عوامل جمعیت شناختی و خطرساز نارسایی مزمن کلیه در بیماران دیالیزی بیمارستان ولی‌عصر (عج) بیرجند

مرضیه مقرب[1]- فرح مادرشاهیان[2]- نرجس رضایی[3]- عبدالرضا محمدی[4]

چکیده

زمینه و هدف: با وجود پیشرفتهای فناوری و بهبود مراقبتهایی که از بیماران دیالیزی صورت می‌گیرد، مرگ و میر این بیماران همچنان بالاست. برخی از عوامل مرتبط عبارتند از: بیماریهای قلبی- عروقی، دیابت، بدخیمی‌ها و ... ؛ در حالی که بسیاری از علل نارسایی کلیه قابل پیشگیری می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل فردی و علل مرحله پایانی بیماری کلیوی در بیماران تحت همودیالیز بیمارستان ولی‌عصر (عج) بیرجند انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی- مقطعی که در سال ۱۳۸۵ انجام شد، ۵۰ نفر از بیماران دیالیزی مزمن در بیمارستان ولی‌عصر (عج) بیرجند به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که اعتماد و اعتبار علمی آن به وسیله روایی محتوا توسط تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تأیید گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بیشتر بیماران مذکر (۶۸٪) و متأهل (۶۴٪) بودند؛ میانگین سنی افراد ۱۶/۷±۴۷/۰۷ سال بود و ۳۲٪ در رده سنی ۵۷-۶۶ سال بودند. ۸۸٪ بیماران به مدت چهار ساعت در هر جلسه و ۶۲٪ سه نوبت در هفته تحت همودیالیز قرار می‌گرفتند. میانگین شاخص توده بدنی (BMI) بیماران ۸/۸۵±۲۱/۰۴ و بیشترین فراوانی طول مدت همودیالیز مربوط به گروه ۵-۱۴ ماه (۳۸٪) بود. میانگین وزن بیماران قبل از دیالیز ۱۲/۳۵±۵۸/۲ و پس از دیالیز ۱۲/۲۲±۵۶/۲ کیلوگرم بود. بیشتر تعداد بیماران (۳۲٪) قبل از دیالیزی شدن کشاورز و ساکن روستا (۴۰٪) بودند و ۴۸٪ بی‌سواد بودند یا سواد آنها در حدّ خواندن و نوشتن بود. در اغلب بیماران (۳۶٪) عامل زمینه‌ساز نارسایی کلیه، فشار خون بالا بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که عوامل جمعیت‌شناختی بیانگر سطح سواد و آگاهی پایین و شروع بیماری در سنین پایین را نشان می‌دهد، لازم است با تأکید بر اصول پیشگیری و تدوین برنامه‌های منظم معاینه و تشکیل پرونده برای مراجعه‌کنندگان، افراد در معرض خطر اختلال کلیوی بموقع تشخیص داده شوند. توصیه می‌شود سطح آگاهی افراد جامعه نسبت به چگونگی بروز و عواقب بیماریهای کلیوی توسعه یافته و جهت اصلاح شیوه زندگی و عادات غذایی برنامه‌ریزی صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: همودیالیز؛ مرحله نهایی بیماری کلیوی؛ جمعیت‌شناختی؛ سبب‌شناسی (اتیولوژی)

فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند (دوره ۳؛ شماره ۱و۲؛ سال ۱۳۸۵)

[1] نویسنده مسؤول؛ عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- دانشکده پرستاری و مامایی
تلفن: ۹-۴۴۴۴۰۴۱-۰۵۶۱ داخلی ۴۴۲ نمابر: ۰۵۶۱-۴۴۴۰۵۵۰ پست الکترونیکی: mog1344@yahoo.com
[2] عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
[3] سرپرستار بخش همودیالیز بیمارستان ولی‌عصر (عج) دانشگاه علوم پزشکی بیرجند
[4] پرستار بخش همودیالیز بیمارستان ولی‌عصر (عج) دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه دارای شیوع بالایی است. تنها در ایالات متحده آمریکا در حال حاضر قریب به ۳۰۰ هزار نفر مبتلا وجود دارد. در هر سال حدود ۸٪ به جمعیت این بیماران افزوده می‌شود (۲،۱). بر اساس آمار موجود در ایران بروز نارسایی مزمن کلیه از ۳۸/۵ در هریک میلیون جمعیت در سال ۱۳۷۷ به ۴۹/۹ در میلیون در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته است (۳). شیوع و بروز سالیانه این بیماری به ترتیب حدود ۱۵ هزار (۲/۵ در ده هزار) و ۳۱۷۵ نفر (۰/۵۳ در ده هزار) در ۶۰ میلیون ایرانی دیده شده است (۵،۴). این بیماری در ایالات متحده آمریکا به صورت یک مشکل بهداشتی از نظر مراقبت مطرح است و بیش از ۶۰ هزار مورد مرگ در سال به علت نارسایی کلیه اتفاق می‌افتد (۶). برای افزایش بقای عمر این بیماران و بهبودی نسبی حال عمومی و ایجاد فرصت برای انتخاب روش درمانی نهایی که همان پیوند کلیه می‌باشد، همودیالیز به عنوان درمان جایگزین کاربرد دارد. دامنه سنّی بیماران دیالیزی نیز متغیر و بین ۱۱ تا ۸۱ سال نوسان داشته است. متغیر سن در ابتلا به بیماری کلیوی و دیالیزی شدن بیماران با توجه به تنوع علل در بین زنان و مردان به صورت مساوی بوده است (۷).

در سالهای اخیر افرادی که مراقبت و درمان بیماران دیالیزی را برعهده دارند، به این نتیجه رسیده‌اند که قسمت اعظم بیمارانی که مبتلا به نارسایی مزمن غیرقابل برگشت کلیه بوده‌اند، در حقیقت به دنبال نارسایی یکی از احشای مختلف بدن آنها است (۸). در مطالعه‌ای که اخیراً صورت گرفته مشخص شده که تنها ۱۳٪ بیماران مبتلا به نارسایی کلیه ساده و بدون عارضه بوده‌اند و میزان بقا در این گروه ۹۲٪ گزارش شده است؛ در حالی که ۸۷٪ بیماران قبل از نارسایی کلیه مبتلا به نارسایی تنفسی، نارسایی گردش خون، عفونتهای سیستم ادراری و مشکلات عروقی ناشی از دیابت نوع ۲ بوده‌اند و میزان بقای این بیماران تنها ۴۰٪ است و علت افزایش مرگ در این بیماران، افزایش فشار خون، پیشرفت آترواسکلروز، نارسایی احتقانی قلب و حوادث عروقی مغز می‌باشد (۹).

در بررسی منابع، شایعترین علل ایجاد مرحله انتهایی بیماری کلیوی به ترتیب عبارتند از: دیابت قندی، پرفشاری خون، گلومرولونفریت و بیماریهای کیستیک کلیوی (۷). بسته به عوامل ژنتیکی، عادات غذایی، شرایط اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی این علل زمینه‌ساز می‌توانند در هر جامعه‌ای متفاوت باشند؛ با توجه به مطالب فوق مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل جمعیت‌شناختی و علل خطرساز برای بروز نارسایی مزمن کلیوی منجر به همودیالیز در بیماران همودیالیزی مزمن شهرستان بیرجند انجام گردید؛ زیرا بروز مرحله پایانی کلیوی موجب تحمیل مخارج هنگفت برای خانواده‌ها، سیستم بهداشتی- درمانی و دولت می‌شود؛ همچنین از نظر عاطفی- روانی نیز مشکلاتی در روابط خانوادگی و جامعه برای بیمار ایجاد می‌نماید؛ بنابراین با شناسایی عوامل مورد بررسی و شیوع آنها در منطقه می‌توان با استفاده از شیوه‌های درمانی مؤثر و بموقع بر روی جمعیت در معرض خطر، باعث کاهش شدّت بیماری و در نهایت کاهش افراد مبتلا به مرحله پایانی بیماری کلیوی* و نیاز به دیالیزگردید.

روش تحقیق

در این مطالعه توصیفی- مقطعی، تمامی بیماران تحت همودیالیز در بخش همودیالیز بیمارستان ولی‌عصر (عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در مدت شش ماه به تعداد ۵۰ بیمار به روش سرشماری انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: سن بالای ۱۵ سال، ابتلا به نارسایی مزمن کلیه و تحت درمان مزمن با همودیالیز بیش از یک نوبت در هفته، گذشتن حداقل چهار جلسه از شروع همودیالیز، دارا بودن حداقل ۳۰ کیلوگرم وزن، برخورداری از هوشیاری کامل، دارا بودن توانایی شنیداری و گفتاری قابل قبول برای پاسخگویی به سؤالات.

بیمارانی که پیوند کلیه شده و یا مهمان بودند، یا قرار بود به مراکز دیگر منتقل شوند و نیز بیمارانی که کمتر از یک نوبت در هفته و کمتر از سه ساعت در هر جلسه دیالیز می‌شدند، از مطالعه حذف شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که اعتماد و اعتبار علمی آن به وسیله روایی محتوا، توسط تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مورد تأیید قرار گرفت. سؤالات پرسشنامه، عبارت بودند از: سن، جنس، طول مدت دیالیز به ماه، تعداد دیالیز در هفته و زمان هر جلسه دیالیز

* End Stage Renal Disease

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

به ساعت، وزن قبل و بعد از دیالیز، وزن خشک یا وزن مطلوب و پایه بیمار، قد، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، عامل خطر اولیه بیماری انتهایی کلیوی.

داده‌ها توسط پژوهشگر و با مراجعه حضوری در طول جلسه دیالیز بیمار پس از کسب رضایت بیمار و همراهی و بیان اهداف و چگونگی مطالعه بر اساس پرسشنامه مورد سؤال و بررسی قرار گرفت و ثبت گردید.

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۵۰ بیمار همودیالیزی مورد بررسی در بیمارستان ولی‌عصر (عج) بیرجند، ۶۸٪ (۳۴ نفر) بیماران مذکر بودند؛ میانگین سنّی آنان ۱۶/۷±۴۷/۰۷ سال بود. فراوانی عوامل فردی بیماران و گروههای سنی و عوامل زمینه‌ای نارسایی کلیوی تعیین گردید که در جدولهای ۱ و ۲ ارائه شده است. بیشتر بیماران (۳۲٪) در گروه سنی ۵۷-۶۶ سال قرار داشتند. ۸۸٪ بیماران به مدت چهار ساعت و سه نوبت در هفته (۶۲٪) تحت همودیالیز قرار گرفته بودند. میانگین شاخص توده بدنی (BMI) بیماران ۸/۸۵±۲۱/۰۴ بود. طول مدت دیالیزی بودن در ۳۸٪ (۱۹ نفر) بین ۵-۱۴ ماه بود. سطح تحصیلات بیشتر بیماران (۴۸٪) در حدّ خواندن و نوشتن بود. ۶۴٪ بیماران متأهل و شغل ۳۲٪ قبل از دیالیزی شدن کشاورزی بود؛ ۴۰٪ نیز ساکن روستا بودند. میانگین وزن بیماران قبل از شروع هر جلسه دیالیز ۱۲/۳۵±۵۸/۲ کیلوگرم و میانگین وزن پس از اتمام جلسه دیالیز ۱۲/۲۲±۵۶/۲ کیلوگرم بود. در بررسی بیماران از نظر عامل خطر برای شروع همودیالیز، بیشترین فراوانی (۳۶٪) مربوط به پرفشاری خون و در ۲۲٪ موارد دیابت بود. رتبه سوم به عوامل نامشخص (۲۰٪) اختصاص داشت.

جدول ۱- فراوانی بیماران از نظر عوامل جمعیت شناختی

عوامل فردی		تعداد (درصد)	عوامل فردی		تعداد (درصد)
جنس	مذکر	۳۴ (۶۸)	سطح سواد	خواندن و نوشتن و بی‌سواد	۲۴ (۴۸)
	مؤنث	۱۶ (۳۲)		ابتدایی	۱۵ (۳۰)
شغل	کارگر	۷ (۱۴)		دیپلم	۷ (۱۴)
	کشاورز	۱۶ (۳۲)		بالاتر از دیپلم	۴ (۸)
	آزاد	۱۰ (۲۰)	طول مدت همودیالیز (ماه)	۵-۱۴	۱۹ (۳۸)
	کارمند	۹ (۱۸)		۱۵-۲۴	۱۴ (۲۸)
	محصل	۴ (۸)		۲۵-۳۴	۵ (۱۰)
	سایر	۴ (۸)		۳۵-۴۴	۶ (۱۲)
طول جلسه دیالیز (ساعت)	۴	۴۴ (۸۸)		۴۵-۵۴	۱ (۲)
	۳	۶ (۱۲)		۵۵-۶۴	۴ (۸)
تعداد جلسات در هفته	۳	۳۱ (۶۲)		۶۵ به بالا	۱ (۲)
	۲	۱۹ (۳۸)	شاخص توده بدنی (BMI)	۱۵/۰۱ -۱۸	۹ (۱۸)
وضعیت تأهل	مجرّد	۱۴ (۲۸)		۱۸/۰۱ -۲۱	۱۹ (۳۸)
	متأهل	۳۲ (۶۴)		۲۱/۰۱ -۲۴	۱۰ (۲۰)
	سایر	۴ (۸)		۲۴/۰۱ -۲۷	۷ (۱۴)
				۲۷/۰۱ -۳۰	۳ (۶)
				۳۰/۰۱ و بالاتر	۲ (۴)

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۲- فراوانی بیماران دیالیزی برحسب طبقه سنی و عوامل خطر مرحله نهایی بیماری کلیوی (ESRD)

عامل خطر ESRD / رتبه سنی (سال)	پرفشاری خون تعداد (درصد)	دیابت تعداد (درصد)	نامشخص تعداد (درصد)	بیماریهای ادراری تعداد (درصد)	بیماریهای مادرزادی تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
۱۷-۲۶	۰ (۰)	۱ (۲)	۱ (۲)	۲ (۴)	۴ (۸)	۸ (۱۶)
۲۷-۳۶	۲ (۴)	۱ (۲)	۳ (۶)	۱ (۲)	۱ (۲)	۸ (۱۶)
۳۷-۴۶	۲ (۴)	۲ (۴)	۲ (۴)	۱ (۲)	۰ (۰)	۷ (۱۴)
۴۷-۵۶	۲ (۴)	۳ (۶)	۱ (۲)	۱ (۲)	۰ (۰)	۷ (۱۴)
۵۷-۶۶	۹ (۱۸)	۴ (۸)	۲ (۴)	۱ (۲)	۰ (۰)	۱۶ (۳۲)
۶۷-۷۷	۳ (۶)	۰ (۰)	۱ (۲)	۱ (۰)	۰ (۰)	۴ (۸)
جمع	۱۸ (۳۶)	۱۱ (۲۲)	۱۰ (۲۰)	۶ (۱۲)	۵ (۱۰)	۵۰ (۱۰۰)

بحث

در این مطالعه بیشتر بیماران مرد بودند؛ در مطالعه مشابهی در آمریکا و انگلستان نیز ۵۹٪ بیماران مرد بودند و میانگین سنّی ۱۶±۵۲ سال گزارش شد (۱۰) که با میانگین سنّی مطالعه حاضر تقریباً مشابه است. در مطالعه‌ای دیگر در اسپانیا بر روی ۶۴ نفر با میانگین سنّی ۷۲ سال پرفشاری خون (۶۴/۱٪) و دیابت (۷/۸٪) مهمترین علل نارسایی کلیه منجر به دیالیز بودند (۱۱). در تحقیقی مشابه در هند، میانگین سنّی ۴۳ سال گزارش شد و در ۲۸/۶٪ موارد گلومرولونفریت و در ۲۳/۲٪ دیابت از مهمترین علل نارسایی کلیه منجر به دیالیز بودند؛ در ۱۶/۲٪ موارد نیز علت بیماری ناشناخته گزارش شد (۱۲).

در بیماران مورد بررسی انجام دیالیز در دامنه سنی ۱۷ تا ۷۷ سال صورت می‌گرفت؛ در برنامه‌های اجرایی برای پیشگیری از دیالیز می‌بایست همه گروههای سنی را در نظر داشت. علت دیالیز و نارسایی مزمن کلیوی با توجه به تشخیص طبی بیماران در سنین مختلف، متفاوت است؛ چنان که در مطالعه‌ای که بر روی کودکان تحت همودیالیز انجام شد، مشخص گردید که در ۳۰٪ موارد، اختلالات ارولوژیک مادرزادی و ۲۰٪ گلومرولوپاتی و ۱۴/۳٪ نفروپاتی ارثی و در ۱۶/۲٪ علل نامشخص موجب ESRD و دیالیزی شدن کودکان بوده است (۱۳). بر اساس نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه فشار خون بالا، دیابت و عوامل ناشناخته از علل شایع ESRD در بیماران مورد بررسی بود؛ طبق آمار سالیانه سیستم اطلاع‌رسانی کلیه ایالات متحده در سال ۱۹۹۹ دیابت با ۳۳/۲٪، پرفشاری خون با ۲۴٪، گلومرولونفریت با ۱۷/۲٪ و بیماری کیستیک با ۴/۶٪ از علل عمده نارسایی مزمن کلیه بودند؛ البته آمار بدست آمده با اتیولوژی واقعی نارسایی کلیه تفاوت دارد؛ زیرا همه بیماران مبتلا به نارسایی کلیه برای همودیالیز معرفی نمی‌شوند (۱۴).

بیشتر بیماران مدت ۵ تا ۱۴ ماه سابقه درمان با دیالیز را داشتند؛ در مطالعه انجام شده در استان گیلان، میانگین طول مدت دیالیزی بودن بیماران، ۳۳ ماه گزارش شده است (۷)؛ این تفاوت نشان‌دهنده افزایش روزافزون تعداد بیماران دیالیزی در شهر بیرجند می‌باشد که احتمالاً به دلیل اعزام پزشکان خانواده به روستاها و فعال نمودن سیستم شناسایی و ارجاع بیماران می‌باشد.

مقایسه میانگین وزن بیماران قبل از شروع دیالیز با وزن آنها پس از اتمام هر جلسه دیالیز بیانگر کاهش آن به مقدار ۲ کیلوگرم می‌باشد. در مطالعه بشردوست و همکاران این تفاوت به مقدار ۲/۸ کیلوگرم گزارش شده است (۹).

پیشنهاد شده است که اگر کم کردن وزن در طول جلسه دیالیز بیشتر از ۲/۵ لیتر باشد، تحت کنترل در آوردن فشار خون و سایر عوارض ناشی از دیالیز در بیماران مشکل خواهد بود (۱۵)؛ بنابراین متوسط کاهش وزن بیماران در طی یک جلسه دیالیز در مطالعه حاضر در حدّ قابل قبول می‌باشد و این مسأله احتمالاً می‌تواند مربوط به دقت نظر پرستاران در آموزش و توجیه بیماران برای رعایت مصرف مایعات و نمک در فواصل جلسات دیالیز و تعیین راهبرد درست دیالیز توسط پزشک معاینه‌کننده بیماران باشد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده و موارد ذکرشده به نظر می‌رسد تفاوت چندانی از نظر فراوانی متغیرهای فردی (سن، جنس، طول مدت دیالیز، علل دیالیز، وزن و ...) بین مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام شده مشابه وجود ندارد و تفاوتهای جزئی احتمالاً مربوط به کم بودن حجم نمونه به دلیل کم بودن بیماران دیالیزی واجد شرایط ورود به مطالعه در مقطع زمانی انجام مطالعه بوده است؛ بنابراین توصیه می‌شود بررسیهای بعدی در صورت امکان با حجم نمونه بیشتر صورت گیرد.

همچنین پیشنهاد می‌گردد در مراکز دیالیز اطلاعات فردی بیماران به طور منظم و کامل ثبت شود و پزشکان و درمانگاههایی که درمان بیماران را بر عهده دارند، از مراحل اولیه تشخیصی برای بیمار تشکیل پرونده داده و خلاصه‌ای از آن را در اختیار بیمار قرار دهند تا زمان مراجعه به سایر پزشکان یا مراکز درمانی به عنوان سوابق ارائه دهند.

در جهت اصلاح شیوه زندگی و عادات غذایی بخصوص محدودیت مصرف نمک و فرآورده‌های غذایی سدیم‌دار و استفاده از سیستم‌های تصفیه آب خانگی و ضرورت مراجعه سالیانه به پزشک معالج اطلاع‌رسانی به عموم مردم صورت گیرد تا بیماریهای خاموش و در عین حال خطرناک مثل پرفشاری خون، دیابت و مراحل ابتدایی نارسایی کلیه کشف شود؛ بنابراین آموزش همگانی و آموزش موارد فوق در مدارس و ... برای ارتقای سطح آگاهی عموم افراد جامعه مفید خواهد بود.

منابع:

1- Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Harrisons. Principle of internal medicine. 15th ed. New York; McGraw-Hill, 2001.

2- Stegmyr BC. Ultrafiltration and dry weight: what are the cardiovascular effects? Artif Organ. 2003; 27(3): 227-29.

3- Nobakht HA, Broumand B, Amico MD. The epidemiology of end stage renal disease in Iran in an international prospective. Nephrol. Dial. Transplant, 2002; 17(1): 28-32.

4- Ghods AJ, Ossareh S, Savaj S. Results of renal transplantation of the Hasheminejad kidney hospital Tehran. Clin Transplant. 2000.

5- Ghods AJ. Renal transplantation in Iran. Nephrol Dial Transplant. 2002; 17: 222-8.

۶- فیپس و همکاران. پرستاری بیماریهای کلیه و مجاری ادراری. ترجمه نام آور، مقدم. تهران: نشر بشری، ۱۳۷۲.

۷- خسروی م، قاهری‌فر م، منفرد ع. مقایسه بررسی علل ایجاد کننده End stage renal disease در بیماران دیالیزی استان گیلان، مجله دانشکده پزشکی، د.ع.پ. تهران، ۱۳۸۵ ؛ ۱۶(۴): ۵۴-۶۰.

۸- صیرفیان ش، هاشم‌راد م. اپیدمیولوژی، موربیدیتی و مورتالیتی یک‌ساله بیماران دیالیزی دیابتی در بیمارستان امام خمینی تهران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۷؛ ۲ : ۶۲-۶۶.

۹- بشردوست ب، ادیب ع، فعال‌پور ز، قوامی نشر م. بررسی ارتباط فشار خون با افزایش وزن مابین جلسات همودیالیز در بیماران دیالیزی بیمارستان بوعلی اردبیل. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. ۱۳۸۶؛ ۷ (۱) : ۲۲-۲۶.

10- Fernandes PE, Ellis PA, Roderik PJ. Causes of end stage renal failure in black patients starting renal replacement therapy. Am J Kidn Dis. 2000; 36(2): 301-309.

11- Cano Romer A, Morians M, Lopez Plana A. Prevalence of chronic renal failure in primary care. Aten Primaria. 2002; 2 9(2): 90-96.

12- Mittal S, Kher V, Gulati S. Chronic renal failure in India Ren. Fail. 1997; 19 (7): 763-70.

۱۳- مدنی ع، شکیبا م، عطایی ن، اصفهانی س ط، محسنی پ. اتیولوژی و سرنوشت مرحله نهایی کلیوی در کودکان تحت همودیالیز مرکز طبی کودکان ۸۱-۱۳۶۸. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۸۴؛ ۶۳ (۱): ۶۱-۶۷

14- Skorecki K, Green J, Brenner BM. Chronic renal failure In: Barnwell. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw Hill, 2001: 1551.

15- Rocco MV, Yan G, Heyka RJ. Risk factors for hypertension in chronic hemodialysis patients: baseline data from the HEMO study. Am J Nephrol, 2001; 21: 280-88.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

Title: Demographic feature and risk factors of ESRD in hemodialysis patients in Valiasre hospital

Authors: M. Mogharab[1], F. Madarshahian[2], N. Rezai[3], A. Mohammadi[3]

Abstract

Background and Aim: Despite progresses in technology and improved caring of hemodialysis patients, their mortality rate is still high. Some of the related factors are: cardio vascular diseases, diabetes, malignancy and etc. But many causes of renal failure are preventable. This study was done to determine demographic feature and risk factors of ESRD in hemodialysis patients in Valiasr hospital.

Materials and Methods: In this descriptive study 50 hemodialysis patients in Valiasr hospital were selected by census method. Instrument for gathering data was a questionnaire which its content validity was confirmed by some faculty members in Birjand University of medical sciences. Data was analyzed by inferential and descriptive statistics with SPSS.

Results: Majority of patients were male (68%), married, (64%) with mean age 47.07±16.7 years and 32% were in 57-66 years old group. 88% of patients were dialyesed 4 hours in each session and 62% had three sessions in week. The mean BMI of patients were 21.04±8.85. The most frequent of dialysis duration was about 5-14 months (38%). The mean weight before dialysis 58.2±12.35 kg and after dialysis was 56.2±12.22 kg. Most of the patients (32%) before dialysis were farmers and in dwelling in village and (48%) were illiterate or low literate. In most of the patients (36%) the primary cause for dialysis was hypertension.

Conclusion: Since demographic factors show low literacy and poor knowledge and also beginning ESRD in lower ages, it is necessary to consider the principles of prevention and regular visits and record for clients until their risk of ESRD diagnose in time. It is recommended to increase the knowledge of community members.

Key Words: Hemodialysis; ESRD; Epidemiology; Etiology

[1] *Corresponding Author; Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Birjand University of Medical Sciences. Birjand, Iran. mog1344@yahoo.com*
[2] *Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Birjand University of Medical Sciences. Birjand, Iran.*
[3] *Birjand University of Medical Sciences. Birjand, Iran.*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]