مجله سلامت و مراقبت
سال چهاردهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۱

# فراوانی سندرم پای بیقرار در بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستانهای استان چهار محال و بختیاری

زینب همتی[۱] .معصومه علیدوستی[۲*]

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد، شهرکرد، ایران

* نویسنده مسئول: m_alidosti@hlth.mui.ac.ir

تاریخ دریافت:۹۱/۹/۲۹ تاریخ پذیرش:۹۱/۱۱/۱۸

## چکیده

**زمینه و هدف:** سندرم پای بیقرار یک اختلال حرکتی نورولوژیک است که ۶ تا ۸۳٪ از بیماران دیالیزی را گرفتار می سازد. هدف از این مطالعه تعیین فراوانی سندرم پای بیقرار در بیماران کلیوی تحت همودیالیز بیمارستانهای استان چهار محال و بختیاری بود.

**روش کار:** این پژوهش توصیفی در سال ۹۰ انجام شد. جمعیت مورد مطالعه همه بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به بخش های همودیالیز بیمارستان های استان چهار محال و بختیاری بودند که بصورت سرشماری وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه با دو بخش مربوط به مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه بین المللی سندرم پای بیقرار بود. اطلاعات با نرم افزار SPSS v15 و آزمون های آماری توصیفی و تحلیلی مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد که ۹۸ نفر (۵۷٫۳٪) از شرکت کنندگان در مطالعه مبتلا به سندرم پای بی قرار بودند که از بین آنها ۶۴ نفر (۶۵/۳٪) سندرم خفیف و ۳۴ نفر (۳۴/۷٪) سندرم شدید داشتند. به علاوه رابطه ای بین سن، جنس، اشتغال، مدت زمان آغاز همودیالیز و دفعات دیالیز با بروز سندرم پای بی قرار دیده نشد ($p>۰/۰۵$).

**نتیجه گیری:** با توجه به بالا بودن سندرم پای بی قرار در بیماران همودیالیزی، لازم است در برنامه های مراقبتی این بیماران نحوه مراقبت از پاها آموزش داده شود.

**واژه های کلیدی:** فراوانی، سندرم پای بی قرار، همودیالیز



[ Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-19 ]

## مقدمه

بر اساس آمار موجود در ایران سالیانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به نارسائی مزمن کلیه مبتلا می شوند (۱). اگر چه همودیالیز می تواند طول عمر بیمار را افزایش دهد ولی عوارض و مشکلات ایجاد شده برای بیمار به عنوان یک معضل جهانی مطرح است (۲). بر طبق گزارش مرکز تحقیقات بیماران کلیوی و پیوند کلیه ایران، حدود ۱۴۰۰ نفر در کشور تحت درمان با همودیالیز قرار دارند (۳). این بیماران با تغییرات متعدد فیزیولوژیک و تنش های روانی بسیاری مواجه می گردند (۴،۵،۶). به طوری که اغلب آنها با مشکلات و تنش ها سازگار نشده و دچار تغییرات رفتاری متعددی از جمله اضطراب، افسردگی، انزوا، انکار بیماری، هذیان و توهم می شوند. در موارد دیگر عوارضی از جمله سوزش در بدن، سندرم پای بیقرار، افتادگی پاها و حتی فلج کامل از عوارض مهم در سیستم عصبی می باشد (۷،۸،۹). آمارها نشان می دهند که سندرم پای بیقرار در بیماران مبتلا به نارسائی مزمن کلیوی شایعتر از جمعیت عادی می باشد و شیوع آن در جوامع مختلف از ۲۰ تا ۸۰ درصد متفاوت است. (۱۰). همچنین شیوع سندرم پای بیقرار در بیماران تحت دیالیز ۷ تا ۲۲ درصد گزارش شده است (۱۱). در مطالعه دیگری شیوع سندرم در بیماران دیالیزی ۶/۶ تا ۸۳ درصد برآورده شده بود (۱۲). به نظر می رسد عوامل ژنتیکی، بیوشیمیایی و محیطی متعددی در بروز آن نقش دارد. همچنین علایم آن ممکن است با تشخیص هایی مانند گرفتگی پا، لنگیدن متناوب، نوروپاتی محیطی، سیاهرگهای واریسی، پلی نوروپاتی محیطی و آرتریت اشتباه شود. لذا عدم توجه به شرح حال و معیارهای تشخیصی این سندرم موجب عدم تشخیص و درمان نادرست می شود. از طرفی هدف از درمان این بیماری از بین بردن علائم و کاهش پیامدهای نامطلوب و افزایش کیفیت زندگی بیماران و در موارد خفیف توصیه بر درمان غیر دارویی شامل تغییر الگوی خواب، رژیم غذایی مناسب و ورزش و فعالیت می باشد (۱۳). نتایج مطالعه ملاحسینی و همکاران نشان داد که ۹۹/۴ درصد از بیماران کلیوی مبتلا به اختلال خواب از سندرم پای بیقرار رنج می برند (۱۰). با توجه به این نکته که داشتن اطلاعات مناسب در مورد بیماری می تواند نقش مهمی در برنامه ریزی های آتی داشته باشد و نظر به این که با مطالعه کتب و مقالات شیوع سندرم پای بیقرار متفاوت بیان شده به بررسی فراوانی سندرم پای بیقرار در بیماران کلیوی تحت همودیالیز در مراکز همودیالیز استان چهار محال و بختیاری در سال ۱۳۹۰ پرداختیم. امید است نتایج این تحقیق کمک به اتخاذ تدابیر مراقبتی لازم در این مورد از سوی پرستاران بخش مراقبتهای ویژه نماید.

## روش کار

مطالعه توصیفی حاضر در سال ۱۳۹۰ انجام شد. جمعیت مورد مطالعه همه بیماران تحت همودیالیز مراجعه کننده به بخش های همودیالیز بیمارستان های استان چهار محال و بختیاری بودند که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. بدین صورت که پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد لیست کلیه مراکز همودیالیز در استان چهار محال و بختیاری تهیه شد و با توجه به اینکه در کل مراکز انجام همودیالیز استان تعداد بیماران همودیالیزی به ۲۰۰ نفر هم نمی رسید، همه مراکز وارد مطالعه شدند و محقق با مراجعه به این مراکز به طور سرشماری ۱۷۱ بیمار دارای پرونده را که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند انتخاب و در مدت ۴ ماه اقدام به نمونه گیری و تکمیل پرسشنامه کرد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن پرونده در بخش های همودیالیز بیمارستان های محل پژوهش، قرار داشتن در لیست هفتگی ۲ بار انجام همودیالیز و هر بار ۳ ساعت و برخورداری از هوشیاری کامل و معیار های خروج هم شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و انتقال و جابه جایی از استان چهار محال و بختیاری بود. به هر یک از افراد در مورد اهداف و مراحل پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات جمع آوری شده اطمینان داده شد. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه دو قسمتی بود که بخش اول مربوط به مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده (جنس، سن، شغل، سطح تحصیلات، طول مدت درمان با همودیالیز و تعداد دفعات همودیالیز در هفته) و بخش دوم پرسشنامه بین المللی سندرم پای بیقرار[1] و تعیین شدت آن بود. پرسشنامه بین المللی سندرم پای بیقرار دارای ۴ سؤال با مقیاس چهار گزینه ای لیکرت (هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، همیشه) می باشد که از ۰ تا ۳ نمره دهی شده و امتیاز حاصله بین ۰ تا ۱۲می باشد. آیتم های سنجیده

1-International Restless Legs Syndrome questionnaire



[ Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-19 ]

شده در پرسشنامه سندرم پای بی قرار شامل: احساس ناخوشایند و تحریک کننده در پاها که فرد را وادار به قدم زدن و حرکت دادن پاها نماید، ظاهر شدن یا تشدید علائم هنگام استراحت، دراز کشیدن در بستر و نشستن و تسکین با حرکت دادن پاها، تشدید علائم هنگام غروب آفتاب و شب مخصوصا هنگام استراحت، بی قراری حرکتی به صورت حرکات کوچک خفیف در پنجه پاها و ساق پا و یا تکان‌های ناگهانی و چرخشی در پاها بود. در صورتی که نمونه ها امتیاز زیر ۴ را کسب می کردند در گروه عدم سندرم بی قرار قرار می گرفتند و در صورت کسب امتیاز ۸-۴ به عنوان درجه خفیف بیماری و در صورت کسب امتیاز ۱۲-۸ به عنوان سندرم پای بی قرار شدید طبقه بندی می شدند.

از نظر روایی، پرسشنامه سندرم پای بیقرار، پرسشنامه‌ای استاندارد می باشد که در چندین پژوهش در ایران استفاده شده است (۱۰) جهت تعیین پایایی ابزار هم از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ۹۵ ٪ بدست آمد. پس از استخراج اطلاعات، داده ها با روش های آمار توصیفی و تحلیلی (کای اسکوئر و تی مستقل) با استفاده از نرم افزار SPSS v15 تجزیه و تحلیل شد.

## یافته ها

نتایج نشان داد که محدوده سنی افراد مورد مطالعه بین ۹۲- ۱۲ سال با میانگین سنی ۱۷/۴۰ ± ۵۷/۵۳ و از لحاظ جنسی ۹۵ نفر مرد (۵۵/۶٪) بود. شغل افراد مورد بررسی ۱۱۸ نفر (۶۹٪) بیکار و ۵۳ نفر (۳۱٪) شاغل، از نظر میزان تحصیلات ۹۵ نفر (۵۵/۶٪) بی‌سواد بوده و فقط ۲ نفر (۱/۲٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در مورد فراوانی سندرم پای بیقرار در بیماران مورد مطالعه نتایج نشان داد که ۹۸ نفر (۵۷,۳٪) از افراد مورد بررسی مبتلا به سندرم پای بی قرار می باشند که از این تعداد ۶۴ نفر (۶۵/۳٪) سندرم خفیف و ۳۴ نفر (۳۴/۷٪) سندرم شدید داشتند. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل اختلاف میانگین سن در دو گروه مبتلا به سندرم و گروه بدون سندرم معنی دار نبود، همچنین میانگین مدت زمان انجام همودیالیز ۳۳/۰۳±۳۶/۹۶ ماه بود که بین میانگین مدت زمان انجام همودیالیز در دو گروه مبتلا به سندرم و گروه بدون سندرم اختلاف معنی داری مشاهده نشد. تعداد دفعات انجام همودیالیز ۲ تا ۳ بار در هفته بود که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت (جدول۱). هرچند درصد افراد باسواد در گروه بدون سندرم بالاتر (۵۲ درصد نسبت به ۳۸/۸ درصد) بود اما آزمون کای دو اختلاف سطح تحصیلات دو گروه را معنی دار نشان نداد (p=۰/۰۸)، بین جنس و شغل افراد دو گروه و ابتلا به سندرم پای بی قرار نیز اختلاف معنی داری دیده نشد. (جدول ۲).

جدول۱: مقایسه میانگین نمره متغیرهای مورد بررسی در دو گروه

| گروه | سندرم پای بی قرار | بدون سندرم پای بی قرار | نتیجه آزمون |
|---|---|---|---|
| متغیر | (انحراف معیار) میانگین | (انحراف معیار) میانگین | |
| سن(سال) | ۵۹/۲۷±۱۶/۸۶ | ۵۵/۲۰±۱۷/۹۵ | p=۰/۱۳ |
| مدت زمان انجام همودیالیز(ماه) | ۴۱/۶۱±۳۶/۸۷ | ۳۳/۵±۲۹/۵۸ | p=۰/۱۲ |
| دفعات انجام همودیالیز در هفته | ۲/۸±۰/۴ | ۲/۸۶±۰/۴۱ | p=۰/۳۸ |



[ Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-19 ]

جدول۲: توزیع فراوانی سندرم پای بی قرار و ارتباط آن با جنسیت و شغل

| متغیر | گروه | مبتلا به سندرم | بدون سندرم | نتیجه آزمون |
|---|---|---|---|---|
| | | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| جنس | زن | ۴۳ (٪۲۵/۱) | ۳۳ (٪۱۹/۳) | p=۰/۸۷ |
| | مرد | ۵۵ (٪۳۲/۲) | ۴۰ (٪۲۳/۴) | |
| | جمع | ۹۸ (٪۵۷/۳) | ۷۳ (٪۴۲/۷) | |
| شغل | بیکار | ۷۲ (٪۴۲/۱) | ۴۶ (٪۲۶/۹) | P=۰/۱۸ |
| | شاغل | ۲۶ (٪۱۵/۲) | ۲۷ (٪۱۵/۸) | |
| | جمع | ۹۸ (٪۵۷/۳) | ۷۳ (٪۴۲/۷) | |

## بحث

با توجه به نتایج بدست آمده در این مطالعه درصد بیشتری از بیماران همودیالیزی مبتلا به سندرم پای بی قرار می باشند. نتایج تحقیقات متعدد، شیوع سندرم پای بی قرار را در بین بیماران همودیالیزی متفاوت گزارش کرده اند به طوری که شیوع سندرم در بیماران همودیالیزی استان بوشهر ۳۳/۱ درصد (۱۶)، در برزیل ۶۰ درصد (۱۷)، در انگلستان ۴۵/۸ درصد (۱۸) و در بوداپست ۲۳/۵ درصد (۱۹) تخمین زده شده است. همچنین نتیجه مطالعه حمدان و همکاران در شهر ریاض عربستان (۲۰۰۹) نشان داد که درصد بیشتری از بیماران همودیالیزی (حدود ۸۰٪) مبتلا به سندرم پای بیقرار می باشند (۲۰). تفاوت در نتایج مطالعات شاید به دلیل چند عاملی بودن بیماری و دخالت عوامل متعددی چون عوامل ژنتیکی، نژادی و جغرافیایی باشد.

در مطالعه حاضر ارتباط معنا داری بین سن شیوع سندرم پای بی قرار دیده نشد که این مساله برخلاف نتایج مطالعاتی است که معتقدند با افزایش سن شیوع سندرم پای بی قرار بیشتر می شود (۲۲،۲۱) در عین حال نتیجه مطالعه ما با تحقیق سلیمی پور و همکاران (۱۶) و سایدی کیو[1] (۱۸) همخوانی دارد. در این مطالعه ارتباط معنی داری بین شیوع سندرم و جنسیت وجود نداشت این یافته مشابه نتایج مطالعه‌ی شهیدی (۹)، ملاحسینی (۱۰)، سلیمی پور (۱۶)، فیلیپس[2](۲۳) و اوهایو[3](۲۴) بود، از طرفی برخی مطالعات شیوع سندرم را در جنس مونث بیشتر گزارش کرده اند (۲۷،۲۸،۲۶،۲۵). تعداد دفعات همودیالیز بین ۱ تا ۳ بار در هفته متفاوت بود اما اکثرا ۲ تا ۳ بار در هفته همودیالیز می شدند و از نظر آماری تفاوت معنی داری در تعداد دفعات همودیالیز دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به سندرم دیده نشد. این نتایج مشابه یافته مطالعه سلیمی پور و همکاران بود که در آن مطالعه هم اگرچه شیوع سندرم در بیمارانی که ۳ بار در هفته همودیالیز می شدند نسبت به کسانی که ۲ بار همودیالیز می شدند بیشتر بود اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. همچنین میانگین ماه های انجام همودیالیز در گروه مبتلا به سندرم ۴۱/۶۱ و در گروه غیر مبتلا ۳۳/۵ ماه بود که از لحاظ زمان انجام همودیالیز در دو گروه، اختلاف معنی داری مشاهده نشد. این یافته هم مشابه مطالعه سلیمی پور و همکاران می باشد (۱۶).

از محدودیتهای این پژوهش می توان به بی سواد بودن اکثریت افراد مورد بررسی و در نتیجه تاخیر در پاسخدهی به پرسشنامه اشاره کرد همچنین چون مطالعه فقط بر روی بیماران همودیالیزی انجام شده نتایج قابل تعمیم به همه افراد جامعه نمی باشد.

## نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر سندرم پای بیقرار یک اختلال شایع در بیماران دیالیزی می باشد که می تواند تاثیر مهمی بر روند زندگی بیمار داشته باشد. بنابراین لزوم طراحی اقدامات درمانی جهت تسکین علائم این سندرم بیش از پیش احساس می شود.

## تقدیر و تشکر

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد به خاطر حمایت مالی از طرح تحقیقاتی با کد ۹۷۴ اعلام می داریم.

1-Siddiqui
2-Phillips
3-Ohayon



[ Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-19 ]

**References:**


1. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi KH. Lakdizaji S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2007; 29(1): 49-54. [Persian]
2. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of medical-surgical nursing. 11th ed, Philadelphia, PA: Lippincott Williams' & Wilkins; 2008. P: 1521-1552.
3. Aghighi M, Rouchi HA, Zamyadi M, Mahdavi-Mazdeh M, Norouzi SH, Rajolani H, et al. Dialysis in Iran. Iranian Journal of Kidney Diseases. 2008; 2(1): 11-15. [Persian]
4. Rambod M, Rafii F. Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. Journal of Nursing Research**.** 2008; 3(10): 87-97. [Persian]
5. Hui DS, Wong TY, Li TS, Ko FW, Choy DK, Szeto CC, et al. Prevalence of sleep disturbances in Chinese patients with end stage renal failure on maintenance hemodialysis. Medical Science Monitor. 2002; 8(5): 331-336.
6. Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. Nephrology Nursing Journal. 2006; 33(3): 285-293.
7. Rangarajan S, D'Souza GA. Restless legs syndrome in Indian patients having iron deficiency anemia in tertiary care hospital. Sleep Medicine Journal. 2007; 8(3): 247-251.
8. National Heart, Lung and Blood Institute Working Group on restless legs syndrome. Restless legs syndrome: detection and management in primary care. American Family Physician Journal. 2000; 1(62): 108-114.
9. Shahidi A, Abbaspour S, Namjoo M, Najafzadeh A. Restless legs syndrome in patients undergoing hemodialysis in Torbat hidarie hospital. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran. 2010; 28(1): 29-35. [Persian]
10. Mollahosseini Sh, Mohammadzadeh Sh, Kamali P, Tavakkoli M. Frequency of sleep disorder and restless legs syndrome in patients referring to hemodialysis units in University Hospitals in Tehran in 2003. Medical Sciences Journal of Islamic Azad University Tehran Medical Branch. 2005; 15(1): 27-30. [Persian]
11. Szentkiralyi A, Molnar MZ, Czira ME, Deak G, Lindner AV, Szeifert L, et al. Association between restless legs syndrome and depression in patients with chronic kidney disease. Journal of Psychosomatic Research. 2009; 67(2): 173-180.
12. Tuncel D, Orhan F, Sayarlioglu H, Isık I, Utku U, Dinc A. Restless legs syndrome in hemodialysis patients: association with depression and quality of life. Sleep Breath. 2011; 15: 311–315.
13. RLS Medical Bulletin. RLS Foundation. http://www.rls.org/Document.Doc?&id=70, Accessed February 2, 2010.
14. Tagay S, kribben A, Hohenstein A, Mewes R, Senf W. Posttraumatic stress disorder in hemodialysis patients. American Journal of Kidney Diseases. 2007; 50(4): 594-601.
15. Tomasz W, Piotr S. A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. Annals of Transplant. 2003; 8(2): 47-53.
16. Salimipour H, Azizi F, Motamed N, Taiebi N, Delavar kasmaie H, Karimi M. Restless legs syndrome and its association with serum ferritin in dialysis patients in Bushehr province. Iranian South Medical Journal. 2009; 12(3): 206-213. [Persian]
17. Winkelmann J, Stautner A, Samtleben W, Trenkwalder C. Long-term course of restless legs syndrome in dialysis patients after kidney transplantation. Journal of Movement Disorders. 2002; 17(5): 1072-1076.
18. Siddiqui S, Kavanagh D, Traynor J, Mak M, Deighan C, Geddes C. Risk factors for restless legs syndrome in dialysis patients. Nephron Clinical Practice. 2005; 101(3): 155-160.




[ Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-19 ]

19. Molnar MZ, Novak M, Ambrus C, Szeifert L, Kovacs A, Pap J, et al. Restless Legs Syndrome in patients after renal transplantation. American Journal of Kidney Diseases. 2005; 45(2): 388-396.
20. Al-Jahdali HH, Al-Qadhi WA, Khogeer HA, Al-Hejaili FF, Al-Sayyari AA. Restless legs syndrome in patients on dialysis. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation. 2009; 20(3): 378-385.
21. Rijsman R, Neven AK, Graffelman W, Kemp B, de Weerd A. Epidemiology of restless legs in the Netherlands. European Journal of Neurology. 2004; 11(9): 607- 611.
22. Nichols DA, Allen RP, Grauke JH, Brown JB, Rice ML, Hyde PR, et al. Restless legs syndrome symptoms in primary care: a prevalence study. Archives of Internal Medicine. 2003; 63(19): 2323-2329.
23. Phillips B, Young T, Finn L, Asher K, Hening WA, Purvis C. Epidemiology of restless legs symptoms in adults. Archives of Internal Medicine. 2000; 160(14): 2137-2141.
24. Ohayon MM, Roth T. Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. Journal of Psychosomatic Research. 2002; 53: 547-554.
25. Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, John U, Kessler C. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. Archives of Internal Medicine. 2004; 164(2): 196-202.
26. Hogl B, Kiechl S, Willeit J, Saletu M, Frauscher B, Seppi K. Restless legs syndrome: a community-based study of prevalence, severity, and risk factors. Journal Neurology. 2005; 64 (11): 1920-1924.
27. Ulfberg J, Nyström B. Restless legs syndrome in blood donors. Sleep Medicine Journal. 2004; 5(2): 115-118.
28. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Cruz I, et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. Kidney International Journal. 2000; 57(5): 2093-2098.

[ Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-19 ]

# Frequency of Restless Legs Syndrome in Hemodialysis Patients Referring to Chaharmahal and Bakhtiari Province Hospitals

**hemmati Z[1], Alidosti M[2*]**

1. PhD Student of Nursing, Nursing and Midwifery Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. MSc, Health Education, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

* *Corresponding Author:* m_alidosti@hlth.mui.ac.ir

***Received: 2012/12/19***
***Accepted: 2013/2/6***

## ABSTRACT

**Background and Objective**: Restless legs syndrome is a neurological movement disorder that affects 6 to 83% of dialysis patients. This study was implemented to determine prevalence of restless legs syndrome in dialysis patients of ChaharMahal and Bakhtiari province.

**Methods:** This descriptive-cross sectional study was done in 2011. The study population was all of dialysis patients referred to dialysis units in Chaharmahal and Bakhtiari province hospitals that entered to the study with census sampling. Data gathering tool was composed of demographic status questionnaire and restless legs syndrome's international questionnaire. The information analyzed using SPSS software v.15 and descriptive-analytical methods.

**Results:** Results showed that 98 persons (57.3%) of participants had the restless legs syndrome and among them 64 persons (65.3%) had mild syndrome and 34 persons (34.7%) had severe syndrome. Moreover there were no correlation between age, sex, job occupation, duration and frequency of dialysis with incidence of restless legs. ($P > 0.05$)

**Conclusion**: Due to the high frequency of restless legs syndrome in hemodialysis patients, putting foot care education in caring programs of these patients is necessary.

**Keywords:** Prevalence, Restless Legs Syndrome, Hemodialysis

**Vol. 14, No4, Winter 2013: 28-34**

[ Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-04-19 ]