

مقاله اصلی

مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت دیالیز خونی و صفاقی در مراکز دیالیز بیمارستان های امام رضا (ع) و قائم (عج) شهرستان مشهد

تاریخ دریافت: ۸۸/۹/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۸۹/۲/۱

خلاصه

مقدمه

تفاوت های نسبی در برخی از حیطه های کیفیت زندگی بیماران دیالیز خونی و صفاقی هنوز به طور کامل روشن نشده است. هدف این مطالعه، مقایسه کیفیت زندگی بیماران دیالیز خونی و صفاقی در مراکز قائم و امام رضا است.

روش کار

در این مطالعه توصیفی در مرکز دیالیز خونی و صفاقی امام رضا (ع) و قائم (عج) در شش ماه اول سال ۱۳۸۸ انجام شد. ۴۰ بیمار دیالیز صفاقی (۱۷ مرد و ۲۳ زن) با ۴۰ بیمار همسان شده دیالیز خونی (۲۰ مرد و ۲۰ زن) مقایسه شدند. از ابزار (SF-36) برای ارزیابی کیفیت زندگی در ۸ حیطه ی عملکرد فیزیکی، محدودیت ایفای نقش فیزیکی، درد بدن، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش عاطفی، انرژی، خوب بودن عاطفی استفاده شد. میانگین نمره ی اجزای فیزیکی و ذهنی سلامت و نمره ی کل نیز محاسبه شد. اطلاعات به دست آمده با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. مقایسه توسط آزمون های تی، ویلکاکسون، همبستگی پیرسون، من ویتنی، دقیق فیشر و کروسکال والیس انجام شد.

نتایج

پایین ترین نمره در حیطه ی محدودیت ایفای نقش فیزیکی در هر دو گروه و بالاترین نمره در حیطه ی محدودیت ایفای نقش عاطفی در بیماران دیالیز صفاقی و درد بدن در بیماران دیالیز خونی مشاهده شد. در حیطه های سلامت عمومی، انرژی، محدودیت ایفای نقش فیزیکی و بعد فیزیکی سلامت SF-36 بیماران دیالیز صفاقی به طور معنی داری نمرات بالاتری نسبت به بیماران دیالیز خونی کسب کردند. تنها میانگین نمره ی درد در بیماران دیالیز خونی نسبت به دیالیز صفاقی به طور معنی داری بالاتر بود ($p < 0/05$).

نتیجه گیری

این مطالعه نشان می دهد، بیماران دیالیز صفاقی کیفیت زندگی بهتری در حیطه های سلامت عمومی، انرژی، محدودیت عملکرد فیزیکی و بعد فیزیکی سلامت در مقایسه با بیماران تحت دیالیز خونی داشتند.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، دیالیز خونی، دیالیز صفاقی، SF-36

^۱عباسعلی زراعتی*

^۲مسیح نقیبی

^۳محمد جواد مجاهدی

^۴شهاب احمد زاده

^۵بشیری حسن زمانی

۱- استادیار نفرولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲- استادنفرولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳- استادنفرولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴- دکترای پزشکی

۵- فوق تخصص نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* مشهد - بیمارستان امام رضا(ع)، دفتر گروه نفرولوژی

تلفن: ۰۹۸-۹۱۵۵۰۳۷۱۲۴+

email:zeraatia@mums.ac.ir

مقدمه

کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و در بر گیرنده عوامل عینی و ذهنی است. کیفیت زندگی اغلب به عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری و آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار می باشد (۱). بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی در مراحل انتهایی^۱ برای تامین سلامت خود تحت درمان با دیالیز قرار می گیرد، در حالی که عوامل تنش زا علاوه بر این که باقی می ماند، ممکن است تشدید نیز بشوند، زیرا بیمار دیالیزی با عوامل تنش زای متعدد فیزیکی، روانی و اجتماعی مواجه می باشد و از لحاظ آینده خود احساس ناامنی می کند. بنابراین کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی یک موضوع با اهمیت و قابل بررسی می باشد (۲). ابعاد عمده کیفیت زندگی شامل رفاه جسمی، عاطفی، اجتماعی و روانی می باشد. این حیطه ها می توانند به طور مستقل مورد بحث قرار گیرند. ولی یک ارتباط متقابل بین آنها وجود دارد. اختلال در وضعیت جسمانی و وجود علائم جسمی می توانند اثر مستقیم بر تمام جنبه های کیفیت زندگی داشته باشد. عوامل شناخته شده زیادی که بر رفاه جسمی تاثیر دارند؛ بعضی از این عوامل به طور مستقیم مربوط به بیماری بوده و برخی مربوط به درمان این بیماری ها است (۳).

در گذشته پیامد درمانی بیماران بانارسایی کلیوی مراحل انتهایی بر اساس جنبه هایی از قبیل بیوشیمی و تکنیک های بقاء و مرگ و میر بود ولی در سال های اخیر توجه به سلامت بر اساس کیفیت زندگی در بیماران کلیوی مراحل انتهایی افزایش یافته است (۴). مطالعات زیادی در مورد کیفیت زندگی در بیماران دیالیزخونی^۲ و صفاقی^۳ انجام شده است که در تعدادی از آنها کیفیت زندگی در بیماران دیالیز خونی بهتر بوده است و در تعدادی برتری با دیالیز صفاقی بوده است و در تعدادی نیز تفاوت اندکی بین دو گروه وجود داشته است (۵). یک متاآنالیز در سال ۲۰۰۷ با مرور ۵۱ مقاله نشان داد که در ۳۶۵۸۲ بیمار مورد مطالعه اختلاف معنی داری بین کیفیت زندگی بیماران دیالیز خونی و صفاقی وجود نداشته است (۶). در یک مطالعه در سال ۲۰۰۷ بین ۴۱ بیمار

دیالیز صفاقی و ۷۵ بیمار دیالیزخونی تفاوت معنی داری بین کیفیت زندگی دو گروه وجود نداشته است (۷). در یک مطالعه در سال ۲۰۰۷ بر روی بیماران دیالیزی (۶۴۴ بیمار دیالیز خونی و ۴۰۸ بیمار دیالیز صفاقی) کیفیت زندگی در بیماران دیالیز صفاقی از بیماران دیالیز خونی بهتر بوده است (۸). یکی از شیوه های مناسب برای بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه کوتاه ۳۶ سوالی (SF-۳۶) است. این روش امکان مقایسه ی سریع حیطه های مختلف کیفیت زندگی را بین گروه های مختلف ممکن می سازد. از آن جایی که تفاوت های نسبی در برخی از حیطه های کیفیت زندگی بیماران دیالیز خونی و صفاقی به طور کامل روشن نشده است، در این مطالعه کیفیت زندگی در بیماران دیالیز صفاقی و دیالیز خونی با استفاده از ابزار SF-36 مورد ارزیابی و با یکدیگر مقایسه شد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی توصیفی، تعداد ۴۰ بیمار دیالیز خونی و ۴۰ بیمار دیالیز صفاقی در مراکز دیالیز خونی بیمارستان امام رضا (ع) و صفاقی بیمارستان های امام رضا (ع) و قائم (عج) در ۶ ماه اول سال ۱۳۸۸ مورد مطالعه قرار گرفتند. ۲ گروه بر اساس سن و جنس و طول مدت دیالیز همسان شدند. پس از اخذ رضایت، اطلاعات و تاریخچه بالینی بیماران بر اساس سابقه پزشکی و تکمیل پرسشنامه جمع آوری شد. سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، طول مدت دیالیز، سطح تحصیلات ثبت شد. بیماران همودیالیزی تحت برنامه منظم هفته ای سه بار در هفته و بیماران دیالیز صفاقی بر روی یک برنامه استاندارد CAPD قرار داشتند. معیارهای ورود شامل بیماران با حداقل سن ۱۵ سال و حداقل ۶ ماه طول مدت دیالیز و معیارهای خروج شامل عفونت فعال در پریتون در ۳ ماه گذشته در بیماران دیالیز صفاقی و سابقه بستری در بیمارستان در ۲ ماه گذشته بود.

برای بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه SF-36 استفاده شد که در ۸ زمینه کیفیت زندگی را ارزیابی می کند. عملکرد فیزیکی (۱۰ مورد) بدن درد (۲ مورد) سلامت عمومی (۵ مورد) محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات فیزیکی (۴ مورد) محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات روانی (۳ مورد) سلامت اجتماعی (۲ مورد) انرژی (۴ مورد) احساس خوب بودن

¹ End Stage Renal Disease

² Hemodialysis

³ Peritoneal Dialysis

جهت تعیین ارتباط بین دو متغیر کمی طبیعی از ضریب همبستگی پیرسون و برای دو متغیر کمی غیرطبیعی از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. جهت مقایسه میانگین متغیرهای کمی بر حسب متغیرهای کیفی دو حالتی مورد مطالعه از آزمون تی مستقل و در مواردی که توزیع متغیر غیر طبیعی بود و یا مقیاس رتبه ای داشت از آزمونهای من ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. تفاوت بین متغیرهای طبقه بندی شده با استفاده از آزمون مجذور کای یا آزمون دقیق فیشر بررسی شدند.

نتایج

در جدول شماره ۱ اطلاعات بالینی مربوط به سن، جنس، وضعیت تأهل، طول مدت دیالیز، سطح سواد و علت نارسایی کلیه بیماران دیالیزخونی و صفاقی نشان داده شده است. در مورد ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیالیزخونی، بیشترین میانگین به حیطه درد بدن و کمترین میانگین به حیطه محدودیت ایفای نقش فیزیکی تعلق داشت و در بیماران دیالیز صفاقی بیشترین میانگین به حیطه محدودیت ایفای نقش عاطفی و کمترین میانگین به حیطه محدودیت ایفای نقش فیزیکی تعلق داشت (جدول شماره ۲).

(۵ مورد). این ۸ حیطه به طور خلاصه دو جزئی فیزیکی^۱ و ذهنی را تشکیل می دهند، که جزئی فیزیکی شامل حیطه های عملکرد فیزیکی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات فیزیکی و درد بدن و جزئی ذهنی شامل حیطه های احساس خوب بودن عاطفی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی و عملکرد اجتماعی می باشند و حیطه های انرژی (احساس نشاط) و سلامت عمومی در هر دو جزئی فیزیکی و ذهنی^۲ مشترک هستند.

بنابراین هر یک از اجزای فیزیکی و ذهنی ۵ حیطه را شامل می شوند. به هر حیطه از ۰ تا ۱۰۰ نمره داده می شود که نمره ی بالاتر نشان دهنده ی کیفیت زندگی بهتر است. از نظر سطح تحصیلات، بیماران در گروه های بی سواد، تحصیلات ابتدایی، راهنمایی، متوسطه و دانشگاهی تقسیم بندی شدند و از نظر شغلی بیماران در ۵ گروه بی کار (و یا از کار افتاده یا بازنشسته)، خانه دار، دارای کار آزاد، کارگر و کارمند تقسیم بندی شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار آماری SPSS انجام شد. جهت مقایسه داده های کمی با مقیاس نسبتی و فاصله ای که دارای توزیع طبیعی بودند از آزمون تی زوجی و داده هایی که توزیع طبیعی نداشتند از آزمون ویلکاکسون استفاده شد.

جدول ۱- مقایسه اطلاعات بالینی در بیماران همودیالیزی و دیالیز صفاقی

گروه	متغیر	همودیالیز	دیالیز صفاقی	P VALUE
جنس (تعداد)	مرد	۱۷	۲۰	۰/۵۰۱
	زن	۲۳	۲۰	
سن به سال (انحراف معیار ± متوسط)		۴۳/۹۵±۱۹/۴۰	۵۰/۵۰±۱۶/۰۲	۰/۱۹۲
	دیابت	۳۰	۳۷/۵	
علت نارسایی (درصد)	فشار خون	۳۰	۲۰	۰/۱۰۸
	سایر علل	۲۷/۵	۲۷/۵	
	علل ناشناخته	۱۲/۵	۱۵	
مدت دیالیز به ماه (انحراف معیار ± متوسط)		۴۱/۸۷±۳۵/۴۹	۳۷/۱۷±۲۹/۱۹	۰/۵۲۲
	بیسواد و ابتدایی	۱۲/۵	۵۲/۵	
سطح سواد (درصد)	راهنمایی ظمتوسطه	۷۰	۳۵	۰/۰۰۱
	دیپلم بالاتر	۱۷/۵	۱۲/۵	
تاهل (درصد)	مجرد	۱۷/۵	۱۳/۱	۰/۶۲۳
	متاهل	۸۲/۵	۸۶/۹	

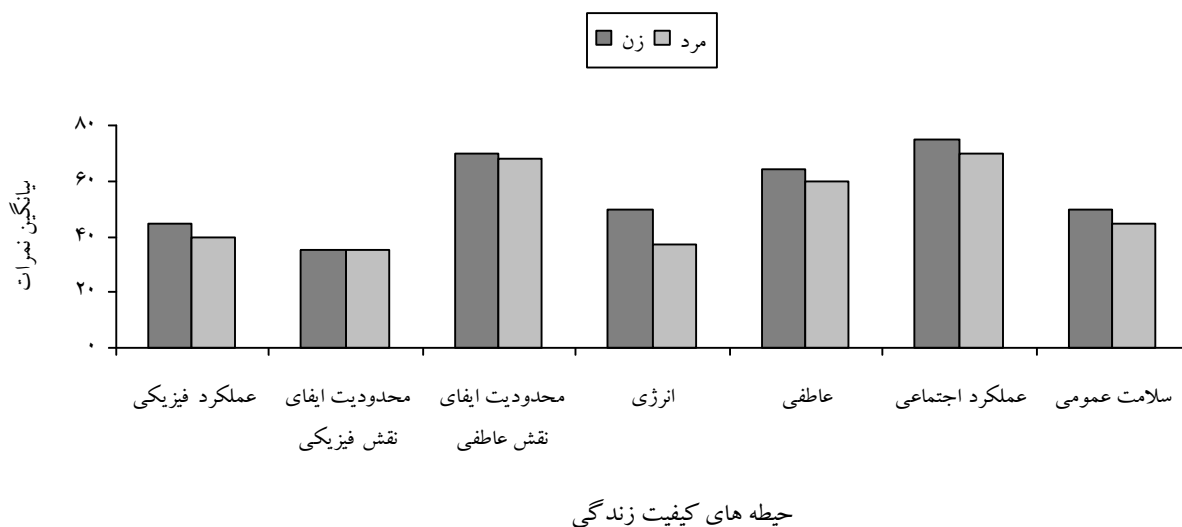
¹Physical Component Summary

²Mental Component Summary

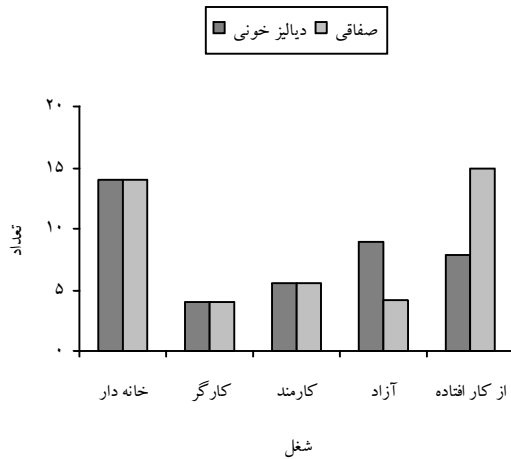
جدول ۲- میانگین وانحراف معیارنمرات کسب شده از ابزار سنجش کیفیت زندگی SF36

به تفکیک دو گروه بیماران تحت همودیالیز، دیالیز صفاقی

P Value	دیالیز صفاقی		همودیالیز		گروه حیطه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۲۶۲	۲۶/۴۲	۴۷/۰۰	۲۸/۸۴	۴۰/۰۱	عملکرد جسمی
۰/۰۰۲	۳۷/۵	۴۵/۴۶	۲۶/۴	۲۲/۵	نقش جسمی
۰/۸۸۸	۴۱/۳۲	۶۹/۵۷	۳۷/۷۱	۶۸/۳۲	نقش عاطفی
۰/۰۱۷	۲۶/۴۵	۴۹/۸۲	۱۸/۳۹	۳۷/۳۷	انرژی و خستگی
۰/۲۷۷	۲۲/۵	۶۲	۱۲/۸۹	۵۷/۶۰	احساس خوب بودن عاطفی
۰/۸۶۰	۲۸/۲۶	۵۸/۹۶	۲۱/۸۴	۵۹/۹۶	عملکرد اجتماعی
۰/۴۰۸	۲۵/۳۳	۶۵/۸۷	۳۳/۴۰	۷۹/۱۸	درد
۰/۰۱۶	۲۵/۲۶	۵۰/۸۷	۱۶/۸۶	۳۹/۰۶	سلامت عمومی
۰/۱۷۲	۲۲/۳۷	۵۸/۵۱	۱۶/۵۲	۵۲/۴۰	جزءذهنی
۰/۰۴۵	۲۲/۲۰	۵۲/۶۱	۱۷/۵۹	۴۳/۴۲	جزءفیزیکی
۰/۱۴۱	۲۱/۸۶	۵۶/۸۲	۱۶/۶۷	۵۰/۳۰	نمره کل



نمودار ۱- میانگین نمرات کسب شده از ابزار سنجش کیفیت زندگی SF36 به تفکیک جنس



نمودار ۲- توزیع فراوانی شغل بیماران به تفکیک دو گروه دیالیز خونی و صفاقی

نمودار ۲ توزیع فراوانی شغل بیماران در دو گروه را نشان می دهد، که تفاوت معنی داری بین گروه های مختلف شغلی در دو گروه بیماران دیالیز خونی و صفاقی مشاهده نشد (۰/۳۳۶).

بحث

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات فیزیکی، انرژی و جزء فیزیکی ابزار سنجش کیفیت زندگی SF36، در بیماران دیالیز صفاقی و در بعد درد بدن در بیماران دیالیز خونی شرایط بهتری دارد. ولی سایر حیطه ها و نمره کل کسب شده از ابزار سنجش کیفیت زندگی SF36 در دو گروه، تفاوت معنی داری نداشت. مطالعه چویس^۱ یکی از مهمترین مطالعات در ارتباط با بررسی کیفیت زندگی در بیماران دیالیزی محسوب می شود. بر اساس این مطالعه، بیماران دیالیز صفاقی از نظر درد بدن، عملکرد فیزیکی و محدودیت ناشی از عملکرد عاطفی وضعیت بهتری داشتند و بیماران دیالیز خونی تنها از نظر احساس نشاط نمرات بالاتری داشتند (۹). در مطالعه مرکوس^۲ و همکارانش سطوح کیفیت زندگی در ابعاد درد بدن، عملکرد فیزیکی و محدودیت ناشی از عملکرد عاطفی و سلامت ذهنی در بیماران دیالیز صفاقی از بیماران دیالیز خونی بالاتر بود، که البته پس

میانگین نمرات ابعاد سلامت عمومی، محدودیت ایفای نقش فیزیکی، انرژی و جزء فیزیکی در میان بیماران دیالیز صفاقی و درد بدن در بیماران دیالیز خونی به طور معنی داری بالاتر بود (جدول شماره ۲). در بیماران دیالیز صفاقی بین مدت دیالیز و اجزاء فیزیکی ($p=0/011$ و $T=-0/406$)، ذهنی ($p=0/001$ و $T=0/535$) و نمره کل ($p=0/016$ و $T=-0/272$) پرسشنامه SF36 کیفیت زندگی، ارتباط معنی دار و معکوسی وجود داشت. ولی در بیماران دیالیز خونی بین مدت دیالیز با هیچکدام از ابعاد پرسشنامه SF36 کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود نداشت. بین سن و عملکرد فیزیکی ارتباط معنی دار و معکوسی در هر دو گروه بیماران دیالیز خونی ($p=0/028$ و $T=-0/364$) و دیالیز صفاقی ($p=0/005$ و $T=-0/431$) وجود داشت. بین سن و محدودیت ایفای نقش فیزیکی ارتباط معنی دار و معکوسی در گروه بیماران دیالیز خونی ($p=0/046$ و $T=-0/317$) وجود داشت ولی در بیماران دیالیز صفاقی ($p=0/449$ و $T=-0/123$) این ارتباط وجود نداشت. بین سن و انرژی ارتباط معنی دار و معکوسی در گروه بیماران دیالیز صفاقی ($p=0/028$ و $T=-0/348$) وجود داشت ولی در بیماران دیالیز خونی ($p=0/088$ و $T=-0/273$) این ارتباط وجود نداشت. میانگین نمرات کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نسبت به غیر دیابتی در تمامی ابعاد بجز در حیطه انرژی تفاوت معنی داری نداشت. در بیماران دیابتی نمره حیطه انرژی به طور معنی داری پایین تر از غیر دیابتی بود (۲۵/۴۵) $34/69t$ (۲۱/۶۵) $48/09t$ ($p=0/016$).

به تفکیک گروه، در بیماران دیالیز صفاقی، در میانگین نمرات کیفیت زندگی در حیطه انرژی تفاوت معنی داری مشاهده شد (۲۹/۱۴) $35/66t$ (۲۱/۷۷) $59/04t$ ($p=0/008$)، ولی در بیماران دیالیز خونی تفاوت معنی داری یافت نشد (۲۱/۱۴) $33/33t$ (۱۷/۲۸) $39/10t$ ($p=0/370$). میانگین نمرات در تمامی ابعاد در جنس مونث نسبت به مذکر بالاتر بود ولی تنها در حیطه انرژی تفاوت معنی داری مشاهده شد ($p=0/015$) (نمودار شماره ۱). سطح سواد در بیماران دیالیز خونی به طور معنی داری از بیماران دیالیز صفاقی بالاتر بود ($p=0/001$) (جدول شماره ۱).

¹ Choice

² Merkus

از تحلیل چند متغیره، تاثیر مدالیته دیالیز تنها بر روی سلامت ذهنی بود (۱۰). در مطالعه ژنگ^۱ و همکارانش که ۱۰۶۲ بیمار دیالیزی پرسشنامه SF36 را تکمیل کرده بودند، نمرات سطوح کیفیت زندگی در ابعاد درد بدن، عملکرد اجتماعی و محدودیت ناشی از عملکرد عاطفی و سلامت عمومی در بیماران دیالیز صفاقی از بیماران دیالیز خونی بالاتر بود در بیماران دیالیز خونی، عملکرد فیزیکی و محدودیت ناشی از عملکرد فیزیکی بالاتر بود (۸). در مطالعه ی مائو^۲ و همکارانش بر ۲۴۴ بیمار دیالیزی، سطوح کیفیت زندگی در ابعاد درد بدن، انرژی، عملکرد فیزیکی و محدودیت ناشی از عملکرد فیزیکی و عاطفی و سلامت ذهنی در بیماران دیالیز صفاقی از بیماران دیالیز خونی بالاتر بود ولی تنها در دو مورد درد بدن و محدودیت ناشی از عملکرد عاطفی تفاوت در حد معنی دار بود (۱۱). با تمام این ها متا آنالیزی از ۵۲ مقاله نشان داد که بیماران دیالیزی کیفیت زندگی پایین تری نسبت به بیماران پیوندی دارند ولی در دو گروه بیماران دیالیز صفاقی و خونی تفاوت معنی داری مشاهده نشد (۷). در مطالعه حاضر میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی و انرژی به طور معنی داری از بیماران تحت همودیالیز بالاتر بود. کاهش کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز در بعد سلامت عمومی و انرژی، ممکن است در ارتباط با واحد دیالیز و مشاهده وقوع مرگ و سایر ناخوشی های همراه باشد. گزارش شده است که مختل شدن کیفیت زندگی بیماران دیالیزی ناشی از ناراضیاتی آنها از محیط است (۱۲). به ویژه محیط پر استرس در روند دیالیز خونی و مشکلات در فراهمی و کیفیت سرویس های سلامتی، وسایل حمل و نقل و اتلاف وقت در واحد دیالیز از عوامل مهم در کیفیت نامطلوب زندگی می باشد. برخی از عوامل مهم در ایجاد خستگی عبارت از کم خونی، سوء تغذیه، اورمی و وجود سایر ناخوشی های همراه می باشد (۱۳). در سایر مطالعات کسب نمرات بالاتر در ارتباط کفایت دیالیز بهتر در بیماران دیالیز صفاقی نسبت به دیالیز خونی بوده است که در این مطالعه کفایت دیالیز بررسی نشد. همچنین کیفیت بهتر جزء فیزیکی و ایفای نقش ناشی از محدودیت فیزیکی در بیماران دیالیز صفاقی نیز ممکن است در ارتباط با افسردگی

وافت روانی بیماران دیالیز خونی باشد. علت دیگر می تواند از این جنبه قابل ارزیابی باشد که علی رغم انتخاب دیالیز صفاقی از سوی تعداد اندکی از بیماران، این افراد نسبت به بیماران دیالیز خونی بیشتر درگیر جنبه های مختلف در مان خود هستند و مشارکت بیماران در روند درمان و مراقبت، با توجه به میزان آگاه سازی بیشتر این بیماران پیش از شروع دیالیز، بالاتر است. کاهش کیفیت زندگی از بعد فیزیکی می تواند وضعیت عملکرد فرد را دچار تغییر کند. در افراد سالم کیفیت زندگی از سنین ۵۵ سال به بعد کاهش می یابد و در بیماران دیالیزی مسن جزء فیزیکی کیفیت زندگی کاهش می یابد ولی جزء ذهنی شباهت با افراد سالم دارد (۱۴). در این مطالعه در بیماران دیالیز صفاقی بین مدت دیالیز و اجزاء فیزیکی، ذهنی و نمره کل پرسشنامه SF36 کیفیت زندگی، ارتباط معنی دار و معکوسی وجود داشت. ولی در بیماران دیالیز خونی بین مدت دیالیز با هیچکدام از ابعاد پرسشنامه SF36 کیفیت زندگی، ارتباط معنی داری وجود نداشت. در سایر مطالعات، برخلاف این مطالعه میانگین نمرات کیفیت زندگی در حیطه درد بدن در بیماران دیالیز صفاقی نسبت به خونی بالاتر بود که دلایل آن می تواند درد ناشی از ابتلای به پریتونیت و عوارض روماتولوژیک مانند آرتروز باشد. در بررسی وضعیت تاهل و رابطه آن با کیفیت زندگی، بین کیفیت زندگی در هر دو گروه با وضعیت تاهل رابطه ای یافت نشد که علت آن شاید به این دلیل می باشد که بیشتر بیماران در گروه متاهل قرار داشتند و فراوانی بیماران در گروه های مجرد، مطلقه یا همسر فوت کرده بسیار کم بود (۱۵).

وضعیت اشتغال یکی از عوامل مهمی است که بر کیفیت زندگی می تواند تاثیر گذار باشد. تبعیض های شغلی یا از دست دادن شغل به علت انجام مکرر همودیالیز، اشکال در پیدا کردن شغل مناسب و وقفه در تداوم اشتغال، وضعیت اقتصادی این بیماران را تحت الشعاع قرار می دهد، با این حال در این مطالعه، ارتباط معنی داری بین وضعیت اشتغال کنونی و کیفیت زندگی مشاهده نشد که این یافته با مطالعه مرکوس و همکاران در بیماران تحت همودیالیز مشابه است (۱۰). با توجه به اینکه ۳۵٪ بیماران بیکار یا از کار افتاده و ۲۸/۷۵٪ بیماران خانه دار بودند، عدم معنی داری قابل توجیه است.

¹ zhang

² Mau

در زمینه وضعیت تحصیلی درصد بالایی از مبتلایان بی سواد یا در حد سواد ابتدایی می باشند و رابطه معنی داری بین کیفیت زندگی و سطح سواد وجود نداشت.

در مطالعه حاضر جنس مرد همراه با نمرات پایین تر در تمامی ابعاد کیفیت زندگی می باشد ولی در سایر مطالعات در آمریکای شمالی، جنس زن همراه با کیفیت زندگی پایین تر است (۱۶). در مطالعات اروپایی نیز جنس مونث همراه با کیفیت زندگی پایین تر است (۳). جنس مرد به عنوان رئیس خانواده می تواند از علل کسب نمرات پایین تر ابعاد کیفیت زندگی باشد زیرا این وظیفه در بیماران دیالیزی به ویژه در اثر از دست دادن شغل دچار خدشه شده و تولید نگرانی می کند و کیفیت زندگی را دچار اختلال می کند. برخلاف بیشتر مطالعات دیگر، در این مطالعه، میانگین نمرات کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نسبت به غیردیابتی در تمامی ابعاد به جز در حیطه انرژی تفاوت معنی داری نداشت. در بیماران دیابتی نمره حیطه انرژی به طور معنی داری پایین تر از غیر دیابتی بود. به تفکیک گروه، در بیماران دیالیز صفاقی، میانگین نمرات کیفیت زندگی در حیطه انرژی در افراد دیابتی و غیر دیابتی تفاوت معنی داری داشت ولی در بیماران دیالیز خونی تفاوت معنی داری یافت نشد. در بیشتر مطالعات نیز بین خستگی و وجود بیماری های همراه ارتباط معنی داری وجود داشته است که دیابت در زمره شایع ترین آنها محسوب می شود. از سایر عللی که می توان در بهتر بودن برخی از ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیالیز صفاقی نسبت به خونی در این مطالعه اشاره کرد نقش خانواده به عنوان مهم ترین و اولین منبع حمایتی است. ارابه حمایت خانواده بر پذیرش درمان تاثیر گذار است، که به طور معمول در ابتدای دیالیز بسیاری از بیماران در انتخاب دیالیز صفاقی به علت فقدان این حمایت دچار تردید می شوند. از سوی

دیگر بروز نارسایی مزمن کلیوی می تواند منجر به وابستگی فرد به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی شود و بعد روانی - اجتماعی کیفیت زندگی فرد را متاثر سازد. این مطالعه مقطعی بود. بررسی کیفیت زندگی در زمان های مختلف از شروع دیالیز در تحلیل و تعمیم داده ها می توانست مفیدتر باشد. بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی و میزان درآمد بیماران مسلمان در تحلیل نتایج کمک کننده بود ولی اطلاعات به دست آمده از بیماران چندان قابل اعتماد نبود و بنابراین تجزیه و تحلیل نشد.

نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات فیزیکی، انرژی و جزء فیزیکی کیفیت زندگی در بیماران دیالیز صفاقی در مقایسه با بیماران دیالیز خونی وضعیت بهتری دارد در حالی که از بعد درد بدن بیماران دیالیز خونی شرایط بهتری دارند. این در حالی است که دیالیز صفاقی از سوی تعداد اندکی از بیماران جهت شروع دیالیز انتخاب می شود. بنابراین با توجه به برتری تعداد بیشتری از حیطه های کیفیت زندگی در بیماران دیالیز صفاقی، ترغیب بیماران جهت انتخاب درمان دیالیز صفاقی با توجه به کمبود مراکز دیالیز خونی، توصیه می شود.

تشکر و قدر دانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه شماره ۲۲۴۱-ت جهت اخذ درجه دکتری آقای شهرام احمدزاده می باشد. در انتها از تمامی پرسنل محترم مراکز همودیالیز و دیالیز صفاقی بیمارستان امام رضا (ع) و بیمارستان قائم (عج)، سپاسگزاری می شود.

References:

- 1- Croog SH, Levine S. Quality of life and health care evaluations. In: Freeman HE, Levine S, Englewood Cliffs NJ. Handbook of Medical Sociology, 4th ed. Prentice Hall:1989.p 508–528.
- 2- Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. Nephrology Forum. Kidney Int 2001; 59:1599–161303.
- 3- Mingardi G, Cornalba L, Cortinovic E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group. Nephrol Dial Transplant. 1999;14:1503–1510.
- 4- Jofre R, Lopez-Gomez J, Alderrabano F. Quality of life for patient group. Kidney Int 2000;57 :S121-S130.
- 5- Diaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus JM. Quality-of-life evaluation using short form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. Am J Kidney Dis 2000;35:299-300
- 6- Liem YS, Bosch JL, Arends LR, Heijnenbroek_kal MH, Hunink MG. Quality of life assessed with the medical outcomes study short form 36-item health survey of patients on renal replacement therapy: a systemic review and meta-analysis. Value Health 2007; 10:390.
- 7- Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis ,and transplantation patients. Transplant Proc 2007; 39:3047-3053.
- 8- Ai-Hua Zhang, LI-Tao Cheng, Ning Zhu. Comparison of quality of life of hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. Health Qual Life Outcomes 2007; 5:49.
- 9- Powe NR, Klag MJ, Sadler JH, Anderson GF, Bass EB, Briggs WA, *et al.* Wu AW for the CHOICE Study: Choices for healthy outcomes in caring for end stage renal disease. Semin Dial 1996; 9–11.
- 10- Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT. Quality of life in patients on chronicdialysis: self-assessment 3 months afterthe start of treatment. The Necosad StudyGroup. Am J Kidney Dis 1997; 29:584-592.
- 11- Mau LW, Chiu HC, Chang PY, Hwang SC, Hwang SJ. Health-related quality of life in Taiwanese dialysis patients: effects of dialysis modality. Kaohsiung J Med Sci 2008; 24:453-460.
- 12- Kutner NG, Zhang R, Barnhart H, Collins AJ. Health status and quality of life reported by incident patients after 1 ear on haemodialysis or peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant 2005; 20:2159-2167.
- 13- Szabo E, Moody H, Hamilton T, Ang C, Kovithavongs C, Kjellstrand C. Choice of treatment improves quality of life. Arch Intern Med 1997; 157:1352–1356.
- 14- Winkelmayr WC, Glynn RJ, Mittleman MA, Levin R, Pliskin JS, Avorn J. Comparing mortality of elderly patients on hemodialysis versus peritoneal dialysis: A propensity score approach. J Am Soc Nephrol 2002; 13: 2353–2362.
- 15- Wasserfallen JB, Halabi G, Saudan P, Perneger T, Feldman HI, Martin PY, *et al.* Quality of life on chronic dialysis: comparison between hemodialysis and peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant 2004; 19:1594-1599.
- 16- Harris LE, Luft FC, Rudy DW, Tierney WM. Clinical correlates of functional status in patients with renal insufficiency. Am J Kidney Dis 1993; 21:161–166.