

## مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و پیوند کلیه در مراکز

### آموزشی و درمانی اردبیل

مریم نمادی و نوقی<sup>۱</sup>، آسیه موحدپور<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>نویسنده مسئول: مربی گروه پرستاری داخلی و جراحی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، ایران E-mail: m\_namady@yahoo.com

<sup>۲</sup>مربی گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، ایران

#### چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه کیفیت زندگی یک مفهوم بسیار مهم در ارزشیابی شیوه های مختلف درمانی است. ارزیابی کیفیت زندگی کمک می کند تا مشکلات بیماران بطور بنیادی تری مورد توجه قرار گرفته و روشهای درمانی مورد تجدید نظر قرار گیرند. لذا، این پژوهش با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و پیوند کلیه در مراکز آموزشی و درمانی بوعلی و امام خمینی اردبیل در سال ۱۳۸۶ انجام شده است.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی-مقایسه ای، ۹۳ بیمار تحت همودیالیز و ۷۰ بیمار پیوند کلیه به روش سرشماری انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش دموگرافیک و کیفیت زندگی و با روش مصاحبه جمع آوری گردید.

**یافته ها:** ۶۵/۷٪ بیماران پیوندی، کیفیت زندگی خود را خوب ارزیابی کردند. در حالیکه ۶۵/۶٪ بیماران همودیالیزی کیفیت زندگی متوسطی داشتند. میانگین امتیاز کیفیت زندگی در نمونه های پیوندی  $12/44 \pm 95/44$  و در بیماران همودیالیزی  $14/89 \pm 83/53$  بوده و این اختلاف با استفاده از آزمون t مستقل معنی دار بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** یافته ها مبین آن بود که کیفیت زندگی در بیماران پیوندی بهتر از افراد همودیالیزی می باشد.

**واژه های کلیدی:** کیفیت زندگی، پیوند کلیه، همودیالیز

دریافت: ۸۷/۱۱/۲۰ پذیرش: ۸۸/۳/۲۱

#### مقدمه

امروزه با توجه به تغییر اپیدمیولوژیک بیماریهای حاد به نوع مزمن، کمیت زندگی که با معیارهایی نظیر میزان مرگ و میر سنجیده می شود، اهمیت کمتری یافته و توجه به مولفه جدیدی به نام کیفیت زندگی<sup>۱</sup> معطوف شده است که تأثیر بیماری و مداخلات درمانی را بر زندگی روزمره بیمار می سنجد [۱].

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را برداشت و درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزشهای حاکم بر جامعه و در راستای اهداف،

انتظارات، استانداردها و علایق خود تعریف می کند [۲]. گرچه هنوز توافق عمومی در مورد تعریف کیفیت زندگی وجود ندارد ولی اکثر صاحب نظران آن را یک مفهوم چند بعدی شامل جنبه های جسمانی، علائم بیماری و اثرات بیماری و درمان بر زندگی، وضعیت روانی-اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی می دانند [۳].

بیماریها می توانند با ایجاد اختلال جسمی، اجتماعی، اقتصادی و غیره سبب تغییر در ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود شوند. از جمله عوامل، آسیبهای ناشی از بیماری کلیوی است که باعث بروز اختلالات و مشکلات متعدد می شوند و

<sup>1</sup> Quality of life

بستری شدن در بیمارستان و مرگ است. بنابراین باید کیفیت زندگی این بیماران را بررسی و هرگونه تغییر آن را مهم تلقی کرد [۱۰].

پیوند کلیه<sup>۳</sup> از دیگر روشهای درمان نارسایی مزمن پیشرفته کلیوی می‌باشد. در این روش به دلیل کاهش اثر بیماری و به حداقل رسیدن هزینه های درمان زندگی بیمار کمتر دستخوش تغییر می‌گردد [۱۱]. طبق آمار موجود از سال ۹۷-۱۹۹۱ در آمریکا میزان مرگ و میر در بیماران همودیالیزی، ۱/۱۶٪ و در بیماران پیوند شده، ۳/۶٪ بوده است [۱۲].

از آنجا که هدف از درمان بیماران نارسایی کلیه نه تنها حفظ زندگی، بلکه بهبود کیفیت زندگی بیماران است. در ارزیابی روشهای مختلف درمان علاوه بر شاخص های فیزیولوژیکی و نتایج آزمایشگاهی، رضایت بیمار و احساس او در مورد سلامت و عملکرد خود نیز باید مورد توجه قرار گیرد [۳]. ارزیابی کیفیت زندگی کمک می‌کند تا مشکلات بیماران بطور بنیادی مورد توجه قرار گرفته و روشهای درمانی مورد تجدید نظر قرار گیرند [۸]. باعنایت به اینکه در استان اردبیل کیفیت زندگی بیماران نارسایی پیشرفته کلیوی تحت درمان با روشهای مختلف مورد مقایسه قرار نگرفته است، بر آن شدیم تا پژوهشی در این رابطه انجام دهیم. آگاهی از کیفیت زندگی این بیماران عامل موثری در اخذ تصمیمات بالینی و اداره مشکلات این افراد که علت مراجعات مکررشان به مراکز درمانی است، می‌باشد و همچنین می‌تواند در راهنمایی و همراهی این بیماران در استفاده بهتر از امکانات حمایتی و توانبخشی موجود مفید باشد. با استفاده از اطلاعات بدست آمده می‌توان در صورت لزوم تغییرات مفیدی در برنامه‌ریزیهای اقتصادی، مراقبتی و خدمات حمایتی ایجاد کرد.

متأسفانه آثار خود را بصورت ضایعات مزمن و پیشرونده بر قلب و عروق و سایر اندامها بر جای می‌گذاند [۴].

سالانه بیش از ۶۰ هزار نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به نارسایی کلیه جان خود را از دست می‌دهند [۵]. تنها در ایالات متحده آمریکا نزدیک به ۳۰۰۰۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌باشند. میزان بروز سالانه آن در حدود ۲۴۲ مورد در هر یک میلیون نفر جمعیت است که حدود ۸٪ در سال به میزان مبتلایان افزوده می‌شود [۴]. بر اساس آمار موجود در ایران سالانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند [۵]. بیماران نارسایی مزمن کلیوی برای تامین سلامت خود تحت درمان با همودیالیز<sup>۱</sup> قرار می‌گیرند. بطور سالانه آمار بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران حدود ۱۵ درصد افزایش می‌یابد [۶]. اما مطالعات بیانگر آنست که این نوع درمان تمامی جنبه های یک زندگی معمول را مختل کرده و محدودیتهای زیادی برای بیمار بوجود می‌آورد. بیماران همودیالیزی زندگی متفاوتی نسبت به سایرین دارند. آنها خود را وابسته احساس می‌کنند و از آزادی برای برنامه ریزی در زندگی شخصی خود برخوردار نیستند [۷]. از لحاظ آینده خود احساس ناامنی می‌کنند. چون در روش زندگی، وضعیت خانوادگی و موقعیتشان تغییرات زیادی روی داده است [۸]. عوامل تنش زای متداول در این بیماران احساس بی‌قدرتی، فقدان کنترل بیماری و درمان، اجرای درمانهای تحمیلی، داشتن محدودیت بدنبال رژیمهای درمانی، تغییر در تصویر ذهنی خود، مشکلات مالی، توان نگهداری شغل و مسائل جنسی می‌باشد [۹].

مپس<sup>۲</sup> و همکاران معتقدند کیفیت زندگی پایین بیماران همودیالیزی، عامل موثری در بروز بیماریهای قلبی-عروقی و پیامدهای مهم دیگر از قبیل

<sup>3</sup> Renal transplantation

<sup>1</sup> Hemodialysis

<sup>2</sup> Mapes

## روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقایسه ای بوده که به منظور مقایسه کیفیت زندگی در بیماران کلیوی مرحله نهایی برحسب روش درمان انجام شده است. جامعه پژوهشی عبارت بودند از کلیه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان همودیالیز و دریافت کنندگان پیوند کلیه مراجعه کننده به مراکز آموزشی و در مانی امام خمینی و بوعلی اردبیل.

روش گردآوری اطلاعات سرشماری بوده و تمامی بیماران حائز شرایط پژوهش، انتخاب شدند که شامل ۹۳ نفر بیمار همودیالیزی و ۷۰ نفر بیمار پیوند کلیوی می‌باشد. البته تعداد واقعی بیماران همودیالیزی ۱۰۵ نفر و بیماران پیوند شده ۱۱۵ نفر بود، اما به دلایلی چون مهاجرت، فوت و یا عدم تمایل به شرکت در مطالعه عده‌ای از نمونه های پژوهش حذف شدند. کلیه بیماران همودیالیزی که حداقل یکماه از شروع دیالیزشان گذشته و سن بالای ۱۸ سال داشتند و همچنین تمامی بیماران پیوند کلیوی که پس از عمل دچار رد پیوند و نارسایی کلیه پیوندی نشده بودند، در این مطالعه شرکت داده شدند.

برای ارزیابی کیفیت زندگی از ابزار اختصاصی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی ( kidney disease quality of life-short form=KDQOL-SF با اقتباس از ابزارهایی نظیر KDQOL version WHO QOL ، ESRD و غیره طراحی شده و مطابق با فرهنگ آسیایی تعدیل شده است. این پرسشنامه کاملا اختصاصی و کوتاه بوده، بیمار را خسته نمی‌کند و به سادگی قابل فهم می‌باشد. سوالات پرسشنامه در دو بخش تنظیم گردید. بخش اول حاوی ۱۲ سؤال مربوط به مشخصات فردی-بالینی نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل، میزان درآمد، طول مدت بیماری و درمان، عوارض قلبی-عروقی و غیره می‌باشد و بخش دوم شامل ۲۵ سؤال ۵

گزینه‌ای برای ارزیابی کیفیت زندگی می‌باشد. به منظور تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد. به این ترتیب که پس از تهیه نسخه اصلی پرسشنامه کیفیت زندگی، ابزار مذکور ترجمه و با هنجارهای جامعه هدف مورد مقایسه قرار گرفت. سپس جهت هنجاریابی ابزار پژوهش از نظرات ده تن از اساتید صاحب نظر در زمینه مورد مطالعه استفاده گردید و طبق نظرات و پیشنهادات آنان، اصلاحات لازم انجام شد. چون این پرسشنامه برای اولین بار در ایران بکار گرفته شده، قبل از استفاده Trans back translation شده است. پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و با ضریب آلفای ۰/۸۷ مورد تایید قرار گرفت. داده ها از طریق مصاحبه و به روش چهره به چهره از بیماران جمع آوری شد.

جهت دستیابی به نتایج پژوهش، ابتدا پرسشنامه ها کدگذاری شد. سپس داده های جمع آوری شده از هر یک از واحدهای مورد پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تقسیم بندی پاسخ ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به ترتیب زیر می باشد:

در مورد داده های مربوط به بیانیه های منفی، برای پاسخ کاملا موافقم نمره (۱)، موافقم (۲)، نظری ندارم (۳)، مخالفم (۴) و کاملا مخالفم (۵) در نظر گرفته شد و در مورد داده های مربوط به بیانیه های مثبت برعکس عمل گردید. نمرات کلی سئوالات از ۲۵ تا ۱۲۵ بوده است که بسته به پاسخ بیماران، سطح کیفیت زندگی بصورت ضعیف (۲۵-۵۷)، متوسط (۵۸-۹۰) و خوب (۹۱-۱۲۵) در نظر گرفته شده است.

جداول توزیع فراوانی نسبت به متغیرهای فردی - بالینی بوسیله آمار توصیفی بدست آمد. جهت تعیین معنی دار بودن ارتباط بین متغیرهای فردی- بالینی نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل، میزان درآمد، طول مدت بیماری و درمان،

عوارض قلبی-عروقی و غیره کیفیت زندگی از آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس و کای دو و جهت تعیین معنی دار بودن تفاوت بین کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز و دریافت کنندگان پیوند کلیه از آزمون تی مستقل استفاده شد. به منظور تعیین معنی دار بودن تفاوت بین متغیرهای فردی- بالینی در بیماران همودیالیزی و پیوندی نیز از آزمونهای تی مستقل و کای دو استفاده شد.

### یافته ها

از تعداد کل ۱۶۳ بیمار، ۹۳ نفر ۵۷/۱٪ دیالیزی و ۷۰ نفر ۴۲/۹٪ پیوند کلیه بودند. بیشترین درصد بیماران در محدوده سنی ۶۳-۴۱ سال قرار داشتند (۴۷/۹٪). میانگین سنی بیماران همودیالیزی ۵۵/۰۵±۱۴/۶۹ و در گروه پیوندی ۳۹/۴۲±۱۳/۵۷ سال بود و آزمون آماری t نشان دهنده اختلاف معنی دار آماری بین میانگین سن دو گروه بود (P<۰/۰۰۱). ۶۴/۵٪ بیماران همودیالیزی مرد و ۳۵/۵٪ زن بودند. در گروه پیوندی ۴۷/۱٪ مرد و ۵۲/۹٪ زن بودند. ۸۳/۹٪ بیماران همودیالیزی و ۷۱/۴٪ واحد های پیوند کلیه متاهل بودند. بیشتر واحدها ۵۲/۷٪ در

کمتر داشتند. میانگین مدت بیماری در بیماران همودیالیز ۴/۲±۴/۳۵ بود که در مقایسه با میانگین ۷/۲±۷/۹۸ برای بیماران پیوندی معنی دار می باشد (P<۰/۰۰۱). ۵۹/۵٪ نمونه ها عوارض قلبی-عروقی نداشتند. اکثرا (۵۹/۵٪) طول درمان ۳ سال و یا کمتر داشتند. کراتینین سرم در بیشتر موارد (۷۱٪) بیماران پیوندی نرمال و در تمامی بیماران همودیالیزی، غیر نرمال بود. میانگین کراتینین در بیماران دیالیزی ۹/۶۴±۲/۷۷ و در گروه پیوندی ۱/۴۲±۰/۵۹ بوده و این اختلاف با استفاده از آزمون تی مستقل معنی دار می باشد (p<۰/۰۰۱).

نمرات کیفیت زندگی بین حداقل ۵۲ و حداکثر ۱۲۳ متغیر بود. میانگین و انحراف معیار نمرات ۸۸/۶۵±۱۵/۰۶ بدست آمد. ۵۲/۱٪ واحد های مورد پژوهش در گروه نمره ۵۸-۹۰ بوده و کیفیت زندگی متوسطی داشتند و تعداد ۱/۲٪ در گروه نمره ۲۵-۵۷ با کیفیت زندگی ضعیف قرار داشتند. در کل میانگین کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه ۱۲/۴۴±۹۵/۴۴ می باشد که در مقایسه با میانگین ۱۴/۸۹±۸۳/۵۳ برای بیماران دیالیزی معنی دار می باشد (p<۰/۰۰۱) (جدول ۱). در بررسی

جدول ۱. مقایسه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیوی

کیفیت زندگی روش درمان	ضعیف		متوسط		خوب		جمع		میانگین کیفیت زندگی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
همودیالیز	۲	۲۲	۶۱	۶۰/۶	۳۰	۳۲/۳	۹۳	۱۰۰	۸۳/۵۳±۱۴/۸
پیوند کلیه	۰	۰	۲۴	۳۴/۳	۴۶	۶۵/۷	۷۰	۱۰۰	۹۵/۴۴±۴۴/۱۲
جمع	۲	۱/۲	۸۵	۱۵۲	۷۶	۴۶/۶	۱۶۳	۱۰۰	

\* (p<۰/۰۰۱)

گروه همودیالیز بی سواد بوده و تنها ۹/۷٪ آنها تحصیلات عالی داشتند. در حالیکه اکثریت بیماران پیوندی ۴۵/۷٪ تحصیلات زیر دیپلم داشتند و آزمون کای دو نشانگر اختلاف معنی دار بین دو گروه بود (p=۰/۰۱۹). ۷۷/۴٪ بیماران همودیالیزی و ۷۰٪ واحدهای پیوندی بیکار بودند. از نظر وضعیت درآمد اکثر افراد (۶۹/۹٪) درآمد ۵۰ هزار تومان و

رابطه بین سن و کیفیت زندگی، در بیماران دیالیزی و پیوند کلیه رابطه وجود نداشت. اما در کل بیماران رابطه معنی دار یافت شد (p<۰/۰۰۱). در بررسی رابطه بین جنس و کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه و کل بیماران رابطه ای یافت نشد. اما در بیماران همودیالیزی میانگین کیفیت زندگی در خانمها بطور معنی داری پایین تر از آقایان بود (p=۰/۰۰۳).

آنان از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند. در مطالعه تقی زاده افشاری و همکاران اکثریت (۵۶/۸٪) بیماران همودیالیزی کیفیت زندگی خود را بد گزارش کردند و تنها ۲/۷٪ کیفیت زندگی خوبی داشتند. در این مطالعه حاضر ۶۵/۷٪ بیماران پیوندی کیفیت زندگی خود را خوب و ۳۴/۳٪ متوسط ارزیابی کردند و هیچ یک از آنها کیفیت زندگی ضعیف نداشتند و این نتایج با یافته های تحقیق تقی زاده افشاری و همکاران که در آن اکثر (۴۶/۹٪) بیماران پیوندی کیفیت زندگی خود را خوب ارزیابی کردند (مطابقت دارد) (۴). در این پژوهش میانگین امتیاز کیفیت زندگی بیماران پیوندی بالاتر از گروه همودیالیزی بوده و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود که با یافته های حاصل از مطالعات اگوتمن<sup>۱</sup> و همکاران، ییلدیریم<sup>۲</sup>، لی<sup>۳</sup> و همکاران، اوربک<sup>۴</sup> و همکاران، توماس<sup>۵</sup> و فوجی ساوا<sup>۶</sup> و همکاران همخوانی دارد [۱۳-۱۸]. رحیمی و همکاران در سال ۸۲ بیان نمودند که کیفیت زندگی بیماران پیوندی شده از

همچنین بین وضعیت تاهل و کل بیماران ارتباط معنی دار وجود داشت ( $p=0/004$ ). بطوریکه میانگین کیفیت زندگی در بیماران مجرد بهتر از افراد متاهل و همسر فوت کرده بود. اگر چه این ارتباط در واحدهای تحت همودیالیز و پیوند کلیوی معنی دار نبود. در مقایسه اختلاف کیفیت زندگی بر حسب سطح تحصیلات بوسیله آزمون آنالیز واریانس یکطرفه در بیماران دیالیزی و کل بیماران اختلاف معنی دار بود ( $p<0/001$ ). یعنی با افزایش میزان تحصیلات، کیفیت زندگی مطلوبتر می شد ولی در بیماران پیوندی این ارتباط معنی دار نشد. بر حسب وضعیت اشتغال در گروه پیوندی و کل بیماران رابطه ای یافت نشد، اما در بیماران همودیالیزی میانگین کیفیت زندگی در افراد بیکار بطور معنی داری پایین تر از افراد شاغل و بازنشسته بود ( $p=0/012$ ). سایر اطلاعات مربوط به رابطه بین کیفیت زندگی و متغیرهای فردی- بالینی در جدول ۲ آمده است (جدول ۲).

جدول ۲. بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و مشخصات فردی، بالینی بیماران همودیالیز و پیوند کلیه

متغیر مستقل	همودیالیز	پیوند کلیه	کل بیماران	نوع آزمون آماری
سن	$p=0/128$	$p=0/098$	$p=0/000$	آنالیز واریانس یکطرفه
جنس	$p=0/003$	$p=0/384$	$p=0/440$	تی مستقل
وضعیت تاهل	$p=0/179$	$p=0/077$	$p=0/004$	آنالیز واریانس یکطرفه
سطح تحصیلات	$p=0/000$	$p=0/122$	$p=0/000$	آنالیز واریانس یکطرفه
وضعیت اشتغال	$p=0/012$	$p=0/458$	$p=0/113$	آنالیز واریانس یکطرفه
سطح درآمد	$p=0/000$	$p=0/240$	$p=0/008$	آنالیز واریانس یکطرفه
مدت بيمرای	$p=0/753$	$p=0/859$	$p=0/265$	آنالیز واریانس یکطرفه
عوارض قلبی- عروقی	$p=0/170$	$p=0/173$	$p=0/154$	تی مستقل
طول مدت درمان	$p=0/836$	$p=7930$	$p=0/697$	آنالیز واریانس یکطرفه
کراتینین سرم	$p=0/065$	$p=0/622$	$p=0/000$	تی مستقل

## بحث

در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و پیوندی یافته ها نشان داد که در مجموع از ۱۶۳ بیمار مورد بررسی، اکثر بیماران همودیالیزی کیفیت زندگی متوسطی داشتند (۶۵/۶٪) و تنها ۳۲/۳٪

<sup>1</sup> Ogutmen  
<sup>2</sup> Yildirim  
<sup>3</sup> Lee  
<sup>4</sup> Overbec  
<sup>5</sup> Tomasz  
<sup>6</sup> Puji Sawa

از آنجا که بیماری به تنهایی تعیین کننده درک فرد از کیفیت زندگی نمی‌باشد و بسیاری از عوامل دیگر نظیر سن، جنس، تحصیلات و غیره نقش مهمی در ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خویش ایفا می‌کنند، در این بخش به بررسی روابط بین مشخصات فردی و بالینی و کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش پرداخته می‌شود.

در بررسی رابطه سن و کیفیت زندگی در هر دو گروه بیماران دیالیزی و پیوندی، میانگین کیفیت زندگی در گروه سنی ۴۰ سال و کمتر، بالاتر از افراد مسن تر بود، گرچه این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. افزایش زمان بیماری و اضافه شدن بیماریهای دیگر بر بیماری زمینه‌ای اولیه و همچنین تغییرات کهولت سن سبب می‌شود که کیفیت زندگی در افراد دیالیزی با افزایش سن، کاهش یابد. شاید علت معنی دار نبودن رابطه سن و کیفیت بد زندگی در بیماران پیوندی، پایین بودن میانگین سنی بیماران پیوندی باشد (۳۹/۴۲±۱۳/۵۷). همچنین در سنین بسیار کم و بسیار بالا میزان رد پیوند و بازگشت بیمار به گروه دیالیز به علت نارسایی کلیه پیوندی، بالا می‌باشد.

بین سن و کیفیت زندگی کل بیماران رابطه معنی دار و معکوس وجود داشت. یعنی با گذشت سن، کیفیت زندگی کمتر می‌شد که با نتایج مطالعه تقی زاده افشاری و همکاران همخوانی دارد [۴].

در خصوص رابطه بین جنس و کیفیت زندگی، در بیماران پیوند کلیه و کل بیماران رابطه‌ای یافت نشد که با یافته‌های حاصل از مطالعه فوجی ساوا و همکاران مطابقت دارد [۱۸]. اما در بیماران همودیالیزی میانگین کیفیت زندگی در خانمها بطور معنی داری پایین تر از آقایان بود که با نتایج مطالعه اگوتمن و همکاران مطابقت دارد [۱۳].

در بررسی وضعیت تاهل و رابطه آن با کیفیت زندگی کل بیماران، میانگین کیفیت زندگی در بیماران مجرد بهتر از افراد متأهل و همسر فوت

است [۱۲]. این امر در بیماران دریافت کننده پیوند می‌تواند ناشی از عدم نیاز به رفت و آمد به مرکز دیالیز و اتلاف وقت و در نتیجه داشتن فرصت بیشتر برای فعالیتهای اجتماعی، حفظ استقلال و فعالیتهای شغلی باشد. همچنین نشان می‌دهد که این روش مشکلات کمتری برای بیمار ایجاد کرده و بیماران کنترل بیشتری بر روی برنامه‌های زندگی خود دارند.

مطالعات نشان داده که وجود ناخوشی‌های زیاد، آرمی، خستگی، اختلال خواب و بالاخره عملکرد پایین باقیمانده کلیه مهمترین عوامل پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده می‌باشند [۱۹].

ممکن است کیفیت زندگی بهتر در بیماران پیوندی ناشی از پایین بودن میانگین سنی و میزان کراتینین سرم این بیماران نسبت به گروه بیماران همودیالیزی باشد که با نتایج تحقیق تقی زاده افشاری و همکاران مطابقت دارد [۴]. مطالعات مختلفی نشان داده اند که با افزایش سن کیفیت زندگی تنزل پیدا می‌کند. همچنین کراتینین سرم عامل بسیار مهمی است که بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر می‌گذارد [۱۸].

گرچه مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که با افزایش زمان بیماری و در نتیجه افزایش عوارض بیماری و درمان کیفیت زندگی افت پیدا می‌کند، ولی در پژوهش حاضر کیفیت زندگی بیماران پیوندی که طول مدت بیماری آنها بطور معنی داری بیشتر بود، بهتر از گروه همودیالیزی می‌باشد.

از نظر جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال اختلاف بین دو گروه معنی‌دار بود. در نتایج بدست آمده در مطالعه توماس در هلند از نظر سن و وضعیت تاهل اختلاف بین بیماران همودیالیزی و پیوندی معنی دار بود اما از نظر میزان داشتن شغل بین دو گروه اختلاف معنی دار نبود [۱۷].

در بررسی رابطه بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی، در هیچ یک از گروه‌های همودیالیزی و پیوندی و کل بیماران ارتباط معنی دار نبود. اما در کل، بیشترین فراوانی کیفیت زندگی خوب در افرادی با طول مدت بیماری ۵ سال و یا کمتر بود. با افزایش مدت زمان بیماری و مزمن تر شدن آن کیفیت زندگی افت پیدا می‌کند که علت این امر احتمالاً بخاطر اضافه شدن مشکلات بیماری‌های دیگر بر روی بیماری اولیه و همچنین روند خود بیماری باشد. در مطالعه تقی زاده افشاری و همکاران ارتباط بین این دو متغیر معنی دار بود [۴].

در این مطالعه کیفیت زندگی در کل بیماران با کراتینین سرم نرمال بهتر از افراد با کراتینین غیر نرمال بوده و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود. همچنین اکثر افرادی که کراتینین نرمال داشتند، از کیفیت زندگی خوبی برخوردار بودند. اما بین میزان کراتینین سرم و کیفیت زندگی بیماران پیوندی رابطه معنی داری وجود نداشت. در مطالعه فوجی ساوا و همکاران نمرات حیطة های عملکرد جسمی، سلامت عمومی و نیروی حیاتی مقیاس کیفیت زندگی بیماران پیوندی، بطور معنی داری وابسته به میزان کراتینین سرم بود ( $p < 0.05$ ). بطوریکه نمرات عملکرد جسمی و سلامت عمومی بیماران با کراتینین بالای ۲ میلی گرم در دسی لیتر بطور معنی داری پایین‌تر از بیماران با کراتینین بین ۱ تا ۱/۵ میلی گرم در دسی لیتر یا کراتینین کمتر از ۱ میلی گرم در دسی لیتر بود [۱۸].

در مطالعه عرفانی و همکاران نیز یکی از مهمترین عوامل تنیدگی آور موثر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی، مشکلات اقتصادی بود که مانع از رعایت دقیق رژیم غذایی و یا تهیه داروهای مورد نیاز آنها می‌باشد [۱۰].

متغیرهای غیر قابل کنترل در این مطالعه شامل خصوصیات عاطفی، روانی و ریشه های فرهنگی

کرده بود. در مطالعه اگومن و همکاران میانگین کیفیت زندگی در افراد متاهل بهتر از مجرد بوده و این تفاوت معنی دار بود. این نشان می‌داد که اکثریت بیماران حمایت خوبی از همسر و فرزندانشان دریافت می‌کردند [۱۳]. بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوندی رابطه معنی داری پیدا نشد که با نتایج تحقیق تقی زاده افشاری و همکاران [۴] و سوئت چینگ<sup>۱</sup> [۲۰] همخوانی دارد. علت این امر در هر دو گروه شاید این باشد که بیشتر بیماران در گروه متاهل قرار داشتند و فراوانی بیماران در گروه‌های مجرد و همسر مرده بسیار کم بود.

در بررسی رابطه تحصیلات با کیفیت زندگی، نتایج نشان داد که بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود دارد. یعنی با افزایش میزان تحصیلات، کیفیت زندگی مطلوبتر می‌شود. لذا توصیه می‌شود، جهت افزایش کیفیت زندگی در بیماران این دو گروه در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و اقتصادی-اجتماعی به افزایش میزان سواد و آگاهی بیماران از بیماری خود، توجه بیشتری صورت گیرد. در این رابطه نتایج تحقیقی در بیماران دیالیزی استرالیا، بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه معنی داری را نشان داد [۸].

در بررسی رابطه بین وضعیت اشتغال و کیفیت زندگی، در کل بیماران و گروه پیوندی رابطه معنی دار وجود نداشت. اما در بیماران همودیالیزی میانگین کیفیت زندگی در افراد بیکار بطور معنی داری پایین‌تر از افراد شاغل و بازنشسته بود.

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی در کل واحدها و بیماران همودیالیزی با درآمد ۱۵۰ هزار تومان و بالاتر مطلوبتر از گروه‌های با درآمد پایین بوده و این تفاوت معنی دار بود که با یافته های پژوهش سوات چینگ مطابقت می‌کند [۲۰].

<sup>1</sup> Suet-Ching

بیماران و خانواده های آنان بوده که احتمالاً بر نحوه پاسخگویی به سئوالات پرسشنامه تاثیر داشته است.

و با انجام هر چه زودتر پیوند، کیفیت زندگی آنها ارتقاء یابد.

### نتیجه گیری و پیشنهاد

یافته ها مبین آن بود که کیفیت زندگی در بیماران پیوندی بهتر از افراد همودیالیزی می باشد. لذا توصیه می شود برنامه های فرهنگی برای اهداء کلیه بیماران مرگ مغزی بیشتر شده و به جنبه های انسانی و معنوی این امر توجه بیشتری شود، تا بیماران همودیالیزی کمتر منتظر دریافت کلیه شده

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از جناب آقای دکتر بشردوست، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و پرسنل سخت کوش بخش همودیالیز بیمارستان بوعلی و درمانگاه کلیه بیمارستان امام خمینی و بالاخره تمامی بیمارانی که صادقانه در انجام این پژوهش همکاری کردند، ابراز می دارند.

### منابع

- ۱- کاوه محمد حسین. مقدمه ای بر اندازه گیری کیفیت زندگی، خلاصه مقالات همایش سراسری بهداشت خانواده خرم آباد، ۱۳۸۰، صفحات ۷۳ تا ۷۴.
- ۲- سیاری علی اکبر. گری دیوید، اسدی لاری محسن. ارزیابی کیفیت زندگی، تجربیات جهانی و ضرورت اقدام در ایران، طب و تزکیه، سال ۱۳۸۰، دوره ۳۰، صفحات ۳۳ تا ۳۴.
- 3- Kutner NG, Zhang R, Mcclellan WM. Patient – Reported quality of life early in dialysis treatment: effects associated with usual exercise activity. *Nephrol Nurs J.* 2000; 27 (4): 357-367.
- ۴- تقی زاده افشاری علی، قره آغاجی اصل رسول، کاظم نژاد انوشیروان. بررسی تاثیر پیوند کلیه بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی مراجعه کننده به مراکز درمانی ارومیه، مجله پزشکی ارومیه، سال ۱۳۸۵، دوره ۱۷، شماره ۳، صفحات ۱۷۵ تا ۱۸۰.
- ۵- زمان زاده وحید، حیدرزاده مهدی، عشوندی خدایار، لک دیزجی سیما. ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۱۳۸۶، دوره ۲۹، شماره ۱، صفحه ۴۹.
- ۶- افشاری لیلا. ترجمه نارسایی کلیه و درمان آن: کتاب راهنما برای بیماران کلیوی و خانواده های آنان، میکی هال فریس، چاپ اول. تهران: انتشارات تیمورزاده (طیب)، ۱۳۸۱، صفحات ۱۱۴ تا ۱۲۱.
- ۷- ناظمیان فاطمه، غفاری فاطمه، فتوکیان زهرا، پورغزنین طیبه. عوامل تنش زا و راهکارهای مقابله با تنش در بیماران تحت همودیالیز، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۱۳۸۵، دوره ۴۹، شماره ۹۳، صفحات ۹۳ تا ۹۸.
- ۸- محمودی غلامرضا، شریعتی علیرضا، بهنام پور ناصر. ارتباط بین کیفیت زندگی و روشهای مقابله ای بکارگرفته توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، سال ۱۳۸۲، دوره ۵، شماره ۱۲، صفحات ۴۳ تا ۵۲.
- 9- Janet LW. Stressors, coping and depression in hemodialysis patients. *J Adv Nurs.* 2001; 133(2): 200-7



- ۱۰- عرفانی جورابچی امیر، جعفرپور مهشید، حکیمی طاهره، حقانی حمید. بررسی کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و ارتباط آن با شدت تنیدگی، فصلنامه پرستاری ایران، سال ۱۳۸۴، دوره اول، شماره (۴۱ و ۴۲)، صفحات ۳۹ تا ۴۶.
- 11- Fiebiger W, Mitterbauer C, Oberauer R. Health related quality of life outcomes after kidney transplantation. *Health & Qual lif Outcom*. 2004; 2(2): 73-9.
- ۱۲- رحیمی ابولفضل، احمدی فضل الله، غلیاف محمود. بررسی تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، سال ۱۳۸۵، دوره ۱۳، شماره ۵۲، صفحات ۱۲۳ تا ۱۳۱.
- 13- Ogutmen B, Yildirim A, Sever MS, Bozfakioglu S, Ataman E, Erek O, et al. Health related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. *Transplant Proc*. 2006; 38(2): 419-21.
- 14- Yildirim A. The importance of patient satisfaction and health related quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc*. 2006; 38(9): 305-11.
- 15- Lee AJ, Morgan CL, Conway P, Currie CJ. Characterisation and comparison of health-related quality of life for patients with renal failure. *Curr Med Res Opin* 2005; 21(11): 1777-83.
- 16- Overbec I . Changes in quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc*. 2005; 37(3): 1618-21.
- 17- Tomasz W, Piotr S. A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. *Ann Transplant*. 2003; 8(2): 47-53.
- 18- Fujisawa M, Ichicawa Y, Yoshia K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology*. 2000; 1(56): 201-6.
- ۱۹- براز پردنجانی شهرام، محمدی عیسی، برومند بهرو ز. تاثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با دیالیز نگهدارنده. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، سال ۱۳۸۴، دوره دهم، صفحات ۵۵ تا ۶۲.
- 20- Suet-Ching WL. The quality of life for Hong Kong dialysis patient. *J Adv Nurs*. 2001; 35(2): 218-27.