مقاله اصیل پژوهشی

مقایسه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر بیرجند در سال ۱۳۹۱

مرضیه مقرب[۱]، غلامرضا شریف‌زاده[۲]، مهسا مقرب[۳]، مهری سروری[۴]

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به مرحله آخر بیماری کلیوی (ESRD) با روش درمانی همودیالیز از مرگ زودرس رهایی یافته اما دچار طیف وسیعی از مشکلات می‌شوند که کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیوند کلیه بُعد جسمانی مشکلات را بهبود می‌بخشد. این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر بیرجند انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، شصت بیمار همودیالیزی مراجعه‌کننده به بیمارستان ولیعصر(عج) و ۵۸ بیمار پیوند کلیه شهر بیرجند که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF36 بود. روایی ابزار با روش روایی محتوا تأیید شد و پایایی با استفاده از Cronbach Alpha ۰/۶۵ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ و آزمونهای آماری Independent T Test، ANOVA، Range Tukey و Pearson تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی ۱۸/۶۳±۴۰/۰۳ و پیوند کلیه ۱۱/۰۳±۶۹/۰۸ بود. میانگین نمره کیفیت زندگی در کل و حیطه‌های آن در بیماران پیوند کلیه نسبت به بیماران همودیالیزی به طور معنی‌داری بیشتر بود (p=۰/۰۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به پایینتر بودن کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بهتر است امکان پیوند کلیه هرچه سریعتر فراهم شده و روند آن تسهیل یابد و تا زمان انجام پیوند در جهت ارتقای ابعاد کیفیت زندگی بیماران برنامه‌ریزی صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: پیوند کلیه- کیفیت زندگی- همودیالیز- SF36

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۳؛ ۱۱ (۲): ۱۲۷-۱۳۵

دریافت: ۹۲/۰۹/۲۳ اصلاح نهایی: ۹۳/۰۵/۱۶ پذیرش: ۹۳/۰۶/۲۳

نویسنده مسئول: مرضیه مقرب، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

آدرس: بیرجند، خیابان غفاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۵۶۱۴۴۴۳۰۴۱ نمابر: ۰۵۶۱۴۴۴۰۵۵۰ e.mail:mogh13444@bums.ac.ir

[۱] مربی گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

[۲] استادیار گروه آموزشی اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و عضو مرکز تحقیقات هپاتیت و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

[۳] دانشجوی کارشناسی مامایی، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گناباد. گناباد، ایران.

[۴] مربی گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

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

مقدمه

مرحله انتهایی بیماری کلیوی (End Stage Renal Disease) وضعیتی غیر قابل درمان است که با فقدان غیر قابل برگشت عملکرد کلیه همراه می‌باشد.(۱-۲)، زمانی که به علل مختلف بیش از ۹۵٪ از بافت کلیه تخریب گردد تجمع سموم در بدن به حدی می‌رسد که به منظور اجتناب از اورمی و عوارض تهدید کننده حیات به طور دائم یکی از درمانهای جایگزین کلیه (همودیالیز، دیالیز صفاقی یا پیوند کلیه) برای بیماران تجویز می‌شود.(۳،۱)، این بیماران بدون درمان جایگزین کلیه، قادر به ادامه حیات نیستند.

در پایان سال ۲۰۰۵ یک میلیون و نهصد هزار نفر در جهان تحت درمانهای جایگزین کلیه قرار گرفتند که از این میان ۶۸٪ با همودیالیز، ۸٪ با دیالیز صفاقی و ۲۳٪ نیز با پیوند به زندگی ادامه می‌دادند. جمعیت بیماران دچار نارسایی کلیه در ایران، سیصد و بیست هزار نفر گزارش گردید که ۴۹٪ این بیماران از روش درمانی پیوند کلیه، ۴۸٪ همودیالیز و ۳٪ از روش دیالیز صفاقی استفاده می‌کردند.(۴)، با توجه به تلاشهای فراوانی که برای پیشگیری از ESRD انجام شده و باعث کاهش مورتالیتی و موربیدیتی این بیماران گردیده، تعداد این بیماران در کشور در حال افزایش است به طوری که تعداد بیماران دچار نارسایی کلیه در سال ۱۳۹۰ به بیش از چهل هزار نفر خواهد رسید.(۵)

بیماران مبتلا به مرحله انتهایی بیماری کلیوی در صورت عدم دریافت موفق کلیه، با استفاده از روشهای درمانی مثل همودیالیز از مرگ زودرس رهایی یافته، در عین حال در طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار می‌گیرند که در مجموع کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.(۲، ۵)، پیوند کلیه بُعد جسمانی کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد(۶)، اما به علت عوارض داروهای سرکوب کننده ایمنی ممکن است نیاز به مراقبتهای مداوم پزشکی همچنان وجود داشته باشد و این مسئله بر موقعیت روانی، اقتصادی و اجتماعی فرد مؤثر است.(۲، ۶)، با وجود افزایش موارد پیوند کلیه، هنوز به دلیل هزینه‌های سنگین پیوند کلیه و عدم اطمینان صددرصد از موفق بودن پیوند، تعداد زیادی از بیماران کلیوی تحت درمان مستمر با همودیالیز قرار دارند.(۲)، کیفیت زندگی فاکتور پیشگویی کننده قوی مرگ در بیماران مبتلا به بیماری مرحله انتهایی کلیوی است و به عنوان مهمترین مقیاس برای بیان نتایج و عواقب سلامتی در این بیماران محسوب می‌شود.(۷)، سنجش کیفیت زندگی می‌تواند در زمینه‌های تشخیص، پیش‌بینی و ارزیابی، راه‌گشای انجام مراقبتها و شیوه‌های درمانی مفید و مؤثر برای کمک به بیماران مزمن و حتی افراد سالم باشد.(۸)، کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماریهای مزمن با ویژگیهای فردی آنها ارتباط دارد و در حقیقت به مهارتهای سازگاری افراد در موقعیتهای مختلف زندگی و به آنچه قبلاً در مورد کنترل خود آموخته‌اند بستگی دارد. از این رو پاسخهای آنها در رویارویی با شرایط گوناگون زندگی متفاوت است و بیماری فیزیکی از موقعیتهایی است که بر این پاسخها تأثیر دارد.(۹)، درمانهای نارسایی مزمن کلیوی موجب بروز مشکلات عمده‌ای در فعالیتهای مفید و علایق بیمار می‌شود که این مشکلات به طور معنی‌داری با کیفیت زندگی بیماران رابطه دارد.(۱۰)، از طرفی به طور سالانه آمار بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران حدود ۱۵٪ افزایش می‌یابد(۱۱) و مطالعات بیانگر آنست که این نوع درمان تمامی جنبه‌های 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 برنامه‌ریزی در زندگی شخصی خود برخوردار نیستند(۱۲)، از لحاظ آینده خود احساس ناامنی می‌کنند. چون در روش زندگی، وضعیت خانوادگی و موقعیتشان تغییرات زیادی روی داده است.(۱)، عوامل تنش‌زای 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.(۱۱)، Namadi و Movahedpour به نقل از Mape و همکاران می‌نویسند "کیفیت زندگی پایین بیماران همودیالیزی، عامل مؤثری در بروز بیماریهای قلبی، عروقی و پیامدهای مهم دیگر از قبیل بستری شدن در بیمارستان و مرگ است". بنابراین باید کیفیت زندگی این بیماران را بررسی و هر گونه تغییر آن را مهم تلقی کرد.(۱۱)، بر همین اساس اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی و پیوندی می‌تواند اطلاعات باارزشی برای برنامه‌ریزی مراقبت و درمان در این گروه بیماران عرضه کند. بیمار تحت درمان با

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

همودیالیز با هزینه‌های مختلف درمان و رفت‌وآمد به مراکز درمانی مواجه است. در ضمن، به دلیل دیالیز مستمر موقعیت شغلی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری از این افراد دستخوش تغییر می‌شود. همچنین دریافت‌کنندگان کلیه نیز دوره‌های درمانی همودیالیز را طی کرده‌اند، پس از تأثیر آن بر کیفیت زندگی خود مصون نمانده‌اند.

در مطالعات انجام شده در سایر کشورها کیفیت زندگی بیماران پیوندی بالاتر از بیماران همودیالیزی گزارش شده است (۵-۹،۶)، در بررسیهای ژاپن و ایتالیا نیز بیماران پیوندی نمرات بالایی در عملکرد جسمی، درد، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی کسب کردند و به طور کلی کیفیت زندگی بیماران پیوندشده بالاتر از بیماران همودیالیزی بود.(۱۳،۶)، مطالعه‌ای در ترکیه نیز تفاوت آماری معنی‌داری بین بیماران پیوندی و همودیالیزی در حیطه شادابی را گزارش کرد.(۱)، به گزارش Over Beck نیز، پرسشنامه SF36 تفاوت معنی‌داری را در چهار بُعد مورد بررسی در دو گروه بیماران پیوندی و همودیالیزی نشان داد به طوری که دریافت‌کنندگان کلیه عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمی بهتری داشتند.(۱۴)، اما در مطالعه انجام شده در تهران کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بالاتر از بیماران پیوندی گزارش شده است.(۱۵)، به دلیل کاهش اثر بیماری و به حداقل رسیدن هزینه‌های درمان، زندگی بیمار کمتر دستخوش تغییر می‌گردد. 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 شاخصهای فیزیولوژیکی و نتایج آزمایشگاهی، رضایت بیمار و احساس او در مورد سلامت و عملکرد خود نیز باید مورد توجه قرار گیرد. آگاهی از کیفیت زندگی این بیماران عامل مؤثری 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. لذا با توجه به وجود تفاوت در نتایج ذکر شده و کمبود مطالعات مرتبط در کشور و نیاز به کسب اطلاعات از وضعیت موجود، این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه در شهر بیرجند انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بر روی کلیه بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به بیمارستان ولیعصر(عج) و بیماران پیوند کلیه شهر بیرجند در سال ۱۳۹۱ که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۱۸-۷۰ سال، نداشتن بیماری مزمن دیگر(بیماری مزمن به عنوان یک وضعیت طبی یا مشکل سلامتی تعریف می‌شود که با نشانه‌ها یا ناتوانیهایی همراه است که به مدت سه ماه یا بیشتر به دلیل بیماریهای مادرزادی یا آسیب رخ می‌دهد مثل انواع معلولیتها، MS، سرطانها)، نداشتن شرایط خاص مثل اعتیاد به مواد مخدر یا الکل بر اساس خود اظهاری بیمار، دیالیز بیش از دو بار در هفته، مدت دیالیز بیش از سه ماه برای بیماران دیالیزی و گذشت بیش از شش ماه از پیوند کلیه برای بیماران پیوندی و معیارهای خروج از مطالعه شامل: انصراف بیمار، فوت یا مهاجرت و بیماران در شرف پیوند و بیماران پیوندی دچار رد پیوند و تغییر روش درمانی از همودیالیز به دیالیز صفاقی بود. لازم به ذکر است که دو نفر به دلیل سابقه رد پیوند کلیه و یک نفر به دلیل انجام آمادگیهای قبل از پیوند و یک نفر به دلیل قرار گرفتن در برنامه دیالیز صفاقی از مطالعه خارج شدند. در نهایت شصت نفر از بیماران همودیالیزی و ۵۸ نفر از بیماران پیوند کلیه وارد مطالعه شدند. پس از ارائه توضیحات لازم به بیمار و تمایل به مشارکت در مطالعه، پرسشنامه مدون توسط محقق به صورت شفاهی قرائت شد و پاسخ بیمار در پرسشنامه درج گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل دو بخش بود. بخش اول مشخصات دموگرافیک و متغیرهای بالینی برای هر دو گروه شامل: جنسیت، سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، گروه خونی، مدت ابتلا به ESRD و علاوه بر این برای بیماران همودیالیزی مدت درمان با همودیالیز، تعداد جلسات دیالیز در هفته و برای بیماران پیوندی مدت زمان روش درمان جایگزینی قبلی، نوع درمان جایگزینی قبلی و نوع دهنده بود. بخش دوم پرسشنامه استاندارد SF36 بود. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال می‌باشد که کیفیت زندگی را در

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

هشت حیطه شامل: فعالیت جسمانی، مشکلات جسمی، فعالیتهای اجتماعی، درد جسمانی، سلامت روحی، مشکلات روحی، شادابی و سلامت عمومی مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری بر اساس روش چند گزینه‌ای لیکرت بوده و از دامنه صفر تا صد نوسان دارد به طوری که نمره صفر نشاندهنده پایینترین سطح کیفیت و نمره صد بیانگر بالاترین سطح کیفیت زندگی بود.(۱-۲، ۷)، پرسشنامه در سال ۱۳۸۴هـش معادل با ۲۰۰۵ میلادی در مطالعه Montazeri و همکاران مورد استفاده قرار گرفته است(۱۶) و در مطالعه حاضر روایی محتوایی پرسشنامه توسط تعدادی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین پایایی این پرسشنامه بر روی ده نفر از بیماران همودیالیزی و پیوندی اجرا گردید و ضریب Cronbach Alpha ۰/۶۵ به دست آمد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و آزمونهای آماری Independent T Test، ANOVA، Range Tukey و ضریب همبستگی Pearson در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که بیشتر بیماران همودیالیزی و پیوندی مذکر (۶۰٪، ۵۶/۹٪)، متأهل (۸۳/۳٪، ۶۵/۵٪)، ساکن شهر (۷۶/۷٪، ۶۰/۳٪)، دارای مسکن شخصی (۸۳/۳٪، ۷۲/۷٪)، دارای وضعیت مالی متوسط (۷۰٪، ۴۸/۳٪) بودند و ۳۱ نفر از بیماران همودیالیزی (۵۱/۷٪) بیسواد و ۲۷ نفر از بیماران پیوندی (۴۶/۶٪) دارای تحصیلات زیردیپلم بودند. مدت انجام دیالیز قبل از پیوند در بیماران پیوندی ۱۸/۹۷±۲۵/۶۷ ماه بود. میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی بر حسب جنس و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری داشت($p<0/05$). نتیجه آزمون Range Tukey نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم نسبت به بیماران بیسواد و زیر دیپلم به طور معنی‌داری بیشتر بود($p<0/05$) ولی در گروه بیماران پیوندی میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب مشخصات دموگرافیک تفاوت معنی‌داری نداشت. (جدول ۱)

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی برحسب مشخصات فردی در دو گروه

مشخصات فردی	گروه	همودیالیزی			پیوندی		
		تعداد (درصد)	انحراف‌معیار±میانگین	P-value	تعداد (درصد)	انحراف‌معیار±میانگین	P-value
جنس:	مذکر	۳۶ (۶۰)	۱۸/۱۶±۴۹/۵۷	۰/۰۱	۳۳ (۵۶/۹)	۱۰/۷۶±۷۰/۰۹	۰/۴۳
	مونث	۲۴ (۴۰)	۱۸/۴۴±۴۰/۷۲		۲۵ (۴۳/۱)	۱۱/۵±۶۷/۷۷	
وضعیت تأهل:	مجرد	۱۰ (۱۶/۷)	۱۹/۷۲±۴۰/۱۴	۰/۲۷	۲۰ (۳۴/۵)	۱۱/۴۲±۶۷/۸۴	۰/۵۳
	متأهل	۵۰ (۸۳/۳)	۱۸/۳۹±۴۷/۲۱		۳۸ (۶۵/۵)	۱۰/۹۱±۶۹/۷۴	
محل سکونت:	شهر	۴۶ (۷۶/۷)	۱۷/۸۷±۴۵/۳۴	۰/۶۰	۳۵ (۶۰/۳)	۱۲/۲۴±۷۰/۵۵	۰/۳۱
	روستا	۱۴ (۲۳/۳)	۲۱/۵۱±۴۸/۲۹		۲۲ (۳۷/۹)	۸/۱۴±۶۷/۵۶	
وضعیت مسکن	شخصی	۵۱ (۸۵)	۱۸/۴۸±۴۴/۹۶	۰/۱۳	۴۲ (۷۲/۴)	۱۰/۷۰±۶۹/۵۰	۰/۷۹
	استیجاری	۹ (۱۵)	۱۶/۲۷±۵۵/۱۰		۱۶ (۲۷/۵)	۱۲/۳۳±۶۸/۶۱	
وضعیت مالی	خوب	۲ (۳/۳)	۱/۳۷±۴۳/۴۷	۰/۹۰	۳ (۵/۲)	۳/۴۳±۷۹/۰۷	۰/۹۰
	متوسط	۴۲ (۷۰)	۲۰/۲۱±۴۶/۷۵		۲۸ (۴۸/۳)	۱۰/۶۹±۷۱/۵۶	
	ضعیف	۱۶ (۲۶/۷)	۱۵/۶۲±۴۴/۴۷		۲۷ (۴۶/۶)	۱۰/۷۱±۶۵/۴۱	
سطح تحصیلات	بیسواد	۳۱ (۵۱/۷)	۱۷/۹۷±۴۱/۳۷	۰/۰۴	۸ (۱۳/۸)	۱۱/۱۵±۶۷/۹۵	۰/۲۰
	زیردیپلم	۱۸ (۳۰)	۱۷/۱۸±۴۶/۲۳		۲۷ (۴۶/۶)	۱۰/۷۰±۶۷/۰۵	
	دیپلم	۵ (۸/۳)	۱۵/۹۷±۶۴/۴۲		۱۲ (۲۰/۷)	۱۰/۹۹±۷۵/۰۹	
	بالای دیپلم	۶ (۱۰)	۱۹/۹۸±۵۴/۱۷		۱۱ (۱۹)	۱۰/۹۲±۶۸/۳۷	

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

در بیماران همودیالیزی بین کیفیت زندگی و سن (p=۰/۰۰۱) و در گروه بیماران پیوندی بین کیفیت زندگی و مدت زمان انجام دیالیز قبل از پیوند (p=۰/۰۴۱) رابطه منفی و معنی‌داری به دست آمد. (جدول ۲)

میانگین نمره کیفیت زندگی کل در بیماران همودیالیزی ۱۸/۶۳ ± ۴۰/۰۳ و در بیماران پیوندی ۱۱/۰۳ ± ۶۹/۰۸ بود. نتایج Independent T Test نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی در کل و حیطه‌های آن در بیماران پیوندی نسبت به همودیالیزی به طور معنی‌داری بیشتر بود(p=۰/۰۰۱). در بین حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی بالاترین نمره مربوط به حیطه عملکرد اجتماعی (۵۹/۵۹) و پایینترین حد در حیطه محدودیت جسمی (۳۸/۵۷) و در بیماران پیوندی بالاترین حد در حیطه درد جسمی (۸۰/۲۱) و پایینترین حد در حیطه محدودیت جسمی (۵۸/۸۴) بود. میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی و پیوندی در دو حیطه درد جسمانی و عملکرد اجتماعی بیش از سایر حیطه‌ها بود. (جدول ۳)

جدول ۲: همبستگی نمره کیفیت زندگی با برخی متغیرهای فردی در دو گروه

متغیر		P-Value	ضریب همبستگی
سن (سال)	همودیالیزی	p=۰/۰۰۱	r=-۰/۴۷۶
	پیوندی	p=۰/۹۰۶	r=-۰/۰۱۶
طول مدت درمان با همودیالیز یا ESRD (ماه)	همودیالیزی	p=۰/۳۷۱	r=۰/۱۱۸
	پیوندی	p=۰/۰۹۳	r=-۰/۰۱۲
مدت انجام دیالیز قبل از پیوند(ماه)	پیوندی	p=۰/۰۴۱	r=-۰/۲۷۰

جدول ۳ : مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در کل و حیطه‌های آن در دو گروه بیماران همودیالیزی و پیوندی

گروه	همودیالیزی	پیوندی	P-value
متغیر	انحراف‌معیار± میانگین	انحراف‌معیار± میانگین	
سلامتی عمومی	۴۶/۳۲±۱۴/۵۰	۶۳/۷۹±۱۰/۱۲	۰/۰۰۱
عملکرد جسمی	۴۴/۱۰±۲۶/۵۶	۷۳/۵۹±۱۶/۵۹	۰/۰۰۱
درد جسمی	۵۹/۷۵±۳۵/۰۴	۸۰/۲۱±۲۶/۵۶	۰/۰۰۱
محدودیت جسمی	۳۸/۵۴±۲۴/۹۲	۵۸/۸۴±۲۰/۰۸	۰/۰۰۱
انرژی و نشاط	۵۱/۰۰±۲۳/۷۹	۷۲/۸۴±۱۴/۸۱	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۵۹/۷۹±۲۹/۶۶	۷۹/۰۹±۲۰/۹۹	۰/۰۰۱
مشکلات روحی	۴۱/۶۷±۳۴/۱۰	۷۰/۹۸±۲۲/۴۲	۰/۰۰۱
سلامت روان	۴۴/۹۶±۲۳/۴۹	۶۱/۵۹±۱۵/۳۲	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی کلی	۴۰/۰۳±۱۸/۶۳	۶۹/۰۸±۱۱/۰۳	۰/۰۰۱

بحث

میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران پیوندی مطالعه حاضر (۶۹/۰۸±۱۱/۰۳) با مطالعه Tayyebi و همکاران و Rebollo و همکاران در اسپانیا همخوانی داشته (۱۷،۱۵) و از مطالعه O'Reilly در آمریکا بیشتر می‌باشد.(۱۸)، همچنین کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی با میانگین (۴۰/۰۳±۱۸/۶۳) با مطالعه Hadi و همکاران(۱۹) و Lotfi و همکاران(۲) همسو است.

در مطالعه حاضر بیماران پیوندی به طور محسوس میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری نسبت به بیماران همودیالیزی داشتند(p=۰/۰۰۱) که با نتایج مطالعات داخلی از قبیل Taghizadeh Afshari و همکاران(۲۰)، Namadi و همکاران (۱۱)، Abbaszadeh و همکاران(۱۲)، Rahim و همکاران(۸) و یافته‌های حاصل از مطالعات Ogutmen و همکاران(۹)، Yildirim

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

(۵)، Overbeck و همکـــــاران(۱۴)، Tomasz و Piotr(۲۱) و Fujisawa و همکاران(۶) مطابقت دارد. هر چند مطالعات نام برده غالباً به بررسی کیفیت زندگی بیماران دیالیزی و پیوند شده به صورت مجزا پرداخته‌اند، اما میانگین نمره کیفیت زندگی گزارش شده به طور بارز در بیماران پیوند شده بیشتر بوده است. بالاتر بودن میانگین نمره کیفیت زندگی 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. اگرچه پیوندکلیه باعث بهبودی کیفیت زندگی بیمار می‌شود اما مسائل مختلفی مانند جراحی، ترس از پس زدن پیوند، عوارض استفاده از داروهای سرکوب کننده ایمنی و هزینه‌های ناشی از آن بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر می‌گذارد، از طرفی گفته شده وجود ناخوشیهای زیاد، آنمی، خستگی، اختلال خواب و عملکرد پایین باقیمانده کلیه مهمترین عوامل پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز است.(۲۲)

هر چند میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه‌های هشت‌گانه در بیماران همودیالیزی و پیوندی تفاوت معنی‌داری داشت اما به وضوح مشخص شد که در بُعد درد جسمانی و عملکرد اجتماعی هر دو گروه میانگین نمره بالایی داشتند. در بیماران پیوندی درد کمتر از بیماران همودیالیزی است اما در مطالعات زیادی مشخص شده که درد شدید استخوانی و عضلانی در بیماران پیوندی مصرف کننده سیکلوسپورین A وجود دارد(۶) و نشان‌دهنده و توجیه کننده علت عدم تفاوت درد در دو گروه می‌باشد. Virzi و همکاران رها شدن از دیالیز را عامل بهبود کیفیت زندگی در بیماران پیوند شده بیان کردند به ویژه در زمینه عملکرد اجتماعی(۱۳) به نظر می‌رسد رژیم غذایی آزادتر و عدم وابستگی به دستگاه پس از پیوند باعث آزادی و اختیار بیشتر و در نتیجه عملکرد اجتماعی بهتر می‌شود و در بیماران همودیالیزی نیز با توجه به مشکلات دوره قبل از شروع دیالیز بیماران از نظر حال عمومی در وضعیت مناسبتری به سر می‌برند لذا فعالیتهای اجتماعی خود را تا حدودی به انجام می‌رسانند.

در مطالعه حاضر هر چند میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب سن تفاوت معنی‌داری نداشت اما در هر دو گروه بیماران پیوندی و همودیالیزی با افزایش سن و طول مدت درمان با همودیالیز از نمره کیفیت زندگی کاسته می‌شد و این در حالی است که در برخی مطالعات تفاوت معنی‌دار بوده است.(۹،۱۱، ۲۰)، به نظر می‌رسد 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 و پیوندی با افزایش سن کاهش یابد.

در بیماران همودیالیزی میانگین نمره کیفیت زندگی در مردان به طور معنی‌داری بالاتر از زنان بود که با نتایج Namadi و Movahedpour مطابقت دارد اما در مطالعه Abbaszadeh و همکاران ارتباط بین جنسیت و کیفیت زندگی وجود نداشت.(۱۱-۱۲)، عدم وجود رابطه معنی‌دار آماری بین میانگین نمره کیفیت زندگی و وضعیت تأهل در دو گروه بیماران پیوندی و همودیالیزی نیز با مطالعات Ogutmen و همکاران، Taghizadeh Afshari و همکاران و Balaska و همکاران همسو است. (۹، ۲۰، ۲۳)، معنی‌دار بودن ارتباط آماری بین میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی با سطح تحصیلات آنان به معنی این است که با افزایش سطح سواد، کیفیت زندگی مطلوبتر می‌شد، لذا توصیه می‌شود جهت افزایش کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی در خصوص افزایش آگاهی نسبت به بیماری خود و روند درمان و چگونگی مراقبت از خود، توجه بیشتری از جانب کادر درمانی خصوصاً پرستاران صورت گیرد. ارتباط معنادار آماری بین میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوندی با سطح درآمد، اشتغال، وضعیت تأهل، محل سکونت و وضعیت مسکن وجود نداشت که این نتیجه با سایر مطالعات همخوانی و مطابقت دارد.(۱۱-۱۲، ۲۰)

نتیجه‌گیری

میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی و پیوندی در دو حیطه درد جسمانی و عملکرد اجتماعی بیش از سایر حیطه‌ها بود، لذا آموزشها و مراقبتهای پرستاران از بیماران همودیالیزی می‌بایست شناسایی و مکانیسم‌های مقابله‌ای بیماران و تقویت آن در جهتی ارتقا یابد که افزایش کیفیت زندگی را به دنبال داشته باشد. همچنین با توجه به بالاتر بودن کیفیت زندگی بیماران پیوند شده توصیه می‌شود برنامه‌های فرهنگی و تبلیغی با تأکید بر جنبه‌های انسانی و معنوی اهدای کلیه از بیماران مرگ

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

مغزی طراحی شود تا بیماران همودیالیزی کمتر منتظـر دریافـت کلیه باشند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر ماحصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با کد ۲۷/۹۰ می‌باشد، لذا نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین بیمارستان ولیعصر(عج)، معاونت تحقیقات دانشگاه و همچنین پرسنل بخش دیالیز و بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه مشارکت کننده در طرح اعلام نمایند.

REFERENCES

1-Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplant Proc. 2007;39(10): 3047-53.

2-Lotfi MH, Fallahzadeh RA, Salmani I, Askarnejad AA, Hajian N, Fallahzadeh S. Correlation between religious beliefs and quality of life in dialysis patients referred to Shahid Rahnemoon Hospital, Yazd-2012. Journal of Community Health Research. 2013; 2(3):220-8. [Persian]

3-Eryilmaz MM, Ozdemir C, Yurtman F, Cilli A, Karaman T. Quality of sleep and quality of life in renal transplantation patients. Transplant Proc. 2005; 37(5): 2072-6.

4-Nobakht Haghigh A, Broumand B, D'Amico M, Locatelli F, Ritz E. The epidemiology of end-stage renal disease in Iran in an international prospective. Nephrol Dial Transpalant. 2002;17(1):28-32. [Persian]

5-Yildirim A. The importance of patient satisfaction and health-related quality of life after renal transplantation. Transplant Proc .2006; 38(9): 2831-4.

6-Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya 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; 56(2): 201-6.

7-Niu SF, Li IC. Quality of life of patients having renal replacement therapy. J Adv Nurs. 2005; 51(1):15-21.

8-Rahim A, Alhani F, Ahmadi F, Gholyaf M, Akhoond MR. Effects of a continuous care model on perceived quality of life of spouses of haemodialysis patients. East Mediterr Health J. 2009; 15(4):944-50[Persian]

9-Ogutmen B, Yildirim A, Sever MS, Bozfakioglu S, Ataman R, Erek E, 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.

10-Harirchi AM, Rasouli A, Montazeri A, Eghlima M. Comparison of Quality of Life In Hemodialysis And Kidney Transplant Patients. Payesh. 2004;3(2):117-21. [Persian]

11-Namadi M, Movahedpour A. Quality of Life in Patients after Renal Transplantation in Comparison with Intermittent Hemodialysis. J Ardabil Univ Med Sci. 2009;9(2): 171-9.[Persian]

12-Abbaszadeh A, Javanbakhtian R, Salehee Sh, Motvaseliyan M. Comparative Assessment of Quality of Life in Hemodialysis and Kidney Transplant Patients. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci. 2010;18(5): 461-8.[Persian]

13-Virzì A, Signorelli MS, Veroux M, Giammarresi G, Maugeri S, Nicoletti A, et al. Depression and quality of life in living related renal transplantation. Transplant Proc. 2007; 39(6): 1791-3.

14-Overbeck I, Bartels M, Decker O, Harms J, Hauss J, Fangmann J. Changes in quality of life after renal transplantation. Transplant Proc. 2005; 37(3): 1618-21.

15-Tayyebi A, Salimi SH, Mahmoudi H, Tadrisi SD. Comparison of quality of life in haemodialysis and renal transplantation patients. Iran J Crit Care Nurs. 2010;3(1): 19-22.[Persian]

16-Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninya MS. Translate and determine the validity and reliability of such questionnaires Persian SF36. Payesh. 2005; 5(1): 49-56.[Persian]

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

17-Rebollo P, Ortega F, Ortega T, Valdés C, García-Mendoza M, Gómez E.Spanish Varidation of the kidney transpnant questionnaire: useful instrument for assessing health related quality of life in kidney transplant patient. Health Qual life Outcomes .2003;1:56

18-O'Reilly F, Traywick C, Pennie ML, Foster JK, Chen SC. Baseline quality of life and anxiety in solid organ transplant reci pients: a Pilot study. Dermatol surg. 2006;32(12):1480-5.

19-Hadi N, Rahmani Z, Montazeri A. Health-related quality of life in patients with chronic renal failure on hemodialysis. Payesh. 2010;9(4): 349-54.[Persian]

20-Taghizadeh Afshari A, Garaaghaji Asl R, Kazemnezhad A. Efects of renal transplantation on life quality of hemodialized patients refrring to Urmia clinical centers. Urmia Med J. 2006;17(3): 175-80.[Persian]

21-Tomasz W, Piotr S . A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation wojciech rowinski . Ann Transplant . 2003;8(2):48-54.

22-Baraz Sh, Mohammadi E, Broumand B. The effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients. Hayat. 2005; 11 (1,2):51-62.[Persian]

23-Balaska A, Moustafellos P, Gourgiotis S, Pistolas D, Hadjiyannakis E, Vougas V, et al. Changes in health-related quality of life in Greek adult patients 1 year after successful renal transplantation. Exp Clin Transplant. 2006;4(2):521-4.

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

Abstract *Original Article*

Quality of life in hemodialysis and kidney transplantation patients in Birjand, 2012

M. Moghareb[1], Gh. Sharifzadeh[2], M. Moghareb[3], M. Sorouri[4]

Background and Aim: The mortality rate for patients with end-stage renal disease does not happen by hemodialysis. However, they would experience several complications that can impact their quality of life. Renal transplantation improves the physical aspect of life quality. The purpose of this study is to compare the quality of life in patients undergoing hemodialysis and kidney transplantation in Birjand.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 60 hemodialysis patients referring to Valieasr Hospital and 58 patients with kidney transplantations in Birjand who had inclusion criteria were selected. The data collection instrument was SF-36questionnaire whose reliability was calculated as 0.65 by Cronbach's alpha. Data were analyzed SPSS (version 16) using independent t-test, ANOVA, Range Tukey and Pearson.

Results: The mean scores for quality of life in hemodialysis and transplant patients were 40.03±18.63 and 69.08±11.03 respectively. The overall mean score for quality of life and its areas was significantly more in transplant than hemodialysis patients (P=0.0001).

Conclusion: Given the lower quality of life in hemodialysis patients, it is desirable to facilitate the process of transplantation as soon as possible and to make plans to improve patients' quality of life until they have transplantations.

Keywords: Kidney Transplantation; Quality of Life; Hemodialysis; SF36

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2014; 11 (2):127-135

Received: December 14,2013 ***Last Revised: August 7,2014*** ***Accepted: September 14,2014***

Corresponding Author: Marzieh Mogharab, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. mogh13444@bums.ac.ir

[1] Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

[2] Asistant Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Health, Member of Research Center for Hepatitis and Influential Social Factors on Health, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

[3] M.Sc. Student of Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Gonabad Branch, Gonabad, Iran.

[4] Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

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