

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان  
دانشکده پرستاری و مامایی رازی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری  
گرایش داخلی جراحی

عنوان:

بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی با بیماران دریافت کننده  
پیوند کلیه شهر کرمان در سال ۸۷

استاد راهنما

۱۳۸۹ / ۳ / ۱۷

دکتر عباس عباس زاده

تسبیح سنگ

پژوهش و نگارش

راهله جوانبختیان

زمستان ۸۸



بسمه تعالی

صور تجلسه دفاع از پایان نامه

\*\*\*\*\*

تاریخ: ۱۰/۲/۸۸

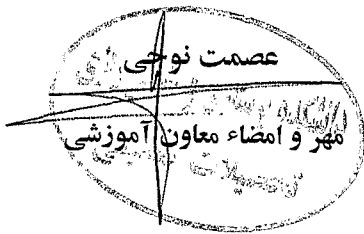
شماره: ۲۳۰۰/۱۰/۱۷/۵

پیوست: .....

جلسه دفاعیه پایان نامه تحصیلی خانم راهله جوانبختیان دانشجوی کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری گرایش داخلی جراحی ورودی ۸۶ دانشکده پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان تحت عنوان: بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی با بیماران دریافت کننده پیوند کلیه شهر کرمان در سال ۱۳۸۲ ساعت ۱۱ روز یکشنبه مورخ ۸۸/۱۰/۲۰ با حضور اعضای محترم هیات داوران متشکل از: .

امضاء	نام و نام خانوادگی	سمت
	جناب آقای دکتر عباس عباس زاده	الف: استاد (ان) راهنما
_____	_____	ب: استاد (ان) مشاور
	سرکار خانم سیده سکینه سبزواری	ج: عضو هیات داوران (داخلی)
	سرکار خانم دکتر سیمین دخت حبیب زاده	د: عضو هیات داوران (خارجی)
	سرکار خانم مهری کهن	ه: نماینده تحصیلات تکمیلی

تشکیل گردید و ضمن ارزیابی به شرح پیوست با درجه ..... مجالی ..... و نمره ۱۹/۱۰۰ ..... مورد تأیید قرار گرفت.



پروردگار یاریم کن تا دستی بگیرم و قلبی شاد کنم

تا مرهمی گذارم و زخمی شاد هم

مرا به حال خویش گذار

که زین پس به رحمت تو محتاج ترم

یاریم کن تا آنچه را از دیده ما شنیده ما آموخته ام عاشقانه به کار بندم

تقدیر و سپاس از

استاد گرانقدرم جناب آقای دکتر عباس زاده

که آنچه تحریر شد حاصل زحمات ایشان است.

و با تشکر از همه اساتیدی که به من آموختند.

پدر و مادرم کہ وجودشان بر ایم ہمہ عشق و وجودم بر ایشان ہمہ نجات،

توانشان رفت تابه توانایی بر رسم

و روشن سیدی گرفت تاروی سید بانم

آنان کہ فروغ نگاهشان گرمی کلامشان و روشنی روشنیشان

سرمایہ جاودانی زندگی من است.

در برابر وجود کرامتشان زانوی ادب بر زمین می نهم و بادلی مالالال از عشق بردستان پر مهرشان بوسه

می زنم.

تقدیم بہ

یگانہ خواہر عزیزم

راضیہ

کہ حضورش ترنم خوش شادی و مایہ دلگرمی من است.

تقدیم به

پشتوانه های زندگیم برادرانم

رشد و نوید

که آینده روشنشان تجلی گاه آرزوی من است.



## چکیده پژوهش

کیفیت زندگی حالتی از سلامتی کامل فیزیکی، ذهنی و اجتماعی است و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی و می تواند تحت تاثیر متغیر های دموگرافیک و اجتماعی، بیماری ها و وضعیت های بالینی فرد قرار گیرد. بیماری مرحله انتهایی کلیه ها و درمان های آن (پیوند کلیه، همودیالیز) بیماران را در معرض طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی قرار داده و در مجموع کیفیت زندگی آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد. این مطالعه به بررسی سطح کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر کرمان و مقایسه آن بر اساس اطلاعات دموگرافیک می پردازد.

در این مطالعه توصیفی و تحلیلی با استفاده از پرسشنامه SF36، کیفیت زندگی ۱۲۰ بیمار کلیوی (۶۰ همودیالیزی و ۶۰ پیوند کلیه) شهر کرمان بررسی شد. نمونه مطالعه شامل دو دسته بیماران پیوندی و همودیالیزی می باشند که طبق سرشماری انجام شده تعداد بیماران همودیالیزی شهر کرمان ۱۱۰ نفر می باشند که با توجه به معیارهای مورد نظر (۶۰ نفر) وارد مطالعه شد و متناسب با این تعداد از بین بیماران پیوندی (۶۰ نفر) به صورت تصادفی انتخاب شدند.

با استفاده از نرم افزار SPSS17 و آمار توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیل های آماری (مجذور کا، T test, Man Whitney U Test, ANOVA) میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی  $49/83 \pm 17/56$  و بیماران پیوند کلیه  $60/95 \pm 16/60$  محاسبه شد و در کل از نظر آماری بین این دو گروه تفاوت معنی داری وجود داشت ( $P \leq 0.05$ ). اما تفاوت در سه حیطه ی درد، عملکرد جسمی و عملکرد اجتماعی بین دو گروه معنی دار نبود ( $P \geq 0.05$ ). در بیماران همودیالیزی

کمترین نمره مربوط به حیطه شادابی و بیشترین نمره مربوط به حیطه عملکرد جسمی، و در پیوند کلیه، کمترین نمره در حیطه سلامت عمومی و بیشترین نمره در حیطه محدودیت نقش به علت مشکل جسمی بود.

اگرچه کیفیت زندگی هر دو گروه بیماران همودیالیزی و پیوندی پایین تر از جمعیت عمومی گزارش شده اما بر اساس یافته های این تحقیق دیده شد پیوند کلیه باعث بهبود معنی دار کیفیت زندگی بیماران کلیوی به ویژه در حیطه محدودیت نقش به علت مشکل جسمی می شود.

## فهرست مطالب

۱	چکیده پژوهش
۱	فصل اول- معرفی پژوهش
۲	بیان مسأله
۹	اهداف
۹	هدف اصلی
۹	اهداف جزئی
۹	اهداف کاربردی
۱۰	فرضیه و سوالات پژوهش
۱۰	پیش فرض های پژوهش
۱۱	تعریف واژگان کلیدی
۱۱	تعاریف نظری
۱۱	تعاریف عملی
۱۲	منابع
۱۶	فصل دوم- دانستنی های موجود در پژوهش
۱۸	نارسایی حاد کلیوی
۲۰	اتیولوژی

۲۲	تظاهرات بالینی
۲۵	نارسایی مزمن کلیوی
۲۶	اتیولوژی
۲۸	میزان وقوع و شیوع
۲۹	تظاهرات بالینی
۳۰	تاریخچه دیالیز
۳۶	انواع دیالیز
۳۷	دستگاه همودیالیز
۴۱	دسترسی به گردش خون بیمار
۴۶	عوارض همودیالیز
۵۳	تاریخچه پیوند کلیه
۷۱	کیفیت زندگی
۸۳	ابزار سنجش کیفیت زندگی
۸۳	مروری بر مطالعات
۸۹	منابع
۹۷	فصل سوم- روش پژوهش
۱۰۶	منابع

۱۰۸	فصل چهارم - یافته ها
۱۳۴	فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری
۱۳۵	بحث
۱۴۷	نتیجه گیری
۱۴۷	محدودیت های پژوهش
۱۴۹	ملاحظات اخلاقی
۱۴۹	پیشنهادات برای پژوهش های آینده
۱۵۱	منابع
	بخش انتهایی
	پرسشنامه
	چکیده انگلیسی
	صفحه عنوان پژوهش به صورت انگلیسی

## فهرست جداول و نمودارها

- جدول شماره ۱. اطلاعات دموگرافیک بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر کرمان ۱۰۹
- جدول شماره ۲. مقایسه میانگین سن بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر کرمان ۱۱۱
- جدول شماره ۳. نمرات کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بر اساس جنس ۱۱۲
- جدول شماره ۴. نمرات کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بر اساس تحصیلات ۱۱۳
- جدول شماره شماره ۵. کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بر اساس شغل ۱۱۴
- جدول شماره ۶. نمرات کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بر اساس محل سکونت ۱۱۵
- جدول شماره ۷. نمرات کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بر اساس سن ۱۱۶
- جدول شماره ۸. نمرات کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بر اساس وضع تأهل ۱۱۷
- جدول شماره ۹. نمرات کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بر اساس جنس ۱۱۸
- جدول شماره ۱۰. نمرات کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بر اساس تحصیلات ۱۱۹
- جدول شماره ۱۱. نمرات کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بر اساس وضع تأهل ۱۲۰
- جدول شماره ۱۲. نمرات کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بر اساس شغل ۱۲۱
- جدول شماره ۱۳. نمرات کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بر اساس محل سکونت ۱۲۲
- جدول شماره ۱۴. نمرات کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه بر اساس سن ۱۲۳
- جدول شماره ۱۵. نمرات کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر کرمان ۱۲۴

همودیالیزی و پیوند کلیه شهر کرمان

- جدول شماره ۱۷. نمرات بعد روانی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر کرمان ۱۲۶
- جدول شماره ۱۸. نمرات بعد جسمی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه شهر کرمان ۱۲۷
- نمودار ۱. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه بر اساس سطح تحصیلات ۱۲۸
- نمودار ۲. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه بر اساس شغل ۱۲۹
- نمودار ۳. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه بر اساس محل سکونت ۱۳۰
- نمودار ۴. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه بر اساس وضع تأهل ۱۳۱
- نمودار ۵. میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه بر اساس جنس ۱۳۲
- نمودار ۶. میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی و پیوند شده بر اساس سن ۱۳۳



- بیان مسأله
- اهداف پژوهش
- فرضیه پژوهش
- تعریف واژگان کلیدی



## بیان مسأله

کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری های مزمن با ویژگی های فردی آنها ارتباط دارد. در حقیقت مهارت های سازگاری افراد در موقعیت های مختلف زندگی به آنچه که قبلا درباره کنترل خود آموخته اند بستگی دارد. از این رو پاسخ های آنها به رویارویی با شرایط گوناگون زندگی متفاوت است و بیماری جسمی از موقعیت هایی است که بر این پاسخ ها تأثیر دارد [۳ : ۱].

بیماری های مزمن از جمله نارسایی کلیوی روی سلامتی و کیفیت زندگی اثرات منفی دارند. بین کیفیت زندگی و سلامتی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. کیفیت زندگی مفهومی است که احساس خوب بودن را از نظر جسمانی و روانی در بر می گیرد [۴۴ : ۲]. توانایی های جسمی، شدت بیماری و وضعیت اجتماعی اقتصادی از عوامل مهم کیفیت زندگی بیماران کلیوی است [۸ : ۱].

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 [۱۷۵ : ۳ و ۴۱۹ : ۴]. تعریف کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی، شامل توانایی عملکرد و سلامت، بهزیستی و وضعیت روحی و روانی است [۱۷۶ : ۳]. 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 شامل رفاه جسمی، عاطفی و اجتماعی و روانی می باشد [۱۷۶ : ۳ و ۱۳۷۵ : ۵ و ۳۴۵ : ۶ و ۷ : ۵]. اختلال در وضعیت جسمانی و وجود علایم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارند. مشکلات جسمی کنترل نشده سبب مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی بیمار می شود 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 بیماری‌هاست. 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 تاثیر گذار آسیب‌های ناشی از بیماری کلیوی می‌باشد که باعث بروز اختلالات و مشکلات متعددی می‌شود [۱۷۶ : ۳].

[نارسایی کلیوی مزمن یک اختلال کلیوی پیشرونده و غیر قابل بازگشت است که در آن توانایی بدن برای حفظ تعادل مایع و الکترولیت از بین می‌رود و منجر به اورمی یا ازوتمی میشود [۲۹۲ : ۸]. زمانی که در اثر بیماری‌های مختلف بیش از ۹۵٪ نسج کلیه تخریب گردد، تجمع سموم در بدن به حدی می‌رسد که ادامه حیات بدون استفاده از دیالیز و یا پیوند کلیه مقدور نمی‌باشد [۱۲۰ : ۹]. در این مرحله از نارسایی کلیه نشانه‌های بالینی مانند بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، خونریزی، اختلال حواس و شعور و در پایان تشنج و پریکاردیت روی داده، همزمان افزایش میزان پتاسیم خون، افزایش فشار خون، افزایش حجم مایعات، نارسایی احتقانی قلب، کم‌خونی، بیماری‌های استخوانی و کاهش کلسیم سرم، متابولیسم غیر طبیعی ویتامین D و افزایش میزان آلومینیوم نیز رخ می‌دهد [۲۹۳ : ۸]. البته درمان‌های جایگزینی (دیالیز یا پیوند) علائم بیماری را به طور کامل برطرف نمی‌کنند و هر کدام مشکلات و عوارض خاصی برای بیمار ایجاد می‌کنند [۸۷۲ : ۱۰ و ۱۶۱۸ : ۱۱ و ۷۳ : ۱۲]. بیمار مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی برای تأمین سلامت خود ممکن است تحت درمان با همودیالیز قرار گیرد در حالی که عوامل تنش‌زا علاوه بر این که باقی ماندند ممکن است تشدید شوند زیرا بیمار دیالیزی با عوامل تنش‌زای متعدد فیزیکی، روانی و اجتماعی مواجه می‌باشد و از لحاظ آینده خود احساس ناامنی می‌کند چون در روش زندگی، وضع خانوادگی و موقعیت وی تغییرات زیادی رخ داده است. مشکل عمده بیماران دیالیزی که موجب پیچیده‌تر شدن شرایط کیفی زندگی آنان

می‌گردد مسائل روانی اجتماعی ناشی از بیماری و روش‌های مقابله و سازگاری با بیماری است. تطابق بیمار به دستگاه از نظر روانشناختی بر نحوه کیفیت زندگی فرد تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد [ ۴۴ : ۲ ].

دیالیز روندی است برای خارج ساختن مایع و فرآورده‌های زائد اورمیک از بدن و هنگامی استفاده می‌شود که کلیه‌ها نتوانند چنین وظیفه‌ای را انجام دهند. دیالیز خونی شایعترین روش دیالیز است [ ۷۶ : ۱۲ ]. در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، دیالیز خونی از مرگ جلوگیری می‌کند، هرچند که درمان‌کننده بیماری کلیوی نبوده و فعالیت‌های درون ریز و متابولیک کلیه‌ها را جبران نمی‌کند. بیمار در معرض برخی از مشکلات و عوارض قرار می‌گیرد. یکی از علل اصلی مرگ بیماران تحت دیالیز خونی مزمن، بیماری قلبی - عروقی است. ظاهراً اختلالات متابولیسم لیپید (هیپرتری‌گلیسیریدمی) به وسیله دیالیز خونی شدت می‌یابد نارسایی احتقانی، بیماری عروق کرونر و درد آنژینی، سکتة مغزی و نارسایی عروق محیطی ممکن است روی دهد و بیمار را ناتوان کند. کم‌خونی و ضعف در کاهش فعالیت فیزیکی، روانی، از دست دادن انرژی و انگیزه و فقدان علاقه دخیل هستند [ ۷۷ : ۱۲ ].

پیوند کلیه به عنوان درمان انتخابی برای اکثر بیماران مبتلا به<sup>۱</sup> ESRD مطرح شده است. بیماران به دلایل مختلف پیوند کلیه را انتخاب می‌کنند از جمله: اجتناب از دیالیز، بهبود وضع زندگی و تمایل به بازگشت به زندگی عادی [ ۱۰۶ : ۱۲ ]. پیوند کلیه بعد جسمانی کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد؛ اما به علت عوارض داروهای سرکوب‌کننده ایمنی ممکن است نیاز به مراقبت‌های مداوم پزشکی وجود داشته باشد و این مسأله موقعیت روانی، اقتصادی و اجتماعی فرد را تحت تأثیر قرار داده و بر کیفیت زندگی او تأثیر می‌گذارد [ ۱۱ : ۱۶۱۸ ]. وضعیت سلامت عمومی دریافت‌کنندگان پیوند کلیه عموماً بهتر از بیماران تحت دیالیز بوده و

<sup>۱</sup> End Stage Renal Disease (ESRD)

احتمال اشتغال به کار و شروع فعالیت های عادی روزانه نیز در آنها بیشتر می باشد. اما با توجه به هزینه های سنگین پیوند کلیه و عدم اطمینان صددرصد از موفق بودن پیوند هنوز تعداد زیادی از بیماران کلیوی تحت درمان مستمر با همودیالیز قرار دارند [ ۱۲۰ : ۹ ]. پیوند کلیه اگرچه بسیاری از مشکلات ناشی از درمان مستمر با همودیالیز را کاهش می دهد ولی به دلیل درمان های بعدی عوارض مختلفی را برای بیمار به همراه دارد که کم و بیش بر زندگی وی تأثیر می گذارد. عمده این عوارض عبارتند از: دیر خوب شدن زخم ها، پوکی استخوان، عدم تحمل گلوکز یا تشدید دیابت، بدخیمی، پرفشاری خون، عوارض قلبی و غیره. از طرف دیگر احتمال رد پیوند کلیه مسئله ای است که آرامش خاطر بیماران را تحت تأثیر قرار داده و نگرانی های روانی ایجاد می کند که خود می تواند به صورت سیکل معیوب بر سلامتی بیمار تأثیر گذارد [ ۱ : ۷ ].

در حال حاضر میزان شیوع بیماری های انتهای کلیه در ایران حدود ۲۵۰۰۰ و به عبارتی ۳۷۰ بیمار در میلیون می باشد. با وجود تلاش های فراوانی که برای پیشگیری از ESRD شده و کاهش مورتالیتی و موربیدیتی این بیماران را در پی داشته است، تعداد این بیماران در کشور در حال افزایش می باشد. تخمین زده می شود که تعداد بیماران دچار بیماری انتهای کلیه که نیازمند پیوند کلیه هستند در سال ۱۳۹۰ به ۴۰۰۰۰ نفر برسد [ ۷۱ : ۱۴ ]. بنابر گزارش مرکز مدیریت پیوند و بیماری های خاص وزارت بهداشت جمعیت بیماران دچار نارسایی کلیه در کشور ۳۲۰ هزار نفر است که ۴۹٪ این بیماران از روش درمانی پیوند و ۴۸٪ از همودیالیز و ۳٪ از روش دیالیز صفاقی استفاده می کنند [ ۱۵ ]. امروزه تمامی این بیماران به دنبال ارتقاء کیفیت زندگی خود هستند و بطور کلی روشی ترجیح داده می شود که تأثیر بیشتری در ارتقاء کیفیت زندگی مددجو بگذارد. به استناد آمار مرکز بیماری های خاص ایران و انجمن حمایت از بیماران کلیوی در سال ۱۳۸۲ تعداد ۲۶۷ مرکز دیالیز در ایران وجود دارد و حدود ۵۰٪ بیماران کلیوی در این مراکز تحت درمان با همودیالیز