ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی کلیه تحت همودیالیز و پیوند کلیه در مقایسه با افراد سالم

آذر طل[۱]، سیما اسماعیل شهمیرزادی[۲]، منور مرادیان سرخکلایی[۲]، کمال اعظم[۳]

چکیده

مقدمه: نارسایی کلیوی در سراسر دنیا یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی محسوب می‌شود. میزان شیوع این بیماری بالا است و سالیانه حدود ۸ درصد به این میزان افزوده می‌شود. با وجود تلاش‌های بسیار به منظور پیشگیری از بیماری انتهایی کلیه، تعداد این بیماران در کشور در حال افزایش است. بروز بیماری نارسایی مزمن کلیوی و انجام روش‌های درمانی از جمله همودیالیز و پیوند کلیه منجر به تغییر در شیوه زندگی، وضعیت سلامت و ایفای نقش اجتماعی فرد می‌شود که همه این عوامل به نوعی کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین و مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی کلیه تحت همودیالیز و پیوند کلیه در مقایسه با افراد سالم انجام گردید.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مطالعات مورد- شاهدی بود که در آن متغیر کیفیت زندگی، در دو گروه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز و پیوند کلیه مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد سنجش قرار گرفت و گروه شاهد شامل ۲۰۰ نفر از افراد سالم بودند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، از دو بخش متغیرهای فردی و مرتبط با بیماری و پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) تشکیل می‌شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{۱۸}$ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی نظیر آزمون همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران همودیالیزی ۱۶/۹۳ ± ۵۱/۲۵ سال بود، بیماران پیوندی ۱۲/۵۲ ± ۳۸/۵۶ سال و افراد سالم ۱۲ ± ۳۸/۸۳ سال داشتند که تفاوت آماری معنی‌داری بین سه گروه وجود داشت ($P \leq ۰/۰۵$). از نظر جنس و وضع تأهل، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P \geq ۰/۰۵$)؛ اما از نظر تحصیلات و وضعیت اقتصادی ما بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P \leq ۰/۰۵$). میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی ۱۱/۸۰ ± ۴۲/۴۱ و پیوند کلیه ۷/۸۰ ± ۶۶/۰۳ و افراد سالم ۹/۳۶ ± ۵۶/۴۲ بود که از نظر آماری ارتباط معنی‌داری مشاهده شد ($P \leq ۰/۰۵$). بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بیماران پیوند کلیه و کمترین نمره مربوط به بیماران همودیالیزی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان داد که چگونه بیماری انتهایی کلیه (ESRD) و درمان‌های جایگزین، عملکرد اجتماعی، سلامت جسمی، روانی و محیطی بیماران را تحت تأثیر قرار داده بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بیماران پیوند کلیوی نمره کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به بیماران همودیالیزی کسب نمودند که این نشان می‌دهد بیماران پیوند کلیوی قادر به گذراندن زندگی بهتری بعد از عمل پیوند کلیه هستند. به گونه‌ای که در این مطالعه، بیماران پیوند کلیه کیفیت زندگی خود را بالاتر از افراد سالم گزارش نموده‌اند. به نظر می‌رسد یک پیوند کلیه موفق، تأثیر مثبتی بر درک وضعیت سلامتی دارد و چهار دامنه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را بهبود می‌بخشد و به واسطه بالا بردن عزت نفس، حس آزادی را به همراه می‌آورد.

واژه‌های کلیدی: همودیالیز، نارسایی کلیه، پیوند کلیه، کیفیت زندگی.

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۹۰/۳/۲۹ *پذیرش مقاله: ۹۰/۷/۴*

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳- استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: kazam@sina.tums.ac.ir

مقدمه

نارسایی کلیوی، در سراسر دنیا، یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی محسوب می‌شود. نارسایی کلیوی به آسیب موقتی یا دایمی کلیه‌ها اطلاق می‌گردد که منجر به از دست دادن عملکرد طبیعی کلیه‌ها شود. بنیاد ملی کلیه ایالات متحده آمریکا، بیماری مزمن کلیه را به صورت آسیب کلیه یا میزان تصفیه گلومرولی (Glomerular Filtration Rate یا GFR) کمتر از ۶۰ میلی لیتر در دقیقه به ازای ۱/۷۳ متر مربع از سطح بدن به مدت ۳ ماه یا بیشتر تعریف می‌نماید. این اختلال، یک اختلال پیش رونده و برگشت ناپذیر است که در نهایت به اورمی منجر می‌شود (۲-۱). برای درمان نارسایی کلیه درمان‌های محافظتی وجود دارد، در صورت موفقیت‌آمیز نبودن آن راهکارها، به عنوان آخرین راه درمان، در صورت واجد شرایط بودن بیماران بسته به هر مورد، از همودیالیز یا پیوند کلیه استفاده می‌شود (۳). میزان شیوع نارسایی کلیه در جهان ۲۴۲ در یک میلیون نفر جمعیت است و سالیانه حدود ۸ درصد به این میزان افزوده می‌شود (۴).

با وجود تلاش‌های بسیار به منظور پیشگیری از بیماری انتهایی کلیه (End Stage Renal Disease یا ESRD)، تعداد این بیماران در کشور در حال افزایش است، به نحوی که برآورد شده است در سال ۱۳۹۰ تعداد بیماران مبتلا به نارسایی کلیه به ۴۰۰۰۰ نفر می‌رسد (۵). بروز بیماری نارسایی مزمن کلیوی و انجام روش‌های درمانی از جمله همودیالیز و پیوند کلیه، منجر به تغییر در شیوه زندگی، وضعیت سلامت و ایفای نقش اجتماعی فرد می‌شود که همه این عوامل به نوعی کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۷-۶).

کیفیت زندگی مفهومی است که احساس خوب بودن از نظر جسمانی و روانی را در بر می‌گیرد. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر تعریف می‌کند (۱۰-۸). بین کیفیت زندگی و سلامت ارتباط تنگاتنگی وجود دارد، بیماری‌های مزمن بر روی سلامتی و در نهایت کیفیت زندگی تأثیرات نامطلوبی بر جای می‌گذارد (۱۲-۱۱).

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. ارزیابی وضعیت سلامت و ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران کلیوی تحت همودیالیز و پیوند کلیه و مقایسه اطلاعات به دست آمده با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد سالم، به منظور ارتقای آگاهی مسؤولین و مدیران بخش سلامت کشور و شناسایی اقدامات و مداخلات مؤثر در راستای ارتقای کیفیت زندگی آنان امری ضروری می‌باشد؛ از این‌رو مطالعه حاضر با هدف تعیین و مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی کلیه تحت همودیالیز و پیوند کلیه در مقایسه با افراد سالم انجام گردید.

روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعات مورد- شاهدی بود که در آن متغیر کیفیت زندگی، در دو گروه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی تحت درمان با همودیالیز و پیوند کلیه مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران، که هر گروه شامل ۱۰۰ نفر بودند، به عنوان گروه مورد، مورد سنجش قرار گرفت. گروه شاهد شامل ۲۰۰ نفر از افراد سالم بودند که از بین ملاقات کنندگان بیماران در این بیمارستان‌ها انتخاب شدند. افراد واجد شرایط ورود به این مطالعه، بیماران همودیالیزی ثابت و پیوند کلیه مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که بیماری آن‌ها توسط پزشکان متخصص تأیید شده بود. به دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی، بیمارانی که حاضر به شرکت در مطالعه نبودند و یا بیماری روانی تأیید شده داشتند، از مطالعه خارج شدند. پژوهش حاضر با هماهنگی و اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و نیز موافقت مدیریت بیمارستان‌های تابعه این دانشگاه صورت گرفت.

جهت شرکت فعال بیماران، اهمیت موضوع مورد مطالعه

www.mui.ac.ir

و اهداف آن به طور شفاف به افراد توضیح داده شد و به همه شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده، تنها جهت انجام پروژه تحقیقاتی جمع‌آوری شده است و کلیه اطلاعات، نزد محققان به صورت محرمانه محفوظ خواهد شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه از دو بخش متغیرهای فردی و مرتبط با بیماری و پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) تشکیل شد.

در بخش متغیرهای فردی و مرتبط با بیماری، متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، استعمال سیگار، سابقه انجام دیالیز، دفعات دیالیز و وجود آگاهی در رابطه با بیماری مورد پرسش قرار گرفت. پرسش‌نامه اصلی، پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) بود که با ۲۶ سؤال، کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، ارتباط اجتماعی و سلامت محیطی با دقت بالایی اندازه‌گیری می‌نمود.

سؤالات این پرسش‌نامه با مقیاس درجه‌بندی لیکرت ۵ درجه‌ای سنجش می‌شدند، مبنای مقیاس لیکرت از ۱ (خیلی ضعیف) تا ۵ (خیلی خوب) در نظر گرفته شد. هر حیطه، امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ کسب می‌کرد که امتیاز بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر بود. این ابزار می‌تواند رضایت‌مندی بیماران را از زندگی در حالی که تحت تأثیر بیماری قرار دارند، بررسی نماید. روایی و پایایی گونه ایرانی این پرسش‌نامه، توسط نجات و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳). داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{۱۸}$ و توسط آمار توصیفی و استنباطی نظیر آزمون همبستگی Pearson و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰۰ بیمار (۱۰۰ نفر همودیالیزی، ۱۰۰ نفر

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک بیماران همودیالیزی، پیوند کلیوی و افراد سالم مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۹

	همودیالیز		پیوند کلیه		سالم		P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس							
زن	۵۵	۵۵	۵۷	۵۷	۹۱	۴۵/۵	۰/۱
مرد	۴۵	۴۵	۴۳	۴۳	۱۰۹	۵۴/۵	
تأهل							
مجرد	۲۷	۲۷	۳۱	۳۱	۴۷	۲۳/۵	
متأهل	۶۰	۶۰	۶۴	۶۴	۱۴۹	۷۴/۵	۰/۳
بیوه	۱۰	۱۰	۰	۰	۴	۲	
مطلقه	۳	۳	۵	۵	۰	۰	
تحصیلات							
بی‌سواد	۲۵	۲۵	۵	۵	۵	۲/۵	
زیردیپلم	۳۱	۳۱	۳۴	۳۴	۵۶	۲۸	۰/۰۰۱
دیپلم	۳۵	۳۵	۴۹	۴۹	۸۷	۴۳/۵	
تحصیلات دانشگاهی	۹	۹	۱۲	۱۲	۵۲	۲۶	
وضعیت اقتصادی بر حسب درآمد ماهیانه							
کمتر از ۴۰۰ هزار تومان	۶۳	۶۳	۳۴	۳۴	۶۶	۳۳	
بین ۴۰۰ تا ۸۰۰ هزار تومان	۳۳	۳۳	۶۶	۶۶	۱۰۷	۵۳/۵	۰/۰۰۱
بیش از ۸۰۰ هزار تومان	۴	۴	۰	۰	۲۷	۱۳/۵	
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۲۰۰	۱۰۰	

www.mui.ac.ir

پیوند کلیه، ۲۰۰ نفر سالم) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران همودیالیزی، بیماران پیوندی و افراد سالم به ترتیب ۱۶/۹۳ ± ۵۱/۲۵ سال (حداقل ۲۲ و حداکثر ۸۸ سال)، ۱۲/۵۲ ± ۳۸/۵۶ سال (حداقل ۱۱ و حداکثر ۶۲ سال) و ۱۲ ± ۳۸/۸۳ سال (حداقل ۱۸ و حداکثر ۷۸ سال) بود که اختلاف آماری معنی‌داری بین سه گروه مورد مطالعه از لحاظ سنی وجود دارد (P < ۰/۰۵). به گونه‌ای که میانگین سنی بیماران همودیالیزی نسبت به دو گروه دیگر مورد مطالعه بالاتر بود.

همچنین از نظر جنس و وضع تأهل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P < ۰/۰۵)؛ اما از نظر تحصیلات و وضعیت اقتصادی ما بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت (P < ۰/۰۵) (جدول ۱).

میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی ۱۱/۸۰ ± ۴۲/۴۱ و در بیماران پیوند کلیه ۷/۸۰ ± ۶۶/۰۳ و در افراد سالم ۹/۳۶ ± ۵۶/۴۲ بود که از نظر آماری ارتباط معنی‌دار داشت (P < ۰/۰۵). بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بیماران پیوند کلیه و کمترین نمره مربوط به بیماران همودیالیزی بود (جدول ۲).

جدول ۲ نمره کیفیت زندگی را در گروه‌های تحت مطالعه به تفکیک حیطه‌ها نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌گردد در تمام حیطه‌های کیفیت زندگی، اختلاف معنی‌داری در بین گروه‌های تحت مطالعه وجود داشت و در هر سه گروه، کمترین نمره مربوط به حیطه سلامت اجتماعی و بیشترین نمره مربوط به حیطه سلامت محیط بود.

بحث

نارسایی کلیوی در مراحل انتهایی، تأثیر قابل توجهی بر وضعیت و کیفیت زندگی بیمار می‌گذارد، در حالی که در مراحل اولیه ممکن است با نشانه‌هایی همراه باشد که تنها زندگی روزانه را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. درمان‌های جایگزین کلیوی مانند همودیالیز و همچنین پیوند کلیه، شیوه زندگی را تغییر می‌دهد. کیفیت زندگی به یک پیامد مهم پس از شروع درمان جایگزین کلیه تبدیل شده است (۱۴). بنابراین هدف اصلی درمان بیماران کلیوی، بهبود توانایی عملکرد این بیماران می‌باشد، به نحوی که آن‌ها بتوانند از زندگی خود به حد کمال لذت ببرند.

در یکی از اولین ارزیابی‌های کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی که توسط Molzahn انجام شد، تنها یک سوم بیماران تحت همودیالیز از کیفیت زندگی به نسبت مطلوب و قابل قبولی برخوردار بودند (۱۵).

نتایج مطالعه Vazquez و همکاران در بررسی کیفیت زندگی ۱۱۷ بیمار از ۴۳ مرکز اسپانیایی با استفاده از پرسش‌نامه Kdqol-Sf، نشان داد که بیماران همودیالیزی در بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health Related Quality of Life)، امتیاز پایین‌تری داشتند، اما در بعد سلامت روان، امتیاز آن‌ها طبیعی بود (۱۶). Silveira و همکاران ارتباط مثبتی را بین مدت زمان همودیالیز و عملکرد فیزیکی گزارش نمودند، همچنین در این مطالعه بیماران همودیالیزی با سابقه بیش از یک سال همودیالیز، عملکرد اجتماعی مطلوب‌تری داشتند (۱۷). علاوه

جدول ۲: نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی، پیوند کلیه و افراد سالم مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۹

	همودیالیز		پیوند کلیه		افراد سالم		P
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
سلامت جسمانی	۱۲/۴۱	۳/۲۲	۱۸/۱۳	۱/۹۹	۱۴/۷۹	۲/۴۹	P < ۰/۰۵
سلامت روان	۱۰/۶	۲/۹۸	۱۶/۷۲	۲/۲۲	۱۴/۹۷	۳/۰۱	P < ۰/۰۵
سلامت اجتماعی	۵/۹۳	۲/۵۲	۸/۸۸	۱/۲۲	۸/۰۴	۱/۹۰	P < ۰/۰۵
سلامت محیط	۱۳/۴۵	۵/۶۲	۲۲/۹۰	۳/۹۶	۱۹/۰۶	۴/۲۷	P < ۰/۰۵

www.mui.ac.ir

بر این، در مطالعه انجام شده در ایران بین میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و بیماران پیوند کلیه ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت، اما در حیطه‌های عملکرد فیزیکی و اجتماعی، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (۱۸).

نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که چگونه بیماری انتهایی کلیه (ESRD) و درمان‌های جایگزین، عملکرد اجتماعی، سلامت جسمی، روانی و محیطی بیماران را تحت تأثیر قرار داده است.

در پژوهش حاضر، توزیع جنسیتی در بین بیماران همودیالیز به صورت ۵۵ درصد زن و ۴۵ درصد مرد و در بیماران پیوند کلیوی به صورت ۵۷ درصد زن و ۴۳ درصد مرد بود، که در هر دو گروه نسبت زنان بیش از مردان بود، اما در افراد سالم تعداد مردان بیش از زنان (۵۴/۵ درصد مرد در مقابل ۴۵/۵ درصد زن) بود.

طبق یافته‌های این پژوهش، تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میانگین سنی بین گروه‌های مورد مطالعه وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). میانگین سنی بیماران در گروه همودیالیزی ۱۶/۹۳ ± ۵۱/۲۵ سال بود، در حالی که میانگین سنی بیماران پیوندی ۱۲/۵۲ ± ۳۸/۵۶ سال بود. طبق مطالعه Tomasz و Piotr بیماران پیوند کلیوی میانگین سنی پایین‌تری نسبت به بیماران همودیالیزی داشتند، که نتایج به دست آمده با سایر مطالعات انجام شده هم‌خوانی دارد (۱۹).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بیماران پیوند کلیوی نمره کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به بیماران همودیالیزی کسب نمودند که این نشان می‌دهد بیماران پیوند کلیوی قادر به گذراندن زندگی بهتری بعد از عمل پیوند کلیه بودند، به گونه‌ای که در این مطالعه بیماران پیوند کلیه، کیفیت زندگی خود را بالاتر از افراد سالم گزارش نمودند. به نظر می‌رسد یک پیوند کلیه موفق تأثیر مثبتی بر روی درک حالت سلامتی دارد و چهار دامنه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را بهبود می‌بخشد و حس آزادی را به واسطه بالا بردن عزت نفس به همراه می‌آورد؛ نتایج مطالعه Mini و همکاران در هندوستان و عباس‌زاده و همکاران در ایران نیز مؤید این مطلب می‌باشد (۱۸، ۱۴). Virzi و همکاران، رها شدن از همودیالیز را عامل بهبود کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیوی دانستند (۲۰).

نمره کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بیش از افراد سالم بود که این یافته با نتایج مطالعه Sathvik و همکاران مغایرت دارد (۲۱). به نظر می‌رسد سن بیماران، حجم نمونه، فقدان مطالعات آینده‌نگر در این حوزه و ابزار استفاده شده در سنجش کیفیت زندگی، از دلایل ممکن برای تناقض یافته‌ها باشد. علاوه بر این، ممکن است، کیفیت زندگی در جمعیت سالم در کشورهای در حال توسعه، در مقایسه با جمعیت سالم در کشورهای توسعه یافته پایین‌تر باشد. احتمال دیگر اینکه جامعه سالم مورد مطالعه، به طور کامل سالم نبوده‌اند و تنها تحت همودیالیز، پیوند کلیه و بیمار روانی نبودند که این امر می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه حاضر باشد.

در این مطالعه، اگر چه نمرات کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی در چهار حیطه جسمی، روانی و اجتماعی و محیط در مقایسه با افراد سالم به طور قابل توجهی کمتر بود، اما امتیاز حیطه سلامت جسمی بیماران همودیالیزی پایین‌تر از سایر گروه‌ها بود. این یافته‌ها به وضوح نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به ESRD به درمان جایگزین کلیوی برای بقای خود وابسته هستند و نتایج مطالعات DeOreo و Moreno و همکاران نیز با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۲۲،۲۳).

مزیت این مطالعه نسبت به مطالعات قبلی در این است که این مطالعه علاوه بر بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی کلیه تحت همودیالیز و پیوند کلیه، اقدام به مقایسه کیفیت زندگی این دو گروه با کیفیت زندگی افراد سالم نموده است.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، می‌توان به پایین‌تر بودن میانگین سنی بیماران پیوند کلیوی نسبت به بیماران همودیالیز اشاره نمود که البته وجود چند بیماری مزمن هم‌زمان و خطر بالای جراحی در افراد مسن، ممکن است علت این محدودیت باشد. به علاوه، افراد سالم شرکت کننده در مطالعه حاضر، از بین ملاقات کنندگان بیماران در این بیمارستان‌ها انتخاب شدند و شاید حضور در بیمارستان و

www.mui.ac.ir

مراقبت از بیماران، یکی از دلایل پایین بودن نمره کیفیت زندگی افراد سالم باشد.

همچنین لازم به ذکر است که تا زمان اجرای پژوهش، مطالعه‌ای در مورد ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی کلیه تحت همودیالیز و پیوند کلیه در مقایسه با افراد سالم در ایران انجام نشده بود، بنابراین نتایج به دست آمده با مطالعات انجام گرفته در خارج از ایران مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله کمال تشکر و قدردانی خود را از همکاری صمیمانه و خالصانه بیماران پیوند کلیه، همودیالیز و مراجعه کنندگان به بیمارستان‌های منتخب و همچنین پرسنل محترم این بیمارستان‌ها اعلام می‌دارند.

References

1. American Kidney Fund. End Stage Renal Disease (ESRD) [Online]. 2010; Available from: URL: http://www.kidneyfund.org/kidney-health/kidney-failure/end-stage-renal-disease.html/
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. 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. Brunner LS, Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
5. Larijani B, Zahedi F, Shidfar F. Ethics in tissue and organ transplantation researches. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2004; 4(1): 83-92.
6. Unruh ML, Hess R. Assessment of health-related quality of life among patients with chronic kidney disease. Adv Chronic Kidney Dis 2007; 14(4): 345-52.
7. Molsted 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 2007; 106(1): c24-c33.
8. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol 2000; 53(1): 1-12.
9. Jofre R, López-Gómez JM, Valderrábano F. Quality of life for patient groups. Kidney International 2000; 57: S121-S130.
10. Mental Health Programme of WHO. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: Programme on Mental Health, World Health Organization; 1996.
11. Garzan R. .Healthy day's measurement. Tehran: National Medical Research Center Publication; 2004.
12. Rambod M, Shabani M, Shokrpour N, Rafii F, Mohammadalliha J. Quality of life of hemodialysis and renal transplantation patients. Health Care Manag (Frederick) 2011; 30(1): 23-8.
13. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research ed. 2006.
14. Mini AM, Emmanuel J, Unni VN, Deepa AR, Shameena A. Evaluation of quality of life in hemodialysis and renal transplant patients. Int J Pharm & Health Sci 2010; 1(2): 77-83.
15. Molzahn AE. The reported quality of life of selected home hemodialysis patients. ANNA J 1991; 18(2): 173-80, 194.
16. Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez-Gomez JM, Moreno F, et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. J Nephrol 2003; 16(6): 886-94.
17. Silveira CB, Pantoja IK, Silva AR, Azevedo RN, Sa NB, Turiel MG, et al. Quality of life of hemodialysis patients in a Brazilian Public Hospital in Belem-Para. J Bras Nefrol 2010; 32(1): 37-42.
18. Abbaszadeh A, Javanbakhtian R, Salehee SH, Motvaseliyan M. Comparative assessment of quality of life in hemodialysis and kidney transplant patients. Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd 2010; 18(5): 461-8. [In Persian].
19. 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.

20. Virzi A, Signorelli MS, Veroux M, Giammarresi G, Maugeri S, Nicoletti A, et al. Depression and quality of life in living related renal transplantation. Transplant Proc 2007; 39(6): 1791-3.
21. 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.
22. DeOreo PB. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. Am J Kidney Dis 1997; 30(2): 204-12.
23. Moreno F, Sanz-Guajardo D, Lopez-Gomez JM, Jofre R, Valderrabano F. Increasing the hematocrit has a beneficial effect on quality of life and is safe in selected hemodialysis patients. Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group of the Spanish Society of Nephrology. J Am Soc Nephrol 2000; 11(2): 335-42.

Determination of Quality of Life of Dialysis and Kidney Transplant Patients Compared to Healthy People

Azar Tol[1], Sima Esmaeil Shahmirzadi[2], Monavar Moradian Sorkhkolaee[2], Kamal Azam[3]

Abstract

Background: Today, renal disease is one of the major worldwide health problems. It has a high prevalence, which increases 8% annually. Incidence of renal disease and treatment techniques can affect the quality of life, health status and social roles of patients. The aim of the current study was to determine the quality of life of dialysis and kidney transplant patients and compare it to healthy people.

Methods: This was a case-control study conducted on eligible subjects in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. 100 dialysis and 100 transplant patients, and 200 healthy people completed the questionnaire. The standard quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF) was used as the data collection tool. For data analysis, SPSS software version 18, and descriptive and inferential statistical tests were used.

Findings: There was a significant difference between the mean score of age of the three groups ($P < 0.05$). Moreover, sex and marital status of the groups did not have a significant difference, however, there was a significant difference between the level of education ($P > 0.05$) and economic status of the groups ($P < 0.05$). Mean score of quality of life among dialysis and kidney transplant patients, and healthy people were (42.41 ± 11.80), (66.03 ± 7.80), and (56.42 ± 9.36) respectively, which had a significant correlation.

Conclusion: The findings of the current study revealed how renal disease and different treatments can affect the social role, and physical, mental and environmental health of patients. Patients with a transplanted kidney showed higher quality of life scores in comparison to others. This means that this kind of treatment can modify different aspects of the quality of life of patients and enhance their self-esteem.

Keywords: Hemodialysis, Renal Disease, Kidney Transplantation, Quality of Life

1- PhD Candidate, Student Research Committee, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2- MSc, Department of Health Education & promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Email: kamala1761@yahoo.com