

بررسی تاثیر پیوند کلیه بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی مراجعه کننده به مراکز درمانی ارومیه

دکتر علی تقی زاده افشاری^۱، رسول قره آغاجی اصل^۲، دکتر انوشیروان کاظم نژاد^۳

تاریخ دریافت ۸۳/۱۰/۰۲، تاریخ پذیرش ۸۴/۰۴/۱۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: پژوهش حاضر تاثیر پیوند کلیه را بر کیفیت زندگی بیماران دیالیزی شهرستان ارومیه مورد بررسی قرار داده است. این تحقیق چون به صورت آینده نگر، زمان زیادی را صرف می‌کرد، نمونه گیری بر روی ۸۰ بیمار پیوند کلیه و ۸۰ بیمار دیالیزی به صورت مورد-شاهدی انجام شد که به صورت تصادفی از بین بیماران پیوند کلیه و دیالیزی انتخاب شدند. مواد و روش کار: ابزار گردآوری داده‌های پرسشنامه کیفیت زندگی شامل مشخصات فردی، نوع بیماری و کیفیت زندگی در سه حیطه وضعیت جسمانی، روحی-روانی و روابط اجتماعی می‌باشد. اعتبار علمی پرسشنامه از طریق تعیین آلفای کرونباخ $\alpha = 0/9466$ تعیین و پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه تکمیل شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به دست آمده از ۱۵۲ بیمار مورد بررسی در مجموع بیماران پیوند کلیوی، ۹٪ موارد، کیفیت زندگی خود را بد و ۴۴/۹٪ متوسط و ۴۶/۲٪ خوب ارزیابی نموده‌اند و در گروه بیماران دیالیزی ۵۶/۸٪ کیفیت زندگی خود را بد، ۴۰/۵٪ متوسط و ۲/۷٪ خوب گزارش نمودند. میانگین امتیاز کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه ۳/۴۷ با انحراف معیار ۰/۷۳۶ و میانگین امتیاز کیفیت زندگی بیماران دیالیزی ۳۲/۲ با انحراف معیار ۰/۴۸۹ می‌باشد که دو گروه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار داشتند ($p < 0/0005$).

بحث و نتیجه‌گیری: بنابر این می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که اگر بیماران دیالیزی کنونی را بیمارانی در نظر بگیریم که در آینده پیوند کلیه خواهند شد و به جامعه بیماران پیوند کلیه خواهند پیوست، پس پیوند کلیه کیفیت این بیماران را بهتر می‌کند. لذا توصیه می‌شود که برنامه‌های فرهنگی برای اهداء کلیه بیماران مرگ مغزی بیشتر شود و به جنبه‌های انسانی و معنوی این امر توجه بیشتری شود تا بیماران دیالیزی کمتر منتظر دریافت کلیه شده و هر چه زودتر با پیوند کلیه، کیفیت زندگی این بیماران افزایش یابد.

کل واژه‌گان: کیفیت زندگی، پیوند کلیه، دیالیز

مجله پزشکی ارومیه، سال هفدهم، شماره سوم، ص ۱۸۰-۱۷۵، پاییز ۱۳۸۵

آدرس مکاتبه: ارومیه- دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، رسول قره آغاجی اصل

مقدمه

از طرفی پیشرفت‌های عمده در بهداشت عمومی و طب پیشگیری موجب بازنگری در تعریف سلامت شده که شاید مهمترین آنها به کار بردن کیفیت زندگی باشد(۲). کیفیت زندگی عبارت است از برداشت و درک فرد از وضعیت زندگی خود که در ارتباط با عوامل فرهنگی، اهداف، عقاید و

برخورداری از نعمت سلامت برای اغلب انسان‌ها موضوعی بسیار مهم است. توانایی شخصی برای انجام کار، تولید مثل، عشق ورزیدن و سرگرم شدن، همگی به نوع احساس و نحوه عملکرد انسان از نظر جسمی و روانی بستگی دارد (۱).

^۱ دانشیار گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ استاد گروه آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس

^۳ دانشجوی دکتری آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس

دکتر علی تقی‌زاده‌افشاری، رسول قره‌آغاجی‌اصل، دکتر انوشیروان کاظم‌نژاد

به آن اضافه می‌شود. در ایالات متحده شایع‌ترین علت دیابت ملیتوس و در کشور خودمان مهم‌ترین عاملی که منجر به این بیماری می‌شود، گلوومرولونفریت‌ها می‌باشد، دومین علت شایع نیز فشار خون بالا می‌باشد که حدود ۳۰٪ موارد را باعث می‌شود (۷). مرگ و میر در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه مرحله آخر در اروپا و ژاپن در پائین‌ترین حد است ولی در کشورهای در حال توسعه به علت دستیابی محدود به دیالیز، بسیار بالا می‌باشد. میزان مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی در بیماران همودیالیزی در مقایسه با بیماران دیالیز صفاقی و پیوند کلیه بیشتر است.

در مقابل تمام عوارض و مشکلات ذکر شده، پیوند کلیه مؤثرترین درمان نارسایی مزمن پیشرفته کلیوی می‌باشد و در سرتاسر جهان ده‌ها هزار پیوند کلیه در سال صورت می‌گیرد.

آگاهی از کیفیت زندگی این افراد می‌تواند به عنوان عامل موثری در اخذ تصمیمات بالینی و اداره مشکلات این افراد که علت مراجعات مکررشان به بیمارستان‌ها می‌باشد تلقی شود و همچنین می‌تواند در راهنمایی و همراهی این بیماران در استفاده بهتر از امکانات حمایتی و توانبخشی موجود مفید باشد، با استفاده از اطلاعات به دست آمده می‌توان در صورت لزوم، تغییرات مفیدی در برنامه ریزیهای اقتصادی، مراقبتی و خدمات حمایتی ایجاد کرد.

مواد و روش کار

ما در این پژوهش به دنبال نوع و شدت تاثیر پیوند کلیه بر کیفیت زندگی بیماران کلیوی (دیالیزی) بودیم. و این هدف را از جنبه‌های مختلف بررسی نمودیم. در این پژوهش بیمار دیالیزی به فردی اطلاق شده که هر دو کلیه اش به علل مختلف از کار افتاده و برای ادامه زندگی نیاز به همو دیالیز، برای تصفیه خون از مواد زاید دارد. به طور معمولی این چنین بیمارانی در نوبت برای پیوند کلیه می‌باشند. بیمار پیوند کلیه هم به فردی اطلاق شده که از فرد دیگر یا جسد، به او کلیه پیوند شده است.

اکثر محققان کیفیت زندگی را معادل درک از وضعیت سلامت دانسته و ابعاد مشابهی را برای بررسی آن در نظر گرفته اند. محققان، سلامت را یکی از ابعاد کیفیت زندگی دانسته و چنین می‌نویسد: کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی شامل توانایی انجام کار، سلامت و رفاه و وضعیت روحی- روانی می‌باشد. این محققین کیفیت زندگی را دارای ابعاد جسمی، عاطفی، روانی و اجتماعی می‌دانند (۸). برای ارزیابی کیفیت زندگی ابزار گردآوری

باورهای او تعیین می‌شود (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۶-۱۹۹۵) (۳).

تعریف کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی، شامل توانایی عملکرد و سلامت، بهزیستی و وضعیت روحی- روانی است. عوامل مهم و متعدد دیگری نیز مانند شدت بیماری، اشتغال و حمایت‌های اجتماعی علاوه بر عوامل ذکر شده در کیفیت زندگی مطرح هستند (۴).

کیفیت زندگی تحت تاثیر فاکتورهایی است که به زندگی ارزش داده و به ایجاد تجارب مثبت کمک می‌کند و برای افراد مختلف معانی متفاوتی دارد. کیفیت زندگی یک فرد نظر شخصی وی بوده و توسط خود فرد تعیین می‌شود (۳).

ابعاد عمده کیفیت زندگی شامل رفاه جسمی، عاطفی، اجتماعی و روانی می‌باشد. این حیطه‌ها می‌توانند به طور مستقل مورد بحث قرار گیرند. ولی یک ارتباط متقابل بین آنها وجود دارد اختلال در وضعیت جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی می‌تواند داشته باشد. به طور مثال مشکلات جسمی کنترل نشده سبب مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی بیمار می‌شود و همچنین اثر تهدید کننده مستقیم بر جنبه اجتماعی دارد عوامل زیادی شناخته شده‌اند که بر رفاه جسمی تاثیر دارند؛ بعضی از این عوامل به طور مستقیم مربوط به بیماری بوده و برخی مربوط به درمان این بیماری‌هاست. بعضی از این عوامل موثر در کیفیت زندگی می‌تواند تنگی نفس، خستگی، اختلال خواب، تغییر در قدرت بدنی، بی‌حسی، مشکلات قلبی و غیره باشند (۵).

بیماری‌ها می‌توانند با ایجاد اختلال جسمی، اجتماعی، اقتصادی و غیره سبب تغییر در ارزیابی بیمار از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود شوند. از جمله عوامل تأثیر گذار، آسیب‌های ناشی از بیماری‌های کلیوی می‌باشد که باعث بروز اختلالات و مشکلات متعددی می‌شود و متأسفانه آثار خود را به صورت ضایعات مزمن و پیشرونده بر قلب و عروق و سایر اندام‌ها بر جای می‌گذارند (۶). با دسترسی گسترده به دیالیز، زندگی صدها هزار بیمار مبتلا به نارسایی کلیه مرحله آخر، طولانی تر شده است. تنها در ایالات متحده آمریکا نزدیک به ۳۰۰۰۰۰ نفر دچار این بیماری وجود دارد و میزان بروز آن در حدود ۲۴۲ مورد در هر یک میلیون نفر جمعیت در هر سال است که حدود ۸٪ در سال به میزان افراد مبتلا

¹ ESRD

بررسی تاثیر پیوند کلیه بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیالیزی مراجعه کننده به مراکز درمانی ارومیه

یافته‌ها

پرسشنامه ۷۴ بیمار دیالیزی و ۷۸ بیمار پیوندی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاصل به صورت زیر می باشد:

از تعداد کل ۱۵۲ بیمار، ۶۹ نفر (۴۵/۶٪) زن و ۸۳ نفر (۴۵/۴٪) مرد بودند که از این تعداد ۷۴ نفر (۴۸/۷٪) دیالیزی و ۷۸ نفر (۳۳/۵۱٪) بیمار پیوند کلیه بودند (۹/۲٪). ۱۴ نفر از کل بیماران مجرد، ۱۱۸ نفر (۷۷/۶٪) متاهل و ۱۹ نفر (۱۲/۵٪) همسر فوت کرده بودند. بیشترین تعداد دفعات مراجعه در سه ماه اخیر ۵۴ مرتبه و کمترین دفعات مراجعه یک مرتبه بوده است. مدت بیماری در محدوده یک ماه تا ۱۶۰ ماه متغیر بود که بیشترین تعداد بیماران دارای مدت زمان بیماری ۱ تا ۲۰ ماه بودند (۶۰ نفر - ۳۹/۵٪) کل بیماران در محدوده سنی ۱۴ تا ۸۱ سال بودند که بیشترین تعداد بیماران در محدوده سنی ۵۵ تا ۶۴ سال بود (۲۰/۴٪). از بین ۱۵۲ بیمار ۶۱ نفر (۴۰/۱٪) هیچگونه عارضه چشمی را گزارش نمودند و تنها ۸ نفر (۵/۳٪) همیشه از عوارض چشمی شاکی بودند. در خصوص عوارض قلبی - عروقی نیز ۷۷ نفر (۵۰/۷٪) هیچ گونه عارضه قلبی نداشتند و ۲۰ نفر (۱۳/۲٪) همیشه از عوارض قلبی شاکی بودند. ۵۹ نفر (۳۸/۸٪) ارزیابی خود را از کیفیت زندگی به صورت بسیار بد، ۲۲ نفر بد، ۳۹ نفر متوسط، ۲۰ نفر خوب و ۱۱ نفر بسیار خوب گزارش نمودند؛ متوسط تعداد دفعات مراجعه بیماران پیوند کلیه در سه ماه برابر ۵/۰۹ با انحراف معیار ۳/۹۸ بود که در مقایسه با میانگین ۲۹/۶۲ و انحراف معیار ۱۱/۷۲ برای بیماران دیالیزی معنی دار می باشد. در کل میانگین کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه 0.736 ± 0.347 می باشد که در مقایسه با میانگین 0.489 ± 0.222 برای بیماران دیالیزی اختلاف معنی دار است ($p < 0.0005$). مقایسه بروز عارضه چشمی، قلبی و عروقی در دو گروه معنی دار نشد ($p = 0.712$ و $p = 0.705$). در بررسی رابطه بین سن و کیفیت زندگی به وسیله ضریب همبستگی اسپیرمن در بیماران پیوند کلیه رابطه وجود ندارد ($r = -0.323$ و $p = 0.78$). در بیماران دیالیزی رابطه معنی دار معکوس یافت شد ($r = -0.25$ و $p = 0.31$) و در کل بیماران نیز رابطه معنی دار معکوس یافت شد ($r = -0.428$ و $p = 0.0005$). همچنین برای بررسی رابطه بین جنس و کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه، دیالیزی و کل بیماران رابطه ای یافت نشد. برای مقایسه اختلاف کیفیت زندگی بر حسب میزان تحصیلات به وسیله آزمون کروسکال - والیس در بیماران پیوند کلیه و دیالیزی و کل بیماران اختلاف معنی دار یافت

داده‌ها، پرسشنامه می باشد. سؤال‌های پرسشنامه در دو بخش تنظیم گردید. بخش اول مربوط به مشخصات فردی و بخش دوم: ۳۶ سؤال ۵ گزینه‌ای با امتیاز ۱-۵ به صورت طیف لیکرت در سه حیطه وضعیت جسمانی، عاطفی، روانی، اجتماعی مطرح شد. پایایی پرسشنامه نیز به وسیله آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب α پرسشنامه برابر $0.9466 = \alpha$ به دست آمد که ضریب پایایی خوبی می باشد. پرسشنامه کیفیت زندگی نیز با استفاده و به صورت تلفیقی از پرسشنامه های استاندارد کیفیت زندگی از جمله NHP و SF-۳۶ و SQLI و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی تنظیم گردید (۹).

جامعه پژوهش ما عبارتست از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه (دیالیزی) و بیماران پیوند کلیه مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی شهر ارومیه می باشد. حجم نمونه مورد نظر با توجه به اینکه در مطالعات گذشته میانگین امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی ۵۰ و انحراف معیار آن ۱۷ به دست آمده است (۱۰) و با توجه به فرمول $n = \frac{Z^2 \delta^2}{d^2}$ با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ که $Z = 1.96$ و $\delta = 17$ و $d = 4$ حجم نمونه $n = 70$ برای هر گروه بیمار به دست آمد که اگر اثر جامعه محدود را نیز در نظر بگیریم حدود $n = 60$ بیمار محاسبه گردید که ما با توجه به احتمال عدم همکاری یا گم شدن بعضی از نمونه‌ها از جامعه بیماران پیوند کلیه و دیالیزی‌ها ۸۰ نفر را به تصادف انتخاب کردیم. و پس از انتخاب نمونه‌های مورد مطالعه، پرسشنامه کیفیت زندگی تنظیم شده را برای آنها به وسیله پرستاران بخش پر نمودیم.

به منظور تحقق اهداف پژوهش، اطلاعات به دست آمده از معیار امتیازدهی تعداد و نوع پاسخ‌هایی بودند که به سؤال‌های پرسشنامه داده می شد. امتیازات حاصله یا به صورت کمی (جمع امتیاز هر پرسشنامه) و یا به صورت کیفی در سه گروه ضعیف و متوسط و خوب طبقه بندی شد. جداول توزیع فراوانی نسبت به متغیرهای دموگرافیک (مستقل) به وسیله آمار توصیفی به دست آمد، سپس به منظور تعیین تاثیر متغیرهای کمی مانند سن، مدت بیماری و دفعات مراجعه به پزشک از ضریب همبستگی پیرسون یا اسپیرمن و جهت تاثیر صفات کیفی مانند جنس، تاهل، تحصیلات، شغل و عوارض جسمی بر امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی؛ از آزمون تی استیودنت، کای دو، آنالیز واریانس و آزمون کروسکال والیس با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده شد.

شد. بر حسب شغل در بیماران پیوند کلیه و کل بیماران اختلاف معنی‌دار و در بیماران دیالیزی معنی‌دار نشد.

جدول شماره ۱: مقایسه کیفیت زندگی بیماران دیالیزی با پیوندی

p-Value	میانگین کیفیت زندگی	بد		متوسط		خوب		کیفیت زندگی نوع بیماری
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
p<۰/۰۰۰۵	۲/۳۲±۰/۴۸۹	٪۵۶/۸	۴۲	٪۴۰/۵	۳۰	٪۲/۷	۲	دیالیزی
	۳/۴۷±۰/۷۳۶	٪۹	۷	٪۴۴/۹	۳۵	٪۴۶/۲	۳۶	پیوندی

جدول شماره ۲: بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و متغیرهای مستقل مورد بررسی در بیماران پیوند کلیه و دیالیزی

شغل	میزان تحصیلات	وضعیت تأهل	مدت زمان بیماری	سن	جنس	عارضه چشمی	عارضه قلبی	متغیر مستقل نوع بیماری
	$p=۰/۰۱۶$	$p=۰/۰۰۲۸$	$p=۰/۲۰۷$ $r=۰/۱۴۴۶$	$p=۰/۷۸$ $r=۰/۰۳۲۳$	$p=۰/۱۴۹$	$p=۰/۴۳۲۸$	$p=۰/۰۸۱۱$	پیوند کلیه
	$p=۰/۲۲۱۷$	$p=۰/۰۶۶۷$	$r=۰/۰۷$ $r=-۰/۳۱۳$	$p=-۰/۰۳۱$ $r=-۰/۲۵$	$p=۰/۱۳۵$	$p=۰/۰۰۶۷$	$p=۰/۰۰۳۲$	دیالیزی
کروسکال - والیس	کروسکال - والیس	t-استیودنت	ضریب همبستگی اسپیرمن	ضریب همبستگی اسپیرمن	t-استیودنت	t-استیودنت	t-استیودنت	نوع آزمون آماري

بحث

پیوند و بازگشت بیمار به گروه دیالیز به علت نارسایی کلیه پیوندی بالا می‌باشد. در مقابل به علت زمان بیماری در بیماران دیالیزی و اضافه شدن بیماری‌های دیگر بر بیماری زمینه‌ای اولیه (نارسایی کلیه) و همچنین خود تغییرات پیری باعث می‌شود که کیفیت زندگی در افراد دیالیزی با افزایش سن کاهش پیدا کند. در بررسی وضعیت تاهل و رابطه آن با کیفیت زندگی، کیفیت زندگی در هر دو گروه با وضعیت تاهل رابطه یافت نشد که علت آن شاید به این دلیل می‌باشد که بیشتر بیماران در گروه متاهل قرار داشتند و فراوانی بیماران در گروه‌های مجرد، مطلقه یا همسر فوت کرده بسیار کم بود. در بررسی رابطه تحصیلات با کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه و دیالیزی، تحصیلات با کیفیت زندگی رابطه داشت یعنی با افزایش میزان تحصیلات کیفیت زندگی مطلوب‌تر نشان می‌دهد لذا توصیه می‌شود جهت افزایش کیفیت زندگی در بیماران این دو گروه در برنامه ریزی‌های بهداشتی و اجتماعی اقتصادی به افزایش میزان سواد و آگاهی بیماران از بیماری خود توجه بیشتری عنایت شود.

در این پژوهش تاثیر پیوند کلیه بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته که امیدوار بودیم پیوند کلیه بتواند کیفیت زندگی این بیماران جامعه را که با مشکلات عدیده‌ای گریبانگیر هستند، افزایش دهد و برای این منظور چون تحقیق را به صورت آینده‌نگر اگر می‌خواستیم انجام دهیم، یعنی بیماران دیالیزی که منتظر پیوند کلیه هستند، کیفیت آنها را ارزیابی کرده و سپس پی گیری می‌کردیم که پس از پیوند کلیه کیفیت زندگی را دوباره ارزیابی کنیم و سپس مقایسه کنیم، زمان زیادی باید صرف می‌شد؛ لذا روش نمونه‌گیری را به صورت مورد-شاهدی انتخاب و با توجه به یافته‌های پژوهش در خصوص رابطه کیفیت زندگی با موارد مطرح شده در اهداف در دو گروه جنسی رابطه ای یافت نشد و به نظر می‌رسد که توزیع بیماری و عوارض آن در هر دو جنس زن و مرد برابر است ولی در بررسی رابطه کیفیت زندگی با سن، کیفیت زندگی در بیماران پیوندی با سن رابطه ای یافت نشد و علت این امر شاید تراکم بیشتر و پایین بودن میانگین سنی بیماران پیوند کلیه باشد. (۴/۲۲ سال) همچنین در سنین بسیار کم و بسیار بالا نیز میزان رد

این امر با توصیه به نزدیکی به خدا و انجام فرایض، کمک بسیاری در افزایش اعتماد به نفس و قدرت روحی بیماران و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی خواهد داشت.

۳- در سؤالات مربوط به روابط اجتماعی، بیشترین امتیاز مربوط به سؤالاتی در خصوص تامین نیازهای روحی و عاطفی بیمار از طرف خانواده می باشد، لذا به نظر می رسد که با آموزش خانواده ها برای یادگیری شیوه صحیح رفتار با بیماران و افزایش محبت و توجه به آنها می توان باعث افزایش قدرت روحی و کیفیت زندگی این بیماران شد و کمترین امتیاز کیفیت زندگی مربوط به رضایت از درآمد و وضعیت اقتصادی می باشد، با توجه به اینکه هزینه درمان در هر دو گروه پیوند کلیه و دیالیز بسیار بالا می باشد، لذا اخذ تدابیر و تصمیماتی در جهت کمک مالی یا کاهش بار اقتصادی بیماران از طرف دولت باعث خواهد شد که بیماران توجه خود را فقط به بیماری معطوف نمایند و نه به مسائل جانبی و مالی که باعث افت کیفیت زندگی می شود. در نهایت چون کیفیت زندگی بیماران پیوندی در تمامی زمینه ها بهتر از بیماران دیالیزی می باشد لذا پیشنهاد می شود که از طرف دولت برنامه های فرهنگی برای اهداء کلیه بیماران مرگ مغزی از طرف افراد و خانواده ها بیشتر شود و به جنبه های انسانی و معنوی این امر توجه بیشتری شود که بیماران دیالیزی کمتر منتظر دریافت کلیه شده و هر چه زودتر با پیوند کلیه کیفیت زندگی این بیماران افزایش پیدا کند.

با بررسی رابطه کیفیت زندگی و مدت زمان بیماری در دو گروه بیماران پیوند کلیه و دیالیزی در گروه بیماران دیالیزی با افزایش مدت زمان بیماری و مزمن تر شدن آن، کیفیت زندگی افت پیدا می کند که علت این امر احتمالاً به خاطر اضافه شدن مشکلات بیماری های دیگر بر روی بیماری اولیه و همچنین روند خود بیماری می باشد که این رابطه در بیماران پیوند کلیه مشاهده نشد در جدول فراوانی و میانگین امتیازات پاسخ به سؤالات در کل بیماران نکات زیر حائز اهمیت می باشد.

۱- در سؤال های مربوط به وضعیت جسمانی، کمترین میانگین امتیاز در خصوص انجام فعالیت های سنگین مثل بالا رفتن از سر بالایی، بلند کردن اجسام سنگین و دویدن می باشد (۱/۵۱۷)، لذا توصیه می شود بیمارانی که به خاطر اقتصادی شغلی و یا شرایط دیگر مجبور به انجام فعالیت های سنگین هستند از انجام آنها جلوگیری نمایند در مقابل بیشترین امتیاز مربوط به خواب و استراحت بیماران است

۲- در سؤالات مربوط به وضعیت عاطفی روانی کمترین میانگین امتیاز در خصوص افت کار به علت مشکلات روحی و جسمی می باشد؛ لذا توصیه می شود که در برخورد با این بیماران به صورتی عمل شود که به میزان اعتماد به نفس و همچنین قبول بیماری، مقاومت و قدرت تحمل داشته باشند در مقابل بیشترین امتیاز مربوط به تاثیر نماز و عبادت در زندگی بود که با توجه به

References:

01. The WHO quality of life group: The world health organization quality of life assessment (WHO QOL) position paper from WHO Society Science Medicine 1995; 10, 41, 1403-1406.
 02. Raphael D, Brown I, Renwick R, Cava M, Weir. Measuring quality of life older persons: A model with implication for communing and public health nursing. Int J Nurs Stud 1997; 34: 231-234.
 03. The WHO quality of life group: What is quality of life? World Health Forum 1996: 17,453-546.
 04. Sitzia J, Sobridol L. Measurement of health related quality of life patients receiving conservative treatment for limb lymphoedema using the Nottingham health profile. Quality of life research. Qual Life Res 1997; 6(5): 5-6.
 05. Fisher R, Gould D, Wainwright S, Fallon M. Quality of life after renal transplantation. J Clin Nursing 1998; 7: 553-630.
 06. Jofer R, Lopez-Gomez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D, Valderrabano F. Changer in quality of life after renal transplantation: Am J Kidney Dis 1998; 32(1): 93-100.
 07. Rubik J, Grenda R, Jakubowska-Winecka A, Dabrowska A. Quality of life in children and adolescent with ERSD treated with dialysis and kidnog transplantation. Polish Merkuriusz Lek 2000; 8 (46): 280-281.
۰۸. برهمنی گ: بررسی کیفیت زندگی آسیب دیدگان بمباران شیمیایی سردشت: پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی

ارشد رشته آموزش پرستاری، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۸ .

09. Kalanter-Zaden K, Kopple JD, Block G, Humphreys MH. Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis: Am J Society of Nephrology 2001; 12(12): 2797-2806.

۱۰. اسکافی س: بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و روش‌های مقابله بکار گرفته شده توسط بیماران تحت درمان با همودیالیز در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۷۷.