Original Article

بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی بیماران دریافت کننده پیوند کلیه با بیماران همودیالیزی و دیالیز صفاقی شهر کرمان در سال ۱۳۹۱

مهدی امیرخانی[۱]، عصمت نوحی[۲]، حسن جمشیدی[۱]

۱- دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.
۲- دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۴/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۹/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی حالتی از سلامت کامل فیزیکی، ذهنی و اجتماعی است و نه فقط فقدان بیماری. بیماری مرحله انتهایی کلیه و درمان‌های آن کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ لذا مطالعه حاضر به بررسی کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه، همودیالیز و دیالیز صفاقی شهر کرمان در سال ۱۳۹۱ و مقایسه آن بر اساس اطلاعات جمعیتی- شناختی می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی از نوع "تحلیلی- مقایسه‌ای" بر روی۳۳۵ بیمار دیالیزی (۱۵۰بیمار همودیالیزی، ۹۵بیمار دریافت کننده پیوند کلیه و۹۰ بیمار دیالیز صفاقی) در بخش‌های همودیالیز، دیالیز صفاقی و نفرولوژی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۱ انجام شده است.

نتایج: میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی ۱۳/۵۳ ± ۴۴/۹۷، بیماران دیالیز صفاقی ۵/۴۸ ± ۶۵/۷۰ و بیماران دریافت کننده پیوند ۶/۶۸ ± ۷۵/۷۸بوده و از نظر آماری بین این سه گروه تفاوت معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصله، کیفیت زندگی بیماران دریافت کننده پیوند نسبت به سایرین در حد مطلوب‌تری می‌باشد و کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی نسبت به گروه‌های دیگر به طور معنی داری پائین‌تر بود.

کلمات کلیدی: **کیفیت زندگی، بیماران همودیالیزی، دیالیز صفاقی، پیوند کلیه.**

مقدمه

بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی کلیه، مشکلات فراوانی را در زندگی بیماران سالمند و جوان ایجاد می‌کند برای مثال بروز بیماری در زنان جوان ممکن است بچه‌دار شدن، ازدواج، مراقبت از اعضای خانواده و ادامه تحصیل را با مشکلاتی مواجهه کند (۱). نارسایی کلیوی، در سراسر دنیا، یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی محسوب می‌شود و به آسیب موقتی یا دایمی کلیه‌ها اطلاق می‌گردد که منجر به از دست دادن عملکرد طبیعی کلیه‌ها شود (۲). بنا بر گزارش مرکز مدیریت پیوند و بیماری‌های خاص وزارت بهداشت، جمعیت بیماران دچار نارسایی کلیه در کشور ۳۲۰ هزار نفر است که ۴۹٪ این بیماران از روش درمان پیوند و ۴۸٪ از همودیالیز و ۳٪ از روش دیالیز صفاقی استفاده می‌کنند. روند رو به رشد این بیماران در جهان، بیانگر آنست که تعداد بیماران تحت درمان‌های جایگزین، مثل پیوند کلیه، دیالیز صفاقی و همودیالیز نیز رو به فزونی است (۳). دیالیز روندی است برای خارج ساختن مایع و فراورده‌های زائد اورمیک از بدن و هنگامی استفاده می‌شود که کلیه‌ها نتوانند چنین وظیفه‌ای را انجام دهند. دیالیز خونی شایع‌ترین روش دیالیز است. در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه دیالیز خونی از مرگ جلوگیری می‌کند هر چند درمان

*نویسنده مسئول: عصمت نوحی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. تلفن: ۰۳۴۱ -۳۲۰۵۱۷۷
Email: smnouhi@yahoo.com

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2014.4.1.4.2]

کننده بیماری‌های کلیوی نبوده و فعالیت‌های درون ریز و متابولیک کلیه‌ها را جبران نمی‌کند و بیمار در معرض برخی مشکلات و عوارض قرار می‌گیرد (۴).

تعاریف متعددی در رابطه با کیفیت زندگی وجود دارد، سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به محتوای فرهنگی و ارزش سیستمی که در آن زندگی می‌کنند در رابطه با اهداف، استانداردها و نگرانی‌های آن تعریف کرده است. در طب بالینی، بررسی کیفیت زندگی به قضاوت در مورد این‌که کدام جنبه از زندگی بیمار بیشتر تحت تأثیر بیماری قرار گرفته است و همچنین چگونگی برنامه‌ریزی جهت درمان کمک کننده است. نوع درمان در این بیماران بر اساس سن بیمار، بیماری‌های زمینه‌ای، وضعیت اقتصادی و در نهایت تشخیص پزشک معالج انجام می‌گیرد (۵). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت سلامتی حالتی از سلامت کامل فیزیکی، جسمی و روانی است و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی و می‌تواند تحت تاثیر متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی و بیماری‌ها و وضعیت بالینی فرد قرار گیرد و در عین حال متأثر از تجربه و درک شخص از زندگی باشد (۶). مقوله کیفیت زندگی به این دلیل اهمیت دارد که می‌تواند در صورت نادیده گرفتن منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای تلاش و کاهش فعالیت اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی و غیره شده و در ابعاد عمیق‌تر بر توسعه اجتماعی و اقتصادی یک کشور تاثیر بگذارد، به عبارت دیگر با ارتقاء کیفیت زندگی در جهت ارتقاء سلامت گام برداشته‌ایم (۷).

با توجه به تأثیری که بیماری مزمن کلیوی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد می‌گذارد، به نظر می‌رسد سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در ارزیابی اقدامات درمانی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن با اهمیت است. شواهد حاکی از آن است که درمان‌های مختلف مسئول ایجاد تغییرات قابل توجهی در کیفیت زندگی بیماران مزمن کلیوی هستند (۸). در مطالعه‌ای که توسط علی منتظری و همکاران در سال ۸۹ انجام شد بررسی ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در گروه بیماران همودیالیز نسبت به گروه کنترل نشان داد که اختلاف معنی داری از لحاظ عملکرد جسمانی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سرزندگی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی و سلامت روانی بین دو گروه وجود داشته و بیماران همودیالیز وضعیت بدتری داشته‌اند. در مطالعه‌ای که طیبی و همکاران با استفاده از پرسشنامه (KTQ-25) در تهران داشتند، بیماران دریافت پیوند کلیه دارای کیفیت زندگی متوسطی بودند و بیشترین نمرهٔ کیفیت زندگی مربوط به بعد ظاهر و کمترین نمره مربوط به ترس بود (۹).

Ferreira در (۲۰۱۱) همودیالیز را مسئول ایجاد تغییرات قابل توجهی در کیفت زندگی بیماران مزمن کلیوی دانست (۱۰). دی آبریو در ۲۰۱۱ در برزیل، شواهدی ارائه داد که بیماران دیالیز صفاقی و همودیالیز در حوزه‌های مختلف مرتبط با سلامت کیفیت زندگی، تفاوتی با هم ندارند. اگر چه در برخی حوزه‌ها با توجه به سن و داشتن بیماری‌های همراه تفاوت وجود داشت (۱۱). آقاخانی و همکاران در تحقیقی در ارومیه،کیفیت کلی زندگی بیماران همودیالیز را بهتر از بیماران دیالیز صفاقی اعلام کردند و میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در حیطه فعالیت جسمی و سلامت روحی و روانی بالاتر از بیماران دیالیز صفاقی بود (۱۲). ساین و همکاران در سال ۲۰۰۷ به بررسی و مقایسه کیفیت زندگی بیماران دریافت کننده پیوند، بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی با استفاده از ابزار استاندارد پرسشنامه SF36 پرداختند. نمرات کیفیت زندگی بیماران دریافت کننده پیوند در حیطه‌های درد جسمی، محدودیت نقش به دلیل مشکلات روحی و همچنین در حیطه شادابی بالاتر از دو گروه دیگر بود از طرفی در بیماران دیالیز صفاقی نیز در حیطه عملکرد فیزیکی و سلامت ذهنی بالاتر از بیماران همودیالیز بود البته در تمامی ابعاد به جز بعد سلامت ذهنی تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود (۱۳).

با توجه به تفاوت در نتایج ذکر شده و کمبود مطالعات مرتبط در کشور، این مقاله با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی، دیالیز صفاقی و بیماران دریافت کننده پیوند کلیه در شهر کرمان و با استفاده از پرسشنامه SF36 بر اساس اطلاعات دموگرافیک پرداخته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی از نوع"توصیفی– مقایسه ای" با استفاده از پرسشنامه SF36، کیفیت زندگی ۳۳۵ بیمار نارسایی کلیوی شامل: ۱۵۰ بیمار همودیالیز، ۹۰ بیمار دیالیز صفاقی و ۹۵ مورد بیمار دریافت کننده پیوند در شهر کرمان در سال ۱۳۹۱ انجام شد. نمونه مطالعه شامل سه دسته بیماران همودیالیزی، دیالیز

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2014.4.1.4.2]

صفاقی و بیماران دریافت کننده پیوند بودند و حجم نمونه براساس سرشماری تمامی بیماران نارسایی کلیوی شهر کرمان که ۳۷۳ مورد بیمار نارسایی کلیوی مراحل انتهایی تحت مداوا با روش‌های فوق بودند بر اساس معیارهای ورود به مطالعه شامل:سن بالای ۱۸ سال و کمتر از ۷۰ سال، نداشتن بیماری مزمن دیگر، نداشتن شرایط خاص مانند اعتیاد به مواد مخدر یا الکل (بر اساس خود ابرازی بیمار)، افرادی که بطور مرتب هفته‌ای ۳-۲ بار همودیالیز می‌شوند، مدت دیالیز بیش از ۳ ماه و داشتن رضایت جهت ورود به مطالعه (۱۴) انتخاب شده و در نهایت تعداد ۳۳۵ مورد شرایط ورود به مطالعه را داشتند. روند انجام پژوهش از طریق کسب مجوز کتبی از دانشکده و هماهنگی لازم با مراکزآموزشی درمانی تحت پوشش دانشگاه انجام شد و هدف و شیوه انجام پژوهش به بیماران کامل توضیح داده شد همچنین بیماران آگاهانه به مطالعه ورود پیدا کردند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان کاملا محرمانه باقی می‌ماند همچنین در هر مرحله که بیماران رضایت ادامه را نداشتند از مطالعه خارج می‌شدند.

از رایج‌ترین و و جامع‌ترین ابزارهای استاندارد عمومی در زمینه کیفیت زندگی پرسشنامه ۳۶ سؤالی SF36 است که به عنوان یک ابزار استاندارد اندازه‌گیری سطح کیفیت زندگی در سطح بین المللی به کار برده می‌شود. تحلیل‌های روانسنجی نشان داده است که این پرسشنامه ابزاری پایا بوده و ضمن قابلیت کاربرد در فرهنگ‌های مختلف توانایی تفکیک بین گروه‌های مختلف بر اساس سن، جنس، وضعیت اقتصادی—اجتماعی، ناحیه جغرافیایی و نیز وضعیت بالینی را دارا است تعیین روایی و پایایی گونه فارسی SF36 در سال ۱۳۸۴ توسط منتظری و همکاران انجام شد (۱۵) و 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 (۱تا ۵) درجه‌بندی شد که امتیاز بیشتر نشان دهنده وضع مطلوب‌تر است (۱۴).

با مراجعه به مراکز مذکور لیستی از بیماران گرفته شد و پس از مطالعه پرونده این بیماران و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه در نهایت تعداد ۳۳۵ نفر شرایط ورود به مطالعه را داشتند، پس از معرفی به بیماران و جلب رضایت آنها طی زمانی که بیمار به دستگاه متصل است پرسشنامه توزیع و از طریق مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل و در همان روز جمع‌آوری شد همچنین بیماران پیوند شده و بیمارانی که از دیالیز صفاقی استفاده می‌کنند هم طی هماهنگی با مدیریت مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان شماره تماس این بیماران کسب شد و پس از معرفی و جلب رضایت، قرار ملاقات طی روزهایی که بیماران جهت انجام امور پاراکلینیکی خود یا انجام ویزیت به بیمارستان یا مراکز دیگر (کلینیک بعثت، مطب پزشکان) مراجعه می‌کردند گذاشته شد. سپس طی روزهای مشخص شده به مراکز ذکر شده مراجعه و پرسشنامه به افراد تحویل داده شد و توضیحات لازم بیان شد و در صورت تمایل بیمار همان روز پرسشنامه تکمیل و جمع آوری شد، برخی بیماران پرسشنامه را با خود به منزل برده و پس از تکمیل آن طی تماس مجدد پژوهشگر در روز مشخصی جمع‌آوری شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات و پرسشنامه بر اساس دستورالعمل استاندارد حیطه بندی و کدگذاری شد و به هر سؤال نمره مورد نظر داده شد و سپس نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه تحلیل داده‌ها بر اساس اهداف پژوهش با آزمون‌های آماری توصیفی و شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار) توصیف شدند.

به منظور مقایسه نمره کلی کیفیت زندگی بین دو گروه از آزمون پارامتریک t مستقل و برای مقایسه ۸ مقیاس پرسشنامه به ترتیب: شادابی و سلامت عمومی، سلامت روحی، سلامت فیزیکی بر حسب مورد از آزمون t مستقل .Anova و در صورت عدم وجود شرایط از آزمون معادل غیر پارامتریک Mann Whitney V و ... استفاده شد. همچنین برای مقایسه نمرات کیفیت زندگی در هر گروه بر اساس تحصیلات، شغل و .... از آزمون آنالیز واریانس و... استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش میانگین سنی بیماران همودیالیز۱۳/۶۰ ،۵۷/۰۵±، بیماران دیالیز صفاقی ۱۵/۴۳±۵۰/۳۹ و بیماران دریافت کننده پیوند ۱۳/۲۵ ± ۴۱/۴۵ بود که از نظر آماری تفاوت معنی داری از نظر سنی بین سه گروه وجود داشت ($p<0.05$).

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2014.4.1.4.2]

میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران دیالیز صفاقی ۵/۴۸± ۶۵/۷۰، بیماران همودیالیزی ۱۳/۵۳± ۴۴/۹۷ و بیماران دریافت کننده پیوند ۶/۶۸± ۷۵/۷۸ محاسبه شد و در کل بین این سه گروه تفاوت معنی داری وجود داشت ($P\leq 0.05$). نمرات کیفیت زندگی بیماران در حیطه سلامت ذهنی از لحاظ آماری تفاوت معنی داری داشتند ($P=0.014$) اما در سایر حیطه‌ها از نظر آماری تفاوت معنی دار نبود. در بیماران دیالیز صفاقی بیشترین نمره مربوط به محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی و کمترین نمره مربوط به سلامت عمومی بود. در بیماران همودیالیزی کمترین نمره مربوط به سلامت عمومی و بیشترین نمره مربوط به محدودیت نقش به علت مشکل روحی بود همچنین در بیماران دریافت کننده پیوند کمترین نمره مربوط به سلامت ذهنی و بیشترین نمره مربوط به محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی بود که با توجه به انجام عمل پیوند و رهایی از وابستگی به دستگاه‌های همودیالیز همچنین حذف محدودیت‌های رژیم غذایی و فعالیتی و بازگشت فعالانه به جامعه، کسب نمره بالاتر معقولانه به نظر می‌رسد. میانگین نمرات بعد روان کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز، دیالیز صفاقی و بیماران دریافت کننده پیوند، تفاوت معنی داری داشتند. میانگین نمرات بعد جسمی کیفیت زندگی در بیماران همودیالیز، دیالیز صفاقی و بیماران دریافت کننده پیوند نیز تفاوت معنی داری داشت اما بیماران دریافت کننده پیوند دارای کیفیت زندگی بهتری نسبت به بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی بودند. همانطور که بیان شد در بیماران همودیالیزی با توجه به وابستگی شدید به دستگاه‌ها (هفته‌ای سه

جدول ۱ - اطلاعات دموگرافیک بیماران دیالیز صفاقی، همودیالیز و پیوند کلیه شهر کرمان

اطلاعات دموگرافیک		دیالیز صفاقی		همودیالیز		پیوند کلیه	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	زن	۵۰	۵۵/۶	۶۶	۴۴	۴۰	۴۲/۱
	مرد	۴۰	۴۴/۴	۸۴	۵۶	۵۵	۵۷/۹
	جمع	۹۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۹۵	۱۰۰
تاهل	متأهل	۶۹	۷۶/۷	۱۲۶	۸۴	۷۴	۷۷/۹
	مجرد	۲۱	۲۳	۲۴	۱۶	۲۱	۳۱
	جمع	۹۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۹۵	۱۰۰
شغل		۲۶	۲۸/۹	۴۱	۲۷/۳	۲۴	۲۵/۳
	آزاد	۹	۱۰	۱۹	۱۲/۷	۱۸	۱۸/۹
	کارمند	۱۰	۱۱/۱	۶	۴	۱۳	۱۳/۷
	بازنشسته	۷	۷/۸	۳۴	۲۲/۷	۳	۳/۲
	از کارافتاده	۷	۷/۸	۴	۲,۷	۵	۵/۳
	خانه دار	۳۱	۳۴/۴	۴۶	۳۰/۷	۳۲	۳۳/۷
	جمع	۹۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۹۵	۱۰۰
تحصیلات	بی سواد	۲۶	۲۸/۹	۴۵	۳۰	۲۵	۲۶/۳
	خواندن	۳۶	۴۰	۵۷	۳۸	۱۵	۱۵/۸
	دیپلم	۱۹	۲۱	۳۲	۲۱/۳	۳۳	۳۴/۷
	دانشگاهی	۹	۱۰	۱۶	۱۰/۷	۲۲	۲۳/۲
	جمع	۹۰	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۹۵	۱۰۰

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2014.4.1.4.2]

بار و هر بار به مدت ۴ ساعت) و مراجعات مکرر به این مراکز که فعالیت‌های روزمره بیماران را شدیدا مختل نموده است، با رژیم غذایی در بیماران همودیالیزی در برابر بیماران دریافت کننده پیوند توجیه کننده این اختلاف معنی دار در سطوح کیفیت

جدول ۲ . نمرات حیطه های مختلف کیفیت زندگی در بیماران دیالیز صفاق , بیماران همودیالیزی و بیماران دریافت کننده پیوند کلیه شهر کرمان

حیطه های کیفیت زندگی	دیالیز صفاقی	همودیالیز	پیوند کلیه	P-Value
سلامت ذهنی	۵۷/۷۷	۳۹/۶۶	۶۵/۱۳	./۰۱۴
شادابی	۶۰/۳۹	۴۱/۴۲	۶۵/۷۶	./۰۰۰
درد جسمی	۵۷/۲۳	۴۶/۰۶	۷۸/۰۳	./۰۰۰
سلامت عمومی	۴۷/۷۷	۳۷/۰۸	۶۶/۳۱	./۰۰۰
عملکرد فیزیکی	۶۳/۵۴	۴۲/۰۰	۷۳/۱۵	./۰۰۰
محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی	۷۱/۲۲	۵۰/۸۳	۸۹/۸۴	./۰۰۰
محدودیت نقش به علت مشکل روحی	۷۷/۸۵	۴۸/۳۳	۸۰/۳۵	./۰۰۰
عملکرد اجتماعی	۶۱/۱۱	۴۵/۳۳	۸۰/۱۳	./۰۰۰

محدودیت‌های شدید رژیم غذایی، بالا بودن مکرر سطح مواد زائد در خون این بیماران که همگی فاکتورهای مؤثر بر کیفیت زندگی (بطور مستقیم و یا غیر مستقیم) می‌باشند، کسب نتایج پائین‌تر کیفیت زندگی در گروه بیماران همودیالیزی منطقی به نظر می‌رسد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاکی از آن است که بیماران همودیالیزی دارای کیفیت زندگی پائین‌تری نسبت به بیماران دیالیز صفاقی و بیماران دریافت کننده پیوند بودند که یافته فوق با توجه به پیرتر بودن جمعیت بیماران همودیالیز نسبت به دو گروه دیگر (میانگین سنی ۵۷ در بیماران همودیالیز در برابر میانگین سنی ۵۰ در بیماران دیالیز صفاقی و ۴۱ در بیماران دریافت کننده پیوند) همچنین وجود مشکلاتی همچون وابستگی به دستگاه همودیالیز و مراجعات مکرر به مراکز همودیالیز جهت انجام دیالیز، کاتتریزاسیون‌های مکرر در طول هفته و وجود برخی مشکلات زمینه‌ای در ارتباط با عدم وجود فعالیت‌های متابولیکی کلیه در ارتباط با کم خونی، مشکلات فشار خون و محدودیت‌های مرتبط زندگی این بیماران است که با نتایج مطالعات استانلی و همکاران در لندن (۱۶)، ساتویک و همکاران در هند (۱۷) وثوقی و همکاران در اردبیل (۱۸) همخوانی دارد و با مطالعه آقاخانی و همکاران (۱۲) در ارومیه متناقض است که شاید با تفاوت در حجم کم‌تر نمونه پژوهش ایشان در برابر حجم نمونه ۳۳۵ بیمار در پژوهش حاضر و یا ویژگی‌های بومی و منطقه‌ای و تفاوت‌های فرهنگی و برداشت‌های متفاوت افراد در ارتباط با کیفیت زندگی بر اساس ویژگی‌های فردی، تا حدی توجیه کننده این تناقضات باشد. در این مطالعه با افزایش سطح تحصیلات در هر سه گروه کیفیت زندگی نیز به طور معنی‌داری به لحاظ آماری افزایش یافت که با نتایج تقی‌زاده در ارومیه (۱۹) موافق بوده اما با نتایج وثوقی در اردبیل (۱۸) و طیبی در تهران متناقض است (با توجه به حجم کم نمونه در پژوهش مذکور یعنی مجموعا ۷۵ بیمار نسبت به حجم نمونه پژوهش حاضر یعنی ۳۳۵ بیمار تا حدودی می‌توان گفت نتیجه پژوهش حاضر جامع‌تر و قابل اعتمادتر است). در مطالعه حاضر میانگین نمره ابعاد جسمی و روانی بیماران دریافت کننده پیوند نیز از بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی بالاتر است

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2014.4.1.4.2]

از طرفی نمره ابعاد مذکور در بیماران دیالیز صفاقی نیز نسبت به بیماران همودیالیز بالاتر بود، این درحالی‌ست که مطالعه ملاهادی و همکاران در تهران نیز به نتایج مشابهی در ارتباط با ابعاد روحی منجمله وضعیت اضطراب و افسردگی بالاتر در بیماران همودیالیز نسبت به بیماران پیوندی نشان می‌دهد (۲۲).

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش، کیفیت زندگی در بیماران دریافت کننده پیوند از نظر آماری تفاوت معنی داری با بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی دارد که با توجه به محدودیت-های ایجاد شده بواسطه رفت و آمد جهت انجام اقدامات درمانی در طول هفته و به طبع آن محدودیت‌های شغلی و فعالیتی در بیماران همودیالیزی، از طرفی وجود مشکلات زمینه‌ای از جمله کم خونی، بالا بودن اوره و کراتینین، محدودیت‌های رژیمی، مشکل نوسانات فشار خون، به علاوه بالا بودن میانگین سنی این دسته از بیماران نسبت به بیماران پیوندی، همگی می‌تواند دست به دست هم داده و تا حدی توجیه کننده کاهش چشمگیر کیفیت زندگی بیماران همودیالیز نسبت به بیماران دریافت کننده پیوند باشد؛ لذا با شناسایی مکانیسم‌های مقابله‌ای (از جمله حمایت‌های روحی، آموزش‌های پرستاری مناسب در زمینه رژیم غذایی مناسب و فعالیت‌های بدنی متناسب با شرایط بیمار، در نظر گرفتن تسهیلات رفاهی بیشتر برای این دسته از بیماران از جمله ایاب و ذهاب به مراکز همودیالیز با توجه به مراجعات مکرر ۴-۳ بار در هفته با این مراکز و ...) این بیماران و تقویت آن می‌توان سازگاری این گروه را افزایش داده و رضایت از زندگی این بیماران را نیز ارتقاء داد. بنابراین سزاوار است در برنامه ریزی‌های کلان بهداشتی- درمانی و با توجه به نتایج حاصله جهت بیماران مبتلا به مراحل انتهایی کلیه در راستای برخورداری از پیوند کلیه و به طبع آن ارتقاء چشمگیر در کیفیت زندگی این بیماران گام‌های مؤثری برداشته شود.

تشکر و قدردانی

از پرسنل محترم بخش‌های همودیالیز و دیالیز صفاقی بیمارستان‌های افضلی پور، شفا و مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان و کلینیک بعثت همچنین بخش پیوند بیمارستان افضلی پور و مسئولین بخش‌های مذکور و نیز کلیه بیماران تشکر و قدردانی می‌نمایم. از ریاست محترم بخش پیوند بیمارستان افضلی پور جناب آقای دکتر آزمندیان همچنین پزشک محترم بخش که با اینجانب در جهت تدوین و تکمیل این طرح مساعدت و همکاری نمودند، کمال تشکر وقدردانی دارم.

References

1. Molested S, Prescott L, Heaf J, Eidemak I. Assessment and Clinical Aspects of Health-Related Quality of Life In Dialysis Patients And Patients With Chronic Kidney Disease. Nephron Clin Pract. 2008;106(1):C24-C33.

2. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality Of Life In Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, And Transplantation Patients. Transplant Proc. 2007;39(10):3047-53.

3. Glover C, Banks P, Carson A, Martin CR. Duffy Understanding And Assessing The Impact Of End-Stage Renal Disease On Quality Of Life: A Systematic Review of The Content Validity of Self-Administered Instruments Used To Assess Health-Related Quality Of Life In End stage Renal Disease. Patient. 2011;4(1):19-30.

4. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth Text Book Of Medical Surgical Nursing. 10th ed. Lippincott Williams Wilkins; 2010.P:1242-1295.

5. Najafi M, Ghasemi A, Rezaei F. Quality of Life in Coronary Artery Disease: SF-36 Compared to WHOQOL-BREF. The Journal of Tehran University Heart Center. 2008;3(2):101-106.

6. Larijani B, Zahedi F, Shidfar F. Ethics In Tissue And Organ Transplantation Researches. Iranian Journal of Diabetes And Lipid Disorders. 2008;4(1):83-92.

7. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A. The Effect Of The Empowerment Model on Quality of Life In Adolescents With Diabetes Iranian Journal of Pediatrics. 2011;17(1):81 -90 [Article in Persian].

8. Ferreira RC, Silva Filho CR. Quality of Life of Chronic Renal Patients on Hemodialysis In Marília, SP, Brazil. J Bras Nephrology. 2011;33(2):129-35.

9. Tayebi A, Raiesifar A, Ebadi A, Eynollahi B, Rafiyan Z. Review The Renal Transplantation Patients' Quality of Life By Using Kidney Transplantation Questionnaire

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2014.4.1.4.2]

(KTQ-Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2010;3(3):125-128 .
10. Ferreira RC, Silva Filho CR. Quality of Life of Chronic Renal Patients on Hemodialysis In Marília, SP, Brazil. J Bras Nephrol. 2011;33(2):129-35.
11. De Abreu MM, Walker DR, Sesso RC, Ferraz MB. Health-Related Quality of Life of Patients Receiving Hemodialysis And Peritoneal Dialysis In São Paulo, Brazil: A Longitudinal Study. Value Health. 2011;14(5 Suppl 1):S119-21.
12. Aghakhani N, Nazari R, Sharifnia H, Nhryr B. A Comparative Study of Quality of Life (QOL) Among Patients With Haemodialysis And Peritoneal Dialysis. Gorgan J. 2011;12(2) :4-35.
13. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality Of Life In Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, And Transplantation Patients. Transplant Proc. 2007;39(10):3047-53.
14. Abbaszadeh A, Javanbakhtian R, Salehi SH, Motevasselian M. A comparative study of quality of life among patient with hemodialysis and kidney transplantation. Shaheed Sadoughi J. 2010;18(5) 461-468.
15. 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.
16. Stanley L, Insara S, Khadija M, Sally P. Assessment of quality of life in chronic renal failure and renal Transplant. January . Nephrology Dialysis Transplantatioj. 2008;23(2):1713–1719.
17. Sathvik BS, Parthasarathi G, Narahari MG, Gurudev KC. An Assessment Of The Quality Of Life In Hemodialysis Patients Using The WHOQOL-BREF Questionnaire. Indian J Nephrol. 2008; 18(4): 141-9.
18. Vosughi M , Movahed Pour A .Comparison Quality Of Life Between Hemodialysis And Transplant Patient In Ardebil Medical Centers. Ardabil Univ Med Sci J 2009;9(2):171-179.
19. 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.
20. Ogutmen B, Yildirim A, Sever MS, Bozfakioglv S, Ataman R, Erek E. Health-Related Quality Of Life After Kidney Transplantation In Comparison Intermittent**. Transplantation Proceedings** J.2006 ;38(2):419-421
21. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients . critical care nursing journal. 2009;4(3)153-156

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.22285105.2014.4.1.4.2]

Original Article

The Comparative Survey of Life Quality in Renal Transplant Recipients, Peritoneal Dialysis, and Hemodialysis Patients in Kerman in the Year 2013

Mehdi Amirkhani [1], Esmat Nouhi [2*], Hassan Jamshidi [1]

1- School of Nursing, Fasa University of Medical Science, Fasa, Iran.
2- School of Nursing, Kerman University of Medical Science, Kerman, Iran.

Received: 10 Jul 2013 Accepted: 24 Nov 2013

Abstract

Background & Objective: According to the World Health Organization (WHO) definition, quality of life is a state of complete physical, mental, and social health; not merely the absence of the disease. End stage renal disease and its treatment affect patients' quality of life. Therefore, the present study surveyed the quality of life in renal transplant recipients, hemodialysis, and peritoneal dialysis patients in Kerman in the year 2012. The comparison was based on demographical information.

Materials & Methods: This cross sectional study is an "analytical - comparison" one, which was conducted on 335 dialysis patients (150 hemodialysis patients, 95 renal transplant recipients, and 90 patients of peritoneal dialysis) in Hemodialysis , peritoneal dialysis, and nephrology wards of the educational hospitals of Kerman University of Medical Science in the year 2012.

Results: The mean scores of life quality in hemodialysis patients, peritoneal dialysis patients, and renal transplant recipients were 44.97±13.53, 65.70±5.48, and 75.78 ± 6.68, respectively. There was a significant difference between these three groups.

Conclusion: According to the results, the life quality of renal transplant recipients is better than other groups. Moreover, quality of life in hemodialysis patients was significantly lower than other groups.

Keywords: **quality of life, patients on hemodialysis, peritoneal dialysis, renal transplantation.**

* **Corresponding author: Nouhi Esmat,** PhD of nursing, assistant professor and faculty member of Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
E-mail: Esmat nouhi@yahoo.com
Tel: +983413205177

[Downloaded from jabs.fums.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.22285105.2014.4.1.4.2]