خون
فصلنامه پژوهشی
دوره ۹ شماره ۳ پاییز ۹۱ (۳۳۶-۳۳۱)

مقاله پژوهشی

مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی نوجوانان سالم با نوجوانان هموفیلی مراجعه‌کننده به بیمارستان سیدالشهداء شهر اصفهان سال ۱۳۹۰

زینب همتی[۱]، معصومه علیدوستی[۲]، مهری گلچین[۳]

چکیده

سابقه و هدف

بیماری هموفیلی با توجه به ماهیت پیچیده و آثار منفی بر جسم و روح بیمار، می‌تواند کیفیت زندگی مبتلایان را تحت تاثیر قرار دهد. لذا این مطالعه با هدف مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی نوجوانان سالم با نوجوانان هموفیلی انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مورد ـ شاهدی بود. ۳۲ نفر از نوجوانان هموفیلی مراجعه‌کننده به بیمارستان سیدالشهدای اصفهان، به صورت تصادفی در گروه مورد و ۳۲ نفر از نوجوانان سالم که از نظر سن، جنس و وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی با گروه مورد همسان بودند، در گروه شاهد قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود که در دو زمان توسط نمونه‌ها تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۵ و آزمون‌های آماری کای‌دو، t مستقل و من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین نمرات ابعاد جسمانی، روانی و محیطی کیفیت زندگی و میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه مورد با شاهد(در هر دو زمان اندازه‌گیری شده) تفاوت معناداری داشت($p< ۰/۰۰۱$) و میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی در دو گروه، در اولین اندازه‌گیری و دومین اندازه‌گیری با هم تفاوت معناداری نداشت.

نتیجه گیری

با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی نوجوانان هموفیلی نسبت به نوجوانان سالم، انجام اقدامات لازم جهت ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها در کلیه ابعاد امری ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، هموفیلی A، نوجوان

تاریخ دریافت : ۹۰/۱۰/۱۹
تاریخ پذیرش : ۹۱/ ۲/۲۶

۱- کارشناس ارشد پرستاری ـ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد ـ شهرکرد ـ ایران
۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت ـ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد ـ شهرکرد ـ ایران
۳- مؤلف مسؤول: کارشناس ارشد پرستاری ـ مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ـ اصفهان ـ ایران ـ صندوق پستی: ۳۱۹-۸۱۷۴۵

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-10]

مقدمه

کیفیت زندگی، یک رویکرد مهم است که در دو دهه گذشته به منظور فهم تاثیر بیماری‌های مزمن و درمان‌های آن‌ها در بیماران مورد استفاده قرار گرفته است، اختلال در وضعیت جسمی و بروز علایم و شکایات جسمی، دارای تاثیر مستقیم و قابل ملاحظه‌ای بر تمام ابعاد کیفیت زندگی می‌باشد. نگرانی‌های جسمی از قبیل علایم و شکایات کنترل نشده، اضطراب بالا، افسردگی و محرومیت عاطفی، سلامت روانی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد(۱). به طور کلی کیفیت زندگی بیمار شامل بررسی درک بیمار از سلامتی، رضایتمندی از زندگی و یا حس کلی فرد از سلامتی می‌باشد و بینشی را در رابطه با نقاط قوت و ضعف درمان‌ها و اقدامات تشخیصی فراهم می‌سازد. با وجود اختلاف نظرهای موجود در این رابطه، بررسی کیفیت زندگی، به عنوان راهنمایی در اثربخشی و کارایی درمان‌های طبی و مراقبت‌های صورت گرفته، روز به روز گسترش یافته و بیشتر مورد پذیرش قرار می‌گیرد(۲). باید توجه داشت کیفیت زندگی به عنوان یکی از مهم‌ترین موضوعات در بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود، پرستاران و تیم درمان می‌توانند در تمامی سطوح به عنوان عضو اصلی در کنترل مناسب علایم و شکایات بیمار، نقش عمده‌ای را ایفا کنند(۱). از طرفی نوجوانی یکی از بحرانی‌ترین دوره‌ها برای تطابق با فرآیند بلوغ و تغییرات ایجاد شده می‌باشد که در اثر بیماری مزمن با توانایی و عملکرد فرد در محیط مداخله کرده و بر روی تعاملات نوجوان با همسالان و محیط فیزیکی تاثیرگذار است و آن را تغییر می‌دهد(۳). از جمله بیماری‌های مزمنی که کیفیت زندگی فرد را در دوره نوجوانی تغییر می‌دهد، بیماری هموفیلی می‌باشد. از هر ۱۰۰۰۰ مرد، یک نفر مبتلا به هموفیلی است(۳). در بسیاری از بیماران هموفیلی، دوران نوجوانی به سختی می‌گذرد. در این مرحله نوجوان هموفیلی به علت بیماری و مراقبت‌های ویژه به دیگران وابسته است و این امر سبب آزردگی روح و روان نوجوان می‌شود که می‌تواند او را از خویشتن‌داری باز دارد، موجب بروز علایم افسردگی در وی گردد و البته این تظاهرات بر کار مدرسه و فعالیت‌های اجتماعی نوجوان هموفیلی تاثیرگذار است(۴). نتایج تحقیقات شولیر و همکاران، بیولینگر و همکاران و ماریلین و همکاران نشان می‌دهند که کیفیت زندگی نوجوانان هموفیلی در ابعاد جسمی و فیزیکی پایین است(۶، ۵). از آن جایی که ابتلا به بیماری مزمن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا تاثیرگذار است و نوجوانی دوره حساسی می‌باشد، لذا نوجوانان مبتلا به هموفیلی در معرض مشکلات متعدد جسمی و روحی قرار می‌گیرند که لزوم توجه بیشتر به ابعاد مختلف کیفیت زندگی در آنان را بیش از پیش آشکار می‌سازد(۷). با توجه به اهمیت بیماری هموفیلی و تاثیر آن بر کیفیت زندگی نوجوانان هموفیلی و عدم انجام مطالعه‌ای در زمینه ابعاد مختلف کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به هموفیلی در ایران نیز به دلیل این که داشتن اطلاعات مناسب در مورد ابعاد مختلف کیفیت زندگی می‌تواند نقش مهمی در درمان و بهبود کیفیت زندگی این بیماران داشته باشد، لذا این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی نوجوانان هموفیلی با نوجوانان سالم طراحی شده است.

مواد و روش‌ها

مطالعه انجام شده، یک مطالعه مورد – شاهدی از نوع قبل و یک ماه بعد بود که در دو گروه ۳۲ نفره اجرا شد. پژوهشگر پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دریافت اجازه‌نامه از مسؤولین، از بین بیماران کسانی را که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند انتخاب کرد. معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: سن بین ۲۱-۱۱ سال، ساکن شهر اصفهان بودن، قطعی بودن بیماری هموفیلی با توجه به یافته‌های پزشکی و آزمایشگاهی در گروه مورد و طبق تعریف بیماری‌های مزمن بایستی ۳ ماه از تشخیص قطعی بیماری گذشته باشد(به دلیل این که وجود بیماری مسجل شده باشد)، عدم ابتلا به مشکلات شناختی و ذهنی در هر دو گروه و در طول یک ماه گذشته واقعه پر استرسی مانند مرگ یکی از عزیزان را نداشته باشند. معیارهای خروج نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه در هر دو گروه بود. پس از شرح اهداف مطالعه، چون مداخله‌ای انجام نمی‌شد با رضایت شفاهی افراد مبنی بر تمایل به شرکت، پرسشنامه‌ها تکمیل

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-10]

شد. به صورت تصادفی ۳۲ نفر از نوجوانان همموفیلی در گروه مورد قرار گرفتند و با کمک این گروه، آدرس نوجوانان سالم هم محلی گرفته شد و با مراجعه به منزل آن‌ها، ۳۲ نفر که از نظر سن، جنس و وضعیت اقتصادی اجتماعی با گروه مورد همسان بودند پس از کسب رضایت برای شرکت در مطالعه در گروه شاهد قرار گرفتند. در این پژوهش کیفیت زندگی و ابتلا به همموفیلی به عنوان متغیر اصلی و متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل پدر و مادر، سطح تحصیلات پدر و مادر، تعداد اعضای خانواده و چندمین فرزند خانواده جزو متغیرهای زمینه‌ای در نظر گرفته شد. سپس پرسشنامه در دو زمان، به فاصله یک ماه، توسط افراد مورد پژوهش در هر دو گروه تکمیل شد. (دلیل سنجش کیفیت زندگی افراد مجدداً پس از یک ماه، تاثیر حوادث کوچک روزمره بر حالات خلقی و احساسات افراد بود که می‌تواند در پاسخ آن‌ها به آیتم‌های مختلف پرسشنامه از قبیل احساس ناراحتی، احساسات مثبت و منفی، اعتماد به نفس و روحیه، رفتارهای شخصیتی و روابط اجتماعی و..... مؤثر باشد).

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی(WHOQOL-BREF) بود. فرم خلاصه شده پرسشنامه جامع صد سؤالی سنجش کیفیت زندگی، با همکاری پانزده مرکز بین‌المللی به منظور تهیه پرسشنامه‌ای قابل کاربرد در فرهنگ‌های مختلف، تهیه و تدوین شده و در مطالعه‌های انجام شده در ایران روایی‌سنجی شده است و حاوی ۲۶ سؤال در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای می‌باشد که کیفیت زندگی فرد را از جنبه‌های مختلف بررسی می‌کند(۹، ۸). نمره‌بندی پرسشنامه برای هر سؤال، امتیاز ۰ تا ۴ را در نظر می‌گیرد که نمره ۰ نشان‌دهنده بدترین و ۴ نشان‌دهنده بهترین وضعیت کیفیت زندگی می‌باشد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۵ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و برای مقایسه سن، روزهای غیبت از مدرسه، چندمین فرزند خانواده بودن، تعداد افراد خانواده در دو گروه از آزمون t مستقل، برای مقایسه سطح تحصیلات افراد دو گروه و پدران و مادران آن‌ها از آزمون من‌ویتنی، برای مقایسه شغل پدران و مادران دو گروه از آزمون کای‌دو و جهت مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی گروه مورد با شاهد، از آزمون t مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش جنسیت همه افراد مورد مطالعه مذکر بود. میانگین سنی افراد گروه مورد ۳/۳۸ ± ۱۸/۳۷ سال و گروه شاهد ۳/۲۲ ± ۱۶/۹سال بود و میانگین سن دو گروه تفاوت معناداری نداشت.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد بررسی گروه مورد با شاهد در دو نوبت اندازه‌گیری

متغیر	زمان اندازه‌گیری	شاهد	مورد	p value
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
بعد جسمی کیفیت زندگی	اولین اندازه‌گیری	۸۱/۶۹ ± ۱۲/۱۹	۵۸/۱۴ ± ۱۸/۹۹	p< ۰/۰۰۱
	دومین اندازه‌گیری	۷۸/۱۲ ± ۱۳/۷۲	۵۹/۴۸ ± ۱۹/۲۵	p< ۰/۰۰۱
بعد روانی کیفیت زندگی	اولین اندازه‌گیری	۷۵/۲۶ ± ۱۰/۹۴	۵۶/۳۸ ± ۱۹/۰۴	p< ۰/۰۰۱
	دومین اندازه‌گیری	۷۰/۱۸ ± ۱۴/۳۲	۵۴/۹۴ ± ۲۲	p< ۰/۰۰۱
بعد اجتماعی کیفیت زندگی	اولین اندازه‌گیری	۷۱/۰۹ ± ۲۰/۱۹	۶۸/۴۸ ± ۲۵/۲۸	p< ۰/۲۷
	دومین اندازه‌گیری	۷۲/۶۵ ± ۲۰/۴۳	۶۹/۵۳ ± ۱۹/۸۱	p< ۰/۵۳
بعد محیطی کیفیت زندگی	اولین اندازه‌گیری	۶۸/۱۶ ± ۱۳/۴۵	۴۹/۳۱ ± ۱۷	p< ۰/۰۰۱
	دومین اندازه‌گیری	۶۶/۸۹ ± ۱۴/۷۱	۴۹/۷۰ ± ۱۶/۵۹	p< ۰/۰۰۱
نمره کل کیفیت زندگی	اولین اندازه‌گیری	۷۲/۳۳ ± ۱۱/۵۳	۵۵/۲۷ ± ۱۶/۴۴	p< ۰/۰۰۱
	دومین اندازه‌گیری	۷۴/۹۳ ± ۹/۹	۵۴/۶۲ ± ۱۶/۰۴	p< ۰/۰۰۱

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-10]

تعداد افراد خانواده، سطح تحصیلات افراد و پدران و مادران آن‌ها و شغل پدران و مادران دو گروه نیز از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت. اما اکثریت افراد گروه مورد(۵۰٪) فرزند اول و اکثریت گروه شاهد(۲۸٪) فرزند دوم بودند. آزمون t مستقل، تفاوت دو گروه را معنادار نشان داد(p< ۰/۰۵). هم‌چنین میانگین روزهای غیبت از مدرسه در گروه مورد ۲۴/۰۱ ± ۳۱/۰۳ روز و در گروه شاهد ۰/۸۷ ± ۱/۷۷ روز بود و تفاوت از نظر آماری معنادار بود(p< ۰/۰۰۱). میانگین نمرات ابعاد جسمانی، روانی و محیطی کیفیت زندگی و میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه مورد با شاهد(در هر دو زمان اندازه‌گیری شده) تفاوت معناداری داشت(p< ۰/۰۰۱). میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی در گروه مورد با شاهد در سری اول اندازه‌گیری و هم چنین اندازه‌گیری یک ماه بعد تفاوت معناداری نداشت(جدول۱).

بحث

طبق اطلاعات به دست آمده در این تحقیق به علت ماهیت بیماری هموفیلی، جنسیت تمام افراد مورد مطالعه مذکر بود. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی نوجوانان هموفیلی در هر دو مرحله تکمیل پرسشنامه در ابعاد جسمی، روانی و محیطی پایین‌تر از گروه سالم بود اما در بعد اجتماعی، اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. در همین رابطه مطالعه جرینگر و همکاران نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در بعد فیزیکی در بیماران هموفیلی استفاده کننده از داروهای مهارکننده بروز خونریزی، نسبت به گروه شاهد پایین‌تر بوده است(۱۰). در مطالعه‌ای که دیوید و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام دادند، نتایج نشان داد خونریزی‌های مفصلی و ایجاد درد به دنبال آن، از مهم‌ترین دلایل کاهش کیفیت زندگی بعد فیزیکی و فعالیت‌های فیزیکی روزمره نوجوانان مبتلا به هموفیلی می‌باشد(۱۱). هم چنین در مطالعه دونفید و همکارانش در سال ۲۰۰۵، کودکان مبتلا به هموفیلی در بعد جسمی کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند(۱۲). این نتایج با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در ارتباط با میانگین نمره بعد روانی کیفیت زندگی، نتایج نشان داد که میانگین نمرات در نوجوانان هموفیلی کمتر از نوجوانان سالم بوده است و کیفیت زندگی در بعد روانی در گروه نوجوانان هموفیلی، به طور معناداری در هر دو مرحله تکمیل پرسشنامه پایین‌تر از نوجوانان سالم می‌باشد که می‌تواند بنا به دلایل متعددی مانند کاهش لذت از زندگی به دلیل عوارض بیماری، کاهش فعالیت‌های روزمره به دلیل محدود شدن تحرک در نتیجه خونریزی‌های مفصلی و دردهای شدید در ناحیه مفاصل و به دنبال آن بی‌خوابی‌های شبانه و کاهش اعتماد به نفس در نوجوانان هموفیل باشد. در این رابطه نتایج مطالعه دونفید و همکارانش نیز نشان‌دهنده پایین بودن کیفیت زندگی نوجوانان هموفیلی در بعد روانی نسبت به گروه شاهد بود(۱۱). در مطالعه دیوید و همکاران نیز، آسیب‌های بافتی و درمان‌های طولانی مدت سبب کاهش کیفیت زندگی در بعد عاطفی نوجوانان مبتلا به هموفیلی شده بود(۱۲). در ارتباط با میانگین نمره بعد اجتماعی کیفیت زندگی در هر دو مرحله تکمیل پرسشنامه، تفاوت معناداری بین نوجوانان هموفیلی با گروه سالم وجود نداشت. اما در مطالعه مکینسون و همکارانش در سال ۲۰۰۴ ، کیفیت زندگی نوجوانان هموفیلی با استفاده از پرسشنامه Hemo qol مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که کیفیت زندگی در بعد اجتماعی، پایین‌تر از گروه شاهد بوده است(۱۳).

این امر می‌تواند نشان‌دهنده حمایت بیشتر خانواده و گروه همسالان در کشور ما باشد که متفاوت از جوامع دیگر است و می‌تواند به ایجاد رابطه رضایت‌بخش با خانواده و دوستان منجر شود. هم چنین نتایج مطالعه حاضر بیانگر پایین بودن کیفیت زندگی در بعد محیطی در هر دو مرحله تکمیل پرسشنامه در نوجوانان هموفیلی می‌باشد که احتمالاً دلیل آن، کاهش ظرفیت کاری در نوجوان مبتلا به هموفیلی، عدم مطلوب بودن شرایط زندگی، ایجاد اختلال در رفت و آمد که از عوامل مهم تاثیرگذار بر بعد محیطی کیفیت زندگی در نوجوان مبتلا است، می‌باشد. در همین رابطه مطالعه یانگ و همکاران که با استفاده از پرسشنامه CHO-KLAT اطلاعات بیماران هموفیلی را مورد بررسی قرار داد، نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هموفیلی در بعد محیطی پایین‌تر از گروه شاهد بوده که با نتیجه مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد(۱۴). از محدودیت‌های

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-10]

این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که جهت همسان‌سازی دو گروه از نظر سن، جنس و وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده‌ها، نمونه‌گیری افراد گروه شاهد به صورت هدایت شده توسط گروه کنترل انجام شد که سبب سوگیری در نمونه‌گیری بود. هم چنین همسان نبودن دو گروه از نظر چندمین فرزند خانواده، از دیگر نقاط ضعف مطالعه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به پایین‌تر بودن کیفیت زندگی نوجوانان هموفیلی نسبت به نوجوانان سالم، انجام اقدامات لازم جهت ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها در کلیه ابعاد با انجام مراقبت صحیح، امری ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که منابع مالی این طرح به شماره ۱۸۸۰۱۳ را تامین کردند، کارمندان کانون هموفیلی بیمارستان سیدالشهدا اصفهان و نوجوانان هموفیلی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References :

1- Potter p, Perry A. Fundamental of nursing. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p. 240.
2- Cohen El, Costa TG. Nursing care management fromessentional to advanced practice. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005. p. 560.
3- Hokenberry W, Perry D, Shlowdermilk DL. Wong's essentional of pediatric nursing. 8th ed. London: Mosbey; 2009. p. 780.
4- Wang T, Zhan L g, Li H, Zhao H, Yang R. Assessing health related quality of life in individuals with hemophilia in China. Haemophilia 2004; 10(4): 370-5.
5- Bullinger M, von Mackensen S, Fischer K, Khair K, Petersen C, Ravens-Sieberer U, *et al.* Pilot testing of the Haemo-QoL quality of life questionnaire for haemophiliac children in six European countries. Haemophilia 2002; 8 Supple 2: 47-54.
6- Manco-Johnson MJ, Riske B, Kasper CK. Advances in care of children with hemophilia. Semin Thromb Hemost 2003; 29(6): 585-94.
7- Hokenberry W, Perry D, SHlowdermilk DL. Wong's essentional of pediatric nursing, 7th ed. London: Mosbey; 2007. p. 287-3.
8- Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K. Quality of life of Tehran's population by WHOQOL-BREF questionnaire in 2005. Hakim 2007; 10(3): 1-8. [Article in Farsi]
9- Jahanlou A, Ghofranipour F. It of life and glycolic control in diabetic patients. Arak University of Medical Sciences Journal 2008; 11(2): 27-34.[Article in Farsi]
10- Gringeri A, Mantovani LG, Scalone L, Mannucci PM; COCIS Study Group. Cost of care and quality of life for patients with hemophilia complicated by inhibitors: the COCIS Study Group. Blood 2003; 102(7): 2358-63.
11- David D. Avoiding the impact of musculoskeletal pain on quality of life in children with hemophilia. Orthop Nurs 2008; 27(2): 103-8.
12- Donfied SM, Shapiro AD, Gomperts ED, Lynn HS. Hemophilia related morbidity and quality of life. Comment on Haemophilia 2005; 11(1): 43-8.
13- VonMackensen S, Bullinger M. Development and testing of an instrument to assess the Quality of Life of Children with haemophilia in Europe (Haemo-Qol). Haemophilia 2004; 10 Suppl 1: 17-25.
14- Young NL, Bradley CS, Blanchette V, Wakefield CD, Barnard D, Wu JK, *et al.* Development of a health-related quality of life measure for boys with haemophilia: the Canadian Haemophilia Outcomes--Kids Life Assessment Tool (CHO-KLAT). Haemophilia 2004; 10 Suppl 1: 34-43.

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-10]

Sci J Iran Blood Transfus Organ 2012; 9(3): 331-336

Original Article

A comparative different aspects quality of life in health adolescents with hemophilia adolescents referred to Seyed Al-Shohada hospital in Isfahan 2011

Hemate Z.[1], Alidosti M.[1], Golchin M.[2]

[1]Faculty of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences and Health Services, Shahrekord, Iran
[2]Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Background and Objectives

The complex nature of hemophilia and negative effects on patient body, mind and spiritual state can affect their quality of life. The aim of this study was to compare the different dimensions of quality of life between healthy and hemophilia teenagers.

Materials and Methods

In this descriptive-comparative study, 64 teenagers with similar demographic characteristics like age, sex, and socioeconomic status were randomly divided in two groups of case and control in Seyed Al-Shohada hospital. Data were collected through questionnaires filled out at two times by the researcher. Data were analyzed by using SPSS15, paired t-test, independent t-test and Man Whitney.

Results

Average scores of physical, psychological and environmental aspects for quality of life and average total score of quality of life in the control group were significantly different from the case group ($p< 0.001$). The average scores of social dimention of quality of life in both groups in the first and second evaluation were not significantly different.

Conclusions

Regarding the poor quality of life in teenagers with hemophilia compared with healthy teenagers, measures to improve the quality of life in all its aspects seem to be essential.

Key words: Quality of Life, Hemophilia A, Adolescent

Received: 30 Dec 2011
Accepted: 15 May 2012

Correspondence: Golchin M., MS of Nursing. Faculty of Nursing and Midwifery. Isfahan University of Medical Sciences.
P. O. Box: 81745-319, Isfahan, Iran. Tel: (+98311)6530464; Fax : (+98311)6530464
E-mail: *golchin@nm.mui.ac.ir*

[Downloaded from bloodjournal.ir on 2026-11-10]