Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4, No. 3, Autumn 2011
Page: 149 - 152

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۴، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۰
صفحات: ۱۵۲ - ۱۴۹

بررسی کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه

افسانه رییسی‌فر[۱] MSc ، علی طیبی[*] MSc، عباس عبادی[۱] PhD، سهیل نجفی[۱] MSc، سعید هاشمی[۱] BSc، مجتبی آسیابی[۱] BSc

۱. دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: در درمان‌های جای‌گزین کلیه، هدف تنها طولانی کردن زندگی و حفظ سلامتی نیست، بلکه حفظ و ارتقای کیفیت زندگی را نیز در بر می‌گیرد. این مطالعه، با هدف «بررسی وضعیت کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه» انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی‌مقطعی در سال ۱۳۸۸ بر روی ۲۲۰ نفر از بیماران پیوند کلیه در شهر تهران، با روش نمونه‌های در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده شامل فرم جمع‌آوری اطلاعات فردی و پرسش‌نامه اندازه گیری کیفیت زندگی (SF-36) است. از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی و نرم افزار SPSS14 برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین کیفیت زندگی در این بیماران ۱۸/۷±۶۰/۶ و بیشترین و کمترین نمره به ترتیب در ابعاد درد ۲۸/۸۴±۶۶/۲۷ و محدودیت در ایفای نقش به دلایل جسمی ۳۶/۹۱±۴۶/۶۷ به دست آمد. بین نمره‌ی کل کیفیت زندگی بر حسب جنسیت، تفاوت معنی‌دار (p=۰/۰۰۱) مشاهده شد اما در بررسی ارتباط سایر متغیرهای جمعیت شناختی و نمره‌ی کل کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد (p>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: در این بررسی، میانگین کیفیت زندگی بیماران اندکی بیشتر از حد متوسط بود که با توجه به هزینه‌های پیوند و تحمیل فشارهای روانی و مالی زیاد بر بیماران و خانواده‌ی ایشان، لزوم شناسایی مسایل و مشکلات پیش روی این بیماران و نیز مسایل مختل کننده‌ی کیفیت زندگی ایشان، بیش از پیش روشن می‌شود.

واژگان کلیدی: پیوند کلیه؛ کیفیت زندگی؛ SF-36

An investigation of Quality of life in Kidney Transplant Patients

Afsane Raiisifar[1] MSc, Ali Tayyebi[*] MSc, Abbas Ebadi[1] PhD, Soheyl Najafi[1] MSc, Saiid Hashemi[1] BSc, Mojtaba Asiyabi[1] BSc

**1. Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Aimes: In renal replacement therapies, the goal is not only prolonging life and maintaining health, but also maintaining and improving the quality of life. This study seeks to "evaluate the quality of life of kidney transplant patients."

Methods: This cross-sectional investigation, which was performed in 2009 in Tehran, studied 220 patients with kidney transplant and was conducted by the method of convenience sampling. Data collection tools include a demographic data collection form and a questionnaire which measured quality of life (SF-36). Data were analyzed log SPSS 14 statistical software and descriptive and inferential statistical tests.

Results: The mean quality of life in these patients was 60.6±18.7, the highest and lowest scores respectively on the pain scale were 66.27±28.84, and working limitations due to physical disabilities were 46.67±36.91. A significant relation was found between the overall quality of life score and gender (p=0.001), However, no significant relation was observed between the overall quality of life score and other demographic variables (p> 0.05).

Conclusion: The patients' average quality of life, in this study, was a bit more than medium. Regarding transplant expenses and psychological and financial pressures on patients and their families, it seems vital to recognize the difficulties and impediments that the patients confront in their lives.

Key words: Kidney transplant; Quality of life; SF-36

* نویسنده مسؤول: علی طیبی، تمام درخواست‌ها باید به نشانی tayyebi.ali@gmail.com فرستاده شوند.

دریافت مقاله:۱۳۸۹/۲/۱۱ پذیرش مقاله:۱۳۸۹/۸/۲۲

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

مقدمه

نارسایی مزمن کلیوی، مرحله‌ی آخر یک اختلال کلیوی پیش‌رونده غیر قابل برگشت است که در آن توانایی بدن برای حفظ تعادل مایع و الکترولیت از بین می‌رود و منجر به اورمی یا ازتمی شود [۱]. جمعیت افرادی که به ESRD مبتلا می‌شوند سالانه شش درصد افزایش می‌یابد و هم اکنون در ایالات متحده‌ی امریکا، چهارصدهزار نفر بیمار مبتلا وجود دارد. در ایران نیز آماری برابر با ۲۵۰۰۰ نفر گزارش شده است [۲]. این بیماران بدون درمان جای‌گزینی کلیه قادر به ادامه حیات نیستند. در پایان سال ۲۰۰۵، در جهان ۱۹۰۰۰۰۰ نفر تحت درمان‌های جای‌گزین قرار داشتند که از این میان ۶۸ درصد تحت درمان با همودیالیز، هشت درصد دیالیز صفاقی و ۲۳ درصد نیز با پیوند به زندگی خود ادامه می‌دهند [۳]. در ایران هم ۵۲/۷ درصد بیماران از همودیالیز و ۴۵/۵ درصد از پیوند سود می‌برند [۴]. با توجه به مسایلی چون وابستگی به دستگاه دیالیز، اضطراب و هزینه‌ی بالا، بیماران اغلب ترجیح می‌دهند به منظور حفظ حیات خود اقدام به پیوند کلیه نمایند. در درمان‌های جایگزین نیز هدف تنها طولانی کردن زندگی و حفظ سلامتی نیست؛ بلکه حفظ و ارتقای کیفیت زندگی را نیز در بر می‌گیرد. کیفیت زندگی یک فاکتور پیش‌گو کننده قوی مرگ در بیماران ESRD است و مهمترین مقیاس برای بیان نتایج و عواقب سلامتی در این بیماران محسوب می‌شود [۵].

سنجش کیفیت زندگی می‌تواند در زمینه‌های تشخیص، پیش‌بینی و ارزیابی رهگشای انجام مراقبت‌ها و شیوه‌های درمانی مؤثر و مفید برای کمک به بیماران مزمن و حتی افراد سالم باشد [۶].

ابزارها و تکنیک‌های مورد استفاده در سنجش کیفیت زندگی بر اساس نوع گروه مورد مطالعه، نحوه‌ی تنظیم پرسش‌نامه و روش کار متفاوت است، اما به طور کلی دو نوع ابزار برای بررسی کیفیت زندگی وجود دارد: الف) ابزارهای عمومی یا ژنریک که در جمعیت های عمومی استفاده می‌شود. ب) ابزارهای اختصاصی بیماری که بر روی ابعادی که بیشتر با یک بیماری با شرایط خاص مرتبط‌اند تمرکز دارند. این دو نوع ابزار مغایرتی با هم ندارند، هر کدام نقاط قوت و ضعفی دارند و در شرایط مختلف مناسب هستند [۷]. ابزارهای عمومی در تعیین تأثیر هر کدام از بیماری‌ها بر کیفیت زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این ابزارها برای مقایسه‌ی میان گروهی و نیز میان مطالعاتی و تعیین تأثیر شرایط مختلف بر کیفیت زندگی بسیار مفید هستند.

یکی از این ابزارها، پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگیِ SF-36 است که استفاده از آن در بررسی‌های کیفیت زندگی در سرتاسر جهان به شدت افزایش یافته است [۸]؛ به طوری که در حال حاضر، یکی از رایج‌ترین ابزارهای عمومی مورد استفاده در جهان است و تا کنون در بیش از دوهزار مقاله منتشر شده است [۸]. این پرسش‌نامه، اولین بار توسط *وار* و *شربون* در سال ۱۹۹۲ تهیه شده است [۹].

این ابزار، اعتبار، پایایی، جامعیت و کوتاهی قابل توجهی دارد و برای کاربردهای خاص بیماران قابل استفاده است. تعداد بی‌شماری از ویرایش‌های تطابق فرهنگی این ابزار وجود دارد و نیز نتایج اعتبارسنجی آن هم در بیماری‌های مزمن مختلف و هم در افراد سالم موجود است [۸].

در ایران نیز این ابزار توسط *منتظری* و همکاران بومی‌سازی شده است [۶]. برخی مطالعات نیز گزارش نموده اند که استفاده از SF-36 در بررسی‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران پیوندی مفید است [۸].

با توجه به مزایای گزارش شده و نیز سهولت استفاده و قابل فهم بودن این ابزار برای بیماران، این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه انجام شد.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، یک بررسی توصیفی‌مقطعی است که با هدف اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه در شهر تهران صورت گرفت است. جامعه‌ی پژوهش را بیماران مراجعه کننده به دو مرکز درمانی و کلینیک پیوند در سطح شهر تهران در سال ۱۳۸۸ دارای شرایط ورود به مطالعه، تشکیل می‌دادند. بیماران کمتر از ۱۵ سال و بالاتر از ۷۵ سال، دارای نقص یا معلولیت جسمی، مبتلا به سایر ناتوانی ها و بیماری‌های مزمن و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و دارای سن پیوند کمتر از سه ماه، از مطالعه خارج می‌شدند. در نهایت ۲۲۰ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزارهای مورد استفاده در این بررسی شامل دو ابزار زیر بود: ۱. فرم جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی که بر اساس اهداف پژوهش تهیه شده و شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، 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 بود. ۲. پرسش‌نامه دیگر مورد استفاده در این پژوهش، ابزار عمومی اندازه‌گیری کیفیت زندگی SF-36 بود. این پرسش‌نامه توسط *منتظری* و همکاران در ایران بومی‌سازی شده و پایایی آن با آلفای کرونباخ به میزان ۰/۶۵ گزارش شده است [۱۰].

داده های جمع‌آوری شده، با استفاده از نرم افزار SPSS14 و شاخص های مرکزی نظیر میانگین (±انحراف معیار) و آزمون های استنباطی تی مستقل برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در متغیرهای دوحالته و از تحلیل واریانس یک طرفه برای مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در متغیرهای بیش ازدو حالت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

بقیه ا... (عج) مورد تایید قرار گرفت. در ضمن قبل از انجام مطالعه پس از توضیح روش و اهداف کار از تمامی بیماران رضایت آگاهانه دریافت شد.

یافته‌ها

از مجموع ۲۲۰ بیماری که مورد مطالعه قرار گرفتند، دو نفر به دلیل نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۲۱۸ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. بیماران مورد مطالعه در فاصله‌ی سنی ۱۵ الی ۷۵ سال قرار داشتند و میانگین سنی ایشان ۲۴±۴۱ سال بود. ۵۸/۷ درصد ایشان را مردها و بقیه را زن‌ها تشکیل می‌دادند و ۷۱/۶ درصد موارد متأهل و بقیه مجرد بودند. در ۸۴/۳ درصد از نمونه‌ها نوع اهدا کننده غیر خویشاوند، ۱۰/۶ درصد جسد و ۵/۱ درصد خویشاوند بود.

میانگین کیفیت زندگی در این بررسی ۱۸/۷±۶۰/۶ به دست آمد. نتایج نمره‌ی کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه به تفکیک ابعاد پرسش‌نامه در جدول نشان داده شده است.

همچنین در این مطالعه، ارتباط بین برخی متغیرهای جمعیت شناختی با میزان کیفیت زندگی بررسی شد، نتایج نشان دهنده‌ی ارتباط معنی‌دار با جنسیت و عدم وجود رابطه‌ی معنی‌دار با سایر متغیرهای جمعیت شناختی بود.

در خصوص رابطه‌ی بین کیفیت زندگی با وضعیت تأهل، هر چند که بین نمره‌ی کل و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری یافت نشد اما این رابطه در حیطه‌ی عملکرد جسم (p=۰/۰۲) معنی‌دار و در حیطه‌ی عملکرد اجتماعی نیز نزدیک به معنی‌دار شدن بود (p=۰/۰۵۴)؛ به طوری که افراد متأهل نمرات بهتری را در این دو حیطه کسب کردند. همچنین با وجود این که بین نمره کل کیفیت زندگی و گروه سنی بیماران ارتباط معنی‌داری یافت نشد اما در ابعاد سلامت عمومی (p=۰/۰۳) و عملکرد جسمی (p=۰/۰۴) این تفاوت معنی‌دار بود؛ به طوری که در گروه سنی کم‌تر از ۲۵ سال وضعیت بهتر بود. همچنین

میانگین نمرات کیفیت زندگی به تفکیک ابعاد پرسش‌نامه (اعداد با تقریب ۰/۰۵ گرد شده‌اند)

ابعاد↓ نمره کیفیت زندگی←	میانگین و انحراف معیار
عملکرد جسمانی	۲۵/۷±۶۵/۶*
سلامت جسمانی	۱۸/۹±۶۰/۹
درد	۲۸/۸±۶۶/۳
سلامت عمومی	۲۱/۲±۶۱
سر زندگی	۲۳/۲±۵۹/۸
نقش اجتماعی	۲۵±۶۴/۶
سلامت روانی	۳۷/۱±۵۴
محدودیت در ایفای نقش به دلایل جسمی	۳۶/۹±۴۶/۷

در بررسی تفاوت نمره کیفیت زندگی بر اساس مدت زمان پس از پیوند با وجود معنادار نبودن نمره‌ی کل، این تفاوت در ابعاد عملکرد فیزیکی (p=۰/۰۳) و تأثیر مشکلات جسمی در ایفای نقش (p=۰/۰۰۹) معنی‌دار بود.

در خصوص تفاوت نمره‌ی کیفیت زندگی با علت زمینه‌ای نارسایی کلیه، بیش‌ترین نمره در بیماران دارای علل انسدادی (۱۲/۷±۷۴/۳) و کم‌ترین نمره در بیماران دارای مشکلات مادرزادی و ارثی (۱۹/۷±۵۴/۳) به دست آمد. در این میان بیماران دیابتی در رتبه‌ی بعدی قرار داشتند (۱۸/۸±۶۴/۷). البته این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود (p=۰/۰۵).

در بررسی ارتباط سایر متغیرها (از جمله محل سکونت، سنوات دیالیز، نوع درمان جای‌گزین قبلی و گروه خونی) با نمره‌ی کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

بیش‌ترین نمره‌ی کیفیت زندگی در این بیماران در بُعد درد و کم-ترین نمره در بُعد محدودیت‌های جسمی در ایفای نقش بود، که تاحدودی با مطالعه‌ی *تانریوردی* در ترکیه که نیز بیش‌ترین نمره در بُعد درد اما کم‌ترین نمره در بعد محدودیت‌های عاطفی در ایفای نقش بود هم‌خوانی داشت [۱۱]. در مطالعه‌ی *فوجی ساوا* در ژاپن، بیش‌ترین و کم‌ترین نمره به ترتیب در ابعاد عملکرد جسمی و سلامت عمومی بود [۸]. با توجه به این که کیفیت زندگی تحت تأثیر عوامل زیادی از قبیل سن، جنس، تحصیلات، اشتغال، بیماری و .... است، در این بخش به ارزش‌یابی روابط برخی از این عوامل با کیفیت زندگی پرداخته می‌شود.

در این مطالعه، میانگین کیفیت زندگی در مردان به طور معنی‌داری بیش‌تر از زنان بود که با نتایج مطالعه‌ی *وزولووسکی* در لهستان [۱۲]، *فوجی ساوا* در ژاپن [۸]، *تقی زاده* در ارومیه [۱۳] و *وثوقی* [۱۴] در اردبیل که بین دو جنس تفاوت معنی‌داری مشاهده نکرده‌اند، مغایرت داشت. در مطالعه‌ی *سایان* در ترکیه این تفاوت معنی‌دار بود اما در مردان به طور قابل ملاحظه‌ای نسبت به زنان میزان کیفیت زندگی پائین‌تر گزارش شده بود [۱۵]. تفاوت بین نمره‌ی 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 [۱۲]. در این بررسی بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه‌ی معنی‌درای مشاهده نشدکه با نتایج مطالعه *تقی‌زاده* که با افزایش سطح تحصیلات افزایش معنی داری در کیفیت زندگی به دست آمده بود مغایرت دارد اما با نتایج بررسی *وثوقی* مطابقت داشت [۱۴].

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که با افزایش سن، کیفیت زندگی، احتمالاً به دلیل شروع فرایند سالمندی و افزایش عوارض بیماری

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]

تنزل می‌یابد، در این مطالعه بیش‌ترین نمره‌ی کیفیت زندگی در گروه سنی کمتر از ۲۵ سال بود. هر چند که از نظر آماری تفاوت معنی‌دار نبود که این نتایج با مطالعات *تقی‌زاده* و *وثوقی* هم‌خوانی [۱۳ و ۱۴] اما با نتایج حاصل از بررسی *فوجی ساوا*، *وزولووسکی* و *سایان* مغایرت داشت [۸، ۱۲ و ۱۵].

با وجود تصورات منفی در خصوص پیوند از جسد در میان عموم مردم، در این مطالعه بین نمره‌ی کیفیت زندگی در سه نوع دهنده تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، بنابراین انجام فرهنگ‌سازی در بین عامه مردم هم در خصوص اهدای اعضا در بیماران مرگ مغزی و نیز مشاوره با افراد برای پذیرش روانی بهترِ عضو از جسد ضروری به نظر می‌رسد.

مطالعات مختلف نشان می‌دهند که با افزایش زمان بیماری و در نتیجه افزایش عوارض بیماری و درمان، کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کند، اما در این مطالعه هر چند که تفاوت آماری معنی‌داری بین مدت زمان پس از پیوند و نمره‌ی کیفیت زندگی یافت نشد اما بیش‌ترین نمره‌ی کیفیت زندگی در گروهی بود که مدت زمان یازده الی پانزده سال از زمان پیوند ایشان گذشته بود. همچنین رتبه‌ی بعدی کیفیت زندگی متعلق به گروهی بود که بیشتر از پانزده سال از پیوند آن‌ها گذشته است که با نتایج مطالعه‌ی *وثوقی* مطابقت دارد [۱۴].

نتیجه گیری

پیوند، یک گزینه‌ی درمانی مهم و قابل اعتماد در درمان‌های جای‌گزین کلیه به شمار می‌رود و بر اساس منابع مختلف با افزایش کیفیت زندگی در این بیماران همراه است. در این بررسی میانگین کیفیت زندگی بیماران، اندکی بیش از حد متوسط بود که با توجه به هزینه‌های پیوند و تحمیل فشارهای روانی و مالی زیاد بر بیماران و خانواده ایشان، لزوم شناسایی مسایل و مشکلات پیش روی این بیماران و نیز مسایل مختل کننده‌ی کیفیت زندگی در ایشان بیش از پیش روشن می‌شود. پیش‌نهاد می‌شود که در یک کار هماهنگ به بررسی مسایل و نگرانی‌های این بیماران در سرتاسر کشور اقدام شود تا با شناسایی این عوامل بتوان در جهت ارتقای کیفیت زندگی که هدف نهایی درمان و مراقبت است برنامه‌ریزی نمود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کسانی که در انجام این مقاله ما را یاری دادند تشکر و سپاس‌گزاری می نمائیم.

References

1. Nasabeh Z, Hazrati M. Medical Surgical Nursing. Tehran. Salami-Jame Negar. 2008. [Persian]
2. Ghods A, Savaj Sh. Iranian model of paid regulated living- unrelated kidney donation. Clin J Am Soc Nephrol. 2006Nov;1(6):1136-45.
3. Grassman A, Gioberge S, Moeller S, Brown G . ESRD patients in 2004:global overview of patient numbers, treatment modalities & associated trends. Nephrol Dial Transplant. 2002;20(12):2587-93.
4. Haghigh AN, Broumand BD, 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.
5. Shu-fen N, Chu A. Quality of life of patient having renal replacement therapy. J Adv Nurs. 2005Jul;51(1):15-21.
6. Rahimi A, Ahmadi F, Gholiaf M. The effect of continues care model applying on Quality in hemodialysis patient. Iran. Univ Med Sci J. 2006;13(52):123-32. [Persian]
7. Fiebiger W, Mitterbauer C, Oberbauer R. Health related Qol outcomes after kidney transplantation. Health Qual Life Outcomes. 2004Jan8;2:2.
8. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, et al. Assessment of Health related Quality of Life in transplant and hemodialysis patient using the SF-36 Health survey. Urology. 2000Aug;56(2):201-6.
9. Kimmel P. Just whose quality of life is it anyway? Controversies and consistencies in measurements of quality of life. Kidney International. 2000; 57(suppl); S113–S120.
10. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research. 2005;14(3):875-82.
11. Tanriverdi N, Ozçürümez G, Colak T, Dürü C, Emiroğlu R, Zileli L, et al. Quality of life and mood in renal transplantation recipients, donors, and controls: preliminary report. Transplant Proc. 2004;36(1):117-9.
12. 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.
13. 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. [Persian]
14. Vosughi M , Movahed pour A .Comparison quality of life between hemodialysis and transplant patient in Ardebil Medical Centers. 2009;9,2:171-179. [Persian]
15. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplant Proc. 2007;39(10):3047-53.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-10-30]