

ارزیابی ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی در بیماران دریافت کننده پیوند کلیه شهر کرمان

راهله جوانبختیان^{۱*}، رضیه سادات حسینی^۱

چکیده

زمینه و هدف: پیوند کلیه به عنوان درمان انتخابی، در اکثر بیماران مبتلا به ESRD، بُعد جسمانی کیفیت زندگی را بهبود می بخشد، اما به علت عوارض داروهای سرکوب کننده ایمنی ممکن است به مراقبت های مداوم پزشکی نیاز باشد، که این مسئله موقعیت روانی، اقتصادی و اجتماعی و در نتیجه کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ابعاد جسمانی و روانی کیفیت زندگی بیماران پیوندی شهر کرمان صورت گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، کیفیت زندگی ۱۰۵ بیمار دریافت کننده پیوند کلیه شهر کرمان در سال ۱۳۸۸ با استفاده از پرسشنامه SF36 مورد بررسی قرار گرفت. داده ها با استفاده از آزمون های آماری تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون اسپیرمن و واریانس تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها: نمره کلی کیفیت زندگی بیماران دریافت کننده پیوند کلیه $60/95 \pm 18/01$ ، نمرات بُعد جسمی $59/77 \pm 14/78$ و بُعد روان $62/58 \pm 10/22$ بود. بیشترین نمره مربوط به حیطه محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی ($72/25$) و کمترین نمره مربوط به حیطه سلامت عمومی ($58/25$) گزارش شد. آنالیز نمرات بُعد روان بر اساس متغیرهای دموگرافیک اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد، اما این اختلاف در بُعد جسمانی بر اساس سن و وضع تأهل، معنی دار بود ($p \leq 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد بیماران دریافت کننده پیوند کلیه از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی برخوردار هستند و نمرات بُعد روان کیفیت زندگی این بیماران نیز نسبت به بُعد جسمانی بالاتر است.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی؛ پیوند کلیه؛ بیماران؛ پرسشنامه کیفیت زندگی.

^۱ مربی آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

راهله جوانبختیان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

rahelehjavanbakt@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۱۶

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Jvanbaktian R, Hosseini RS. A study of physical and psychological domains of quality of life in kidney transplantation patients in kerman city, Iran. Qom Univ Med Sci J 2013;7(5):8-13. [Full Text in Persian]

مقدمه

پیوند کلیه به عنوان درمان انتخابی، برای اکثر بیماران مبتلا به ESRD (End Stage Renal Disease) مطرح شده است. بیماران به دلایل مختلفی از جمله: اجتناب از دیالیز، بهبود وضع زندگی و تمایل به بازگشت به زندگی عادی؛ پیوند کلیه را انتخاب می کنند (۱). پیوند کلیه بعد جسمانی کیفیت زندگی را بهبود می بخشد، اما به علت عوارض داروهای سرکوب کننده ایمنی ممکن است به مراقبت های مداوم پزشکی نیاز باشد و این مسئله موقعیت روانی، اقتصادی و اجتماعی و در نتیجه کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد (۲). کیفیت زندگی عبارت است از برداشت و درک فرد از وضعیت خود که در ارتباط با عوامل فرهنگی، اهداف، عقاید و باورهای او تعیین می شود (۳). تعریف کیفیت زندگی یک مفهوم چند بُعدی شامل: توانایی عملکرد و سلامت، بهزیستی و وضعیت روحی و روانی است (۴). عوامل مهم و متعدد دیگری نیز مانند شدت بیماری، اشتغال و حمایت های اجتماعی، علاوه بر عوامل ذکر شده در کیفیت زندگی مطرح هستند. ابعاد عمده کیفیت زندگی متشکل از رفاه جسمی، عاطفی، اجتماعی و روانی است (۷-۴). اختلال در وضعیت جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد. مشکلات جسمی کنترل نشده سبب مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی بیمار می شود، همچنین می تواند اثر تهدید کننده مستقیم بر جنبه اجتماعی داشته باشد. عوامل شناخته شده زیادی بر رفاه جسمی تأثیر دارند، بعضی از این عوامل به طور مستقیم مربوط به بیماری و برخی دیگر مربوط به درمان بیماری ها می باشد. بیماری می تواند با ایجاد اختلال جسمی، اجتماعی، اقتصادی و غیره، سبب تغییر در ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود شود. از جمله عوامل تأثیر گذار می توان به آسیب های ناشی از بیماری کلیوی اشاره نمود، که باعث بروز اختلالات و مشکلات متعددی می شود (۴). کیفیت زندگی، معیار مهمی است که اثربخشی مراقبت های بهداشتی، سطح سلامتی و حس خوب زیستن را نشان داده و پیش بینی وقوع مرگ و میر و میزان بستری بیمار در بیمارستان را میسر می سازد (۸). با توجه به اینکه کیفیت زندگی ممکن است تحت تأثیر تغییرات کلینیکی ناشی از بیماری و عوارض مربوط به

آن قرار گیرد، لذا کسب اطلاعات در این زمینه نیز می تواند در شناسایی بیماران در معرض خطر مفید واقع شود. امروزه، تمامی بیماران در پی ارتقای کیفیت زندگی خود بوده و ترجیح می دهند از روش درمانی استفاده کنند. از آنجایی که درمان مشخصی برای بیماری های مزمن از جمله نارسایی کلیه وجود ندارد، هدف اصلی ارتقای کیفیت زندگی است (۹)، لذا بررسی آن جهت طراحی راهبردهای درمانی انفرادی و تعیین اثر مداخلات پزشکی و ارزشیابی کیفیت مراقبت پزشکی، مفید و ضروری می باشد و ارائه دهندگان مراقبت سلامت جهت جلوگیری از تشدید بیماری و سیاستگذاری برای مراقبت، نیازمند تفسیر نتایج کیفیت زندگی هستند. در مطالعه انجام شده در ترکیه با استفاده از پرسشنامه SF36 مشخص گردید کیفیت زندگی در بیماران پیوندی که از شاخص های بیوشیمیایی خوبی برخوردار بوده اند، نسبتاً مطلوب، اما از جمعیت عادی کمتر بوده است (۳). در مطالعه Lazzaretti و همکاران، ۹۰٪ بیماران پیوند شده از سلامت کلی خود رضایت داشته و حس خوبی برای انجام دادن فعالیت های روزانه داشتند (۱۰). در مطالعه Fujisawa در ژاپن، بیماران پیوندی نمرات بالایی در عملکرد جسمی، درد، عملکرد اجتماعی و سلامت عمومی کسب کردند (۱۱). بنابر مطالعه Ostrowski نیز در ۷۵٪ موارد، پیوند کلیه باعث بهبود وضعیت جسمی می شود (۱۲). نتایج تحقیقات در سایر کشورها نشان دهنده بهبود کیفیت زندگی کلی در بیماران دریافت کننده پیوند کلیه، به ویژه در بُعد عملکرد فیزیکی است. اما از آنجایی که مطالعات زیادی در مورد این بیماران در ایران انجام نشده و اطلاعاتی از جنبه های مختلف کیفیت زندگی این بیماران در دسترس نیست، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران دریافت کننده پیوند کلیه، در شهر کرمان صورت گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر به روش توصیفی روی بیماران دریافت کننده پیوند کلیه شهر کرمان که مدت یک سال از مدت پیوندشان می گذشت، انجام شد. پس از اخذ مجوز، لیستی از بیماران تهیه و سپس نمونه های مورد مطالعه (۱۰۵ نفر) براساس معیارهای ورود از بین جامعه پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن

می‌گیرد و امتیاز هر مقیاس نیز بین ۱۰۰-۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر دارد. تعیین رویی و پایایی گونه فارسی SF36 در سال ۱۳۸۴ توسط منتظری و همکاران انجام شد (۱۳). در این تحقیق ابتدا طی تماس تلفنی رضایت بیماران جهت همکاری گرفته شد، که در صورت تمایل بیمار، همان روز پرسشنامه تکمیل و جمع‌آوری می‌شد، و در غیر این صورت بیمار پرسشنامه را همراه خود به منزل برده و پس از تکمیل آن طی تماس مجدد پژوهشگر در روز مشخصی، جمع‌آوری می‌شد. پس از گردآوری اطلاعات، هر پرسشنامه براساس دستورالعمل استاندارد حیطه‌بندی و کدگذاری شد (۱۴)، و به هر سؤال نمره مورد نظر داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون انجام گرفت. سطح معنی‌داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی بیماران $39/68 \pm 12/93$ سال، حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۵ سال بود. ۴۴ نفر (۴۰/۷٪) از بیماران زن و ۵۸ نفر (۵۹/۳٪) آنها مرد بودند (جدول شماره ۱).

بالای ۱۸ سال و کمتر از ۶۰ سال، نداشتن بیماری مزمن دیگر بجز بیماری زمینه‌ای ایلماری مزمن به‌عنوان یک وضعیت طبی یا مشکل سلامتی تعریف می‌شود که با نشانه‌ها یا ناتوانی‌هایی همراه است که به اداره طولانی‌مدت نیاز دارد (۳ ماه یا بیشتر) و ممکن است به دلیل بیماری‌های مادرزادی یا آسیب باشد مانند انواع معلولیت‌ها، بیماری‌های ناتوان‌کننده مثل ام‌اس، انواع سرطان‌ها و ... (۱)، نداشتن شرایط خاص مانند اعتیاد به مواد مخدر یا الکل (براساس خودارزایی بیمار) و داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. سپس پژوهشگر با هر کدام از بیماران مصاحبه کرده و رضایت آنها جهت شرکت در مطالعه را به‌صورت شفاهی کسب نمود و به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی می‌ماند و هر کدام از آنها که رضایت ندارند می‌توانند در هر مرحله از مطالعه خارج شوند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه استاندارد SF36 بود که از دو قسمت تشکیل شده است: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم ۳۶ سؤال که به بررسی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی می‌پردازد. هر سؤال، تنها در محاسبه امتیاز یک مقیاس به کار برده می‌شود، و در مورد برخی سؤالات امتیازها مجدداً کدبندی می‌گردد. چنانکه تمامی مقیاس‌ها یک جهت پیدا کنند؛ هر سؤال امتیازی بین ۱۰۰-۰

جدول شماره ۱: توزیع دریافت‌کنندگان پیوند کلیه براساس شاخص‌های جمعیت‌شناسی و نمره کیفیت زندگی آنها

اطلاعات دموگرافیک	تعداد	درصد	نمره کلی کیفیت زندگی	بُعد روان کیفیت زندگی	بُعد جسمی کیفیت زندگی
جنس	مرد	۵۸	۶۲/۵۹±۱۷/۹۹	۶۵/۳۴±۱۹/۶۰	۶۰/۹۴±۱۷/۹۸
	زن	۴	۵۷/۵۰±۱۴/۳۴	۵۹/۱۹±۱۴/۵۹	۵۸/۴۳±۱۶/۵۷
تأهل	متأهل	۷۵	۵۹/۹۷±۱۷/۳۳	۶۳/۱۶±۱۸/۶۸	۵۷/۱۸±۱۷/۶۱
	مجرد	۳۰	۶۴/۰۱±۱۵/۰۸	۶۱/۰۰±۱۶/۱۰	۶۶/۵۴±۱۵/۱۱
شغل	بیکار	۱۸	۵۸/۳۴±۱۴/۴۵	۵۱/۰۷±۱۶/۴۵	۵۹/۲۹±۱۴/۵۶
	آزاد	۲۱	۷۰/۱۸±۱۳/۵۵	۷۲/۰۹±۱۳/۱۱	۶۸/۲۴±۱۶/۲۱
	کارمند	۲۷	۶۴/۷۹±۱۶/۳۵	۶۷/۱۰±۱۴/۶۷	۶۰/۶۱±۱۸/۶۷
	بازنشسته	۸	۴۸/۱۷±۱۱/۵۶	۵۵/۹۸±۱۷/۵۴	۴۳/۵۹±۱۵/۱۰
	از کارافتاده	۳	۴۳/۵۸±۱۶/۴۴	۵۸/۴۸±۱۱/۷۰	۴۱/۸۷±۱۶/۸۸
	خانه‌دار	۲۹	۵۷/۲۹±۱۴/۲۱	۴۸/۰۲±۱۵/۲۰	۵۹/۴۸±۱۷/۴۳
تحصیلات	بیسواد	۱۶	۵۳/۴۷±۱۷/۳۳	۵۸/۱۱±۱۰/۳۷	۵۱/۸۰±۱۴/۲۳
	خواندن و نوشتن	۳۸	۵۷/۲۰±۱۱/۷۶	۶۰/۲۰±۱۷/۷۴	۵۷/۲۴±۱۷/۷۸
	دیپلم	۲۹	۶۵/۶۳±۱۴/۲۵	۶۵/۸۸±۱۵/۳۰	۶۴/۱۱±۱۵/۷۳
	دانشگاهی	۲۲	۶۹/۱۰±۱۰/۴۸	۶۶/۶۲±۱۸/۱۲	۶۶/۱۴±۱۶/۵۸
سکونت	مرکز استان	۲۲	۶۲/۰۷±۱۲/۹۴	۶۵/۷۰±۱۲/۸۸	۶۱/۰۳±۱۸/۴۴
	شهر	۶۲	۶۱/۸۷±۱۵/۳۲	۶۵/۶۲±۱۷/۴۵	۵۹/۶۸±۱۶/۱۵
	روستا	۲۱	۵۷/۴۷±۱۳/۹۷	۵۹/۲۷±۱۶/۵۲	۵۱/۶۹±۱۵/۸۴
	سن	≥ ۴۰ سال	۵۷/۷۵	۶۳/۵۵±۱۷/۲۱	۶۴/۲۹±۱۵/۶۷
	۴۰-۴۹ سال	۱۹/۲۵	۷۱/۲۹±۱۱/۶۵	۷۱/۶۷±۱۸/۱۴	۶۸/۱۵±۱۷/۳۰
	۶۰-۶۹ سال	۱۷/۵	۵۲/۳۵±۱۵/۴۴	۵۸/۳۲±۱۴/۵۵	۴۸/۱۰±۱۶/۱۹
	۵۰-۵۹ سال	۱۰/۵	۴۲/۴۵±۱۴/۲۰	۵۶/۰۴±۱۲/۲۳	۳۹/۰۱±۱۴/۳۵

(جدول شماره ۳). میانگین نمره بُعد روان کیفیت زندگی بیماران $۱۰/۲۲ \pm ۶۲/۵۸$ بود که با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن با شغل، همبستگی معنی داری داشت ($p < ۰/۰۵$). میانگین نمره بُعد جسمی کیفیت زندگی $۵۹/۷۷ \pm ۱۴/۷۸$ تعیین شد، که با جنس، شغل، وضع تأهل، سطح تحصیلات (ضریب همبستگی اسپیرمن) و سن (ضریب همبستگی پیرسون)، همبستگی معنی داری نشان داد ($p < ۰/۰۵$). همچنین نمره کیفیت زندگی کلی با سن و سطح تحصیلات، همبستگی معنی داری داشت ($p < ۰/۰۵$) (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: ضریب همبستگی ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک

اطلاعات دموگرافیک	کیفیت زندگی کلی	بُعد جسمانی کیفیت زندگی	بُعد روانی کیفیت زندگی
سن	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳
جنس	-۰/۱	-۰/۰۷	-۰/۱
شغل	۰/۱	*۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
سطح تحصیلات	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲
وضع تأهل	۰/۴	۰/۰۱	۰/۱
محل سکونت	۰/۴	۰/۸	۰/۵
طول مدت پیوند	۰/۹	۰/۶	۰/۳

* معنی دار است

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد بیماران دریافت کننده کلیه به طور کلی از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی برخوردار هستند. در مطالعه حاضر میانگین سنی این بیماران $۳۹/۶۸$ سال بود که با مطالعه Kong در ژاپن و مطالعه Lazzaretti همخوانی داشت (۱۵،۱۰)، اما از میانگین سنی بیماران در مطالعه Yildirim در ترکیه کمتر بود، که می تواند نشان دهنده کاهش سن ابتلا به نارسایی مزمن کلیه مرحله آخر در کشور باشد (۱۶). در مطالعه حاضر همبستگی سن بیماران با کیفیت زندگی کلی، همچنین بُعد جسمی کیفیت زندگی، معنی دار بود، ولی این همبستگی با بُعد روان از نظر آماری اختلاف معنی داری نداشت. یافته ها تفاوت معنی داری را بین کیفیت زندگی زنان و مردان شرکت کننده در مطالعه نشان ندادند که با مطالعه تقی زاده و همکاران در ایران همخوانی داشت. اما در مطالعه Yildirim در ترکیه، کیفیت زندگی مردان دریافت کننده

میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران $۶۰/۹۵ \pm ۱۸/۰۱$ بود، که کمترین نمره ($۵۸/۲۵ \pm ۲۷/۲۰$) مربوط به سلامت عمومی و بیشترین نمره ($۷۲/۲۵ \pm ۲۱/۶۵$) مربوط به حیطه محدودیت نقش به علت مشکل جسمی گزارش شد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین نمرات حیطه های مختلف کیفیت زندگی

بیماران پیوند کلیه	
میانگین نمره	حیطه های مختلف کیفیت زندگی
$۶۳/۹۱ \pm ۲۰/۲۷$	عملکرد فیزیکی
$۷۲/۲۵ \pm ۲۱/۶۵$	محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی
$۶۵/۴۰ \pm ۲۶/۵۰$	درد جسمی
$۵۸/۲۵ \pm ۲۷/۲$	سلامت عمومی
$۶۱/۹۷ \pm ۱۹/۳۰$	شادایی
$۶۴/۱۸ \pm ۲۱/۱۳$	عملکرد اجتماعی
$۷۱/۲۱ \pm ۲۵/۸۴$	محدودیت نقش به علت مشکل روحی
$۶۶/۹۱ \pm ۲۱/۰۸$	سلامت ذهنی
$۶۰/۹۵ \pm ۱۸/۰۱$	نمره کلی کیفیت زندگی

با استفاده از آزمون واریانس، تفاوت میانگین کیفیت زندگی بیماران از نظر سن و سطح تحصیلات معنی دار بود ($p < ۰/۰۵$). همچنین با استفاده از آزمون تعقیبی LSD مشخص گردید گروه سنی کمتر از ۴۰ سال (گروه اول) و گروه سنی ۴۰-۴۹ سال (گروه دوم) با گروه های سنی ۵۰-۵۹ سال (گروه سوم) و ۶۰-۶۹ سال (گروه چهارم)، گروه سنی ۵۰-۵۹ سال و ۶۰-۶۹ سال نیز با گروه سنی کمتر از ۴۰ سال و ۴۰-۴۹ سال، اختلاف آماری معنی داری داشته اند.

جدول شماره ۳: میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران پیوندی براساس طول مدت پیوند

طول مدت پیوند	تعداد افراد هر گروه	میانگین نمره کیفیت زندگی		pvalue
		میانگین نمره کیفیت زندگی	میانگین نمره کیفیت زندگی	
۱-۲ سال	۴۵	$۵۹/۴۴ \pm ۲۲/۶۵$		
۲-۴ سال	۱۲	$۶۵/۰۷ \pm ۲۱/۷۸$		
۴-۶ سال	۳۷	$۶۳/۲۲ \pm ۱۹/۴۵$	۰/۴	
۶-۸ سال	۹	$۵۸/۴۰ \pm ۲۰/۴۰$		
۱۰-۲۰ سال	۲	$۳۵/۰۰ \pm ۱۹/۳۲$		

تفاوت کیفیت زندگی با سایر متغیرهای دموگرافیک از نظر آماری معنی دار نبود. کیفیت زندگی بیماران براساس طول مدت پیوند با استفاده از آزمون واریانس، تفاوت معنی داری را نشان نداد

همچنین کمترین نمره در بیماران پیوندی مربوط به سلامت عمومی عنوان شد. این نتیجه نیز می‌تواند نشان‌دهنده بسیاری مسایل و مشکلات فراروی بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه باشد. این بیماران با دریافت پیوند کلیه؛ نگاه جامعه، همچنین خانواده را نسبت به خود تغییر می‌دهند؛ زیرا از دیدگاه جامعه، این افراد سلامت نسبی خود را بازیافته‌اند و توانایی به عهده گرفتن مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی خود را نیز دارند و بر این اساس حمایت‌های اجتماعی، اقتصادی و عاطفی از آنها، محدودتر می‌شود. درحالی‌که طبق نتایج مطالعه حاضر، بیماران پیوندی از کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد عادی برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی، به‌ویژه در بُعد محدودیت نقش به‌علت مشکل جسمی برخوردارند، اما کمترین میانگین کیفیت زندگی این بیماران در بُعد سلامت عمومی است که می‌تواند ناشی از عوارض دارویی و نگرانی‌های این بیماران در مورد رد پیوند باشد. همچنین مشخص گردید سطح تحصیلات، سن، جنس، شغل و وضع تأهل از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی این بیماران است، که عامل تحصیلات، شغل و وضع تأهل قابل تعدیل بوده و به‌نظر می‌رسد با فراهم کردن شرایطی جهت تحصیل و به دست آوردن شغل این بیماران می‌توان کیفیت زندگی آنها را تا حدی افزایش داد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از تمامی بیماران پیوند کلیه شهر کرمان و کارکنان محترم مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان که ما را در جمع‌آوری اطلاعات یاری کردند، اعلام می‌دارند.

پیوند کلیه بالاتر از زنان گزارش شد، که این اختلاف می‌تواند ناشی از تفاوت در فرهنگ و سبک زندگی باشد (۱۶). همچنین Frank و همکاران بیان کردند کیفیت زندگی بیماران پیوندی از نظر طول مدت پیوند، تفاوت معنی‌داری ندارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۷). در نتایج مطالعه حاضر، بین سطح تحصیلات و بُعد جسمانی و کیفیت کلی زندگی، همبستگی وجود داشت، که با نتایج حریریچی و همکاران در تهران، تقی‌زاده و همکاران و Yildirim همخوانی داشت (۱۶، ۴، ۲). براساس نتایج، کمترین نمره کیفیت زندگی این بیماران مربوط به سلامت عمومی و بیشترین نمره مربوط به حیطه محدودیت نقش به‌علت مشکل فیزیکی بود، که با مطالعه Fujisawa و همکاران همخوانی داشت (۱۱). اطلاعات موجود در متون نشان می‌دهد بیماران دریافت‌کننده پیوند کلیه، توانایی‌هایی که قبل از بیماری داشتند را به دست می‌آورند؛ زیرا پیوند کلیه باعث رژیم آزادتر، استفاده بهتر از زمان و بهبود حرکت می‌شود. از طرفی نیز بیماران شانس بیشتری برای به دست آوردن شغل پیدا می‌کنند (۱۰)، که همه این عوامل می‌تواند سبب بهبود محدودیت نقش این بیماران گردد. Virzi و همکاران ره‌اشدن از دیالیز را عامل بهبود کیفیت زندگی در بیماران پیوندی، به‌ویژه در بُعد عملکرد جسمی بیان کردند (۱۸). اما از سوی دیگر، بیماران پیوندی همواره با مسایلی از قبیل عوارض داروهای سرکوب‌کننده ایمنی (مانند فرآیندهای عفونی و تغییر در ظاهر فیزیکی) و نگرانی در مورد پس‌زدن پیوند، مواجه هستند که می‌تواند سبب کاهش کیفیت زندگی در بُعد سلامت عمومی شود. براساس آنالیز انجام‌شده نمرات سلامت عمومی، تنها با محل سکونت بیماران ارتباط معنی‌داری دارد. در مطالعه حاضر، نمرات بُعد جسمانی کیفیت زندگی براساس وضع تأهل، تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد، به‌طوری‌که بیماران مجرد کیفیت زندگی خود را بالاتر از بیماران متأهل بیان کردند، این یافته با مطالعه Yildirim در ترکیه همخوانی نداشت (۱۶)، که این اختلاف می‌تواند ناشی از تفاوت در سبک زندگی باشد.

References:

1. Smeltzer SC, Bare BG. Bruuner & Suddarth Text Book of Medical Surgical Nursing. 10th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
2. Over beck I, Bartels M, Decker O. Changes in quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc* 2005;37:1618-21.
3. Oqutmen B, Yildirim A, Sever MS, et al. Health-related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. *Transplant Proc* 2006;38:419-21.
4. Taghizadeh Afshari A, Kazemnezhad A, Garaaghaji Asl R. Effects of renal transplanation on life quality of homodialized patients refring to urmia clinical centers. *Oromiye Med Sic J* 2006;17(3):175-80. [Full Text in Persian]
5. Shrestha A, Shrestha A, Valance C. Quality of life of living kidney donors: A single-center experience. *Transplant Proc* 2008;40:1375-7.
6. Unruh ML, Hess R. Assessment of health-related quality of life among patient with chronic kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007;14(4):345-52.
7. Lee SY, Lee HJ, Kim YK. Neurocognitive function and quality of life in relation to hematocrit levels in chronic hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 2004;57:5-10.
8. Rafii F, Rambod M, Hosseini AF. Quality of life in end stage renal disease and its related factors. *Tehran Univ Med Sic J (Hayat)* 2008;2:51-61. [Full Text in Persian]
9. Ghafferi A. kidney transplantations seminar. 2008. Available From: <http://www.iranbmemage.cim/fa/issue>. Accessed Nov, 2008.
10. Lazzaretti CT, Carvalho JGR, Mulinari RA. Kidney transplantation improves the muldimensional quality of life. *Transplant Proc* 2004;36:872-3.
11. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K. Assessment of health-related quality of life in renal transplantation and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology* 2000;56:201-6.
12. Ostrowski M, Wesolowski T, Makar R. Changes in patient's quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc* 2000;32:1471-4.
13. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdani Nia MS. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Payesh J* 2005;5(1):49-56. [Full Text in Persian]
14. How to Score the Rand SF-36 Questionnaire. Available From: www.chiro.Org/links/outcome/ Accessed accessed Nov 2008.
15. Kong IL, Molassiontis A. Quality of Life, coping and concerns in chinese patients after renal transplantation. *Int J Nurs Stud* 1999;36:313-22.
16. Yildirim A. The importance of patient satisfaction and health-related quality of life after renal. *Transplant Proc* 2006;38(9):2831-4.
17. Franke GH, Yucetin L, Yaman H, Reimer J, Demirbas A. Disease-specific quality of life in turkish patients after successful kidney transplantation. *Transplant Proc* 2006;38:457-9.
18. Virzi A, Signorelli MS, Veroux M. Depression and quality of life in living related renal transplantation. *Transplant Proc* 2007;39:1791-3.