مقایسه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و دیالیز صفاقی در شهر کرمان

مجید حیدری جامع بزرگی[1]، فرزان مددی زاده[2]، اسماء صابر ماهانی[3]*

• دریافت مقاله: ۹۴/۱/۲۰ • دریافت مقاله اصلاح شده: ۹۴/۸/۱۷ • پذیرش مقاله: ۹۴/۸/۲۰

چکیده

مقدمه: زمانی که نارسایی و کم کاری شدید کلیه روی می‌دهد و کلیه نمی‌تواند کار خود را انجام دهد، روش‌های جایگزین درمان کلیه شامل پیوند کلیه، همودیالیز و دیالیز صفاقی انجام می‌شود. مطالعه حاضر بر آن است تا با مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی، به پزشک و بیمار در انتخاب روش درمانی مناسب از نظر تأثیر بر کیفیت زندگی کمک نماید.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی- تحلیلی به صورت مقطعی بر روی ۱۴۳بیمار همودیالیزی و دیالیز صفاقی در بیمارستانی در شهر کرمان در شش ماه دوم سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. برای بررسی کیفیت زندگی بیماران و مقایسه آن در ابعاد مختلف از پرسشنامه کیفیت زندگی EQ5D استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ و با بهره گیری از روش‌های آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار و همچنین روش‌های آمار تحلیلی کای دو و من ویتنی انجام گردید.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی، ۰/۶۱ و در بیماران دیالیز صفاقی ۰/۶۹ به دست آمد و اختلاف دو گروه معنی‌دار بود. در بیماران همودیالیزی بالاترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بُعد اضطراب و افسردگی ۰/۹۵ و در بیماران دیالیز صفاقی مربوط به بُعد مراقبت شخصی ۰/۹۶ بود. در این مطالعه، بین هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی و کیفیت زندگی بیماران دو گروه مورد بررسی به جزء متغیر سن، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که بیماران دیالیز صفاقی در مجموع از کیفیت زندگی بالاتری برخودار بودند و به ویژه در ابعاد مراقبت شخصی و درد، کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با بیماران همودیالیزی داشتند.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، بیماران همودیالیزی، دیالیز صفاقی، EQ5D

•ارجاع: حیدری جامع بزرگی مجید، مددی زاده فرزان، صابر ماهانی اسماء. مقایسه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و دیالیز صفاقی در شهر کرمان. مجله پژوهش‌های سلامت محور ۱۳۹۴؛ ۱(۲): ۱۰۴-۹۵.

۱. دانشجوی دکتری، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲. دانشجوی دکتری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

***نویسنده مسؤول:** کرمان، ابتدای اتوبان هفت باغ، پردیزه دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، گروه مدیریت سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت

تلفن: ۰۹۱۳۳۹۵۴۵۵۸

Email: sabermahay@gmail.com

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2026-06-17]

مقدمه

کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت عبارت است از شرایطی که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌نماید. آنچه در نهایت به دنبال یک درمان دارویی و یا جراحی برای بیمار حاصل می‌شود و باقی می‌ماند بهترین و اساسی‌ترین معیار برای قضاوت میزان تأثیر آن درمان است (۱). مفهوم کیفیت زندگی از اواخر قرن بیستم در تحقیقات بالینی مورد توجه قرار گرفته و به عنوان شاخص مهمی برای سنجش وضعیت سلامت در پژوهش‌های مربوط به بهداشت و درمان شناخته شده است (۲). دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی علاوه بر این که سبب اجرای مناسب درمان می شود، می‌تواند در مؤثر واقع شدن برنامه‌های مراقبتی و توانبخشی نیز نقش داشته باشد (۳). همچنین کیفیت زندگی پایین می تواند بر توانایی افراد و شرایط اجتماعی، اقتصادی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد، در نتیجه عدم توجه به کیفیت زندگی، ادراک و اهمیت افراد ممکن است باعث از بین رفتن منابع، کاهش کارایی و افزایش هزینه‌ها شود (٤).

بر اساس آمار موجود در ایران به طور متوسط هر ساله ۱٤۰۰-۱۲۰۰ نفر به بیماری نارسایی کلیه مبتلا می‌شوند (۵). طبق گفته رئیس اداره پیوند و بیماری‌های خاص وزارت بهداشت در سال۱۳۹۲، ۳۲٦۸٦ بیماری کلیوی در کشور شناسایی شده‌اند و بر طبق گزارش وزارت بهداشت، تعداد بیماران تحت درمان با دیالیز در کشور، تا پنج سال آینده، دو برابر خواهد شد (٦).

زمانی که نارسایی و کم کاری شدید کلیه روی می‌دهد و کلیه نمی‌تواند کار خود را انجام دهد، روش‌های جایگزین درمان کلیه شامل پیوند کلیه، همودیالیز و دیالیز صفاقی استفاده می‌شوند. رایج ترین درمان‌های جایگزین کلیه، انواع مختلف دیالیز می باشد که بر دو نوع همودیالیز و دیالیز صفاقی است. از این بین، همودیالیز شایع ترین شیوه درمان در جهان و ایران محسوب می‌شود (۷). بسته به شرایط بیمار و خواست پزشک و بیمار یکی از روش‌های دیالیز انتخاب می‌شود که همودیالیز باید در مراکز بیمارستانی با حضور کادر پزشکی از طریق دستگاهی که خون به درون این دستگاه وارد شده و پس از تصفیه از دستگاه خارج می‌شود انجام گیرد و دیالیز صفاقی نیز در بیشتر موارد توسط فرد در منزل انجام می‌شود که البته بیمار باید برای انجام این کار آموزش دیده باشد. در دیالیز صفاقی با وسیله‌ای که در یک عمل جراحی سبک داخل شکم کار گذاشته می‌شود از پرده شکم یا پرده صفاق جهت تصفیه خون استفاده می‌شود. این دو دیالیز تفاوت‌هایی در به کارگیری دارند که پزشک و بیمار بر اساس معاینات و شرح حال بیمار نوع این دیالیز را انتخاب می‌کنند (۵).

نتیجه نهایی مطالعات زیادی نشانگر ارتباط بین محیط مطالعه و نوع دیالیز بوده است (۸) به عنوان مثال مطالعه‌ای که در یونان انجام گرفته است نشان دهنده سطح کیفیت پایین تری از زندگی در بیماران همودیالیزی بوده است (۹) در حالی که در برزیل تفاوت معناداری بین کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز با کیفیت زندگی بیماران دیالیز صفاقی در حوزه‌های مختلف سلامت مشاهده نشده است (۱۰). در ایران نیز مطالعات انجام شده، حاکی از بهتر بودن کیفیت زندگی بیماران تحت دیالیز صفاقی (۱۱) و پیوند کلیه نسبت به بیماران تحت همودیالیز بوده است (۱۲). نتایج متفاوتی از مطالعات کیفیت زندگی

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2026-06-17]

بیماران کلیوی در نقاط مختلف جهان گزارش شده است که می‌تواند نشان دهنده تأثیر علل متفاوت محیطی، فرهنگی، قومی و نژادی و حتی تفسیر شخصی فرد از زندگی، روی کیفیت زندگی باشد. هدف از این مطالعه بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بر روی بیماران همودیالیزی و بیماران دیالیز صفاقی در مرکز دیالیز بزرگترین بیمارستان در شهر کرمان بوده، تا بر اساس این یافته‌ها گامی آگاهانه تر و مؤثرتر در جهت برنامه‌ریزی مراقبت از این دسته از بیماران برداشته شود.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود که به روش مقطعی در نیمه دوم سال۱۳۹۲انجام گردید. محیط پژوهش بزرگترین مرکز درمانی دیالیز شهر کرمان بود. این مرکز، پذیرنده بیماران دیالیز صفاقی و همودیالیز حاد و مزمن بود. بیماران همودیالیزی حاد به علت این که چند جلسه‌ای بیشتر دیالیز نمی‌شدند و دوره درمان آن‌ها به پایان می‌رسید، از مطالعه کنار گذاشته شدند، لذا جامعه پژوهش شامل بیماران همودیالیزی مزمن و دیالیز صفاقی مراجعه کننده به این مرکز بود. تعداد بیماران همودیالیزی و دیالیز صفاقی مراجعه کننده به این مرکز در نیمه دوم سال ۱۳۹۲، در مجموع ۱۴۳ نفر بود که همگی مورد بررسی قرار گرفتند و کل جامعه به عنوان حجم نمونه مورد مطالعه، انتخاب شد و نمونه گیری به صورت سرشماری بود. قبل از انجام مطالعه، معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی کرمان دریافت و به مرکز آموزشی درمانی مورد نظر ارائه شد. همچنین رضایت کلیه بیماران جهت ورود به مطالعه جلب و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند.

ابزارگردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول، در برگیرنده اطلاعات دموگرافیک نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، طول مدت دیالیز، سطح تحصیلات، محل سکونت و وضعیت درآمدی خانوار بود. در این بخش افراد از نظر وضعیت درآمدی به سه گروه، درآمد زیر ۶۰۰۰۰۰ تومان، به عنوان گروه درآمدی ضعیف، بین ۱۰۰۰۰۰۰- ۶۰۰۰۰۰ تومان به عنوان گروه متوسط و بالای ۱۰۰۰۰۰۰ تومان به عنوان گروه درآمدی خوب در نظر گرفته شدند. سپس به بررسی ارتباط این متغیرها با نمره کیفیت زندگی بیماران دو گروه پرداخته شد. بخش دوم، پرسشنامه اندازه گیری کیفیت زندگی EQ5D (EuroQol Research foundation quality of life five dimensions) شامل ۱۵ سؤال بود. این پرسشنامه یکی از رایج ترین پرسشنامه های اندازه‌گیری کیفیت زندگی بوده و به دنبال آن است که توانایی فرد برای انجام وظایف خود را در ۵ بُعد تحرک (۳ سؤال)، مراقبت شخصی (۳ سؤال)، فعالیت‌های عادی (کار، مطالعه، کارهای خانه و فعالیت‌های تفریحی) (۳ سؤال)، درد (ناراحتی) (۳ سؤال)، اضطراب (افسردگی) (۳ سؤال) اندازه بگیرد. برای هر بُعد، افراد به دسته‌های بدون مشکل، تاحدی مشکل دار و دچار مشکل جدی دسته بندی شدند. به این ترتیب ۲۴۳ وضعیت سلامت ممکن است به وجود بیاید. سپس هر وضعیت سلامت در مقیاس ۰ تا ۱ ارزش‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه در عین جامع بودن بسیار کوتاه است که پاسخ‌دهی به آن بسته به شرایط افراد مختلف ۵-۱ دقیقه طول می‌کشد و همین مسئله مزیت اصلی این پرسشنامه نسبت به پرسشنامه‌های تخصصی سنجش کیفیت زندگی بیماران کلیوی است.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2026-06-17]

این پرسشنامه به زبان‌های گوناگون دنیا ترجمه شده و روایی و پایایی آن تأیید شده است. بـه عنوان نـمونه Fransen و Edmonds (۱۳) و Brazier و همکاران (۱٤) در مطالعات خود پایایی این پرسشنامه را بین ۰/۷۷ تا۰/۸۸ تأیید کرده‌اند. در مطالعات داخلی نیز ادیب و عباسی نیا این ابزار را مورد بررسی روایی و پایـایی قـرار داده (۰/۷۷ تـا ۰/۸۸) و آن را تأییـد کرده‌اند (۱۵).

تقسیم بندی کیفیت زندگی بیماران با توجه به نظر کارشناس آماری به سه گروه خوب (۱-۰/۷)، متوسط (۰/۷-۰/۳)، ضعیف (۰/۳-۰) انجام گرفت تا به شکلی واضح تر وضعیت بیماران دو گروه مقایسه شود. برای مقایسه دقیق تر کیفیت زندگی بیماران، ابعاد مختلف کیفیت زندگی نیز مورد بررسی قرار گرفت. برای این منظور وضعیت بیمار در همه ابعاد، به جزء بعد مورد بررسی، کاملاً بدون مشکل در نظر گرفته شده و نمره کیفیت زندگی بیماران دو گروه، در آن بُعد مورد مقایسه قرار گرفت. در نهایت تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ و با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار و روش‌های آمار تحلیلی نظیر کای دو و من ویتنی انجام گردید. سطح معناداری در این مطالعه کمتر از ۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱٤۳ بیمار در حال دیالیز در مرکز مورد نظر، ۱۳۲ بیمار حاضر به شرکت در مطالعه شدند، ٦٦ نفر از افراد مورد مطالعه، در حال استفاده از همودیالیز (۵۰ درصد) و ٦٦ نفر دیگر (۵۰ درصد) دیالیز صفاقی داشتند. میانگین سن در بیماران همودیالیزی ۱۳/٦۲±٤۲/۱۲ و در بیماران دیالیز صفاقی ۱۵/۹±۵۱/۷۹ بود. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، رابطه معناداری بین هیچ یک از متغیرهای جنسیت، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و طول مدت دیالیز با کیفیت زندگی بیماران در دو گروه همودیالیز و دیالیز صفاقی وجود نداشت. تنها ارتباط آماری معنی دار بین متغیر سن و کیفیت زندگی بود که این ارتباط با توجه به نرمال نبودن توزیع نمره کیفیت زندگی بیماران با استفاده از آزمون من ویتنی به دست آمد (P-value=۰/۰۰).

در رابطه با تعیین کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و دیالیز صفاقی نتایج نشانگر آن بوده است که از ٦٦ بیمار تحت همودیالیز ۱۰ نفر (۱۵/۲ درصد) وضعیت بد، ۳۷ نفر (۵٦/۰ درصد) وضعیت متوسط، ۱۹ نفر (۲۸/۸ درصد) وضعیت خوبی از نظر کیفیت زندگی داشته‌اند. در گروه دیالیز صفاقی نیز ۵ نفر (۷/٦) درصد وضعیت بد، ۳۳ نفر (۵۰ درصد) وضعیت متوسط و ۲۸ نفر (٤۲/٤ درصد) وضعیت خوبی داشته‌اند. نتایج مقایسه کیفیت زندگی بیماران دو گروه همودیالیز و دیالیز صفاقی در جدول ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2026-06-17]

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بیماران مورد مطالعه و رابطه آن با کیفیت زندگی

متغیرها		همودیالیز		دیالیز صفاقی	
		تعداد(درصد)	P-Value	تعداد(درصد)	P-Value
تحصیلات	بی‌سواد	۱۲(۱۸/۲)	۰/۴۵	۲۰(۳۰/۳)	۰/۹۷
	زیردیپلم	۳۲(۴۸/۵)		۲۲(۳۳/۳)	
	دیپلم	۱۶(۲۴/۲)		۱۱(۱۶/۷)	
	دانشگاهی	۶(۹/۱)		۱۳(۱۹/۷)	
اشتغال	بیکار	۳۳(۵۰)	۰/۸۱	۳۴(۵۱/۵)	۰/۷۸
	شاغل	۲۱(۳۱/۸)		۱۷(۲۵/۸)	
	بازنشسته	۱۲(۱۸/۲)		۱۵(۲۲/۷)	
طول مدت دیالیز	زیر سه سال	۱۷(۲۵/۸)	۰/۱۵	۱۸(۲۷/۳)	۰/۶۳
	سه تا پنج سال	۲۱(۳۱/۸)		۲۰(۳۰/۳)	
	بیش از ۵ سال	۲۸(۴۲/۴)		۲۸(۴۲/۴)	
محل سکونت	شهری	۵۳(۸۰/۳)	۰/۵۳	۴۱(۶۲/۱)	۰/۷۱
	روستایی	۱۳(۱۹/۷)		۲۵(۳۷/۹)	
جنسیت	مرد	۲۹(۵۶/۱)	۰/۳۱	۳۲(۴۸/۵)	۰/۶۹
	زن	۳۷(۴۳/۹)		۳۴(۵۱/۵)	
وضعیت اقتصادی	بد	۲۹(۴۳/۹)	۰/۲۷۹	۱۳(۱۹/۶)	
	متوسط	۲۸(۴۲/۵)		۴۳(۶۵/۲)	۰/۱۹۶
	خوب	۹(۱۳/۶)		۱۰(۱۵/۲)	
وضعیت تأهل	متأهل	۵۲(۷۸/۸)	۰/۲	۵۳(۸۰/۳)	۰/۸۹
	مجرد	۱۴(۲۱/۲)		۱۳(۱۹/۷)	
سن	زیر ۵۰ سال	۴۴(۶۶/۳)	۰/۰۰	۲۳(۳۴/۸)	۰/۰۰
	بالای ۵۰ سال	۲۲(۳۳/۷)		۴۳(۶۵/۲)	

جدول ۲: میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه

کیفیت زندگی بیماران	بد	متوسط	خوب	تعداد	میانگین نمره کیفیت زندگی	P –value
همودیالیزی	۱۰(۱۵/۲)	۳۷(۵۶)	۱۹(۲۸/۸)	۶۶	۰/۶۰۸۵±۰/۲۲۸	۰/۰۱۵
دیالیز صفاقی	۵(۷/۶)	۳۳(۵۰)	۲۸(۴۲/۴)	۶۶	۰/۶۹۳۴±۰/۲۳	

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2026-06-17]

میانگین نمره کیفیت زندگی در دو گروه همودیالیز و دیالیز صفاقی از طریق آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد و نرمال نبودن نمره کیفیت زندگی در دو گروه مورد تأیید قرار گرفت. در نهایت از طریق آزمون ناپارامتری من ویتنی، معنی داری تفاوت بین میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی تأیید شد.

در بیماران همودیالیزی بالاترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بُعد اضطراب و افسردگی ۰/۹۵ و کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد درد/ناراحتی ۰/۸۷ بود. در بیماران دیالیز صفاقی نیز بالاترین و پایین ترین میانگین نمره کیفیت زندگی مربوط به بُعد مراقبت شخصی ۰/۹۶ و درد/ناراحتی ۰/۹۰ بود (جدول ۳).

با توجه به بررسی ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه بیماران، تفاوت معناداری بین ابعاد مراقبت شخصی و درد/ناراحتی در دو گروه بیماران وجود داشت و بیماران دیالیز صفاقی در این دو بُعد شرایط بهتری نسبت به بیماران همودیالیز داشتند.

جدول ۳: میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی و رابطه آن با کیفیت

ابعاد کیفیت زندگی	نوع بیماران	نداشتن مشکل	مشکل ملایم	مشکل شدید	میانگین نمره کیفیت زندگی	P –value
تحرک	همودیالیزی	۴۰(۶۰/۶۳)	۲۵(۳۷/۸۷)	۱(۱/۵)	۰/۹۳	۰/۵۶
	دیالیز صفاقی	۴۲(۶۳/۶۳)	۲۳(۳۴/۸۷)	۱(۱/۵)	۰/۹۴	
مراقبت شخصی	همودیالیزی	۳۸(۵۷/۵۷)	۲۷(۴۰/۹۳)	(۱/۵)۱	۰/۹۲	۰/۰۴۸
	دیالیز صفاقی	۵۶(۸۴/۸۵)	۹(۱۳/۶۵)	۱(۱/۵)	۰/۹۶	
فعالیت‌های عادی	همودیالیزی	۳۵(۵۳/۰۴)	۳۰(۴۵/۴۶)	۱(۱/۵)	۰/۹۲	۰/۰۶
	دیالیز صفاقی	۴۵(۶۸/۱۹)	۲۰(۳۰/۳۱)	۱(۱/۵)	۰/۹۵	
درد/ناراحتی	همودیالیزی	۲۱(۳۱/۸۲)	۴۴(۶۶/۶۸)	۱(۱/۵)	۰/۸۷	۰/۰۴۲
	دیالیز صفاقی	۳۰(۴۵/۴۶)	۳۵(۵۳/۰۴)	۱(۱/۵)	۰/۹۰	
اضطراب و افسردگی	همودیالیزی	۵۲(۷۸/۷۹)	۱۲(۱۸/۲۱)	۲(۳)	۰/۹۵	۰/۸۱
	دیالیز صفاقی	۴۶(۶۹/۷۰)	۱۸(۲۷/۳۰)	۲(۳)	۰/۹۴	

بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه هر کدام از انواع دیالیز، همودیالیز و دیالیز صفاقی، موارد منع مصرف و احتیاطی دارند اما در نهایت به کارگیری هرکدام از این روش‌ها با خواست بیمار و پزشک تعیین می‌شود. آگاهی پزشک و بیمار از میانگین کیفیت زندگی بیماران دو گروه، می تواند به تصمیم‌گیری در انتخاب روش مناسب کمک کند. هدف این مطالعه با توجه به آمار بالای بیماران مزمن کلیوی و اهمیت کیفیت زندگی در انتخاب روش درمانی مناسب، مقایسه کیفیت زندگی در بیماران دیالیز صفاقی و بیماران همودیالیز بود.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2026-06-17]

با توجه به نتایج، میانگین نمره کیفیت زندگی کل در بیماران دیالیز صفاقی بالاتر از بیماران همودیالیزی برآورد گردید و این نتیجه با مطالعه زراعتی و همکاران در مشهد (۱۱) و مطالعه Wasserfallen و همکاران (۱۶) که در آن از ابزار EQ5D برای سنجش کیفیت زندگی استفاده شده، همخوانی داشت. این در حالی است که مطالعه شریف‌نیا و همکاران در ارومیه نشان داده که کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی بیشتر است (۱۷).

نتیجه مطالعه حاضر در مورد کیفیت بالاتر زندگی بیماران دیالیز صفاقی که در اکثر مطالعات تأیید شده است را می‌توان با استناد به وابستگی شدید بیماران همودیالیز به دستگاه، اتلاف وقت بیماران و استرس ناشی از حضور در بخش دیالیز، مشکلات مربوط به حمل و نقل توجیه کرد (۱۷).

در این مطالعه، بررسی جداگانه پنج بُعد کیفیت زندگی بیماران دو گروه نشان داد که بالاترین امتیاز کیفیت زندگی، در بیماران همودیالیزی مربوط به بُعد اضطراب و افسردگی و در بیماران دیالیز صفاقی مربوط به مراقبت شخصی می‌باشد. در کل بیماران صفاقی به جزء بُعد اضطراب و افسردگی در بقیه ابعاد میانگین نمره بالاتری کسب کرده‌اند. در مطالعه Wasserfallen و همکاران بالاترین امتیاز مربوط به مراقبت شخصی در بیماران همودیالیزی و تحرک در بیماران صفاقی بوده (۱۶). تشابه دو مطالعه در این است که در هر دو گروه بیماران بُعد درد/ناراحتی پایین‌ترین امتیاز را در هر دو مطالعه کسب کرده‌اند.

از آنجا که احتمالاً بیماری به تنهایی مشخص کننده برداشت شخص از کیفیت زندگی نبوده و فاکتورهای مهم دیگری نظیر سن، جنسیت، تحصیلات نیز نقش مهمی در ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خویش ایفا می‌کنند.

در این مطالعه نیز با توجه به تأثیر غیرمستقیم چنین متغیرهایی بر نحوه تکمیل پرسشنامه توسط فرد و انتخاب گزینه‌های مختلف آن، به بررسی ارتباط احتمالی بین ویژگی‌های فردی و بالینی و کیفیت زندگی نمونه‌های مورد مطالعه پرداخته شده است.

در بررسی رابطه مدت دیالیز با کیفیت زندگی، در هر دو گروه بیماران، با افزایش طول مدت بیماری انتظار می‌رود کیفیت زندگی در هر دو گروه کاهش یابد، ولی در مطالعه حاضر به دلیل این که اکثر بیماران در رده سنی ۵۰-۴۰ سال بودند، ارتباط معنا داری بین کیفیت زندگی و طول مدت درمان مشاهده نشده است که این نتیجه با مطالعه رفیعی در تهران همخوانی داشت (۱۸).

در خصوص ارتباط جنسیت بیماران با کیفیت زندگی، انتظار بر کشف تفاوتی معنی‌دار بین کیفیت زندگی بیماران زن و مرد وجود داشت که در این مطالعه به دلیل این که در هر دو گروه بیماران، تعداد از لحاظ جنسیت تقریباً برابر بوده است چنین ارتباطی اثبات نشد و کیفیت زندگی بسته به جنسیت، تفاوت نداشت. این نتیجه نیز با مطالعه رفیعی در تهران تشابه دارد (۱۸).

در بررسی ارتباط اشتغال و کیفیت زندگی، تصور می‌شد که اشتغال یکی از عوامل مهمی است که بر کیفیت زندگی مؤثر است و انجام پی درپی دیالیز احتمال اخراج و بیکار شدن فرد را افزایش داده و شرایط اقتصادی خانواده و در نتیجه کیفیت زندگی را تحت شعاع قرار می‌دهد اما در این مطالعه ارتباط معناداری بین وضعیت اشتغال و کیفیت زندگی مشاهده نشد که این یافته با مطالعه زراعتی و همکاران نیز تشابه دارد (۱۱).

در مطالعه حاضر همچنین ارتباط معناداری بین بقیه متغیرها (تحصیلات، محل سکونت، درآمد خانوار و وضعیت تأهل) با کیفیت زندگی در دو گروه بیماران یافت نشد.

متغیر سن تنها متغیری بود که با نمره کیفیت زندگی

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2026-06-17]

بیماران ارتباط معنی‌داری نشان داده و می‌توان این گونه نتیجه گیری کرد که بیماران مسن‌تر به دلیل شرایط سنی و این که احتمالاً از لحاظ شغلی و درآمدی و بقیه جوانب زندگی در وضعیت با ثبات‌تری قرار داشتند از بیماری خود آسیب کمتری می‌دیدند و انواع دیالیز بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی کمتری بر جای می‌گذاشت. با توجه به تقسیم‌بندی نمره کیفیت زندگی به سه گروه ضعیف (۰/۳–۰)، متوسط (۰/۷–۰/۳) و خوب (۱–۰/۷) در هر دو گروه از بیماران بیشتر افراد کیفیت زندگی آن‌ها در حد متوسط به دست آمد که با مطالعه رفیعی و همکاران در تهران و مطالعه Ferrans و Powers و Gibson همخوانی دارد (۲۰–۱۸).

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم وجود امکان پیگیری تمامی بیماران عضوء نمونه و حذف نمونه‌های دارای بیماری‌های زمینه‌ای از جمله دیابت و پرفشاری خون برای جلوگیری از مخدوش شدن نتایج پژوهش اشاره کرد. بیماران استفاده کننده از دیالیز صفاقی به طور متوسط از کیفیت زندگی بالاتری به ویژه در ابعاد درد و مراقبت شخصی در مقایسه با بیماران همودیالیز برخوردار بودند.

پیشنهادها

این مطالعه پیشنهاد می‌دهد که در صورت یکسان بودن بقیه شرایط و نیز تناسب دیالیز صفاقی با شرایط بیمار از لحاظ پزشکی، با توجه به بالاتر بودن میانگین کیفیت زندگی در بیماران استفاده کننده از این شیوه، این نوع دیالیز در اولویت قرار داده شود.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان بررسی میزان هزینه مطلوبیت روش‌های درمانی دیالیز، همودیالیز و دیالیز صفاقی در شهر کرمان در مقطع کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۲ بوده و هیچ گونه حمایت مالی نشده است. در پایان از کلیه افراد یا سازمان‌هایی که در تدوین مقاله یا در گردآوری مطالب همکاری نموده‌اند، تشکر به عمل آید.

References

1. McDowell I, Praught E. Survey measurements of emotional well-being: the health opinion survey and the Bradburn scale compared. Can J Public Health. 1985;76(4):250-4.
2. Palmer JR, Adams-Campbell LL, Boggs DA, Wise LA, Rosenberg L. A prospective study of body size and breast cancer in black women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2007;16(9):1795-802.
3. Hemati Z, Alidosti M, Sharifirad G, Kargar M. The relationship between depression and quality of life among hemodialysis patients in Chaharmahal and Bakhtiari province in the year 2011. J Educ Health Promot. 2013; 2: 6.
4. Aghamolayi T, Eftekharardebeli H. Principles of healthcare service. Tehran: Andishe Rafie; 2005. Persian.
5. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi K, Lakdizaji S. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patients in Imam Khomeini and Sina educational hospitals of Tabriz University of medical sciences. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences. 2007:29(1):49-54. Persian.
6. Arefzadeh A, Lessanpezeshki M, Seifi S. The cost of hemodialysis in Iran. Saudi Journal of kidney diseases and transplantation: an official publication of the Saudi center for organ transplantation, Saudi Arabia. 2009; 20(2):307-09.
7. Brunner LS, Smeltzer SCC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 13th ed. North American: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
8. Chan R, Brooks R, Steel Z, Heung T, Erlich J, Chow J, et al. The psychosocial correlates of quality of life in the dialysis population: a systematic review and meta-regression analysis. Qual Life Res. 2012;21(4):563-80.
9. Theofilou P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. J Clin Med Res. 2011;3(3):132-8.
10. de Abreu MM, Walker DR, Sesso RC, Ferraz MB. Health-related quality of life of patient's recieving

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2026-06-17]

hemodialysis and peritoneal dialysis in Sao Paulo, Brazil: a longitudinal study. Value Health. 2011;14(5): 119-21.

11. Zeraati AA, Naghibi M, Ojahedi MJ, Ahmad Zadeh S, Hasan Zamani B. Comparison of quality of life between Hemodialysis and peritoneal dialysis patients in Imam Reza and Ghaem hospital dialysis centers in Mashhad. Medical Journal of Mashhad University of Medical sciences. 2010:53(3):169-76. Persian.

12. Abbaszadeh A, Javanbakhtian R, Salehi S, Motevasselian M. A comparative study of quality of life among patient with hemodialysis and kidney transplantation. Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences. 2010;18(5):461-8. Persian.

13. Fransen M, Edmonds J. Reliability and validity of the EuroQol in patients with osteoarthritis of the knee. Rheumatology. 1999; 38(9):807-13.

14. Brazier J, Jones N, Kind P. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. Qual Life Res. 1993;2(3):169-80.

15. Adib-Hajbaghery M, Abasinia M. Assessing Quality of life of elders with femoral neck fractures, using SF36 and EQ5D. Iran J Nurs Res. 2010:4(15):71-9. Persian.

16. Wasserfallen JB, Halabi G, Saudan P, Perneger T, Feldman HI, Martin PY, et al. Quality of life on chronic dialysis: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant. 2004;19(6):1594-9.

17. Sharifnia H, Aghakhani N, Nazari R, Nahrir B. A Comparative Study of Quality of Life (QOL) among patients with haemodialysis and peritoneal dialysis. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery. 2012; 8 (2):35-42. Persian.

18. Rafii F, Rambod M. Relationship between perceived social support and quality of life in Hemodialysis patients. Journal of Nursing Research. 2009; 3(11):87-97. Persian.

19. Ferrans C, Powers M. Quality of life of hemodialysis patients. ANNA J. 1993; 20(5): 575-81.

20. Gibson MH. The quality of life of adult hemodialysis patients: University of Texas at Austin; 1995.

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2026-06-17]

The Comparison of Quality of Life among Hem Dialysis and Peritoneal Dialysis Patients in Kerman

*Majid Heidari Jamebozorgi[1], Farzan Madadizade[2], Asma Sabermahani[*3]*

• Received: 04.09. 2015 • Revised: 11.08. 2015 • Accepted: 11.11. 2015

Abstract

Introduction: When severe kidney failure happens and kidneysdo not work properly, alternative treatments such as transplantation and dialysis, including hemodialysis and peritoneal dialysis can be done. This study is to help physicians and patients in choosing an appropriate therapeutic method in terms of the impact on quality of lifecomparing different dimensions of hemodialysis and peritoneal dialysispatients'quality of life.

Method: In this cross-sectional descriptive analytical study, 143 patients with hem dialysis and peritoneal dialysis have been studied in a hospital in Kerman at the second six months of 2011. In order to survey thepatients' quality of life and comparing it from various dimensions, the EQ5D quality of life questionnaire was used. Data analysis was done by SPSS software version 19, and also using descriptive statistics such as frequency tables, mean, and standard deviation statistics, chi-square and Mann-Whitney analysis.

Results: The average scores for quality of life in patients with hem dialysis and peritoneal dialysis were 0.61 vs. 0.69, respectively and the difference was meaningful. The highest average score in the hemodialysis patients quality of life was related to depression and anxiety (0.95) and in peritoneal dialysis patients was related to personal care (0.96). In this study, there were not any statistically significant relationships between any of the studied variables and the quality of life except age variable in two groups of patients.

Conclusion: This study revealed that peritoneal dialysis patients had higher quality of life particularly in the personal care and pain and had better life quality compared to hemodialysis patients.

Keywords: Quality of life, Hemodialysis, Peritoneal dialysis, EQ5D

•**Citation:** Heidari Jamebozorgi M, Madadizade F, Sabermahani A. The Comparison of Quality of Life among Hem Dialysis and Peritoneal Dialysis Patients in Kerman. Journal of Health Based Research 2015; 1(2): 95-104.

1. PhD Student, School of Health Services Management, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
2. PhD Student, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Professor Assistant, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
***Correspondence:** Haftbagh Highway, School of Health Services Management, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran*
***Tel:** 09133954558* ***Email:** sabermahany@gmail.com*

[Downloaded from hbrj.kmu.ac.ir on 2026-06-17]