مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۳، شماره ۱، بهار ۱۳۸۹
صفحات: ۱۹ تا ۲۲

مقایسه کیفیت زندگی بیماران دیالیزی و پیوند کلیه

علی طیبی* MSc، سیدحسین سلیمی[۱] PhD، حسین محمودی[۲] MSc، سید داود تدریسی[۲] MSc

*دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران

[۱]مرکز تحقیقات فیزیولوژی ورزش، دانشگاه علوم پزشکی‌بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران

[۲]دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: در درمان‌های جایگزین کلیه، هدف تنها طولانی‌کردن زندگی و حفظ سلامتی نیست، بلکه حفظ و ارتقای کیفیت زندگی نیز مدنظر است. این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه میزان کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقایسه‌ای مقطعی روی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه مراجعه‌کننده به یکی از بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۷ انجام شد. ۷۶ بیمار دیالیزی و پیوند کلیه به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه SF-36 استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 15 و آزمون‌های آماری تی زوجی، تی مستقل و آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: رضایت از وضعیت اقتصادی، خانواده و شغل (۱=خیلی‌راضی تا ۵=خیلی‌ناراضی) به‌ترتیب برای گروه دیالیزی ۳/۲۰ (رضایت نسبی)، ۲/۳۴ (راضی) و ۱/۳۶ (خیلی‌راضی) و برای گروه پیوند کلیه ۲/۷۵ (رضایت نسبی)، ۲ (راضی) و ۳/۱۰ (رضایت نسبی) بود. در مورد کیفیت زندگی، دو گروه در حیطه سلامت عمومی (p=۰/۰۰۴) و نمره سلامت جسمی (p=۰/۰۱) با یکدیگر تفاوت معنی‌دار داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به کسب نمره بهتر و معنی‌دار، گروه پیوندی از کیفیت زندگی بهتری در حیطه‌های سلامت عمومی و نمره کلی سلامت جسمانی نسبت به گروه دیالیزی برخوردار هستند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، همودیالیز، پیوند کلیه

Comparison of quality of life in haemodialysis and renal transplantation pateints

Tayyebi A.* *MSc*, **Salimi S. H.**[1] *PhD*, **Mahmoudi H.**[2] *MSc*, **Tadrisi S. D.**[2] *MSc*

*Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[1]Exercise Physiology Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: In renal replacement therapies, increaseing the life expectancy and keeping health is not the only goal, rather it involves keeping and increasing quality of life. The aim of this study was to measure and compare the quality of life in renal transplantation and haemodialysis patients.

Methods: This descriptive-analytical study performed on renal transplantation and haemodialysis patients reffered to one of the Tehran city hospitals in 2008. 76 haemodialysis and renal transplantation patients were selected by purposeful sampling method. For data collection, demographic and SF-36 questionnaires were used. Data was analyzed by SPSS 15 software and paired T-test and ANOVA with repeated measures methods.

Results: Economic, family and job satisfaction (1=very satisfied; 5=very unsatisfied) for haemodialysis patients were 3.2 (relative satisfied), 2.34 (satisfied) and 1.36 (very satisfied) and for transplantation patients were 2.75 (relative satisfied), 2 (satisfied) and 3.10 (very satisfied), respectively. Two groups had significant differences in quality of life in general health (p=0.004) and physical health (p=0.01).

Conclusion: Transplantation patients with higher score in quality of life in general health and physical health have better life than haemodialysis patients.

Keywords: Quality of Life, Haemodialysis, Renal Transplantation

نویسنده مسئول: علی طیبی. تمام درخواست‌ها باید به نشانی a_t_1344@yahoo.com فرستاده شوند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۷/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۹

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-04]

مقدمه

بیماری‌های مزمن کلیوی از جمله بیماری‌هایی هستند که نه‌تنها سلامت جسمی بلکه ابعاد دیگر سلامتی را نیز به مخاطره می‌اندازند؛ از این‌رو، برنامه‌ریزی جامع و بازتوانی این بیماران اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. در حال حاضر این بیماران در صورت عدم دریافت موفق کلیه، با استفاده از روش‌های نوین درمانی از جمله 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 تاثیر قرار می‌دهد.

دفع مواد زاید، تنظیم دقیق مایعات و ترکیبات شیمیایی، ترشح برخی از هورمون‌ها و فعال نمودن ویتامین D از جمله فعالیت‌های کلیه‌ها در بدن هستند. اما زمانی که در اثر بیماری‌های مختلف بیش از ۹۵٪ نسج کلیه تخریب شود، تجمع سموم در بدن به حدی می‌رسد که ادامه حیات بدون استفاده از دیالیز یا پیوند کلیه مقدور نخواهد بود [۱].

وضعیت سلامت عمومی دریافت‌کنندگان کلیه عموما بهتر از بیماران تحت دیالیز بوده و احتمال اشتغال به کار و شروع فعالیت‌های عادی روزانه نیز در آنها بیشتر است. لیکن با توجه به هزینه‌های سنگین پیوند کلیه و عدم اطمینان کامل از موفق بودن پیوند، هنوز تعداد زیادی از بیماران کلیوی تحت درمان مستمر با همودیالیز قرار دارند که طبیعتا مشکلات گوناگون جسمانی، روانی و اجتماعی برای آنها به‌وجود می‌آید [۲]. بیمار تحت درمان با همودیالیز با هزینه‌های مختلف درمان و رفت‌وآمد به مراکز درمانی مواجه است که الزاما از بودجه خانوار کسر می‌شود. در ضمن، به‌دلیل دیالیز مستمر موقعیت شغلی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری از این افراد دست‌خوش تغییر می شود. از آن‌جایی‌که معمولا دریافت‌کنندگان کلیه نیز دوره‌های درمانی همودیالیز را طی نموده‌اند، از تاثیر آن بر کیفیت زندگی خود مصون نمانده‌اند. نارسایی مزمن کلیوی و درمان‌های آن موجب بروز مشکلات عمده‌ای در فعالیت‌های مفید و علایق بیمار می‌شود که این مشکلات به‌طور معنی‌داری با کیفیت زندگی بیماران رابطه دارد [۳]. کیفیت زندگی ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی زندگی افراد را در برداشته و متاثر از تجربه شخص و درک او از زندگی است که با گذشت زمان تغییر می‌کند. هر یک از این ابعاد دارای در دو جنبه ذهنی و عینی قابل اندازه‌گیری است. اگرچه جنبه عینی در توصیف میزان سلامت فرد مهم است، اما انتظارات و دریافت‌های ذهنی فرد است که بیانگر کیفیت زندگی واقعی تجربه‌شده اوست. برخی کیفیت زندگی را در رابطه با سطح خوشحالی و رضایت‌مندی از زندگی، رضایت از خود و احساس فردی بهتر زیستن تعریف می‌کنند [۴، ۵، ۶، ۷]. گروهی نیز کیفیت زندگی را در ابعاد عملکردی و کنترل بیماری و نشانه‌های آن مورد توجه قرار می‌دهند [۸، ۹]. کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن با ویژگی‌های فردی آنها ارتباط دارد و در حقیقت مهارت‌های سازگاری افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی، به آنچه که قبلا درباره کنترل خود آموخته‌اند، بستگی دارد. از این‌رو، پاسخ‌های آنها در رویارویی با شرایط گوناگون زندگی متفاوت است؛ بیماری‌های فیزیکی از موقعیت‌هایی هستند که بر این پاسخ‌ها تاثیر دارند [۱۰]. بیمارانی که زندگی را با ناتوانی مزمن سپری می‌کنند، نیاز به حمایت‌های گوناگون به‌خصوص دریافت خدمات از جانب متخصصان سلامت روانی و اجتماعی دارند. با توجه به مطالب عنوان‌شده، این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه میزان کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه به انجام رسید.

روش‌ها

این مطالعه از نوع علمی- مقایسه‌ای است که به‌روش مقطعی روی بیماران تحت درمان با همودیالیز و دریافت‌کنندگان کلیه مراجعه‌کننده به یکی از بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۷ انجام شد. نمونه‌گیری به‌روش مبتنی بر هدف به‌عمل آمد و ۴۳ بیمار همودیالیزی و ۳۳ دریافت‌کننده کلیه انتخاب شدند. کلیه بیماران بالاتر از ۱۸ سال که مشکلات روحی- روانی جدی نداشته و برای شرکت در این مطالعه رضایت داشتند و از شروع دیالیز آنان حداقل ۶ ماه گذشته بود و بیماران پیوند کلیه که حداقل ۲ ماه از پیوند آنها گذشته بود وارد مطالعه شدند.

داده‌های مورد نیاز از طریق پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، گروه خونی، مدت ابتلا به بیماری ESRD، نوع و مدت زمان درمان جایگزینی قبلی، نوع دهنده و نیز مدت زمان پیوند) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی SF-36 جمع‌آوری شد. این ابزار توسط *منتظری* و همکاران در ایران بومی‌سازی شده و آلفای کرونباخ آن ۰/۶۵ گزارش شده است.

با مراجعه به مراکز دیالیز، پرسش‌نامه به بیماران دیالیزی ارائه شد که چنانچه تمایل و نیز توانایی نوشتن داشتند، شخصا آن را پر می‌کردند و اگر توان نوشتن نداشتند، پرسشگر از آنان سئوال می‌کرد و خود پرسش‌نامه را پر می‌کرد. در مورد بیماران پیوند کلیه، به درمانگاه‌ها و مطب پزشکان جراح مراجعه شد و پرسش‌نامه‌ها توسط بیماران پر شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 15 و آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی (تی زوجی، آنالیز واریانس اندازه‌گیری تکراری و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

میانگین سنی بیماران همودیالیزی ۵۴ سال با انحراف‌معیار ۱۴/۷۹ و بیماران پیوندی ۳۳ سال با انحراف‌معیار ۱۵/۵۳ بود. ۳۳ نفر از نمونه‌های مطالعه زن و ۵۹ نفر متاهل بودند.

فراوانی نسبی بیماران به تفکیک سطح و ابعاد رضایت‌مندی در جدول ۱ آمده است. همان‌طور که مشخص است در رابطه با میزان رضایت شغلی اکثر افراد از رضایت‌مندی خوب برخوردار بودند.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-04]

جدول ۱) فراوانی نسبی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در هر دو گروه (کل جامعه مورد پژوهش)

سطح رضایت‌مندی← ابعاد↓	خوب	متوسط	ضعیف
اقتصادی	٪۲۸/۴	٪۳۶/۹	٪۳۲
خانوادگی	٪۳۰/۲	٪۳۵/۸	٪۳۴
شغلی	٪۴۷/۸	٪۱۹/۶	٪۳۲/۶
راحتی در خانه	٪۲۶/۴	٪۳۷/۷	٪۳۵/۹

با توجه به اینکه نمره پایین‌تر نشانگر رضایت بیشتر است، در مقایسه نمره رضایت‌مندی دو گروه، بیماران پیوندی از سطح رضایت شغلی کمتری برخوردار بودند و رضایت از وضعیت اقتصادی بیماران پیوندی بهتر بود؛ ولی رضایت خانوادگی هر دو گروه در حد متوسط بود (جدول ۲).

جدول ۲) سطح رضایت‌مندی دو گروه در ابعاد مختلف

گروه زمینه←↓	شغلی	خانوادگی	اقتصادی
همودیالیزی	۱/۳۶	۲/۳۴	۳/۲۰
پیوند کلیه	۳/۱۰	۲	۲/۷۵

در ابعاد مختلف تفاوت معنی‌داری به‌جز در بعد سلامت عمومی و نمره کلی سلامت جسمانی دیده نشد. در سایر ابعاد تفاوت معنی‌داری بین بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه دیده نمی‌شود (جدول ۳).

جدول ۳) مقایسه نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه

آماره← / حیطه↓	گروه‌ها↓	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
سلامت عمومی	همودیالیزی	۳۸/۸	۲۱/۵	۰/۰۰۴
	پیوندی	۶۰/۴	۱۶/۱	
عملکرد فیزیکی	همودیالیزی	۳۷/۷	۲۶/۲	۰/۱۳
	پیوندی	۵۲/۵	۲۸/۴	
محدودیت‌های حرکتی	همودیالیزی	۲۵	۳۳/۹	۰/۲۸
	پیوندی	۳۷/۵	۳۷/۷	
درد	همودیالیزی	۴۶/۲	۲۶/۶	۰/۷۳
	پیوندی	۴۳/۲	۳۲/۱	
انرژی	همودیالیزی	۴۵/۴	۲۰/۴	۰/۲۱
	پیوندی	۵۳/۸	۲۲/۲	
عملکرد اجتماعی	همودیالیزی	۴۶/۱	۱۳/۶	۰/۲۴
	پیوندی	۵۱	۹/۵	
محدودیت در ایفای نقش عاطفی	همودیالیزی	۳۰/۸	۳۶/۲	۰/۸۱
	پیوندی	۳۳/۶	۴۰/۶	
سلامت روانی	همودیالیزی	۵۵/۵	۲۱/۹	۰/۴۵
	پیوندی	۶۱/۸	۲۱/۹	
نمره کلی سلامت روانی	همودیالیزی	۴۵/۲	۱۶/۹	۰/۲۵
	پیوندی	۵۲/۷	۱۷/۷	
نمره کلی سلامت جسمانی	همودیالیزی	۳۴/۶	۱۷/۴	۰/۰۱
	پیوندی	۵۳/۶	۲۰/۵	

بحث

در مجموع چنین به‌نظر می‌رسد که بیماران پیوندی از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار هستند. هر چند در بعضی مطالعات خلاف این نظریه گزارش شده است [۱۲].

در این مطالعه میانگین کیفیت زندگی در مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان بود که با نتایج مطالعه *وزولووسکی* در لهستان [۱۳]، *فوجی‌ساوا* در ژاپن [۱۴]، *تقی‌زاده* در ارومیه [۱۵] و *وثوقی* [۱۶] در اردبیل که بین دو جنس تفاوت معنی‌داری مشاهده نکرده‌اند، مغایرت داشت. در مطالعه *سایان* در ترکیه این تفاوت معنی‌دار بود، اما میزان کیفیت زندگی در مردان به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای نسبت به زنان پایین‌تر گزارش شده بود [۱۷]. تفاوت بین نمره کل کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تأهل معنی‌دار نبود، اما در ابعاد عملکرد جسمی به نفع افراد متأهل این تفاوت معنی‌دار شد که با نتایج بررسی *وزولووسکی* مغایرت داشت [۱۳]. در این بررسی بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری مشاهده نشدکه با نتایج مطالعه *تقی‌زاده* که با افزایش سطح تحصیلات افزایش معنی‌داری در کیفیت زندگی به‌دست آمده بود، مغایرت، اما با نتایج بررسی *وثوقی* مطابقت داشت [۱۶]. اهمیت موضوع، انجام مطالعات تکمیلی را می‌طلبد. البته شاید نوع ابزار و محیط بر نتایج مطالعات تاثیرگذار بوده و نیاز به ابزار اختصاصی وجود داشته باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به کسب نمره بهتر و معنی‌دار، گروه پیوندی از کیفیت زندگی بهتری در حیطه‌های سلامت عمومی و نمره کلی سلامت جسمانی نسبت به گروه دیالیزی برخوردار هستند. با توجه به هزینه سنگین اقتصادی، اجتماعی و روحی- روانی انجام عمل پیوند کلیه و نتایج مختلف بررسی کیفیت زندگی این بیماران، نیاز به مطالعه بیشتر و یافتن علل احتمالی کاهش سطح کیفیت زندگی این بیماران احساس می‌شود.

منابع

1- Kajbafzade M. Kidney transplantation. Tehran: Health Ministry; 1983. [Persian]
2- Androli A. Essential medicine Sicily (kidney disease). Vahedi S, translator. Tehran: Taymorzadeh Publication; 2002. [Persian]
3- Harirchi M. Comparison of Quality of Life In Hemodialysis And Kidney Transplant Patients. Payesh. 2004;3(2):117-21. [Persian]
4- Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life of hemodialysis patients. Am Aass Anesth J. 1993;5:575-81.
5- Parse RP. Quality of life: The art of human becoming. Nurs Sci Quarter. 1994;17:16-21.
6- Anderson KI, Barchhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. J Adv Nurs. 1999;29:298-306.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-04]

7- Peplau HE. Quality of life: An interpersonal perspective. Nurs Sci Q. 1994;7:10-5.
8- Rukholm E, McGill M. A quality of life index for clients with ischemic hearth disease: Establishing reliability and validity. Rehabil Nurs. 1994;1:12-6.
9- Gotay M. Quality of life assessment in cancer treatment protocols: Research issues in protocol development. J Natl Cancer Inst. 1992;84:575-9.
10- Dodrill CA. Psychosocial problems among adults with epilepsy. Epilepsia1. 1984;2:176-83.
11- Hinds C. Personal and contextual exactor predicting patient reported quality of Newman's assumption. J Adv Nurs. 1990;15:465-62.
12- Evans DR, Cope WE. Manual for the quality of life questionnaire. North Tonawanda: Multi-Health System; 1989.
13-Wesolowski T, Szyber P. A trail of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation Wojciech Rowinski. Annals Of Transplantation. 2003;8(2):48-54.
14- Fujisawa M et al. Assessment of Health related Quality Of Life in transplant and hemodialysis patient using the SF-36 Health survey.Adult Urology.56:201-206.
15- Taghizadeh afshari A, ghareh aghagia SR, kazemi nejad A .The survey of kidney transplantation effect on hemodialysis patients quality of life in Uromieh medical center. Uromieh Med J. 2006;17(3):175-180.
16- Vosughi M , Movahed pour A .Comparison quality of life between hemodialysis and transplant patient in ardebil medical centers. 2009;9,2:171-179.
17- Sayin RM, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplantation Proceedings. 2007;39 : 3047–3053.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-04]