



بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی و دریافت کنندگان پیوند کلیه

عباس عباس زاده^۱، راهله جوانبختیان^{۲*}، شهریار صالحی^۳، منیره متوسلیان^۴

۱- دانشیار گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۲- مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

۴- کارشناس ارشد گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۴/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۹/۲۸

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی که می‌تواند تحت تاثیر عوامل مختلف فردی و اجتماعی، بیماری‌ها و وضعیت‌های بالینی فرد قرار گیرد. بیماری مرحله انتهایی کلیه‌ها و درمان‌های آن، بیماران را در معرض طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار داده و در مجموع کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این مطالعه به بررسی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر کرمان و مقایسه آن بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی می‌پردازد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی و تحلیلی با استفاده از پرسشنامه SF36 و آزمون آماری t مستقل، کیفیت زندگی ۱۲۰ بیمار کلیوی (۶۰ همودیالیزی و ۶۰ پیوند کلیه) شهر کرمان مورد مقایسه قرار گرفته است.

نتایج: میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی $49/83 \pm 17/56$ و بیماران پیوند کلیه $60/95 \pm 16/60$ بود و از نظر آماری بین این دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P \leq 0/05$)، اما تفاوت در سه حیطة درد، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی بین دو گروه معنی‌دار نبود ($P \geq 0/05$). در بیماران همودیالیزی کمترین نمره مربوط به حیطة شادابی و بیشترین نمره مربوط به حیطة عملکرد فیزیکی و در پیوند کلیه، کمترین نمره در حیطة سلامت عمومی و بیشترین نمره در حیطة محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی بود.

نتیجه‌گیری: اگرچه کیفیت زندگی هر دو گروه بیماران همودیالیزی و پیوندی پایین‌تر از جمعیت عمومی گزارش شده اما پیوند کلیه باعث بهبود معنی‌دار کیفیت زندگی بیماران کلیوی به ویژه در حیطة محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی می‌شود. به نظر می‌رسد سن، سطح کراتینین خون و درک فرد از جمله مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می‌باشند که تنها دو مورد سطح کراتینین و درک فرد قابل تعدیل است. در نتیجه در این بیماران نیز با حفظ سطح کراتینین در حد مطلوب و اطمینان از کفایت دیالیز می‌توان تا حدی کیفیت زندگی را افزایش داد. از طرف دیگر با شناسایی مکانیسم‌های مقابله‌ای این بیماران و تقویت آن می‌توان سازگاری این گروه را افزایش داده و رضایت از زندگی این بیماران را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی - پیوند کلیه - همودیالیز

مقدمه

بیماری مرحله انتهایی کلیه‌ها End Stage Renal Disease (ESRD) وضعیتی غیر قابل درمان است که همراه با فقدان غیر قابل برگشت عملکرد کلیه می‌باشد (۱،۲). زمانی که به علل مختلف بیش از ۹۵٪ از نسج کلیه تخریب گردد تجمع سموم در بدن به حدی می‌رسد که بیمار جهت اجتناب از اورمی و عوارض تهدید کننده حیات به طور دایم به یکی از درمان‌های جایگزینی کلیه (همودیالیز یا پیوند کلیه) وابسته می‌شود (۱،۳). در این مرحله نشانه‌های بالینی مانند بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، خونریزی، اختلال حواس و شعور و در پایان تشنج و پریکاردیت روی داده و همزمان افزایش میزان پتاسیم خون، افزایش فشار خون، افزایش حجم مایعات، نارسایی احتقانی قلب و بیماری‌های استخوانی نیز رخ می‌دهد (۴). درمان‌های جایگزینی کلیه (همودیالیز یا پیوند) بیماران را در معرض طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار می‌دهد و در مجموع کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۲،۵). پیوند کلیه بعد جسمانی کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (۶،۷)، اما به علت عوارض داروهای سرکوب کننده ایمنی ممکن است نیاز به مراقبت‌های مداوم پزشکی همچنان وجود داشته باشد و این مساله موقعیت روانی، اقتصادی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲،۶). با وجود افزایش تعداد 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). دیالیز روندی است برای خارج ساختن مایع و فراورده‌های زائد اورمیک از بدن. دیالیز خونی شایعترین روش دیالیز است، با اینکه دیالیز خونی زندگی بیماران را حفظ می‌کند و بر طول عمر آنها می‌افزاید، اما بطور کامل نمی‌تواند وظایف کلیه را انجام دهد و جانشین آن شود (۸). در نارسایی مرحله آخر کلیه (ESRD) درمان نمی‌تواند به عنوان هدف واقعی انتخاب شود، بلکه در اینجا رسیدن به بالاترین حد عملکرد و خوب بودن بیمار مهم است به گونه‌ای که وی توانایی انجام فعالیت‌های روزانه را داشته باشد (۱،۹). بر اساس تعریف سازمان

جهانی بهداشت کیفیت زندگی حالتی از سلامتی کامل فیزیکی، ذهنی و اجتماعی است و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی (۱۰) و می‌تواند تحت تأثیر متغیرهای دموگرافیک و اجتماعی، بیماریها و وضعیت بالینی فرد قرار گیرد (۳،۹) و در عین حال متأثر از تجربه و درک شخص از زندگی باشد (۱۱،۱۲). کیفیت زندگی شاخصی از اثربخشی درمان است (۱۱). کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن با ویژگی‌های فردی آنها ارتباط دارد و در حقیقت به مهارت‌های سازگاری افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی، به آنچه قبلا درباره کنترل خود آموختند 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 (۱۳). در گذشته در ارزیابی مدیریت بیماری، بیشتر به جنبه‌های تکنیکی درمان جایگزینی توجه می‌شد (۱،۳،۷). اما امروزه اندازه‌گیری کیفیت زندگی به منظور ارزیابی خدمات ارائه شده و تأثیر مداخلات درمانی و به دست آوردن اطلاعات جهت برنامه ریزی و ارائه خدمات حرفه‌ای مناسب به این بیماران صورت می‌گیرد (۱۴،۱۳،۱۵،۱۶). در دهه‌های اخیر سلامتی مفهومی وسیع تلقی می‌شود لذا امروزه در اندازه‌گیری سلامت در نظر داشتن ابعاد چندگانه سلامتی و به بیان دیگر کیفیت زندگی بیش از پیش مطرح گردیده و اندازه‌گیری آن به عنوان پیامدی از سطح سلامت در حوزه علوم سلامت کاربرد گسترده‌ای یافته است.

جمعیت بیماران دچار نارسایی کلیه در ایران ۳۲۰ هزار نفر است که ۴۹٪ این بیماران از روش درمانی پیوند کلیه، ۴۸٪ از روش دیالیز خونی و ۳٪ از روش دیالیز صفاقی استفاده می‌کنند (۱۵). با توجه به تلاش‌های فراوانی که برای پیشگیری از ESRD شده و باعث کاهش مورتالیتی و موربیدیتی این بیماران شده، تعداد این بیماران در کشور در حال افزایش است. تخمین زده می‌شود که تعداد بیماران دچار نارسایی کلیه در سال ۱۳۹۰ به ۴۰۰۰۰ نفر برسد (۱۶).

به نظر می‌رسد اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی و پیوندی، می‌تواند اطلاعات با ارزشی برای

باشد، مانند انواع معلولیت‌ها، بیماری‌های ناتوان کننده مانند MS انواع سرطان‌ها (۸)، نداشتن شرایط خاص مانند اعتیاد به مواد مخدر یا الکل (بر اساس خود ابرازی بیمار)، افرادی که به طور مرتب هفته‌ای ۲ بار همودیالیز می‌شوند، مدت دیالیز بیش از ۳ ماه و داشتن رضایت؛ تعداد ۶۰ نفر وارد مطالعه شدند و متناسب با آن از بین بیماران پیوندی که بیش از ۱ سال از پیوندشان می‌گذرد و جهت ورود به مطالعه رضایت داشتند با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۶۰ نفر انتخاب شدند. به این صورت که لیستی از اسامی بیماران پیوند شده واجد شرایط تهیه شد سپس به هر کدام از اسامی یک کد داده شد. در مرحله بعد از هر بیمار همودیالیزی خواسته شد عددی بین ۱ تا ۲۲۳ را انتخاب کند. عدد انتخاب شده از لیست حذف نمی‌شد و هر بار مجدداً شانس انتخاب داشت. در صورت انتخاب مجدد از بیمار خواسته می‌شد عدد دیگری را انتخاب کند. این کار آنقدر ادامه یافت تا تعداد ۶۰ بیمار پیوند کلیه شده واجد شرایط به دست آمد.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد SF36 است که از دو قسمت تشکیل شده، بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم ۱۱ سوال که به بررسی جنبه‌های مختلف سلامت مرتبط با کیفیت زندگی می‌پردازد. این جنبه‌ها عبارتند از: بررسی عملکرد اجتماعی، محدودیت ایجاد شده در نقش به علت مشکل جسمی، درد، سلامت روانی، محدودیت ایجاد شده در نقش به علت مشکلات عاطفی و درک کلی از سلامت عمومی. سؤالات با مقیاس لیکرت درجه بندی شد که امتیاز بیشتر نشان دهنده وضع مطلوب‌تر است (۱۷، ۶، ۲، ۱). روایی و پایایی ترجمه فارسی پرسشنامه در سال ۱۳۸۴ در مطالعه Montazeri و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸). پرسشنامه در بین بیمارانی که جهت انجام دیالیز به مراکز همودیالیز شهر کرمان مراجعه می‌کردند و همچنین بیمارانی که پس از پیوند کلیه جهت انجام امور پاراکلینیک و گرفتن دارو به مرکز بیماری‌های خاص کرمان مراجعه می‌کردند توزیع شده است و پس از توضیح روش و هدف مطالعه و جلب رضایت از آنها خواسته شد به سؤالات پاسخ دهند. نتایج

برنامه‌ریزی مراقبت در این گروه بیماران عرضه کند. در مطالعات انجام شده در سایر کشورها با استفاده از پرسشنامه SF36 کیفیت زندگی بیماران پیوندی بالاتر از بیماران همودیالیزی گزارش شده است (۵، ۶). در مطالعه Fujisawa و همکاران در ژاپن بیماران پیوندی نمرات بالایی در عملکرد جسمی، درد، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی کسب کردند و به طور کلی کیفیت زندگی ذهنی بیماران پیوند شده بالاتر از بیماران همودیالیزی بود (۶). Sayin و همکاران در آنکارا تفاوت آماری مهمی بین بیماران پیوندی و همودیالیزی در حیطة شادابی را گزارش کرد (۱). به گزارش Overbeck و همکاران، پرسشنامه SF36 تفاوت‌های معنی‌داری را در ۴ بعد در دو گروه پیوندی و همودیالیزی نشان داد. دریافت‌کنندگان کلیه عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمی بهتری داشتند (۷). اما در مطالعه انجام شده در ایران و در شهر تهران کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بالاتر از بیماران پیوندی گزارش شده (۱۲). با توجه به این تفاوت در نتایج ذکر شده و کمبود مطالعات مرتبط در کشور، این مقاله با استفاده از پرسشنامه SF36 کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه را در شهر کرمان بر اساس اطلاعات دموگرافیک مقایسه می‌نماید.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی-تحلیلی با هدف تعیین سطح کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه و مقایسه آن بر اساس خصوصیات دموگرافیک انجام شد. جمعیت مورد مطالعه تمام بیماران مراجعه کننده به مراکز همودیالیز شهر کرمان (به طور متوسط ۱۱۰ نفر) و بیماران پیوند کلیه شده مراجعه کننده به مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان می‌باشد. نمونه‌گیری شامل دو قسمت است؛ از بین کل جمعیت بیماران همودیالیزی بر اساس معیارهای ورود به مطالعه: سن بالای ۱۸ سال و کمتر از ۷۰ سال، نداشتن بیماری مزمن دیگر (بیماری مزمن به عنوان یک وضعیت طبیی یا مشکل سلامتی تعریف می‌شود که با نشانه‌ها یا ناتوانی‌هایی همراه است که به اداره طولانی سه ماه یا بیشتر و ممکن است به دلیل بیماری‌های مادرزادی یا آسیب

پرسشنامه با استفاده از نرم افزار SPSS15 تجزیه و تحلیل شد. جهت تعیین سطح کیفیت زندگی از آمار توصیفی و برای مقایسه از آزمون T test و ANOVA و برای مقایسه دو گروه از نظر جنس، سطح تحصیلات، محل سکونت، شغل و وضعیت تأهل از آزمون مجذور کای استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش جمعاً ۱۲۰ بیمار (۶۰ نفر پیوندی و ۶۰ نفر همودیالیزی) مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی بیماران

همودیالیزی $44/28 \pm 14/55$ سال (حداقل ۱۹ و حداکثر ۶۸ سال) بود و میانگین سنی بیماران پیوندی $39/68 \pm 12/93$ سال (حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۵ سال) بود. که تفاوت معنا داری از نظر سنی بین دو گروه وجود نداشت ($p \geq 0/05$). همچنین از نظر جنس و وضع تاهل و میزان تحصیلات تفاوت معنا داری دیده نشد ($p \geq 0/05$) (جدول ۱)، اما از نظر محل سکونت و شغل اختلاف آماری در بین دو گروه وجود داشت ($p \leq 0/05$).

جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک بیماران همودیالیزی و پیوندی شهر کرمان در سال ۸۸-۱۳۸۷

P	پیوند کلیه		همودیالیز		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۱					جنس
	۴۰/۷	۲۴	۵۱/۷	۳۱	زن
	۵۹/۳	۳۵	۴۸/۳	۲۹	مرد
	۱۰۰	۵۹	۱۰۰	۶۰	جمع
۰/۲					تأهل
	۲۸/۸	۱۷	۲۰	۱۲	مجرد
	۷۱/۲	۴۲	۸۰	۴۸	متأهل
	۱۰۰	۵۹	۱۰۰	۶۰	جمع
۰/۰۰۰					شغل
	۱۶	۸	۱۱/۷	۷	بیکار
	۲۰	۱۰	۵	۳	آزاد
	۲۶	۱۳	۵	۳	کارمند
	۸	۴	۲۰	۱۲	بازنشسته
	۲	۱	۱۸/۳	۱۱	از کار افتاده
	۲۸	۱۴	۴۰	۲۴	خانه دار
	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۶۰	جمع
۰/۵					تحصیلات
	۱۵/۵	۹	۲۱/۷	۱۳	بی سواد
	۳۶/۲	۲۱	۴۰	۲۴	خواندن و نوشتن
	۲۷/۶	۱۶	۲۶/۷	۱۶	دیپلم
	۲۰/۷	۱۲	۱۱/۶	۷	دانشگاهی
	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۶۰	جمع
۰/۰۰۰					سکونت
	۲۱/۷	۱۳	۷۵	۴۵	مرکز استان
	۵۸/۳	۳۵	۱۶/۷	۱۰	شهر
	۲۰	۱۲	۸/۳	۵	روستا
	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	جمع

همودیالیزی کمترین نمره مربوط به حیطة شادابی و بیشترین نمره مربوط به حیطة عملکرد فیزیکی و در بیماران پیوندی کمترین نمره در حیطة سلامت عمومی و بیشترین نمره در حیطة محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی است.

میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی $49/83 \pm 17/56$ و بیماران پیوندکلیه $60/95 \pm 16/60$ بود که از نظر آماری اختلاف معنادار وجود داشت ($p \leq 0/05$). اما در سه حیطة عملکرد فیزیکی، درد جسمی و عملکرد اجتماعی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد (جدول ۲). در بیماران

جدول ۲- نمرات حیطة‌های مختلف کیفیت زندگی در بیماران پیوندی و همودیالیزی شهر کرمان در سال ۸۸-۱۳۸۷

P	SD	پیوندکلیه	SD	همودیالیزی	
۰/۲۸۲	۲۷/۲۰	۶۳/۹۱	۲۲/۹۰	۵۷/۹	عملکرد فیزیکی
۰/۰۰۰	۲۱/۶۵	۷۲/۲۵	۲۶/۸۳	۴۸/۷۵	محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی
۰/۱۱۸	۲۶/۵۰	۶۵/۴۰	۲۱/۸۹	۵۵/۶۰	درد جسمی
۰/۰۰۴	۱۹/۳۰	۵۸/۲۵	۱۶/۷۷	۴۸/۶۶	سلامت عمومی
۰/۰۰۰	۲۱/۱۳	۶۱/۹۷	۲۰/۷۹	۴۳/۸۵	شادابی
۰/۲۴۱	۲۵/۸۴	۶۴/۱۸	۲۳/۰۶	۵۶/۸۳	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۰	۲۱/۰۸	۷۱/۲۱	۲۵/۳۴	۴۸/۹۸	محدودیت نقش به علت مشکل روحی
۰/۰۰۱	۱۸/۰۱	۶۶/۹۱	۲۳/۲۰	۵۴/۱۶	سلامت ذهنی

بحث

بود(۴)، با توجه به اینکه یکی از مهمترین عوامل تأثیرگذار روی کیفیت زندگی، سن بیماران می باشد به نظر می‌رسد با توجه به عدم تفاوت معنی‌دار از این نظر، مقایسه کیفیت زندگی دو گروه در مطالعه حاضر قابل اعتمادتر است. دو گروه از نظر شغل و محل سکونت اختلاف معنی‌دار آماری داشتند اما در سایر مشخصات دموگرافیک مانند نسبت جنسی یکسان بودند. در مطالعه Jofar و همکاران و مطالعه انجام شده در ترکیه گروه‌های مقایسه از نظر نسبت جنسی تفاوتی نداشتند (۵،۲۰). Harirchi و همکاران در تهران نمرات کیفیت زندگی هر دو گروه بیماران همودیالیزی و پیوندی را پایین‌تر از جمعیت عمومی گزارش کردند که با نتایج مطالعه حاضر هماهنگی دارد (۱۲). نتایج پژوهش نشان دهنده پایین‌تر بودن کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی نسبت به بیماران پیوندی است. Jofar در اسپانیا، Over beck در آلمان، Ostrowski در آمریکا و دو مطالعه در ترکیه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را پایین‌تر از بیماران پیوندی گزارش کردند (۲۱، ۲۰، ۱۳، ۷). اما در مطالعه انجام شده توسط Harirchi و همکاران در ایران بیماران همودیالیزی کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند (۱۲). البته باید توجه

بر اساس نتایج مطالعه حاضر بیماران پیوندی کیفیت زندگی خود را بالاتر از بیماران همودیالیزی گزارش کردند. اهداف درمانی در بیماران با بیماری مزمن کلیه در طول زمان تکامل یافته است؛ به طوری که در ابتدا هدف تنها حفظ و بقا بیمار بوده، سپس حفظ وضعیت عملکردی، کنترل علائم و کیفیت زندگی تک‌بعدی، ارتقای کیفیت زندگی در ابعاد مختلف و در نهایت حفظ کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی و بیمار محور (۱۹). اگر چه اخیراً مطالعات زیادی نشان داده که پیوند کلیه باعث بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌شود اما مسایل مختلفی مانند جراحی، ترس از پس زدن پیوند، عوارض استفاده از داروهای سرکوب کننده ایمنی و هزینه های ناشی از آن بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر می‌گذارد.

طبق یافته های این پژوهش تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میانگین سنی بین دو گروه وجود ندارد ($P \geq 0/05$) که با مطالعه Sayin و همکاران در آنکارا و Ogutmen و همکاران در استانبول و Fujisawa و همکاران در ژاپن مغایرت دارد (۱۳، ۱۶). همچنین در مطالعه دیگری در ارومیه میانگین سنی بیماران پیوند شده کمتر از بیماران همودیالیز و ۴۲ سال

داشت که بررسی کیفیت زندگی در مطالعه ذکر شده با پرسشنامه SF36 صورت نگرفته و تعداد افراد مورد مطالعه کمتر بودند (۴۰ نفر پیوندی و ۴۰ نفر همودیالیزی).

با استفاده از آزمون t مستقل و مقایسه حیطه های مختلف کیفیت زندگی دیده شد که تنها در سه حیطه عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی و درد تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه وجود ندارد ($p \geq 0.05$). اگرچه درد در بیماران پیوندی کمتر از بیماران همودیالیزی است اما مطالعات زیادی وجود درد شدید استخوانی و عضلانی را در بیماران پیوندی مصرف کننده سیکلوسپورین را نشان دادند که توجیه کننده عدم تفاوت در دو گروه می باشد. درد در بیماران دریافت کننده کلیه هم از نظر درمان و هم فرایند بیماری به روشهای غیر معمول تجربه می شود مانند بیماری استخوان و یا سندرم درد استخوانی که بعد از پیوند شایع است. Nourbala و همکاران به نقل از مونزوگومز و همکاران درد شدید همراه با تورم بافت نرم بدون افیوژن و یا تغییرات وازوموتور را در بین دریافت کنندگان کلیه گزارش کرد (۲۲). Virzi و همکاران رها شدن از دیالیز را عامل بهبود کیفیت زندگی در بیماران پیوند شده بیان کردند، بویژه در زمینه عملکرد فیزیکی، فعالیت اجتماعی و سلامت ذهنی (۱۷). Jofer و همکاران گزارش کردند که رژیم آزادتر و عدم وابستگی به دستگاه پس از پیوند باعث آزادی و اختیار بیشتر و در نتیجه عملکرد اجتماعی بهتر می شود اما از طرف دیگر استفاده از داروهای سرکوب کننده ایمنی و فرآیندهای عفونی و تغییر ظاهر فیزیکی بر این بعد کیفیت زندگی تأثیر می گذارد (۲۰).

در سایر حیطه ها (سلامت عمومی، شادابی، سلامت ذهنی، محدودیت نقش به علت مشکل جسمی، محدودیت نقش به علت مشکل روحی)، بیماران همودیالیزی نمرات کمتری از بیماران پیوندی دریافت کردند ($p \leq 0.05$). طبق مطالعه Fujisawa و همکاران پیوند کلیه محدودیت های عملکرد فیزیکی و اجتماعی را کاهش می دهد (۶). دلایل بهبودی کیفیت زندگی پس از پیوند گوناگون است و نمی توان نقش هر کدام را به طور جداگانه مشخص کرد. افزایش سطوح هماتوکریت و

هموگلوبین و اصلاح آنمی باعث بهبود عملکرد شناختی می شود. علایم اورمیک مانند بی اشتهاپی و اختلال خواب که با دیالیز کاملاً برطرف نمی شود با پیوند کلیه ناپدید می شود (۲۰). مقایسه نمرات کیفیت زندگی در دو گروه مطالعه نشان داد اختلاف آماری چشمگیری بین سنین مختلف وجود دارد و با سایر مطالعات انجام شده همخوانی دارد (۹،۱۸،۲۲،۶،۷).

Fujisawa به نقل از Pinter بیان می کند که با استفاده از پرسشنامه SF36 مشخص شد که بیماران پیوندکلیه به طور بالقوه توانایی کسب سطوح کیفیت زندگی مشابه جمعیت عمومی را دارند (۶). در این مطالعه بیشترین نمره کیفیت زندگی بیماران پیوندی ۹۵ و میانگین ۶۰/۹۵ است که طبق مطالعه Montazeri و همکاران به جمعیت عمومی نزدیکتر است (۱۸).

بر اساس نتایج این پژوهش مشخص شد که مقایسه کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی بر اساس سن، وضع تأهل، شغل و تحصیلات تفاوت آماری معنی داری دارد، اما در بیماران پیوندکلیه این تفاوت در وضعیت تأهل وجود نداشت. در مطالعه Sayin و همکاران بهبود کیفیت زندگی پس از پیوند تنها در حیطه شادابی دیده شد که ممکن است به علت تفاوت حجم نمونه و اختلاف زیاد تعداد دو گروه مورد مطالعه باشد (۷۵ همودیالیزی و ۲۰ پیوندکلیه) (۱). در مطالعه ای در ترکیه بیماران ازدواج کرده کیفیت زندگی بهتری را نشان دادند در ایران احتمالاً به علت تفاوت فرهنگی و زندگی با خانواده تفاوت معنی داری بین بیماران مجرد و متأهل وجود نداشت. توجه به این نکته مهم است که بیماری به تنهایی نظر فرد را در مورد کیفیت زندگی تعیین نمی کند بلکه عوامل زیادی مانند سن، جنس، تحصیلات نقش مهمی در درک از کیفیت زندگی دارند (۱۳). کیفیت زندگی بیماران کلیوی به طور وسیعی تحت تأثیر عوامل مختلف مانند سطوح هماتوکریت، هموگلوبین، آلومین و عملکرد کلیه پیوندی می باشد (۲۱). که در این مطالعه در نظر گرفته نشد و پیشنهاد می شود به منظور بررسی دقیق تر موضوع در پژوهش های بعدی لحاظ شود.

به طور کلی نتایج این تحقیق حاکی از آن است که بیماران پیوند کلیه از کیفیت مطلوب تری نسبت به بیماران همودیالیزی

این اقدامات قبلاً بررسی شده و در منابع قابل دسترسی می‌باشد. اما پژوهش در این زمینه می‌تواند به اقدامات بیشتر و موثرتری برای ارتقای کیفیت زندگی مددجویان کمک کند. علاوه بر این جستجوی راه‌هایی برای بهره‌مندی تعداد بیشتری از بیماران همودیالیزی از پیوند کلیه می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها منجر شود.

سپاسگزاری

بدینوسیله نهایت تشکر و سپاسگزاری خود را از بیماران و پرسنل محترم بخش همودیالیز بیمارستان شفا و مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان که ما را در جمع‌آوری اطلاعات یاری کردند اعلام می‌داریم.

برخوردار هستند اما به علت جوانتر بودن جمعیت این گروه در این مطالعه نسبت به بیماران همودیالیزی و ارتباط معنی‌دار بین سن و کیفیت زندگی، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی دو گروه مقایسه از این نظر همسان شوند.

یافته‌های این مطالعه می‌تواند این کاربرد مهم را در پرستاری داشته باشد که در مطالعات، آموزش‌ها و مراقبت‌ها به توسعه کیفی مراقبت‌ها که مستقیماً با افزایش کیفیت زندگی مربوط می‌شود توجه بیشتری معطوف گردد. به نظر می‌رسد دستیابی به راه‌هایی که بتواند کیفیت زندگی بیماران نارسایی مزمن کلیه به خصوص آن گروه که تحت درمان با همودیالیز هستند را افزایش دهد یکی از اولویت‌های مراقبت پرستاری است. طبیعی است که بخشی از

منابع:

- 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- Safi Zadeh H, Garoosi B, Afsharpoor S. *Quality of life in hemodialysis patients*. Payesh J 2005;(5): 29-35.
- 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- Zakeri Moghadam M, Ali Asghar Poor A. *Critical care nursing in CCU, ICU units*. Tehran: Andishe Rafie; 2007.p. 292-300.
- 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, Isotoni S, Higuchi A, Nagano S, et al. *Assessment of health-related quality of life in renal transplantation and hemodialysis patients using the SF-36 health survey*. Urology 2000; 56(2): 201-6.
- 7- Overbeck I, Bartels M, Decker O, Haems J, Hawss J, Fangmanh J. *Changes in quality of life after renal transplantation*. Transplant Proc 2005; 37(3): 1618-21.
- 8- Smeltzer SC, Bare BG. *Bruner & Suddarth text book of medical surgical nursing*. 10th ed. Lippincott Williams Wilkins 2003; 1272-1361.
- 9- Lazzaretti CT, Carvalho JGR, Mulinari RA, Rasia JM. *Kidney transplantation improves the multidimensional quality of life*. Transplant Proc 2004; 36(4): 872-3.

- 10- Shrestha A, Shrestha A, Valance C, Mckane WS, Shrestha BM, Raftery AT. *Quality of life of living kidney donors: a single-center experience*. Transplant Proc 2008; 40(5): 1375-7.
- 11- Lee SY, Lee HJ, Kim YK, Kim SH, Kim L, Lee MS, et al. *Neurocognitive function and quality of life in relation to hematocrit levels in chronic hemodialysis patients*. J Psychosomatic Research 2004; 57(1): 5-10.
- 12- Harirchi A, Rasooli A, Montazeri A. *Comparison quality of life in hemodialysis patients and kidney transplanting patients*. Payesh J 2004; 3(2): 117-21.
- 13- Ogutmen B, Yildirim A, Sever MS, Bozfakioglv 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.
- 14- Bilgic A, Akgul A, Sezer S, Art Z, Ozdemir FN, Haberal M. *Nutritional status and depression, sleep disorder, and quality of life in hemodialysis patients*. J Ren Nutr 2007;17(6): 381-8.
- 15- Ghaffari A. *Seminar of kidney transplantation report*. Mohandesi Pezeshki 2008;6(65):73.
- 16- Zahedi F, Larijani B. *Iranian model of kidney transplantation and approaches to ethical reinforcement*. Iranian Journal of Diabetes and lipid Disorders 2007; 7(24):63-75.
- 17- Virzi A, Signorelli MS, Veroux M, Giammaresi G, Maugeri S, Nicoletti A, et al. *Depression and quality of life in living related renal transplantation*. Transplant Proc 2007; 39(6): 1791-3.
- 18- Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninya M. *Translate and determine the validity and reliability of such questionnaires Persian SF36*. Payesh J 2005; 5(1): 49-56.
- 19- Unruh ML, Hess R. *Assessment of health-related quality of life among patient with chronic kidney disease*. Advances in Chronic Kidney Disease 2007;14(4): 345-52.
- 20- Jofer R, Lopeza-Gomez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D, Valderrábano F. *Changes in quality of life after renal transplantation*. American J kidney Dis 1998; 32(1):93-100.
- 21- Ostrowski M, Wesolowski T, Makar R, Bahatyrewicz R. *Changes in patients quality of life after renal transplantation*. Transplant Proc 2000; 32(6): 1371-4.
- 22- Nourbala MH, Hollisaaz MT, Nasiri M, Bahaelloo-Horeh S, Najafi M, Araghizadeh H, et al. *Pain affects health-related quality of life in kidney transplantation recipients*. Transplant Proc 2007; 36(4):1126-9.