی کنترل نمی شوند. بیماران تحت همودیالیز در هر جنبه از زندگی با عوامل تنش زای متعددی مواجه هستند که هر کدام به نوبه خود می تواند باعث افت کیفیت زندگی بیمار گردد. با توجه به اهمیت موضوع کیفیت زندگی بیماران همودیالیز و مطرح بودن آن به عنوان یک مسئله اجتماعی، در این پژوهش با رویکردی کمی، روش میدانی و با استفاده از تکنیک پیمایش به دنبال پاسخ به این سؤال اصلی هستیم که عوامل اجتماعی و جمعیتی مؤثر بر کیفیت زندگی و بیماران کلیوی تحت همودیالیز کدامند؟ جامعه ی آماری ما در این پژوهش بیماران همودیالیز شهر کرمانشاه می باشد که یک نمونه ۲۰۴ نفری جهت مطالعه به عنوان حجم نمونه انتخاب شده اند. در این پژوهش به دنبال بررسی ارتباط بین متغیرهایی چون میزان کل حمایت اجتماعی و ابعاد آن یعنی حمایت اجتماعی اطلاعاتی، ابزاری و عاطفی، جنس، سن، وضعیت تأهل و پایگاه اقتصادی با میزان کیفیت زندگی بیماران می باشیم. بدین معنی که متغیرهای میزان کل حمایت اجتماعی و ابعاد آن یعنی حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی، سن، وضعیت تأهل جنس و پایگاه اقتصادی، به عنوان متغیرهای مستقل و کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته می باشند. نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین تمامی متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش ارتباط معناداری وجود دارد. بر این اساس تمامی فرضیه های ما تأیید می شوند.

**واژه های کلیدی:** بیماران کلیوی، همودیالیز، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، متغیرهای جمعیتی.

## مقدمه

با کنترل بیماری های واگیر در طی دهه های گذشته و افزایش امید به زندگی<sup>۱</sup> بیماری های مزمن به عنوان یک مشکل اساسی و اصلی بهداشت رخ کرده اند (نریمانی، ۱۳۸۷: ۶۴) که در این بین نارسایی مزمن کلیه به عنوان یک نقص غیرقابل برگشت عملکرد کلیه که با سیری پیشرونده در نهایت فرد را نیازمند دیالیز<sup>۲</sup> یا پیوند کلیه می کند، جایگاه خاصی دارد (طیبی، ۱۳۷۸: ۶۱)؛ نارسایی مزمن کلیوی تخریب پیش رونده و برگشت ناپذیر عملکرد کلیوی است که در آن توانایی بدن در حفظ سوخت و ساز و تعادل آب و الکترولیتها از بین رفته و در نتیجه اورمی ایجاد می گردد (آندرولی و دیگران، ۱۳۷۹: ۳۴۸).

درمان اصلی مرحله آخر نارسایی کلیوی، پیوند کلیه می باشد، اما با توجه به اینکه دستیابی به کلیه پیوندی در بیشتر نقاط جهان آسان نیست، لذا تا زمان پیوند کلیه، بیمار باید تحت درمان دیالیز قرار گیرد. واژه دیالیز نخستین بار از سوی توماس گراهام<sup>۳</sup> سال ۱۸۶۱ میلادی مورد استفاده قرار گرفت. توماس گراهام برای اولین بار متوجه شد غشای گیاهان می تواند به عنوان یک غشای نیمه تراوا مورد استفاده قرار گیرد و بر این اساس، نخستین دستگاه دیالیز سال ۱۹۱۳ طراحی و ساخته شد که پس از ایجاد تغییراتی در چگونگی عملکرد آن، از اواسط دهه ۱۹۲۰ به عنوان یک راهکار درمانی برای کمک به بهبود وضعیت زندگی بیماران کلیوی مورد استفاده قرار گرفت. در گذشته عمل همودیالیز به مانند امروز پیشرفته نبود، ولی رفته رفته با اختراع دستگاه های پیشرفته تر تغییرات گسترده ای حاصل شد و همین باعث شد که کیفیت زندگی بیماران نسبت به گذشته بالاتر رود.

در تحقیقی که در سال ۱۹۸۸ انجام گرفت تعداد بیماران تحت همودیالیز را ۵۱۷۰۰۰ نفر گزارش کرده اند. این آمار جهانی در سال ۱۹۹۲ به یک میلیون نفر افزایش یافته بود (زمان زاده و دیگران، ۱۳۸۶: ۴۹). بر اساس آمار تعداد بیماران همودیالیز در ایران بیش از ۱۵۰۰۰ نفر می باشد که هر ساله افزایش می یابد (سایت همشهری آنلاین، ۱۳۸۸) و توجه به این بیماران را ضروری می نماید.

## بیان مسئله

علیرغم تأثیر درمانی همودیالیز در مرحله آخر نارسایی کلیوی، بیماران مزبور با عوامل تنش زای متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که به راحتی کنترل نمی شوند. بیماران تحت همودیالیز در هر جنبه از زندگی با عوامل تنش زای متعددی از جمله مشکلات خانوادگی، تغییر در عملکردهای جنسی، وابستگی به دیگران جهت ادامه زندگی، انزوای اجتماعی، تغییر از تصویر ذهنی از جسم خود، فشارهای روانی و تهدید مرگ مواجه هستند (کوهنر، ۲۰۰۵: ۲۰۵؛ برگرفته از حیدرزاده و دیگران، ۱۳۸۸: ۲۴) که هر کدام به نوبه خود می تواند باعث افت کیفیت زندگی بیمار گردد (فرانس، ۱۹۹۲: ۲۱۶). صحبت از کیفیت زندگی از سال ۱۹۴۸، زمانی که سازمان بهداشت جهانی، سلامتی را این گونه تعریف کرد که «سلامتی تنها فقدان بیماری و ناتوانی نیست بلکه سلامتی عبارت است از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی» در قسمت بالین و تحقیقات مراقبت پزشکی اهمیت بسیاری پیدا کرد (تستا، ۱۹۹۶: ۵۲-۴۴؛ برگرفته از حیدرزاده و دیگران، ۱۳۸۸: ۲۴). کیفیت زندگی به عنوان معیاری برای بررسی نتایج درمان و وضعیت بیماران با اختلالات جسمی و روانی استفاده می شود. از طرفی امروزه انسان ها نه تنها تمایل به افزایش عمر دارند بلکه خواستار بهبود و پیشرفت کیفیت زندگی هستند (هاگرن، ۲۰۰۱: ۳۴۹).

<sup>۱</sup> . Life Expectancy

<sup>۲</sup> . Dialysis

<sup>۳</sup> . Thomas Graham

عوامل روانی اجتماعی متعددی می تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر خود قرار دهد که یکی از این موارد، حمایت اجتماعی است. اگر چه مراقبت، دوستی و حمایت مفاهیمی به قدمت ارتباطات انسانی هستند؛ ولی مفهوم حمایت اجتماعی نسبتاً جدید می باشد. امروزه هر ناخوشی و حادثه سلامت در ارتباط با حمایت اجتماعی مورد مطالعه قرار می گیرد. مطالعات نشان داده اند با ارتقاء سطح حمایت اجتماعی از میزان مرگ و میر بیماران کاسته شده و بروز ناخوشی های جسمی و روانی در افراد نیز کمتر می شود (دنيس و ديگران، ۲۰۰۸).

حمایت کافی از بیماران کلیوی تحت همودیالیز نیز نقش مهمی در حفظ و انسجام روانی، سازگاری و مقابله با بیماری دارد و اثرات مثبت بر کیفیت زندگی این بیماران بجا می گذارد، و از طریق تقویت و افزایش شناخت بیماران باعث می شود که افراد تنش کمتری را تجربه کنند. ابعاد مختلف حمایت اجتماعی همچون بعد عاطفی، بعد ابزاری و بعد اطلاعاتی در کل باعث افزایش سازگاری افراد با بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی، مدت بقاء و نتایج مراقبت های حرفه ای، بهبود وضعیت اقتصادی، حفظ احساس همسانی اجتماعی، تسهیل خود ارزشیابی، پیوند با اجتماع و مقابله با احساس تنهایی می گردد. بنابراین بحث از تأثیر حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی بیماران کلیوی لازم است که به عنوان یک مسئله ای مهم مورد بررسی علمی واقع شود تا با نتایج حاصل از آن بتوان خدمات مناسب تری را در جهت بالا بردن کیفیت زندگی این بیماران ارائه کرد. در همین راستا در این پژوهش که از لحاظ مکانی در شهر کرمانشاه و از لحاظ زمانی در سال ۱۳۹۲ به انجام خواهد رسید، ما به دنبال پاسخ به این سؤال اصلی هستیم که عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در میان بیماران کلیوی تحت همودیالیز کرمانشاه کدامند؟

### مبانی نظری

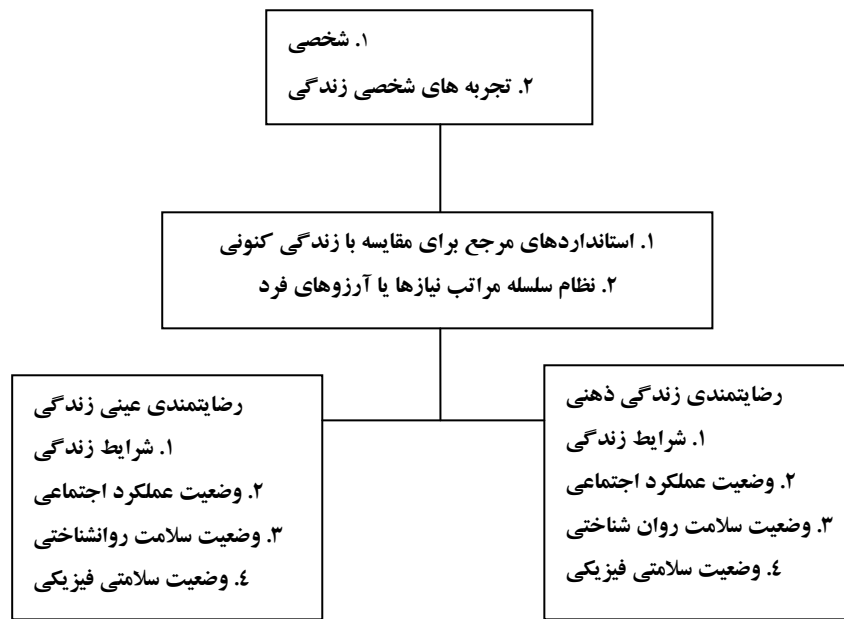
آبراهام مازلو<sup>۴</sup> در «نظریه ی انگیزه ای» اش اساس فرض خود را بر این گذاشته که در درون هر انسان هفت دسته نیاز وجود دارند، این نیازها عبارتند از: ۱- نیازهای فیزیولوژیکی، ۲- نیاز به ایمنی، ۳- نیازهای اجتماعی، ۴- نیاز به احترام، - خود شکوفایی، ۶- معرفت پذیری، ۷- زیبایی شناسی، بر اساس این نظریه برای افزایش رضایتمندی افراد باید ابتدا سعی کرد نیازهای اولیه افراد مانند خوراک، پوشاک، مسکن و سایر نیازهای فیزیولوژیکی را تأمین نمود، در مراحل بعدی، مسئله امنیت شغلی، نیازهای ارتباطی در کار و نیاز به احترام مطرح می باشد. در آخر نیز به قول مازلو، آنچه فرد می تواند باشد، باید بشود (رضاییان، ۱۳۷۰:۱۷۶).

سرجی<sup>۵</sup> (۱۹۸۶)، یک دیدگاه توسعه یافته از نظریه مازلو ارائه داد که به ارتباط این نظریه با کیفیت زندگی می پردازد. این تئوری معتقد است که جوامع توسعه یافته، شامل اعضای است که اساساً در مراتب بالاتری از نیازها اقناع و راضی می شوند. برعکس، جوامع کمتر توسعه یافته، شامل اعضای است که اغلب با مراتب پائین تری از نیاز اقناع می شوند. کیفیت زندگی بر حسب سطح نیازهای سلسله مراتبی اعضای یک مردم مشخص و معین تعریف می شود و هر چه رضایت از برآورده شدن نیاز اکثریت مردم در یک جامعه بالاتر باشد، کیفیت زندگی جامعه نیز بالاتر است. همچنین، نهادهای برای رفع نیازهای انسانی و بالا بردن کیفیت زندگی با تغییرات سلسله مراتبی این نهادهای اجتماعی همراه می شود (سرجی، ۱۹۸۶: ۳۲۹).

لی و دیگران (۱۹۷۶)، مدلی در ارتباط با کیفیت زندگی ارائه داده اند که مدل آن در شکل زیر آورده شده است. طبق این مدل، ساختار مفهومی کیفیت زندگی باید حداقل شامل چهار بعد یا زمینه گسترده زندگی و دو محور عینی و ذهنی باشد. رضایت زندگی ذهنی فرد، توسط شرایط زندگی عینی، نظام سلسله مراتبی نیازهای زندگی و استانداردهای مقایسه شده با زندگی حاضر فرد تعیین می شود. ارزیابی بر اساس شخصیت، تجربه های زندگی و منابع شخصی در شبکه فرهنگی، اجتماعی و محیطی است (لی و دیگران، ۱۹۷۶: ۱۵۶).

<sup>۴</sup> . Abraham Maslow

<sup>۵</sup> . Sergej



### نمودار شماره ۱: مدل توضیحی کیفیت زندگی لی و دیگران (۱۹۷۶)

از نظر ونتگوت<sup>۶</sup> نظریه کیفیت زندگی، نظریه ای کلی می باشد که حاوی هشت نظریه واقعی تر در یک طیف ذهنی- اصالت وجودی- عینی می باشد (ونتگوت و دیگران، ۲۰۰۳: ۱۰۳۲).

این سه طیف شامل: ۱- کیفیت ذهنی زندگی: عبارت است از احساسی که فرد از لذت بخش بودن زندگی خود دارد. فرد، شرایط، احساسات و عقایدش را شخصاً ارزیابی می کند. بنابراین، رضایتمندی از زندگی این جنبه از زندگی را مشخص می کند. ۲- کیفیت اصالت وجودی زندگی: به معنی لذت بخش بودن زندگی فرد در سطح عمیق تر است. در این دیدگاه، فرض بر این است که فرد دارای ماهیت عمیق تری است که شایسته احترام بوده و اینکه فرد می تواند منطبق با ماهیت خود زندگی کند. به عنوان مثال نیازهای بیولوژیکی فرد بر طرف شود، رشد به حد کمال برسد و جریان زندگی منطبق با شاخص های معنوی با باورهای دینی فرد باشد. ۳- کیفیت عینی زندگی: به معنی درک چگونگی لذت بخش بودن زندگی فرد توسط پیرامون خود می باشد. (دنیای پیرامون لذت بخش بودن یا وضعیت فرد را درک کند). این دیدگاه تحت تأثیر فرهنگی است که مردم در آن زندگی می کنند (ونتگوت و دیگران، ۲۰۰۳: ۱۰۳۲).

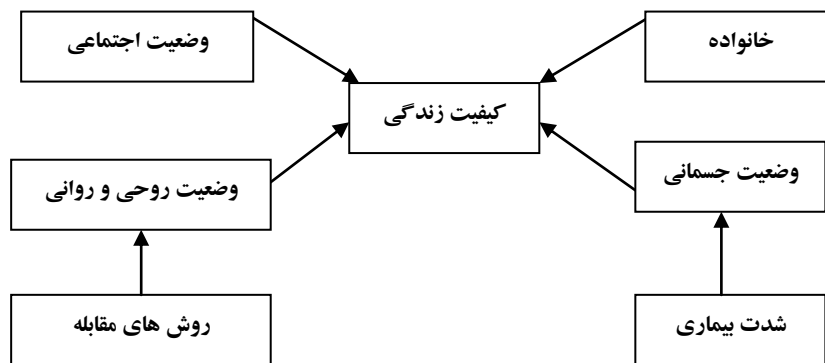
این نظریه جامع و یکپارچه از کیفیت زندگی، حاوی انواع نظریات از ذهنی تا عینی است که هر کدام جنبه هایی از زندگی را در بر می گیرند. بهزیستی و عوامل عینی، سطحی ترین جنبه کیفیت زندگی اند که مرتبط با توانایی سازگاری فرد با فرهنگی است که در آن زندگی می کند. رضایتمندی از زندگی و تحقق نیازها، تا اندازه ای با جنبه های عمیق تر در ارتباط هستند. یعنی آیا بین آنچه از زندگی می خواهیم و آنچه از زندگی به دست می آوریم، هماهنگی وجود دارد؟ درک پتانسیل های زندگی و خوشبختی، شامل وجود و اصالتمان به عنوان یک فرد است. ارزشمند بودن زندگی و نظم و هماهنگی در سیستم اطلاعات بیولوژیکی، با درونی ترین هستی انسان سر و کار دارد (ونتگوت و دیگران، ۲۰۰۳: ۱۰۳۳).

فرانس<sup>۷</sup> در نظریه ادراکی خود برای کیفیت زندگی چهار بعد اصلی خانواده، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، وضعیت روحی و روانی و وضعیت جسمانی را مؤثر می داند. این نظریه در زیر آمده است. این چهار متغیر اصلی می تواند مستقلاً یا توأم با یکدیگر بر روی کیفیت زندگی تأثیر گذار باشد. البته درک فرد از کیفیت زندگی نیز می تواند بر هر یک از

<sup>۶</sup>. Ventegodt

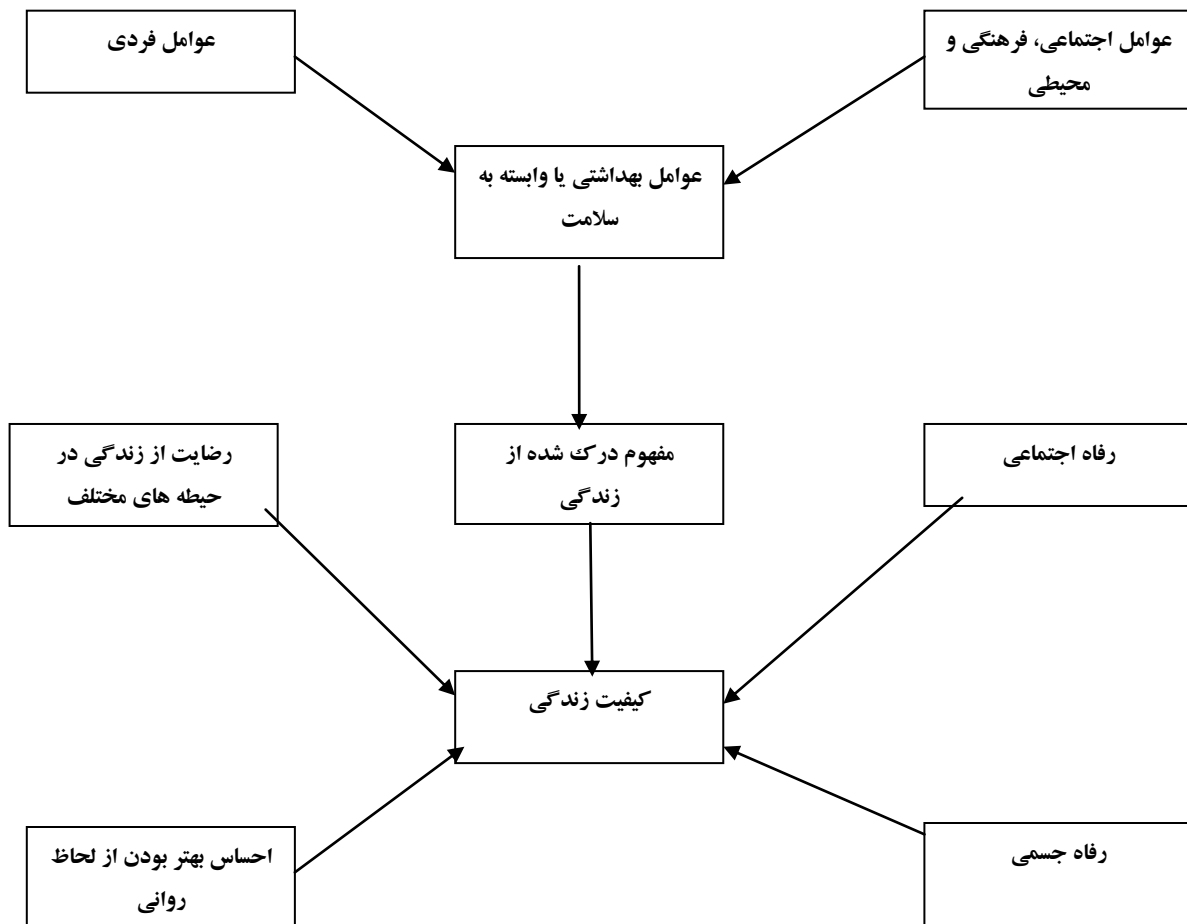
<sup>۷</sup>. Ferrans

متغیرهای نامبرده تأثیر داشته باشد بطوریکه، اگر درک فرد از کیفیت زندگی اش کاهش یابد می تواند بر توانایی وی در محیط کاری و شغلی اش تأثیر گذاشته و موجب نقصان شرایط اقتصادی و اجتماعی وی گردد. برخورداری از کیفیت زندگی ضعیف می تواند بر روی ارتباطات خانوادگی نیز تأثیر بگذارد. کیفیت زندگی ضعیف نیز می تواند موجب بکارگیری مکانیسم های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش خود در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می تواند شدت بیماری را در فرد افزایش دهد. لذا مشاهده می شود که کیفیت زندگی یک مفهوم و ساختار چند بعدی و پیچیده می باشد که بایستی از جنبه های مختلفی ارزیابی شود (فرانس، ۱۹۹۲).



نمودار شماره ۲: عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی از دیدگاه فرانس

زان (۱۹۹۲) مدلی برای کیفیت زندگی ارائه داد. به اعتقاد وی کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که شامل رضایت از زندگی، تصور از خود، فاکتورهای بهداشتی، عملکرد اقتصادی و فرهنگی است. مطابق مدل و کیفیت زندگی تحت تأثیر زمینه های شخصی، سلامت، عوامل اقتصادی - اجتماعی، فرهنگ و محیط و سن است. مفهوم درک شده از کیفیت زندگی در نتیجه اثر متقابل بین شخص و محیط او ایجاد می شود. شکل زیر مدل کیفیت زندگی زان را توضیح می دهد (آقامولایی، ۱۳۸۴: ۷۴ به نقل از قاسمی پور، ۱۳۸۷: ۷۷).



### نمودار شماره ۳: مدل کیفیت زندگی زان (۱۹۹۲)

دیوید فیلیپس<sup>۸</sup> نیز کیفیت زندگی را در ابعاد فردی و جمعی مورد بررسی قرار می دهد که در سطح فردی مولفه های عینی و ذهنی را شامل می شود. لازمه کیفیت زندگی فردی در بعد عینی، تأمین نیازهای اساسی و برخورداری از منابع مادی جهت برآوردن خواست های اجتماعی شهروندان است و در بعد ذهنی به داشتن استقلال عمل در:

۱. افزایش رفاه ذهنی شامل لذت جویی، رضایتمندی، هدفداری در زندگی و رشد شخصی.

۲. رشد و شکوفایی در مسیر سعادت و دگرخواهی.

۳. مشارکت در سطح گسترده ای از فعالیت های اجتماعی مربوط می شود.

کیفیت زندگی در بعد جمعی آن بر ثبات و پایداری محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع اجتماعی درون گروه ها و جوامعی که در آن زندگی می کنند شامل انسجام مدنی، همکوشی و یکپارچگی، روابط شبکه ای گسترده و پیوندهای موقتی در تمامی سطوح جامعه، هنجارها و ارزشهایی اعم از اعتماد، نوع دوستی و رفتار دگرخواهانه، انصاف، عدالت اجتماعی و برابری طلبی تأکید دارد (غفاری و امیدی، ۱۳۹۰: ۹).

بوند و کورنر<sup>۹</sup> برخلاف نظریه پردازان پیشین، به جای پرداختن به ابعاد مختلف کیفیت زندگی به بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی پرداختند. بوند و کورنر مهم ترین عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی را این چنین بر شمردند:

<sup>۸</sup> . David Phillips

<sup>۹</sup> . Bond and Korner

رضایت فردی: اگر یک حوزه را به عنوان مهمترین حوزه کیفیت زندگی در نظر بگیریم، آن حوزه رضایت عمومی فرد از زندگی است. رضایت فردی بخش اعظم مطالعات کیفیت زندگی در آمریکا برای بیش از ۴ دهه بوده است. عوامل محیط فیزیکی: استاندارد محیط فیزیکی یکی از عوامل مهم در تحقیقات کیفیت زندگی است. کیفیت محل زندگی بوسیله مساحت مسکن، وجود یا عدم وجود امکانات اولیه نظیر دستشویی داخل منزل، آب گرم، گرمایش منزل و..... ارزیابی می شوند.

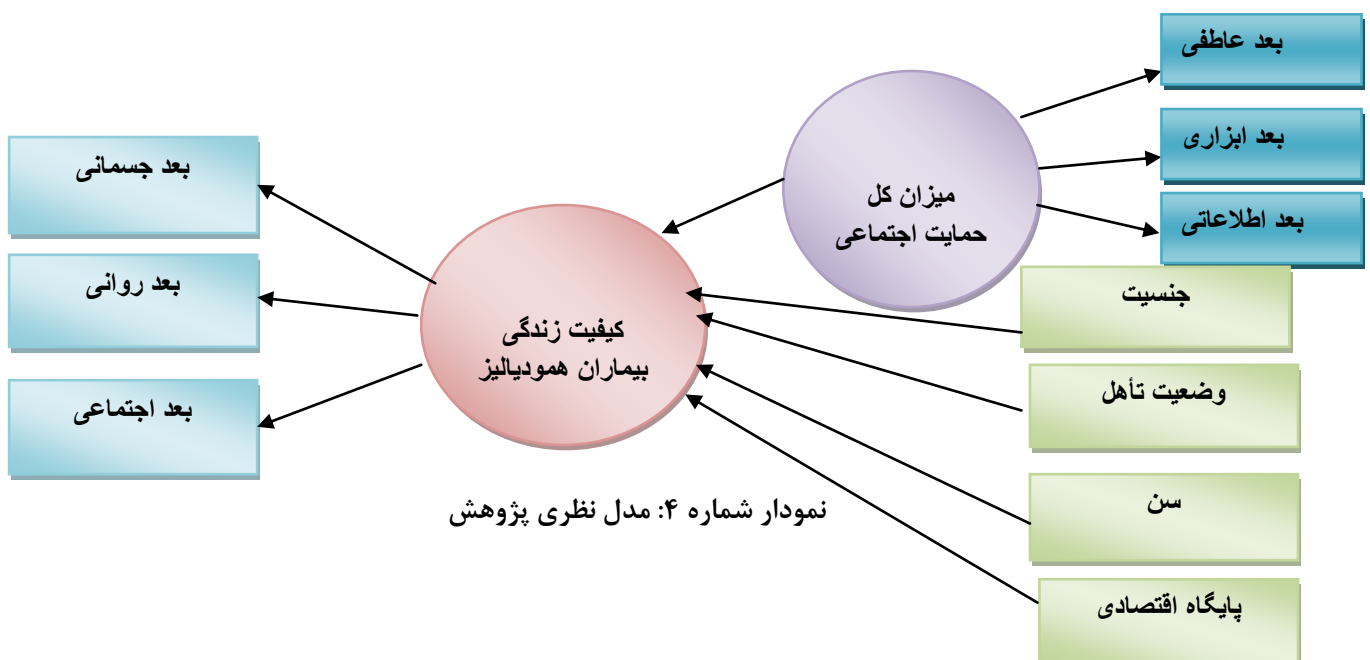
حمایت اجتماعی: شبکه های حمایتی خانواده و اجتماع (حمایت اجتماعی) به عنوان یکی از جنبه های بنیادی محیط اجتماعی چه در جوامع اولیه و چه تا به امروز وجود داشته است. این موضوع نه تنها اهمیت شبکه های اجتماعی و خانوادگی را در ساختار اجتماعی ما نشان می دهد بلکه توجه سیاستگذاران مراقبت های اجتماعی را نیز جلب کرده است. عوامل اقتصادی اجتماعی: با برتر دانستن فرهنگ مصرف جهانی و پاسخ افراد به این فرهنگ، درآمد و ثروت به عنوان عوامل اساسی موثر بر کیفیت زندگی افراد تلقی می شود. به این معنی که لیست ضروریات اولیه زندگی در حال افزایش است.

عوامل فرهنگی: در علوم اجتماعی تفاوت های فرهنگی منبعث از پایگاه های اجتماعی متفاوت منتسب به سن، جنس، موقعیت طبقاتی، پیشینه قومی و مذهبی افراد را شناسایی و بررسی میکنیم. زمانی که در حال ذهنی کردن مفهوم کیفیت زندگی هستیم این عوامل (سن، جنس و...) اغلب به صورتی مشابه و یکنواخت بنظر می رسند، اما در واقع این عوامل به همان اندازه که تفاوت های فردی را در داخل گروه های اجتماعی و فرهنگی بازتاب می کنند، در بین گروهها نیز مبین این تفاوتها هستند.

عوامل وضعیت سلامتی: از ناتوانی و بیماری به عنوان ویژگی های زندگی آینده و از مرگ به عنوان رخدادی حتمی نام برده میشود. مشخص شده است که بین سلامت جسمانی، توانایی عملکردی و سلامت روان با کیفیت زندگی رابطه معنی داری وجود دارد.

عوامل شخصیتی: شخصیت و ساخت روان شناختی یک فرد اغلب مستقیماً مرتبط با سلامت روان اوست. عوامل شخصیتی به صورت غیر مستقیم از طریق تاثیر بر سلامت روان بر کیفیت زندگی افراد تاثیر می گذارد.

عوامل استقلال فردی: عوامل استقلال فردی مرتبط با عوامل شخصیتی اما مستقل از محیط فیزیکی و اجتماعی می باشند. عوامل استقلال فردی شامل توانایی تصمیم گیری، کنترل فردی، کنترل یا بحث پیرامون محیط فیزیکی و اجتماعی متعلق به آنها می باشد (بوند و کورنر، ۱۳۸۹: ۱۷).



### فرضیه های پژوهش:

- بین بعد عاطفی حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط وجود دارد.
- بین بعد ابزاری حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط وجود دارد.
- بین بعد اطلاعاتی حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط وجود دارد.
- بین حمایت اجتماعی کل و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط وجود دارد.
- بین جنسیت و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط وجود دارد.
- بین سن و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط وجود دارد.
- بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط وجود دارد.
- بین پایگاه اقتصادی و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط وجود دارد.

### تعریف متغیرها

#### متغیرهای مستقل:

#### - حمایت اجتماعی

تعریف مفهومی: حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت و توجه و مساعدت اعضای خانواده و دوستان و سایر افرادی می باشد که فرد از آنها برخوردار است (کوبس، ۱۹۷۶).

تعریف عملیاتی: در این تحقیق شاخص های حمایت اجتماعی عبارت از حمایت عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری می باشد.

#### - پایگاه اقتصادی

تعریف مفهومی: قدرت و توانایی مالی فرد و والدین می باشد. در بررسی پایگاه اقتصادی درآمدهای منقول و غیر منقول در نظر گرفته می شود.

تعریف عملیاتی: برای سنجش پایگاه اقتصادی افراد در این پژوهش میزان درآمد ماهیانه شخص، نوع مسکن، نوع خودرو، قیمت مسکن و قیمت خودرو مورد بررسی قرار خواهند گرفت.

#### - جنس

تعریف مفهومی: منظور زن و یا مرد بودن افراد است.

تعریف عملیاتی: برای سنجش جنس در این پژوهش از سؤال دو گزینه ای زن یا مرد استفاده شده است.

#### - سن

تعریف مفهومی: سن تقویمی یا تعداد سال های کامل است که از زمان تولد فرد گذشته است.

تعریف عملیاتی: برای سنجش سن در این پژوهش از سؤال باز استفاده شده است.

#### - وضعیت تأهل

تعریف مفهومی: یعنی بررسی اینکه فرد متأهل و یا مجرد باشد.

تعریف عملیاتی: افراد به متأهل، مجرد و بی همسر بر اثر فوت و یا طلاق دسته بندی شده اند.

#### - تحصیلات

تعریف مفهومی: میزان سواد معلومات هر فرد در مراحل مختلف آموزشی. منظور از تحصیلات همان درجه ی مدرکی است که فرد در سیستم آموزشی تحصیل کرده است. بی سواد یعنی عدم برخورداری فرد از تحصیلات آموزشی و مطالعه درزندگی (بیدگلی، ۱۳۷۹: ۵).



تعریف عملیاتی: برای سنجش تحصیلات در این پژوهش به صورت رتبه ای مقاطع مختلف تحصیلی آورده شده است. بدین صورت که تحصیلات افراد به صورت بسته و با این طبقه بندی مورد پرسش قرار می گیرد: بی سواد، پنجم ابتدایی، سیکل، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر و تحصیلات حوزوی.

### متغیر وابسته:

### کیفیت زندگی

تعریف مفهومی: سازمان بهداشت جهانی (W.H.O) کیفیت زندگی را این طور تعریف می کند: درک فرد از موقعیت خویش در زندگی، در متن فرهنگی و سیستم های ارزشی که فرد در آن زندگی می کند، در رابطه با هدف ها، انتظارات، استانداردها و علایق خود (پاور، ۲۰۰۳؛ برگرفته از حیدرزاده و دیگران، ۱۳۸۸).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش کیفیت زندگی با سه شاخص: جسمی (محدودیت فعالیت فیزیکی، احساس بی حالی، ضعف و خستگی و ناراحتی های جسمی)، روانی (احساس افسردگی و دلمردگی داشتن، ناامیدی، نگران وابسته شدن، اختلال در تمرکز و توجه) و اجتماعی (جر و بحث و اختلافات خانوادگی، افزایش مسئولیت ها و توجهات خانواده و کم شدن روابط با جامعه و اطرافیان) در نظر گرفته شده است.

### روش تحقیق

تحقیق حاضر بر اساس نوع داده های جمع آوری و تحلیل شده، تحقیقی کمی است و از لحاظ نوع برخورد با مسأله مورد بررسی و ورود به آن مطالعه ای میدانی است. در مطالعه میدانی، برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. پیش از آغاز پیمایش، پرسشنامه ی ابتدایی مورد آزمون اولیه قرار گرفت و با استفاده از نتایج به دست آمده، نقایص موجود برطرف و پرسشنامه نهایی تنظیم شد.

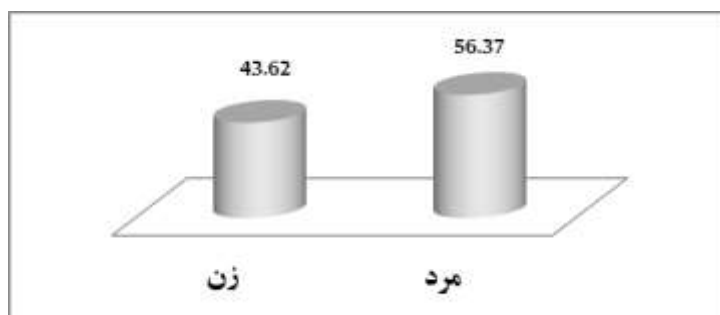
### جامعه آماری و جمعیت نمونه:

جامعه آماری این مطالعه کلیه ی بیماران همودیالیز شهر کرمانشاه (۴۷۶ نفر) می باشد که با استفاده از شیوه ی «تعیین حجم نمونه کوکران» تعدادی از افراد (۲۰۴ نفر) که معرف جامعه آماری تشخیص داده شدند به عنوان نمونه انتخاب و مطالعه شده است. روش نمونه گیری در این پژوهش شیوه نمونه گیری تصادفی ساده می باشد. پس از گردآوری داده ها تجزیه و تحلیل آن ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS انجام گردید و در این رابطه برای آزمون فرضیات، تست های آماری متناسب با هر فرضیه بکار گرفته شد. در این رابطه جهت اطمینان از اعتبار لازم به مشاوره و بهره گیری از نظرات اساتید و کارشناسان مربوطه و همچنین از آزمون آلفای کرونباخ جهت پایایی پرسشنامه اقدام شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها  
آمار توصیفی  
- فراوانی متغیر جنس

جدول ۱. توزیع پاسخگویان بر حسب جنسیت

میانگین کیفیت زندگی	درصد	فراوانی	
۳.۸۸	۴۳.۶۲	۸۹	زن
۳.۴۳	۵۶.۳۷	۱۱۵	مرد
۳.۶۵	۱۰۰	۲۰۴	کل



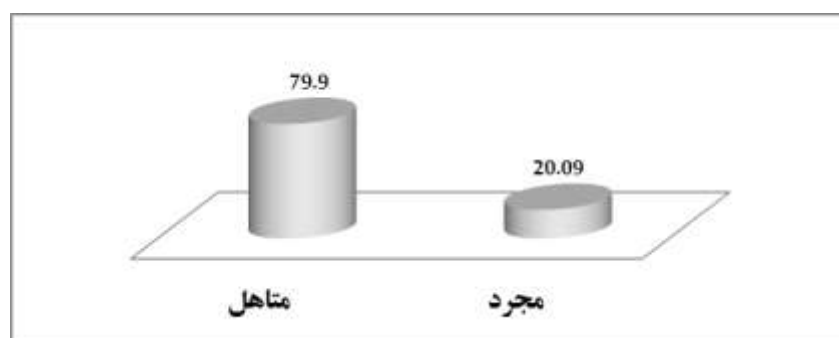
نمودار ۵. ترسیم پاسخگویان بر حسب جنسیت

جدول و نمودار مربوط به متغیر جنسیت نشان می‌دهد که ۴۳/۶۲ درصد پاسخگویان را زن و ۵۶/۳۷ درصد را مرد تشکیل داده اند.

آمار توصیفی متغیر وضعیت تاهل

جدول ۲. توزیع پاسخگویان بر حسب وضعیت تاهل

میانگین کیفیت زندگی	درصد	فراوانی	
۴.۰۶	۷۹.۹۰	۱۶۳	متاهل
۴.۶۷	۲۰.۰۹	۴۱	مجرد
۴.۳۵	۱۰۰	۲۰۴	کل

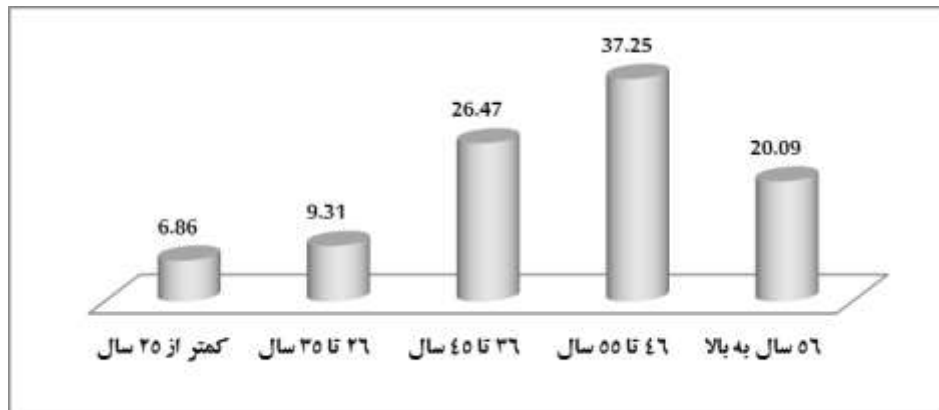


## نمودار ۶. ترسیم پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل

جدول و نمودار مربوط به متغیر جنسیت نشان می‌دهد که ۷۹/۹۹ درصد پاسخگویان، متأهل و ۲۰/۰۹ درصد مجرد بوده‌اند. آمار توصیفی متغیر سن

## جدول ۳. توزیع پاسخگویان بر حسب سن

سن افراد	فراوانی	درصد	میانگین کیفیت زندگی
کمتر از ۲۵ سال	۱۴	۶.۸۶	۴.۰۳
۲۶ تا ۳۵ سال	۱۹	۹.۳۱	۴.۳۳
۳۶ تا ۴۵ سال	۵۴	۲۶.۴۷	۳.۱۴
۴۶ تا ۵۵ سال	۷۶	۳۷.۲۵	۳.۰۲
۵۶ سال به بالا	۴۱	۲۰.۰۹	۲.۸۷
کل	۲۰۴	۱۰۰.۰	۳.۴۷



## نمودار ۷. ترسیم پاسخگویان بر حسب سن

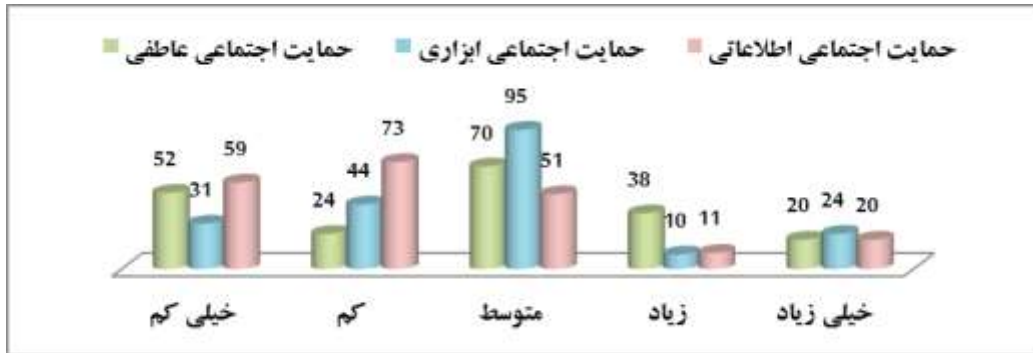
جدول و نمودار مربوط به متغیر سن نشان می‌دهد که ۶/۸۶ درصد پاسخگویان دارای سن کمتر از ۲۵ سال، ۹/۳۱ درصد دارای سن ۲۶ تا ۳۵ سال، ۲۶/۴۷ درصد دارای سن ۳۶ تا ۴۵ سال، ۳۷/۲۵ درصد دارای سن ۴۶ تا ۵۵ سال، ۲۰/۰۹ درصد دارای سن ۵۶ سال به بالا بوده‌اند. لازم به ذکر است که بیشتر افراد مورد مطالعه در طیف سن ۴۶ تا ۵۵، و کمترین افراد مورد مطالعه در طیف سن کمتر از ۲۵ سال هستند.

## آمار توصیفی ابعاد حمایت اجتماعی

## جدول ۴. توزیع پاسخگویان بر مولفه‌های حمایت اجتماعی

نام متغیر	شاخص‌ها	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی	حمایت اجتماعی عاطفی	۵۲	۲۴	۷۰	۳۸	۲۰	۳/۴۹	۰/۹۳
	حمایت اجتماعی ابزاری	۳۱	۴۴	۹۵	۱۰	۲۴	۲/۸۱	۰/۷۸
	حمایت اجتماعی اطلاعاتی	۵۹	۷۳	۵۱	۱۱	۲۰	۳/۲۷	۰/۸۹

۰/۹۶	۳/۱۹	۲۱	۱۹	۷۲	۴۷	۴۵	نمره کل حمایت اجتماعی
------	------	----	----	----	----	----	-----------------------

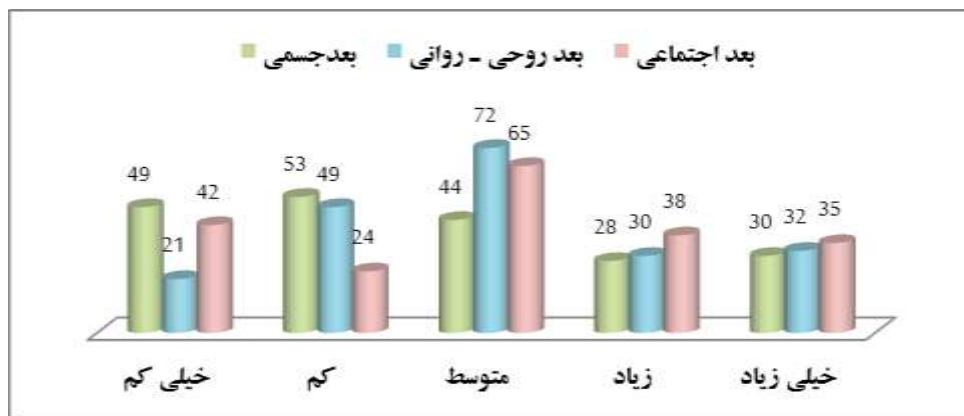


نمودار ۸. ترسیم پاسخگویان بر مولفه‌های حمایت اجتماعی

آمار توصیفی مربوط به متغیر حمایت اجتماعی و ابعاد آن نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی عاطفی ( $X=۳/۴۹$ ) و حمایت اجتماعی اطلاعاتی ( $X=۳/۲۷$ ) دارای میانگین بالاتر از حد متوسط بوده و حمایت اجتماعی ابزاری ( $X=۲/۸۱$ ) دارای میانگین پایین‌تر از حد متوسط می‌باشند. همچنین نمره کلی حمایت اجتماعی ( $X=۳/۱۹$ ) بیشتر از حد متوسط می‌باشد. بر این اساس می‌توان ادعان داشت که افراد مورد مطالعه ادعان داشته‌اند که از دارای حمایت اجتماعی نسبتاً مطلوبی برخوردار می‌باشند. آمار توصیفی ابعاد کیفیت زندگی

جدول ۵. توزیع پاسخگویان بر مولفه‌های کیفیت زندگی

نام متغیر	شاخص‌ها	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	بعد جسمی	۴۹	۵۳	۴۴	۲۸	۳۰	۳/۰۱	۰/۹۹
	بعد روحی - روانی	۲۱	۴۹	۷۲	۳۰	۳۲	۳/۶۶	۰/۸۲
	بعد اجتماعی	۴۲	۲۴	۶۵	۳۸	۳۵	۳/۱۴	۰/۹۶
نمره کل کیفیت زندگی		۳۷	۴۲	۶۱	۳۲	۳۲	۳/۱۹	۰/۹۰



نمودار ۹. ترسیم پاسخگویان بر مولفه‌های کیفیت زندگی

آمار توصیفی مربوط به متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن نشان می دهد که بعد جسمی کیفیت زندگی ( $X=3/01$ )، بعد روحی روانی کیفیت زندگی ( $X=3/66$ ) و بعد اجتماعی کیفیت زندگی ( $X=3/14$ ) دارای میانگین بالاتر از حد متوسط می باشد. همچنین نمره کلی کیفیت زندگی ( $X=3/19$ ) است که بیشتر از حد متوسط می باشد. بر این اساس می توان اذعان داشت که افراد مورد مطالعه اذعان داشته اند که از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی برخوردار می باشند.

#### آمار استنباطی

آزمون فرضیه شماره ۱، ۲، ۳ و ۴: بین میزان حمایت اجتماعی و ابعاد آن (حمایت عاطفی، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی) با کیفیت زندگی بیماران کلیوی ارتباط معناداری وجود دارد.

جهت بررسی فرضیه فوق از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. یافته‌ها به شرح جدول زیر می باشد.

جدول ۱۰. همبستگی بین دو متغیر حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی

کیفیت زندگی		شاخص ها	نام متغیر
سطح معناداری	ضریب همبستگی		
۰/۰۰۰	۰/۴۷	حمایت عاطفی	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۰	۰/۶۸	حمایت ابزاری	
۰/۰۰۰	۰/۲۶	حمایت اطلاعاتی	
۰/۰۰۰	۰/۴۲	نمره کل حمایت اجتماعی	

یافته‌ها حاکی است که بین تمامی ابعاد حمایت اجتماعی و همچنین میزان کل آن با کیفیت زندگی بیماران رابطه مثبت و مستقیم و معناداری وجود دارد. در این میان رابطه بین بعد حمایت اجتماعی ابزاری و کیفیت زندگی بیشترین ضریب همبستگی ( $r=0.68$ ) و همبستگی بین حمایت اجتماعی اطلاعاتی و کیفیت زندگی کمترین ضریب همبستگی ( $r=0.26$ ) دارا می باشند.

همچنین رابطه بین حمایت اجتماعی عاطفی و کیفیت زندگی نیز دارای ضریب همبستگی مثبت و معنادار و با شدت متوسط ( $r=0.47$ ) می باشد. بنابراین می توان استدلال کرد که هر چه بیماران حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی بیشتری داشته باشند کیفیت زندگی آنها بیشتر است. در میان مهم ترین بعد حمایت اجتماعی حمایت اجتماعی ابزاری است که همبستگی شدیدی با کیفیت زندگی دارد. سپس حمایت اجتماعی عاطفی و در نهایت اطلاعاتی دارای همبستگی متوسطی با کیفیت زندگی هستند.

در نهایت می توان اذعان داشت که بین نمره کل حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه مثبت ( $r=0.42$ ) و معناداری ( $sig=0/000$ ) وجود دارد. بر این اساس هر چه میزان کل حمایت اجتماعی افزایش یابد، میزان کیفیت زندگی بیماران افزایش می یابد و این رابطه معنادار است. با این اوصاف فرض پژوهش مبنی بر وجود ارتباط معنادار میان حمایت اجتماعی و ابعاد آن با کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی تأیید می گردد.

#### فرضیه ۵. کیفیت زندگی بیماران همودیالیز بر حسب جنسیت متفاوت می باشد.

جنسیت به عنوان متغیر مستقل شامل دو گروه زن و مرد می باشد. در فرضیه مذکور هدف بررسی تفاوت کیفیت زندگی در بین زنان و مردان بیمار همودیالیز می باشد. بنابراین مناسبترین آزمون، آزمون تی مستقل می باشد. یافته‌ها به شرح جداول ۱۲ و ۱۳ می باشد.

#### جدول ۱۱. آمار توصیفی مربوط به کیفیت زندگی در بین دو گروه مورد مطالعه

جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد
				میانگین
مرد	۱۱۵	۳.۸۸	۰.۵۰۴۴	۰.۳۴۵
زن	۸۹	۳.۴۳	۰.۴۵۳۳	۰.۳۵۱

جدول ۱۲. آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت در کیفیت زندگی در میان زنان و مردان بیمار

تفاوت با فاصله اطمینان ٪۹۵	آزمون تی مستقل برای بررسی یکسانی میانگین ها					آمار لون برای بررسی همگنی واریانس ها		F	Sig.	درجه آزادی	سطح معنادار	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد برآورد	کمینه	بیشینه	کیفیت زندگی
	تفاوت با فاصله اطمینان ٪۹۵	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد برآورد	سطح معنادار	درجه آزادی	t	برابری واریانس ها									
								۱۲.۰۵	۰.۱۷	۲۰۲	۰.۰۷	-۰.۱۳	۰.۴۹	-۰.۲۳	-۰.۳۷	برابری واریانس ها
								-	-	۲۰۱.۳	۰.۰۶	-۰.۱۳	۰.۴۹	-۰.۲۳	-۰.۳۸	عدم برابری واریانس ها

✓ صورت بندی فرضیه:

$$\begin{cases} H_0: \mu_1 = \mu_2 \\ H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \end{cases}$$

✓ محاسبه ی مقدار t:  $t_1 = -۲.۷۱$ ✓ تعیین درجه ی آزادی:  $df = ۲۰۲$ ✓ استخراج t جدول: با درجه آزادی ۲۰۲،  $t = ۱.۹۶$ 

✓ مقایسه و نتیجه گیری: برای بررسی کیفیت زندگی بیماران t محاسبه شده بیشتر از تی بحرانی است. پس فرض تحقیق تأیید می شود.

بر اساس آزمون لون (Leven)، چون سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵ است ( $Sig = ۰/۰۱۷$ ) بنابراین از نتایجی که فرض مساوی بودن واریانس ها را لحاظ کرده، استفاده می کنیم. از آنجایی که سطح معناداری آزمون های لون کمتر از ۰.۰۵ است پس سراغ آزمون دوم یعنی آزمون t تست برای دو گروه مستقل می رویم.

بر اساس جدول ۱۳، در مورد کیفیت زندگی بیماران می توان گفت: مقدار t محاسبه شده  $-۲.۷۱$  و از سوی دیگر مقدار t جدول با درجه آزادی ۲۰۲ برابر  $۱.۹۶$  می باشد، بنابراین چون قدر مطلق t محاسبه شده بیشتر از t جدول می باشد پس می توان ادعا کرد که در سطح معناداری ۰.۰۵ و با ٪۹۵ فاصله اطمینان بین کیفیت زندگی بیماران زن و مرد تفاوت معناداری وجود دارد. از سوی دیگر سطح معناداری از ۰.۰۵ کمتر بوده و می توان با ٪۹۵ اطمینان فرض تحقیق را تأیید کرد.

در نهایت می توان استدلال کرد که کیفیت زندگی برای مردان بیمار همودیالیزی ( $\mu = ۳.۸۸$ ) بیشتر از زنان بیمار ( $\mu = ۳.۴۳$ ) است.

فرضیه ۶. بین سن و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز رابطه معناداری وجود دارد.

جهت بررسی این رابطه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده می شود. یافته ها به شرح جدول و نمودار ذیل است.

جدول ۱۳. همبستگی بین متغیر سن و کیفیت زندگی

متغیر مستقل	کیفیت زندگی	سطح معناداری	تعداد
سن پاسخگویان	۰.۲۱	۰.۰۰۰	۲۰۴

با توجه به مقدار sig محاسبه شده بین دو دامنه که برابر با ۰.۰۰۰ می باشد و چون این عدد کوچکتر از ۰.۰۵ است، لذا بین دو متغیر سن و کیفیت زندگی بیماران همبستگی معنا داری وجود دارد. همچنین با توجه به شدت همبستگی بدست آمده ما که برابر با ۰.۲۱- است همبستگی معکوس و متوسطی بین دو متغیر سن و کیفیت زندگی بیماران وجود دارد؛ بدین صورت که هر چه سن بیمار بالاتر باشد کیفیت زندگی پایین تر می آید. بر این اساس فرضیه ما تایید می شود.  
فرضیه ۷. کیفیت زندگی بیماران همودیالیز بر حسب وضعیت تأهل متفاوت می باشد.

جدول ۱۴. آمار توصیفی مربوط به کیفیت زندگی بر حسب دو گروه مجرد و متأهل

وضعیت	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد میانگین
تأهل	متأهل	۱۶۳	۴.۰۶	۰.۵۰۴۴	۰.۰۳۴۵
	مجرد	۴۱	۴.۶۷	۰.۴۵۳۳	۰.۰۳۵۱

جدول ۱۵. آزمون تی مستقل برای بررسی تفاوت در کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تأهل

تفاوت با فاصله اطمینان ۹۵٪	آزمون تی مستقل برای بررسی یکسانی میانگین ها					آمار لون برای بررسی همگنی واریانس ها		F	Sig.	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد برآورد	کمینه	بیشینه	کیفیت زندگی	
	t	درجه آزادی	سطح معناداری	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد برآورد												
۷۰.۳۷	۱.۲۳	۰.۰۵۷	۱.۷۷	۰.۰۰۰	۲۰۲	۵.۸۳	۰.۱۷	۱۲.۰۵	۰.۱۷	۲۰۲	۰.۰۰۰	۱.۷۷	۰.۰۵۷	۱.۲۳	۷۰.۳۷	با فرض برابری واریانس ها	کیفیت زندگی
۷۰.۳۸	۱.۲۳	۰.۰۴۸	۱.۷۶	۰.۰۰۰	۲۰۰.۳	۵.۷۷	۰.۱۷	۱۲.۰۵	۰.۱۷	۲۰۰.۳	۰.۰۰۰	۱.۷۶	۰.۰۴۸	۱.۲۳	۷۰.۳۸	با فرض عدم برابری واریانس ها	

✓ صورت بندی فرضیه:

$$\begin{cases} H_0: \mu_1 = \mu_2 \\ H_1: \mu_1 \neq \mu_2 \end{cases}$$

✓ محاسبه ی مقدار t:  $t = 5.83$

✓ تعیین درجه ی آزادی:  $df = 202$

✓ استخراج t جدول: با درجه آزادی ۲۰۲،  $t = 1.96$

✓ مقایسه و نتیجه گیری: برای کیفیت زندگی بیماران همودیالیز t محاسبه شده بیشتر از تی بحرانی است.

پس فرض تحقیق تأیید می شود.

بر اساس آزمون لون، چون سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵ است ( $Sig=0/017$ ) بنابراین از نتایجی که فرض مساوی بودن واریانس ها را لحاظ کرده، استفاده شده است. از آنجایی که سطح معناداری آزمون های لون کمتر از ۰.۰۵ است پس از آزمون دوم یعنی آزمون t تست برای دو گروه مستقل استفاده شده است. بر اساس جدول ۱۵، در مورد میزان کیفیت زندگی می توان اذعان داشت: مقدار t محاسبه شده ۵.۸۳ و از سوی دیگر مقدار t جدول با درجه آزادی ۲۰۲ برابر ۱.۹۶ می باشد، لذا چون t محاسبه شده بیشتر از t جدول می باشد پس می توان ادعا کرد که در سطح معناداری ۰.۰۵ و با ۹۵٪ فاصله اطمینان، میزان کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود دارد. از سوی دیگر سطح معناداری از ۰.۰۵ کمتر بوده و می توان با ۹۵٪ اطمینان فرض تحقیق را تأیید کرد. همچنین کیفیت زندگی برای افراد مجرد ( $\mu=4.17$ ) بیشتر از افراد متأهل ( $\mu=4.03$ ) است.

**فرضیه ۸. بین پایگاه اقتصادی و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز رابطه معناداری وجود دارد.**

برای بررسی رابطه دو متغیر فوق از ضریب همبستگی استفاده شده است. یافته ها به شرح زیر می باشد:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0$$

جدول ۱۶. همبستگی بین پایگاه اقتصادی و کیفیت زندگی بیماران

نتیجه آزمون	نوع همبستگی	کیفیت زندگی		
		سطح معناداری	ضریب همبستگی	
معنادار و تایید رابطه	پیرسون	۰/۰۰۰	۰/۵۸*	میزان درآمد
معنادار و تایید رابطه	اسپیرمن	۰/۰۰۰	۰/۴۴*	وضعیت مسکن
معنادار و تایید رابطه	پیرسون	۰/۰۰۰	۰/۴۱*	قیمت مسکن
معنادار و تایید رابطه	دورشته ای	۰/۰۰۰	۰/۳۷*	اتومبیل
معنادار و تایید رابطه	پیرسون	۰/۰۲۳	۰/۲۸*	قیمت اتومبیل
معنادار و تایید رابطه	پیرسون	۰/۰۰۰	۰/۵۱*	نمره کل وضعیت اقتصادی

جهت بررسی پایگاه اقتصادی، برای هر زیربخش این متغیر از ضرایب همبستگی استفاده شد. دلیل استفاده از ضرایب همبستگی مختلف، متفاوت بودن سطوح سنجش متغیرها می باشد. بر این اساس، رابطه بین متغیرهای میزان درآمد، قیمت مسکن، قیمت اتومبیل، نمره کل پایگاه اقتصادی با کیفیت زندگی، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون سنجیده شد. وضعیت مسکن با همبستگی اسپیرمن و دارا بودن اتومبیل با استفاده از همبستگی دورشته ای سنجیده شده اند. یافته ها نشان می دهد که همبستگی بین نمره کل وضعیت اقتصادی و کیفیت زندگی بیماران، مثبت و به لحاظ آماری معنادار می باشد ( $r=0/51$ ). بر این اساس هر چه وضعیت اقتصادی افزایش یابد، کیفیت زندگی بیماران نیز افزایش می یابد.

### نتیجه گیری

همان طور که ذکر شد علیرغم تأثیر درمانی همودیالیز در مرحله آخر نارسایی کلیوی، بیماران مزبور با عوامل تنش زای متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که به راحتی کنترل نمی شوند. بیماران تحت همودیالیز در هر جنبه از زندگی با عوامل تنش زای متعددی از جمله مشکلات خانوادگی، تغییر در عملکردهای جنسی، وابستگی به دیگران جهت ادامه زندگی، انزوای اجتماعی، تغییر از تصویر ذهنی از جسم خود، فشارهای روانی و تهدید مرگ مواجه هستند. که هر کدام به نوبه خود می تواند باعث افت کیفیت زندگی بیمار گردد.



با توجه به اهمیت بحث کیفیت زندگی بیماران همودیالیز در این پژوهش با استفاده روش میدانی و تکنیک پیمایش به بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت بیماران همودیالیز بالای شهر کرمانشاه پرداختیم. از جمله متغیرهایی که در این پژوهش به عنوان متغیر مستقل مورد بررسی قرار گرفتند عبارتند از: میزان کل حمایت اجتماعی و ابعاد آن، پایگاه اقتصادی، جنس، سن و وضعیت تأهل. بدین صورت که میزان تأثیر هر کدام از این متغیرها بر میزان کیفیت زندگی بیماران مورد بررسی قرار گرفتند تا نشان داده شود که آیا ارتباط معناداری بین این متغیرها و میزان کیفیت زندگی بیماران وجود دارد یا خیر.

بر اساس یافته های تحقیق، آمار توصیفی مربوط به متغیر کیفیت زندگی و ابعاد آن نشان می دهد که بعد جسمی کیفیت زندگی ( $X=3/01$ )، بعد روحی روانی کیفیت زندگی ( $X=3/66$ ) و بعد اجتماعی کیفیت زندگی ( $X=3/14$ ) دارای میانگین بالاتر از حد متوسط می باشد. همچنین نمره کلی کیفیت زندگی ( $X=3/19$ ) است که بیشتر از حد متوسط می باشد. بر این اساس می توان ادعان داشت که افراد مورد مطالعه ادعان داشته اند که از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی برخوردار می باشند.

همچنین تمامی فرضیه های ما در این پژوهش تأیید می شوند. بدین صورت که:

- بر اساس یافته ها بین حمایت اجتماعی و تمامی ابعاد آن با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معناداری وجود دارد. این ارتباط مثبت و مستقیم است و از شدت رابطه متوسطی برخوردار است. بدین صورت که با افزایش هر یک از ابعاد حمایت اجتماعی میزان کیفیت زندگی بیماران افزایش پیدا می کند. در این میان رابطه بین بعد حمایت اجتماعی ابزاری و کیفیت زندگی بیشترین ضریب همبستگی ( $r=0.68$ ) و همبستگی بین حمایت اجتماعی اطلاعاتی و کیفیت زندگی کمترین ضریب همبستگی ( $r=0.26$ ) دارا می باشند.

همچنین رابطه بین حمایت اجتماعی عاطفی و کیفیت زندگی نیز دارای ضریب همبستگی مثبت و معنادار و با شدت متوسط ( $r=0.47$ ) می باشد. بنابراین می توان استدلال کرد که هر چه بیماران حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی بیشتری داشته باشند کیفیت زندگی آنها بیشتر است.

در نهایت می توان ادعان داشت که بین نمره کل حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه مثبت ( $r=0.42$ ) و معناداری ( $sig=0/000$ ) وجود دارد. بر این اساس هر چه میزان کل حمایت اجتماعی افزایش یابد، میزان کیفیت زندگی بیماران افزایش می یابد و این رابطه معنادار است. بنابراین فرضیه های شماره ۱ تا ۴ پژوهش ما تأیید می شوند.

بر اساس یافته ها بین حمایت اجتماعی و تمامی ابعاد آن با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معناداری وجود دارد. این ارتباط مثبت و مستقیم است و از شدت رابطه متوسطی برخوردار است. بدین صورت که با افزایش هر یک از ابعاد حمایت اجتماعی میزان کیفیت زندگی بیماران افزایش پیدا می کند. در این میان رابطه بین بعد حمایت اجتماعی ابزاری و کیفیت زندگی بیشترین ضریب همبستگی ( $r=0.68$ ) و همبستگی بین حمایت اجتماعی اطلاعاتی و کیفیت زندگی کمترین ضریب همبستگی ( $r=0.26$ ) دارا می باشند.

همچنین رابطه بین حمایت اجتماعی عاطفی و کیفیت زندگی نیز دارای ضریب همبستگی مثبت و معنادار و با شدت متوسط ( $r=0.47$ ) می باشد. بنابراین می توان استدلال کرد که هر چه بیماران حمایت اجتماعی عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی بیشتری داشته باشند کیفیت زندگی آنها بیشتر است.

در نهایت می توان ادعان داشت که بین نمره کل حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی رابطه مثبت ( $r=0.42$ ) و معناداری ( $sig=0/000$ ) وجود دارد. بر این اساس هر چه میزان کل حمایت اجتماعی افزایش یابد، میزان کیفیت زندگی بیماران افزایش می یابد و این رابطه معنادار است. بنابراین فرضیه های شماره ۱ تا ۴ پژوهش ما تأیید می شوند.

- فرضیه ۵ شماره ۵ ما به بررسی رابطه بین دو متغیر جنسیت و کیفیت زندگی می پردازد. یافته ها حاکی از آن است که در سطح معناداری ۰.۰۵ و با ۹۵٪ فاصله اطمینان بین کیفیت زندگی بیماران زن و مرد تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس میزان کیفیت زندگی برای مردان بیمار همودیالیزی ( $\mu=3.88$ ) بیشتر از زنان بیمار ( $\mu=3.43$ ) است.

- بر اساس یافته ها فرضیه ۶ شماره ۶ ما نیز تأیید می شود. بر این اساس بین سن و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط معناداری وجود دارد و این ارتباط منفی و معکوس است و از شدت رابطه متوسطی ( $r=-0.21$ ) برخوردار است.

- بر اساس یافته های آزمون فرضیه شماره ۷ بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط معناداری وجود دارد. بدین صورت که کیفیت زندگی برای افراد مجرد ( $\mu=4.17$ ) بیشتر از افراد متأهل ( $\mu=4.03$ ) است. بنابراین فرضیه شماره ۸ ما نیز تأیید می گردد.

- بر اساس یافته ها فرضیه ی شماره ی ۸ ما نیز تأیید می شود. بر این اساس بین پایگاه اقتصادی و کیفیت زندگی بیماران همودیالیز ارتباط معناداری وجود دارد و این ارتباط مثبت و مستقیم است و از شدت رابطه متوسطی ( $r=0.469$ ) برخوردار است.

### پیشنهادها

- فراهم نمودن فرصت هایی برای بیماران همودیالیز جهت افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان آنان.
- با توجه به نقش و اهمیت ویژه خانواده به عنوان منبع اصلی حمایت اجتماعی در حفاظت و حمایت از بیماران، پیشنهاد می شود به منظور تقویت نهاد خانواده و اعتلای هرچه بیشتر مقام بیماران، برنامه ها و آموزش های غیر رسمی توسط سازمان بهزیستی و نهادهای حمایتی ذیربط به منظور آشنایی هرچه بیشتر افراد جامعه و اعضای خانواده ها با موقعیت بیماران ارائه شود و بر اساس شناخت نیازها، حقوق، آسیب ها و خطراتی که بیماران همودیالیز با آن مواجه هستند، حمایت خانوادگی برنامه ریزی شده ای از آنها انجام شود.
- جهت دهی افکار عمومی در جهت افزایش ادراک توده مردم نسبت به وضعیت بیماران کلیوی.
- افزایش حمایت های اطلاعاتی از سوی دولت برای بیماران کلیوی. بدین معنی اطلاع رسانی برای آنها گسترده تر شود.
- اختصاص بیمه های خاص برای بیماران کلیوی تا بدین وسیله حمایت ابزاری صورت پذیرد.
- ایجاد مراکز توانبخشی برای بیماران کلیوی.
- افزایش زمینه های افزایش حمایت اجتماعی برای بیماران همودیالیز، بدین صورت که حمایت ها تنها از جانب خانواده و نزدیکان نباشد، و دولت نیز زمینه های حمایتی را فراهم سازد.
- توجه صدا و سیما جهت تهیه ی برنامه های آموزشی برای بیماران کلیوی و فرزندان آنها، تا بدین وسیله بتوانند به صورت نظام مند به بیماران توجه کنند و ابعاد مختلف حمایت اجتماعی را افزایش دهند.
- بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی برای بیماران کلیوی، بدین صورت که این خدمات به صورت بیمه ای باشد تا حمایت ابزاری انجام پذیرد.
- ایجاد مراکز مشاوره ای رایگان برای بیماران تا بدین وسیله حمایت اطلاعاتی گسترش یابد.
- افزایش مراکز همودیالیز برای بیماران کلیوی و انتقال این مراکز به شهرستان ها تا بدین صورت میزان فاصله از مرکز در دسترس نشود.
- ایجاد فضاهای ورزشی و فراغتی برای مخصوص بیماران کلیوی تا بدین صورت کیفیت زندگی از لحاظ جسمی افزایش پیدا کند.
- کنترل هر چه بیشتر مراکز همودیالیز و افزایش تعداد پرستاران در جهت اینکه بیماران رضایت بیشتری از مرکز پیدا کنند.
- ایجاد و گسترش سازمان های دولتی و غیردولتی (خیریه) در راستای حمایت مادی از بیماران همودیالیز، تا بدین صورت با بهبود وضعیت اقتصادی آنان کیفیت زندگی شان بالاتر رود.

### منابع

۱. آندرولی، توماس و دیگران. (۱۳۷۹). مبانی طب داخلی سیسیل. ترجمه: وفا طباطبایی، نرگس خطیبی و مهرداد حق ازلی. تهران: نشر اشتیاق.

۲. بوند، جان و کورنر، لین. (۱۳۸۹). کیفیت زندگی و سالمندان. ترجمه: حسین محقق کمال. تهران: نشر دانژه.
۳. بیدگلی، معرفت الله. (۱۳۷۹). بررسی عوامل اجتماعی - فرهنگی مؤثر بر از خود بیگانگی دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
۴. حیدرزاده، مهدی؛ قهرمانیان، اکرم؛ حقیقت، علی و یوسفی الناز. (۱۳۸۸). ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران سکتة مغزی. نشریه پرستاری ایران، دوره بیست و دو، شماره ۵۵، شهریور.
۵. رضائیان، علی. (۱۳۷۰). اصول مدیریت. تهران: انتشارات سمت.
۶. زمان زاده، وحید و دیگران. (۱۳۸۷). ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی بیماران کلیوی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دوره ۲۹، شماره ۱، بهار.
۷. سایت همشهری آنلاین. (۱۳۸۸). سالی ۱۵۰۰ بیمار دیالیزی در ایران فوت می کنند. چهارشنبه ۴ آذر. کد مطلب: ۹۶۱۲۱.
۸. طیبی، علی. (۱۳۷۸). مراقبت های پرستاری ویژه در دیالیز. تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده.
۹. غفاری، غلامرضا و امید، رضا. (۱۳۹۰). کیفیت زندگی (شاخص توسعه اجتماعی). تهران: نشر شیرازه.
۱۰. قاسمی پور، مریم. (۱۳۸۷). بررسی جامعه شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه های شهر خرم آباد. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته علوم اجتماعی گرایش جامعه شناسی، دانشگاه اصفهان.
۱۱. نریمانی، کوروش. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی.

۱۲. Cobb S (۱۹۷۶). Support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*; ۳۸: ۳۰۰.
۱۳. Dennis JP, Markey MA, Johnston KA, Vander Wal JS, Artinian NT. (۲۰۰۸). The role of stress and social support in predicting depression among a hypertensive African American sample. *Heart Lung*. Mar-Apr; ۳۷(۲): ۱۰۵-۱۲.
۱۴. Ferrans, C. E. (۱۹۹۲). Psychometric assessment of the quality of life index. *Research in nursing and health*, ۱۵: ۲۱۳- ۲۲۴.
۱۵. Hagren B. (۲۰۰۱). Haemodialysis of suffering from end – stage renal disease. *Journal of advanced nursing*. ۳۴ (۲): ۳۴۵-۳۸۵.
۱۶. Li, L. Young, D. Wei, H. Zhang, Y. Xiao, Sh, Wang, X and Chan, X. (۱۹۷۶). "The Relationship between objective life status and subjective life satisfaction with Quality of Life." *Behavioral medicine*, Vol. ۲۳, No. ۴, pp. ۱۴۹-۱۶۰.
۱۷. power, mick. ۲۰۰۳. development of a common instrument for quality of life. University hospital of Edinburg, United Kingdom.
۱۸. Sirgy, M. Josep. (۱۹۸۶). A quality of life theory driven from maslows developmental perspective; Quality is related to progressive satisfaction of needs. Lower order and higher, *The American Journal of economics and sociology*. ۴۵. ۳۱.
۱۹. Ventegodt, Soren and others. (۲۰۰۳). Global health and ability are primarily determined by our consciousness research finding from Denmark ۱۹۹۱ – ۲۰۰۴. *Social indicators Research*. ۷۱, ۸۷ – ۱۲۲.
۲۰. World Health Organization (WHO). (۲۰۱۱). ۱۰ facts on ageing and the life course. [Cited ۲۰۱۱ Jun. ۲۰]. Available from: [URL:http://www.who.int/topics/ageing/en/htm](http://www.who.int/topics/ageing/en/htm).