

مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و پیوند کلیه در مراکز آموزشی و درمانی اردبیل

مریم نمادی و ثوّوقی^۱، آسیه مودپور^۲

E-mail: m_namady@yahoo.com

^۱ مریم گروه پرستاری داخلی و جراحی، 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 روش های 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 های مشتمل بر دو بخش دموگرافیک و کیفیت زندگی و با روش مصاحبه جمع آوری گردید.

یافته ها: ۶۵٪ بیماران پیوندی، کیفیت زندگی خود را خوب ارزیابی کردند. در حالیکه ۶۵٪ بیماران همودیالیزی کیفیت زندگی متوسطی داشتند. میانگین امتیاز کیفیت زندگی در نمونه های پیوندی $12/44 \pm 4/44$ و در بیماران همودیالیزی $14/89 \pm 5/3$ بوده و این اختلاف با استفاده از آزمون t مستقل معنی دار بود ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: یافته ها میان 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

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

مقدمه

امروزه با توجه به تغییر اپیدمیولوژیک بیماری های حاد به نوع مزمن، کمیت زندگی که با معیار هایی نظیر میزان مرگ و میر سنجدیده می شد، اهمیت کمتری یافته و توجه به مولفه جدیدی به نام کیفیت زندگی^۱ معطوف شده است که تاثیر 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 ارزش های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف،

^۱ Quality of life

بستره 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^۳ از دیگر روشهای درمان نارسایی مزمن پیشرفته کلیوی می‌باشد. در این روش به دلیل کاهش اثر بیماری و به حداقل رسیدن هزینه‌های درمان زندگی بیمار کمتر دستخوش تغییر می‌گردد [۱۱]. طبق آمار موجود از سال ۱۹۹۱-۹۷ در آمریکا میزان مرگ و میر در بیماران همودیالیزی، ۱۶٪/۱ 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 ساخته های فیزیولوژیکی و نتایج آزمایشگاهی، رضایت بیمار و احساس او در مورد سلامت و عملکرد خود نیز باید مورد توجه قرار گیرد [۱۳]. 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 شدید 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 مکرر شان به مراکز درمانی است، می‌باشد و همچنین می‌تواند در راهنمایی و همراهی این بیماران در استفاده بهتر از امکانات حماقی و توانبخشی موجود مفید باشد. با استفاده از اطلاعات بدست آمده می‌توان در صورت لزوم تغییرات مفیدی در برنامه‌ریزی‌های اقتصادی، مراقبتی و خدمات حماقی ایجاد کرد.

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

سالیانه 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 سالیانه ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند [۵]. بیماران نارسایی مزمن کلیوی برای تامین سلامت خود تحت درمان با همودیالیز^۱ 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 جنبه‌های یک زندگی معمول را مختلف 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 ناممی‌کنند. چون در روش زندگی، وضعیت خانوادگی و موقعیتشان تغییرات زیادی روی داده است [۸]. عوامل تنفس زای متداول در این بیماران احساس بیقدرتی، فقدان کنترل بیماری و درمان، اجرای درمانهای تحملی، داشتن محدودیت بدبال رژیمهای درمانی، تغییر در تصویر ذهنی خود، مشکلات مالی، توان نگهداری شغل و مسائل جنسی می‌باشد [۹].

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

³ Renal transplantation

¹ Hemodialysis

² Mapes

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 صاحبنظر 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 پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و با ضریب آلفای ۰/۸۷ مورد تایید قرار گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه و به روش چهره به چهره از بیماران جمع آوری شد.

جهت دستیابی به نتایج پژوهش، ابتدا پرسشنامه‌ها کدگذاری شد. سپس داده‌های جمع آوری شده از هر یک از واحدهای مورد پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تقسیم بندی پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت به ترتیب زیر می‌باشد:

در مورد داده‌های مربوط به بیانیه‌های منفی، برای پاسخ کاملاً موافق نمره (۱)، موافق (۲)، نظری ندارم (۳)، مخالف (۴) و کاملاً مخالف (۵) در نظر گرفته شد و در مورد داده‌های مربوط به بیانیه‌های مثبت بر عکس عمل گردید. نمرات کلی سوالات از ۲۵ تا ۱۲۵ بوده است که بسته به پاسخ بیماران، سطح کیفیت زندگی بصورت ضعیف (۵۷-۲۵)، متوسط (۹۰-۵۸) و خوب (۱۲۵-۹۱) 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، نظری سن، جنس، وضعیت تاہل، سطح تحصیلات، شغل، میزان درآمد، شغل، میزان درآمد، طول مدت بیماری و درمان،

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقایسه‌ای بوده که به منظور مقایسه کیفیت زندگی در بیماران کلیوی مرحله نهایی بر حسب 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 درمانی 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 نمونه‌های 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 KDQOL version با اقتباس از ابزارهایی نظیر WHO QOL، ESRD و غیره طراحی شده و مطابق با فرهنگ آسیایی تعديل شده است. این پرسشنامه کاملاً 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 تاہل، سطح تحصیلات، شغل، میزان درآمد، طول مدت بیماری و درمان، عوارض قلبی-عروقی و غیره می‌باشد و بخش دوم شامل ۲۵ سؤال ۵

کمتر داشتند. میانگین مدت بیماری در بیماران همودیالیز $4/35 \pm 4/2$ بود که در مقایسه با میانگین $7/2 \pm 7/8$ برای بیماران پیوندی معنی دار می‌باشد ($P<0/001$). $59/5\%$ نمونه‌ها عوارض قلبی-عروقی نداشتند. اکثراً ($59/5\%$) طول درمان ۳ سال و یا کمتر داشتند. کراتینین سرم در بیشتر موارد ($71/0\%$) بیماران پیوندی نرمال و در تمامی بیماران همودیالیزی، غیر نرمال بود. میانگین کراتینین در بیماران دیالیزی $9/64 \pm 2/77$ و در گروه پیوندی $59/1 \pm 4/2$ بوده و این اختلاف با استفاده از آزمون تی مستقل معنی دار می‌باشد ($p<0/001$).

نمرات کیفیت زندگی بین حداقل ۵۲ و حداکثر ۱۲۳ نمرات متغیر بود. میانگین و انحراف معیار نمرات $88/65 \pm 15/0$ بودست آمد. $52/1\%$ واحد های مورد پژوهش در گروه نمره $58-90$ بوده و کیفیت زندگی متوسطی داشتند و تعداد $1/2\%$ در گروه نمره $25-57$ با کیفیت زندگی ضعیف قرار داشتند. در کل میانگین کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه $12/44 \pm 14/89$ می باشد که در مقایسه با میانگین $83/53 \pm 14/8$ برای بیماران دیالیزی معنی دار می باشد ($p<0/001$). در بررسی

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 متغیر های 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 $57/1\%$ دیالیزی و ۷۰ نفر $42/9\%$ پیوند کلیه بودند. بیشترین درصد بیماران در محدوده سنی ۱۶-۶۳ سال قرار داشتند ($47/9\%$). میانگین سنی بیماران همودیالیزی $69/45 \pm 14/69$ و در گروه پیوندی $57/42 \pm 13/39$ سال بود و آزمون آماری t نشان دهنده اختلاف معنی دار آماری بین میانگین سن دو گروه بود ($p<0/001$). $5/64\%$ بیماران همودیالیزی مرد و $5/5\%$ زن بودند. در گروه پیوندی $47/1\%$ مرد و $52/9\%$ زن بودند. $83/9\%$ بیماران همودیالیزی و $71/4\%$ واحد های پیوند کلیه متاهل بودند. بیشتر واحدها $52/7\%$ در

جدول ۱. مقایسه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیوی

کیفیت زندگی	کیفیت زندگی						روش درمان		
	میانگین کیفیت زندگی	جمع	خوب	متوسط	ضعیف	تعیین			
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
همودیالیز	$83/53 \pm 14/8$	۱۰۰	۹۳	$32/3$	۳۰	$60/6$	۶۱	۲۲	۲
پیوند کلیه	$95/44 \pm 44/12$	۱۰۰	۷۰	$65/7$	۴۶	$34/3$	۲۴	۰	۰
جمع		۱۰۰	۱۶۳	$46/6$	۷۶	152	۸۵	$1/2$	۲

($p<0/001$)*

رابطه بین سن و کیفیت زندگی، در بیماران دیالیزی و پیوند کلیه رابطه وجود نداشت. اما در کل بیماران رابطه معنی دار یافت شد ($p<0/001$). 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 خانمهای بطور معنی داری پایین تر از آقایان بود ($p=0/003$).

گروه همودیالیز بی سواد بوده و تنها $9/7\%$ آنها تحصیلات عالی داشتند. در حالیکه اکثریت بیماران پیوندی $45/7\%$ تحصیلات زیر دیپلم داشتند و آزمون کای دو نشانگر اختلاف معنی دار بین دو گروه بود ($p=0/019$). $77/4\%$ بیماران همودیالیزی و $70/4\%$ واحد های پیوندی بیکار بودند. از نظر وضعیت درآمد اکثر افراد ($69/9\%$) درآمد ۵۰ هزار تومان و

آن از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند. در مطالعه تقی زاده افساری و همکاران اکثریت (۸۵/۸٪) بیماران همودیالیزی کیفیت زندگی خود را بد گزارش کردند و تنها ۷/۲٪ کیفیت زندگی خوبی داشتند. در این مطالعه حاضر ۷/۶۵٪ بیماران پیوندی کیفیت زندگی خود را خوب و ۳/۳۴٪ متوسط ارزیابی کردند و هیچ یک از آنها کیفیت زندگی ضعیف نداشتند و این نتایج با یافته های تحقیق تقی زاده افساری و همکاران که در آن اکثر (۹/۴۶٪) 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^۱ و همکاران، یلدیریم^۲، لی^۳ و همکاران، اوربیک^۴ و همکاران، توماس^۵ و فوجی ساوا^۶ و همکاران همخوانی دارد [۱۸-۱۳]. رحیمی و همکاران در سال ۸۲ بیان نمودند که کیفیت زندگی بیماران پیوند شده از

همچنین بین وضعیت تأهل و کل بیماران ارتباط معنی دار وجود داشت (p=۰/۰۰۴). 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 داربود (p<۰/۰۰۱). 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=۰/۰۱۲). سایر اطلاعات مربوط به رابطه بین کیفیت زندگی و متغیر های 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

روش درمان	متغیر مستقل	همودیالیز	پیوند کلیه	کل بیماران	نوع آزمون آماری
سن	p=۰/۱۲۸	p=۰/۰۹۸	p=۰/۰۴۸	p=۰/۰۰۰	آنالیز واریانس یکطرفه
جنس	p=۰/۰۰۳	p=۰/۳۸۴	p=۰/۰۴۴	p=۰/۰۰۰	تی مستقل
وضعیت تأهل	p=۰/۱۷۹	p=۰/۰۷۷	p=۰/۰۰۴	p=۰/۰۰۰	آنالیز واریانس یکطرفه
سطح تحصیلات	p=۰/۰۰۰	p=۰/۱۲۲	p=۰/۰۰۰	p=۰/۰۰۰	آنالیز واریانس یکطرفه
وضعیت اشتغال	p=۰/۰۱۲	p=۰/۴۵۸	p=۰/۰۱۳	p=۰/۰۱۳	آنالیز واریانس یکطرفه
سطح درآمد	p=۰/۰۰۰	p=۰/۲۴۰	p=۰/۰۰۸	p=۰/۰۰۰	آنالیز واریانس یکطرفه
مدت بیماری	p=۰/۷۵۳	p=۰/۸۵۹	p=۰/۰۲۶	p=۰/۰۰۰	آنالیز واریانس یکطرفه
عوارض قلبی- عروقی	p=۰/۱۷۰	p=۰/۱۷۳	p=۰/۰۱۵	p=۰/۰۰۰	تی مستقل
طول مدت درمان	p=۰/۸۳۶	p=۷۹۳۰	p=۰/۶۹۷	p=۰/۰۰۰	آنالیز واریانس یکطرفه
کراتینین سرم	p=۰/۰۶۵	p=۰/۶۲۲	p=۰/۰۰۰	p=۰/۰۰۰	تی مستقل

بیماران تحت همودیالیز و حتی دیالیز صفاقی بهتر

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 ۳/۳٪

¹ O gutmen

² Yildirim

³ Lee

⁴ Overbec

⁵ Tomasz

⁶ 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 هردو 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 زمینه ای اولیه و همچنین تغییرات کهولیت 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 ($۵۷/۱۳ \pm ۴۲/۳۹$). 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 تقدیم اشاری و همکاران همخوانی دارد [۴].

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

در بررسی وضعیت تاہل و رابطه آن با کیفیت زندگی کل بیماران، میانگین کیفیت زندگی در بیماران مجرد بهتر از افراد متاہل 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 اتفاق وقت و در تیجه 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، آنمی، 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 تقدیم زاده افشاری و همکاران مطابقت دارد [۴]. مطالعات مختلف 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 مختلف 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 تاہل، سطح تحصیلات و ضعیت اشتغال اختلاف بین دو گروه معنی دار بود. در نتایج بدست آمده در مطالعه توomas در هلند از نظر سن و وضعیت تاہل 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 باخاطر اضافه شدن مشکلات بیماریهای دیگر بر روی بیماری اولیه و همچنین روند خود بیماری باشد. در مطالعه تقی زاده افساری 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 افرادیکه 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 حیطه‌های عملکرد جسمی، سلامت عمومی و نیروی حیاتی مقیاس کیفیت زندگی بیماران پیوندی، بطور معنی داری واپسی 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 لیتریا کراتینین کمتر از ۱ میلی گرم در دسی لیتر بود [۱۸].

در مطالعه عرفانی و همکاران نیز یکی از مهمترین عوامل تبیین‌گر 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 ریشه‌های فرهنگی

کرده بود. در مطالعه اگوتمن 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 تأهل و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوندی رابطه معنی داری پیدا نشد که با نتایج تحقیق تقی زاده افساری و همکاران [۴] و سوئت چینگ^۱ [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 یافته‌های پژوهش سوات چینگ مطابقت می‌کند [۲۰].

^۱ Suet-Ching

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

بیماران و خانواده‌های آنان بوده که احتمالاً بر نحوه پاسخگویی به سوالات پرسشنامه تأثیر داشته است.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله نویسنده‌گان 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 می‌دارند.

نتیجه گیری و پیشنهاد

یافته‌ها میان آن بود که کیفیت زندگی در بیماران پیوندی بهتر از افراد همودیالیزی می‌باشد. لذا توصیه می‌شود برنامه‌های فرهنگی برای اهداء کلیه بیماران مرگ مغزی بیشتر شده و به جبهه‌های انسانی و معنوی این امر توجه بیشتری شود، تا بیماران همودیالیزی کمتر منتظر دریافت کلیه شده باشند.

منابع

- ۱- کاووه محمد حسین. مقدمه‌ای بر اندازه‌گیری 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 تأثیر 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، حیدر زاده 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 راهنمای برای بیماران کلیوی و خانواده‌های آنان، میکی هال فریس، چاپ اول. تهران: انتشارات تیمورزاده (طبیب)، ۱۳۸۱، صفحات ۱۱۴ تا ۱۲۱.
- ۷- ناظمیان فاطمه، غفاری فاطمه، فتوکیان زهرا، پور غزینین طبیه. عوامل تنفس زا و راهکارهای مقابله با تنفس 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 مقابله‌ای بکار گرفته توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، سال ۱۳۸۲، دوره ۵، شماره ۱۲۵، صفحات ۴۳ تا ۵۲.
- 9- Janet LW. Stressors, coping and depression in hemodialysis patients. J Adv Nurs. 2001; 33(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 (۴۲ و ۴۱)، صفحات ۳۹ تا ۶۴.
- ۱۱- Fiebiger W, Mitterbauer C, Oberauer R. Health related quality of life outcomes after kidney transplantation. *Health & Qualif Outcom*. 2004; 2(2): 73-9.
- ۱۲- رحیمی ابوالفضل، احمدی، فضل الله، غلیاف محمود. بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، سال ۱۳۸۵، دوره ۱۳، شماره ۵۲، صفحات ۱۲۳ تا ۱۳۱.
- ۱۳- 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.
- ۱۴- Yildirim A. The importance of patient satisfaction and health related quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc*. 2006; 38(9): 305-11.
- ۱۵- 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.
- ۱۶- Overbec I . Changes in quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc*. 2005; 37(3): 1618-21.
- ۱۷- 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.
- ۱۸- 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 پردنگانی شهرام، محمدی عیسی، برومند بهروز. تأثیر 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 ۶۵.
- ۲۰- Suet-Ching WL. The quality of life for Hong Kong dialysis patient. *J Adv Nurs*. 2001; 35(2): 218-27.