

کیفیت زندگی در بیماران پیوندی کلیه مازندران در سال ۱۳۹۲

نویسندگان: اباذر اکبرزاده پاشا^۱، شایان علیجان پور^{۲*}، هوشمند بسیم^۳، مهران افشنگ^۳، ثریا خفوی^۴، رضا علیزاده نوایی^۵، فرزانه خیرخواه^۶، زیبا شیرخانی^۷

۱. گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل.
۲. مرکز حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل.
۳. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل.
۴. گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل.
۵. دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری.
۶. گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل.
۷. مرکز بیومتریک و انفورماتیک، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل.

E-mail: alijanpour.sh@live.com

* نویسنده مسئول: شایان علیجان پور

چکیده

مقدمه و هدف: پیوند کلیه کارآمدترین راه‌حل برای بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی مرحله آخر و هدف از درمان بیماران نارسایی کلیه نه تنها حفظ زندگی بلکه بهبود کیفیت زندگی بیماران است. مطالعه حاضر، به بررسی کیفیت زندگی بیماران پیوندی و عوامل مؤثر بر آن پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۸۸ بیمار پیوندشده بیمارستان شهیدبهشتی بابل، در سال ۱۳۹۲ به روش سرشماری انجام پذیرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه سلامت عمومی SF36 و Ferrans and Powers، GHQ-28 و آخرین آزمایش بیمار و پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی استفاده شد. سپس آزمون‌های chi-square، T-test و رگرسیون لجستیک در نرم‌افزار spss v18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: میانگین نمره کیفیت زندگی برای مردان $23/4 \pm 3/7$ و برای زنان 23 ± 4 به دست آمد. میانگین نمره عملکرد اجتماعی، درد جسمانی و حیطه فیزیکی با نوع دیالیز (همودیالیز، صفاقی، عدم دیالیز) تفاوت معنادار داشت ($p < 0.05$). همچنین، میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت-عملکرد و حیطه روحی روانی با سطح اوره رابطه معناداری داشتند ($p < 0.05$). در خصوص سلامت روان، حیطه افسردگی با جنس (مرد، زن، $P = 0/205/5 \pm 4/1/4 \pm 2/2$)، نمره حیطه جسمانی با منبع درآمد (عدم درآمد، شاغل، $P = 0/402/9 \pm 4/3/9 \pm 3$) و حیطه افسردگی با منبع درآمد (عدم درآمد، شاغل، $P = 0/205/2 \pm 4/1/5 \pm 2$)، میانگین نمره کل سلامت روان با منبع درآمد (بیکار، شاغل، $P = 0/008/18 \pm 15/12 \pm 9$) رابطه معناداری نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان از وضعیت مطلوب کیفیت زندگی در مرکز پیوند شهیدبهشتی دارد که می‌تواند وابسته به نتایج مطلوب خدمات در این مرکز باشد؛ اما بهبود وضعیت موجود به بالاترین سطح احساس می‌شود.

واژگان کلیدی: سلامت روان، پیوند کلیه، اختلال روانی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و چهارم-شماره ۱۲۹
تیر ۱۳۹۶

دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۰۶
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۶/۰۳/۲۳
پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۳۱

مقدمه

به وجود آورند (۹). بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده، پیامدهای روان‌پزشکی متعددی دارند؛ به همین دلیل، بروز اختلالات روان‌پزشکی به‌دنبال ایجاد بیماری‌های جسمی شایع است (۱۰) نیاز به شناسایی عوامل خطر برای کاهش نتایجی مانند رد پیوند و مرگ‌ومیر، نسبت به گذشته بیشتر شده است (۱۱). از زمانی که سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را به‌عنوان رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی و نه صرفاً، عدم وجود بیماری یا ناتوانی تعریف کرد، مسئله کیفیت زندگی به‌طور پیوسته در تحقیقات و مراقبت‌های بالینی اهمیت یافت. با توجه به مسائلی چون وابستگی به دستگاه دیالیز، اضطراب و هزینه بالا، بیماران اغلب ترجیح می‌دهند به‌منظور حفظ حیات خود اقدام به پیوند کلیه نمایند. کیفیت زندگی یک فاکتور پیشگویی‌کننده قوی مرگ در بیماران نارسایی کلیوی مرحله آخر است و مهم‌ترین مقیاس برای بیان نتایج و عواقب سلامتی در این بیماران محسوب می‌شود. بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشند و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است. کیفیت زندگی ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی و روانی و اجتماعی زندگی افراد را در بر داشته و متأثر از تجربه شخص و درک او از زندگی می‌باشد که باگذشت زمان تغییر می‌کند. سنجش کیفیت زندگی می‌تواند در زمینه‌های تشخیص، پیش‌بینی، ارزیابی، رهگشای انجام مراقبت‌ها و شیوه‌های درمانی مؤثر و مفید برای کمک به بیماران مزمن و حتی افراد سالم باشد (۱۲). از آنجا که هدف از درمان بیماران نارسایی کلیه، نه تنها حفظ زندگی بلکه بهبود کیفیت زندگی بیماران است، در ارزیابی روش‌های مختلف درمان علاوه بر شاخص‌های فیزیولوژیکی و نتایج آزمایشگاهی، رضایت بیمار و احساس او درمورد سلامت و عملکرد خود نیز

نارسایی مزمن کلیوی مرحله آخر (End Stage of Renal Disease) یک اختلال کلیوی پیش‌رونده غیرقابل برگشت است که در آن توانایی بدن برای حفظ تعادل مایع و الکترولیت از بین می‌رود و منجر به اورمی یا ازتیمی می‌شود (۱). درمان این نارسایی مزمن، پیوند کلیه می‌باشد که برای اولین بار در شمال کشور، انجام پیوند کلیه در دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال ۱۳۷۸ شروع شد (۲). پیوند کلیه به‌عنوان یک روش مؤثر و در مقایسه با روش دیالیز باهزینه کمتر، بقای طولانی‌تر و با افزایش کیفیت زندگی بیمار همراه می‌باشد (۳). در حال حاضر، پیوند کلیه به‌عنوان بهترین درمان برای بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی مرحله آخر (ESRD) پذیرفته شده است که منجر به افزایش طول مدت زندگی آنان می‌شود (۴). پیوند کلیه، بیمار را از بسیاری از محدودیت‌های ناشی از دیالیز‌رهایی می‌بخشد؛ اما نباید به‌عنوان درمان قطعی نارسایی کلیه تلقی شود. این عمل در واقع یک ادامه درمان با اثرات جانبی و عوارض بالقوه خود محسوب می‌شود (۵). ترکیب قدرتمند داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، نتایج عالی کوتاه‌مدت دارد و بقای پیوند را با احتمال کم کردن پس‌زدن حاد تضمین می‌کند (۶). عدم تبعیت از داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی یک موضوع مهم در بیماران پیوند کلیه است. حدود ۲۰ درصد از بیماران پیوند کلیه، از این دسته از داروها تبعیت نمی‌کنند و سهم عدم تبعیت در ازدست‌دادن پیوند حدود ۱۶ درصد می‌باشد (۷). بسیاری از این بیماران به‌دنبال عوارض ناشی از مصرف داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، از رژیم دارویی خود تبعیت نمی‌کنند و در نهایت، این امر به کاهش کیفیت زندگی می‌انجامد. علاوه بر این، عوارض جانبی ناشی از مصرف داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی روی ابعاد مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد (۸). در عین حال هر یک از دو درمان دیالیز و پیوند کلیه دارای عوارض متعدد و مختص به خود است و می‌تواند مشکلات روانی و اجتماعی

به علت مشکل جسمی، درد، سلامت روانی، محدودیت ایجاد شده در نقش به علت مشکلات عاطفی و درک کلی از سلامت عمومی. سؤالات با مقیاس لیکرت درجه بندی شد که امتیاز بیشتر نشان دهنده وضع مطلوب تر است. همچنین از شاخص کیفیت زندگی Ferrans and Powers نسخه پیوند کلیه شماره سه که دارای حیطه های (سلامت و عملکرد اجتماعی، اقتصادی، روان شناسی و روحی و زیرگروه خانواده) بود، استفاده شد. شاخص کیفیت زندگی دارای دو قسمت است. قسمت اول، گویه هایی که رضایت بیماران را اندازه گیری می کند و قسمت دوم، میزان اهمیتی که فرد برای هر یک از گویه ها قائل است. این پرسش نامه بر اساس مقیاس لیکرت شش گزینه ای در قسمت اول، از خیلی راضی تا خیلی ناراضی و در قسمت دوم، از خیلی بی اهمیت تا خیلی مهم درجه بندی می شود و شامل ۷۰ گویه است که هر قسمت دارای ۳۵ سؤال و گویه های هر دو قسمت مشابه با یکدیگر می باشند که طبق روش کار، پرسش نامه نمره گذاری گردید و بازه نمره بین ۰ تا ۳۰ به دست می آید. برای بررسی میزان سلامت روان از پرسش نامه GHQ-28 که دارای چهار حیطه نشانه جسمی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی بود، استفاده گردید و برای پرسش نامه GHQ-28 پاسخ ها در یک طیف چهار درجه ای (بیش از حد معمول، در حد معمول، کمتر از حد معمول، بسیار کمتر از معمول) مشخص گردید که به طور متداول بین ۰ تا ۳ نمره گذاری شد که برای حیطه ها نمره ۰ تا ۷ و برای نمره کل سلامت روان، نمره بین ۰ تا ۸۴ به دست آمد. بیماران پیوندی با نمره کل ۲۳ یا بالاتر مشکوک به اختلال روانی، در نظر گرفته شدند. سپس آزمون های chi-square، T-test و رگرسیون لجستیک در نرم افزار spss v18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و $p < 0.05$ معنی دار تلقی گردید.

باید مورد توجه قرار گیرد. ارزیابی کیفیت زندگی کمک می کند تا مشکلات بیماران به طور بنیادی مورد توجه قرار گرفته و روش های درمانی مورد تجدیدنظر قرار گیرند (۱۳، ۱۴). سنجش کیفیت زندگی می تواند در زمینه های تشخیص، پیش بینی و ارزیابی، رهگشای انجام مراقبت ها و انتخاب شیوه های درمانی مؤثر و مفید برای کمک به بیماران مزمن و حتی افراد سالم باشد. با توجه به روند روبه رشد مقبولیت پیوند کلیه و تأثیرگذار بودن سلامت روان در موفقیت طولانی مدت و با توجه به اینکه این مطالعه در بیماران پیوندی در این منطقه انجام نگرفته بود، این پژوهش صورت گرفت که اطلاعات به دست آمده می توانند در زمینه برنامه ریزی و تدوین خدمات حمایتی و اجتماعی و مشخص شدن وضعیت موجود کمک کننده باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی بر روی بیماران پیوند شده طی سال های ۱۳۸۷ تا سال ۱۳۹۱ در بیمارستان شهید بهشتی بابل که حداقل یک سال از زمان پیوندشان می گذشت و مایل به شرکت در طرح بودند، در سال ۱۳۹۲ به روش سرشماری انجام پذیرفت. از ۲۵۰ بیمار پیوند شده، افرادی که تمایل نداشتند، مسافت شان دور (خارج استان)، سابقه پس زدن پیوند کلیه و ناتوانی قبل از پیوند را داشتند، از مطالعه خارج شدند. ۱۸۸ بیمار با تماس تلفنی و اعلام رضایت فراخوان شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه های تلفیق شده که شامل پرسش نامه سلامت عمومی SF36، Ferrans and Powers، GHQ-28 و پرسش نامه اطلاعات جمعیت شناختی به همراه آخرین آزمایش بیمار استفاده شد. برای دستیابی به نتایج پژوهش ابتدا پرسش نامه ها کدگذاری شدند. اطلاعات به صورت مصاحبه شفاهی جمع آوری گردید. پرسش نامه استاندارد SF36 به بررسی جنبه های مختلف سلامت مرتبط با کیفیت زندگی می پردازد. این جنبه ها عبارت اند از: بررسی عملکرد اجتماعی، محدودیت ایجاد شده در نقش

یافته‌ها

عملکرد اجتماعی، درد جسمانی و حیطة فیزیکی با نوع دیالیز (همودیالیز، صفاقی، عدم دیالیز) تفاوت معنادار داشت ($p < 0.05$) هم‌چنین، میانگین نمره کیفیت زندگی، سلامت عملکرد و حیطة روحی‌روانی با سطح اوره رابطه معناداری داشتند ($p < 0.05$) که در جدول (۳) نشان داده شد. در خصوص سلامت روان حیطة افسردگی با جنس ($p = 0/005$) نمره حیطة جسمانی با منبع درآمد ($p = 0/01$) نمره حیطة اضطراب با منبع درآمد ($p = 0.02$) و حیطة افسردگی با منبع درآمد ($p = 0/005$) میانگین نمره کل سلامت روان با منبع درآمد ($p = 0/008$) رابطه معناداری نشان داد.

از میان افراد مورد مطالعه ۱۱۴ نفر (۶۱/۴ درصد) مرد و ۷۳ نفر (۳۹ درصد) زن بودند (جدول شماره ۱). نمره کیفیت زندگی، تفاوت معناداری با جنس نشان نداد، به طوری که میانگین نمره کیفیت زندگی برای مردان $23/4 \pm 3/7$ و برای زنان 23 ± 4 به دست آمد. بهترین میانگین نمره در کیفیت زندگی، مربوط به حیطة خانواده بود و کمترین نمره مربوط به حیطة اجتماعی و اقتصادی بود. کیفیت زندگی رابطه معناداری با سن، تحصیلات، نمایه توده بدن، وضعیت تأهل و مدت زمان گذشته از پیوند نشان نداد. پایین‌ترین نمره سلامت مربوط به حیطة درد جسمی و بالاترین نمره سلامت مربوط به حیطة عملکرد اجتماعی بود (جدول شماره ۲). میانگین نمره

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی بیماران پیوندی شهید بهشتی بابل طی سال‌های ۸۷-۹۱

تحصیلات	بیسواد	زیردیپلم	دیپلم	کاردانی به بالاتر
	۳۹ (۲۱/۱)	۸۱ (۴۳/۸)	۴۲ (۲۲/۷)	۲۳ (۱۲/۴)
سن	زیر ۴۵ سال	۴۵ تا ۶۰ سال	۶۰ سال به بالا	
	۱۰۶ (۵۷)	۶۳ (۳۳/۹)	۷ (۹)	
نوع دیالیز	همودیالیز	صفاقی	عدم دیالیز	
	۱۵۷ (۸۲/۶)	۱۶ (۸/۴)	۱۷ (۹)	
محل سکونت	شهر	روستا		
	۱۲۲ (۶۶/۳)	۶۲ (۳۳/۷)		
علت ESRD	فشارخون بالا	بیماری کلیوی	ناشناخته	دیابت
	۵۹ (۳۱/۷)	۵۸ (۳۱/۲)	۴۸ (۲۵/۸)	۲۱ (۱۱/۳)

جدول ۲. نمره سلامت و حیطه های آن در بیماران پیوندی شهید بهشتی بابل طی سال های ۸۷-۹۱

میانگین	انحراف معیار	زیر گروه ها	حیطه های سلامت
۱۶/۱۸	۲/۸	سلامت عمومی	سلامت فیزیکی
۲۴/۸	۴/۸	عملکرد فیزیکی	
۸/۲	۳/۶	محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی	
۵/۱	۱/۲	درد جسمی	
۵۴/۲۶	۶/۴	نمره حیطه	
۱۱/۲	۲/۸	شادابی	سلامت روحی
۵/۵	۱/۲	عملکرد اجتماعی	
۵/۷	۲/۸	محدودیت نقش به علت مشکل روحی	
۱۱/۳	۳/۲	سلامت روان	
۳۳/۸	۵/۸	نمره حیطه	
۸۸/۱	۸/۶	نمره کل سلامت	

جدول ۳. ارتباط بین حیطه های کیفیت زندگی و سلامت با نوع دیالیز و سطح اوره در بیماران پیوندی شهید بهشتی بابل طی سال های

۹۱-۸۷

p-value	زیر گروه			متغیرها
	نوع دیالیز			
	عدم دیالیز	دیالیز صفاقی	همودیالیز	
۰/۰۰۷	۲۰±۵	۲۶±۳	*۲۵±۴	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۵	۴±۱	۵±۰/۸	۵±۱	درد جسمانی
۰/۰۰۲	۴۸±۷	۵۶±۳	۵۴±۵	حیطه فیزیکی
	سطح اوره			
	غیر طبیعی	طبیعی		
۰/۰۳	۲۰±۵	۲۳±۴		کیفیت زندگی
۰/۰۴	۱۹±۶	۲۳±۴		سلامت و عملکرد
۰/۰۰۴	۲۰±۷	۲۴±۴		روخی روانی

*اعداد به صورت نمره بدست آمده در حیطه و انحراف معیار ذکر شدند

بحث

کمترین نمره در بعد محدودیت‌های جسمی در ایفای نقش بود (۱۹، ۲۰) اختلاف داشت. مطالعه Fujisawa در ژاپن، بیشترین و کمترین نمره، به ترتیب در ابعاد عملکرد جسمی و سلامت عمومی بود. مطالعات مختلف در خصوص بالاترین و پایین‌ترین نمره، نتایجی مختلفی دارد که به عوامل گسترده و کلی قبل و حین و بعد از پیوند بستگی دارد (۱۶). نوع دیالیز با عملکرد اجتماعی و درد جسمانی و حیطة فیزیکی رابطه داشت. به طور کلی افراد با دیالیز صفاقی نمره بهتری نسبت به افراد همودیالیزی گرفتند. افرادی که سطح اوره طبیعی داشتند، نمره بهتری در حیطة‌های سلامت و عملکرد، روحی‌روانی و نمره کل کیفیت زندگی گرفتند که می‌تواند نشان از این باشد که افرادی که از لحاظ پاراکلینیکی مشکلی نداشته باشند، در بحث کیفیت زندگی وضعیت بهتری نسبت به سایر خواهند داشت. با این حال، بررسی پاراکلینیکی را شاید بتوان به عنوان یک متغیر در بحث کیفیت زندگی در نظر گرفت. از سایر عوامل تأثیرگذار مهم در موفقیت طولانی مدت پیوند کلیه می‌توان به بحث سلامت روان اشاره کرد (۲۱). در بررسی سلامت روان، زنان در حیطة افسردگی نمره بدتری نسبت به مردان گرفتند که می‌تواند نشان از آسیب‌پذیرتر بودن زنان نسبت به مردان باشد. مراد از سلامت روان این است که فرد بتواند فعالیت‌های روزمره خود را به خوبی انجام دهد، با افراد خانواده و محیط خود ارتباط مناسب برقرار نماید و رفتار نامناسب از نظر فرهنگ و جامعه خود نداشته باشد. حیطة‌های سلامت روان با منبع درآمد رابطه داشتند که نشان از تأثیرگذار بودن وضعیت اقتصادی در کیفیت زندگی می‌باشد.

با توجه به این که درک افراد از موقعیت خود در زندگی به عوامل گسترده بستگی دارد، در این بررسی، عوامل مختلف بر کیفیت زندگی سنجیده شد. نمره کل کیفیت زندگی ۲۳ از ۳۰ به دست آمد که نشان از

از آن جا که بیماری به تنهایی تعیین کننده درک افراد از کیفیت زندگی نیست و بسیاری از عوامل تأثیرگذار دیگر، از جمله متغیرهای دموگرافیک شامل: سن، جنس، تحصیلات و غیره، نقش مهمی در ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خویش دارد. بنابراین، لازم است روابط بین متغیرهای دموگرافیک و کیفیت زندگی مورد ارزیابی واقع شود.

در مطالعه ما میانگین نمره کیفیت زندگی در مردان و زنان تقریباً مشابه بود و اختلاف ناچیزی در متغیر جنس در کیفیت زندگی افراد پیوندشده مشاهده شد که با نتایج مطالعه Wesolowski در لهستان، Fujisawa در ژاپن، تقی‌زاده در ارومیه و وثوقی در اردبیل که بین دو جنس تفاوت معنی‌داری مشاهده نکرده‌اند (۱۵، ۱۶) هم‌خوانی داشت و با مطالعه Sayin در ترکیه که نمره کیفیت زندگی در زنان، بیشتر از مردان و در مطالعه طیبی که در مردان به طور معنی‌داری، بیشتر از زنان بود (۱۷) اختلاف داشت. تفاوت بین نمره کل کیفیت زندگی بر حسب وضعیت تأهل معنی‌دار نبود ($p=0/25$). نمرات به دست آمده در هر حیطة در افراد مجرد و متأهل نزدیک به هم بود. البته احتمال می‌رفت که کیفیت زندگی در افراد متأهل وضعیت بهتری نسبت به افراد مجرد داشته باشد؛ اما باید گفت که حمایت‌های اجتماعی که افراد از خانواده و همسر می‌گیرند در افراد مختلف با شرایط مختلف تفاوت دارد و ممکن است به تأهل آن وابستگی زیادی نداشته باشد. بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($p=0/26$) که با نتایج مطالعه وثوقی و طیبی مطابقت و با مطالعه تقی‌زاده که با افزایش سطح تحصیلات افزایش معنی‌داری در کیفیت زندگی به دست آمده بود، مغایرت داشت (۱۸). پایین‌ترین نمره سلامت مربوط به درد جسمی بود و بالاترین نمره سلامت مربوط به عملکرد اجتماعی بود که با مطالعه ریسی‌فر و Tanriverdi در ترکیه که بیشترین نمره کیفیت زندگی در این بیماران، در بعد درد بود و

سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و مدیریت بهتر درمان در این بیماران برداشته شود.

تشکر و قدررانی

بدین وسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به دلیل حمایت مالی و مساعدت در جهت تسهیل طرح و کمیته تحقیقات دانشجویی جهت همکاری بی‌دریغ‌شان و از پرسنل محترم بخش پیوند مرکز آموزشی درمانی شهید بهشتی و از تمامی بیماران پیوندی شرکت‌کننده در این طرح که حتی از استان‌های مجاور نیز تشریف آورده بودند، نهایت تقدیر و تشکر را داریم.

منابع

1. Skorecki K, Green J, Brenner B. Chronic renal failure. Mc Graw-Hill Companies 2005:1653
2. Rezaie M, Nosrat K. Introduction of transplant department of SHahid Beheshti Hospital. *Salamat Magazine* 2011;10:5-7 [In Persian].
3. Harrison's principles of internal medicine, Disorder of the kidney & urinary tract: Tarbiat M, Tarbiat A, Tehran, Nooredanesh Publication 2006;8:147.
4. Wimmer CD, Rentsch M, Crispin A, Illner WD, Arbogast H, Graeb C, et al. The Janus face of immunosuppression - de novo malignancy after renal transplantation: the experience of the Transplantation Center Mu-nich. *Kidney International* 2007; 71(12): 1271-8.
5. Phipps FD, Monahan M, Neighbors CJ. Medical surgical nursing, Health and illness perspectives Europe, middle east and African edition. Elsevier 2007:1036-1037
6. Hansen R, Seifeldin R, Noe L. Medication adherence in chronic disease: issues in post transplant immunosuppression. *Transplantation Proceedings* 2007; 39(5):1287-300.
7. Denharynck K, Waregem A, Belgien K. Exploration risk factor of non-adherence to immunosuppressive medication in kidney transplant recipients: improving methodology & reorienting research goals. *University of Basel* 2006; 5:1-7
8. Mann RA. The Importance of medication adherence & immunosuppressant regime in renal transplant recipients. *Transplantation Express Report* 2004; 6(4):1-4.
9. Mohajer M, Dejkam M, Baniasad MH, Nazarali Sh, Amiri Z. Socio-psychological alterations in patients before and after kidney transplantation in Taleghani and Hasheminejad hospitals *Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences* 2004; 2:135-40.
10. Navidian A, Sarjou A, Kikhai A. Frequency of mental disturbances in hemodialysis patients referred to hemodialysis ward of Khatamol Anbia Hospital in Zahedan. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2006; 58(15):61-7. [Persian]
11. Van der Meulen JH, Lewsey JD, Dawwas MF, Copley LP. UK and Ireland Liver Transplant Audit: Adult orthotopic liver transplantation in the United Kingdom and Ireland between 1994 and 2005. *Transplantation* 2007; 84:572-79.
12. Raiisifar A, et al . An investigation of quality of life in kidney transplant patient. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2011; (3):149-152
13. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM. Patient – Reported quality of life early in dialysis treatment: effects associated with usual exercise activity. *Nephrology Nursing Journal* 2000; 27 (4): 357-367.
14. Abaszadeh A, javanbakhtian R, Salehi s, Motevaselian M. Investigation of quality of life in Transplanted and hemodialysis patient. *Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences* 2010; 18(5):461-8.
15. Wesolowski T, Szyber P. A trail of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. *Kidney International* 2007; 15:7.

16. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, et al. Assessment of Health related Quality of Life in transplant and hemodialysis patient using the SF-36 Health survey. *Urology* 2000; 56(2):201-6.
17. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplantation Proceedings* 2007; 39(10):3047-53.
18. Tayyebi A, Mahmoudi H, Tadrissi S. Comparison of quality of life in haemodialysis and renal transplantation patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010; 3(1):19-22.
19. Tanriverdi N, Ozcurumez G, Colak T, Duru C, Emiroglu R, Zileli L, et al. Quality of life and mood in renal transplantation recipients, donors, and controls: preliminary report. *Transplantation Proceedings* 2004; 36(1):117-9.
20. Raiisifar A, Tayyebi A, Ebadi A, Najafi S, Hashemi S, Asiyabi M. An investigation of Quality of life in Kidney Transplant Patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2011; 4(3):149 - 52.
21. Dobbels F, Vanhaecke J, Dupont L, Nevens F, Verleden G, Pirenne J, De Geest S. Pretransplant predictors of post transplant adherence and clinical outcome: An evidence base for pretransplant psychosocial screening. *Transplantation* 2009, 87:1497-504.

Quality of life in Mazandaran renal recipients during the years 2013-14

Abazar Akbarzadeh Pasha¹, Shayan Alijanpour^{2*}, Hoshmand Basim³, Mehran Afshang³, Soraya Khafri⁴, Reza Alizadeh Navaie⁵, Farzan Kheirkhah⁶, Ziba Shirkhani⁷

1. Department of Urology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2. Emergency of Medical Service Center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
3. Student Research Committee, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
4. Department of Social medicine, Babol University of medical science, Babol, Iran
5. Mazandaran University of Medical Science, Sari, Iran
6. Department of Psychology, Babol University of Medical Science, Babol, Iran
7. Biometric and informatics center, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

* Corresponding author e-mail: alijanpour.sh@live.com

Abstract

Background and Objective: Renal transplantation is an efficient solution for end-stage renal disease patients. Since the purpose of treatment of renal failure patients is not only to sustain life, but also to improve the quality of life, this study investigated the quality of life in transplanted patients and affecting factors.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 188 transplanted patients in Beheshti Hospital by census in 2013. Public health (sf36), Ferrans and Powers, GHQ-28 and last patient experiment and demographic questionnaires were used. Then, t-test, chi-square and logistic regression tests were used (SPSS v18).

Results: The mean quality of life for men and women was 23.4 ± 3.7 and 23 ± 4 , respectively. The mean score of social functioning, bodily pain, physical area with the type of dialysis (hemodialysis, peritoneal dialysis and non-dialysis) had a significant difference ($p < 0.05$). The mean score of quality of life, health-mental performance and psychological realm with urea levels was statistically significant ($p < 0.05$). In mental health areas, depression with gender (1.4 ± 2 male, 5.5 ± 4 female, $p=0.2$), physical realm with source of income (3.2 ± 2 no income, 1.4 ± 3 employment, $p=0.4$), anxiety with income (3.9 ± 3 no income, 2.9 ± 4 employment, $p=0.2$), depression domain with income (1.5 ± 2 no income, 5.2 ± 4 employment, $p=0.4$), the average total score of mental health and source of income (15 ± 9 no income, 18 ± 12 employment, $p=0.008$) had statistically significant differences.

Conclusion: The results of this study showed favorable situation of quality of life in Shahid Beheshti transplant center. This can be due to favorable services but it needs to improve this situation to highest level.

Keywords: Mental health, Kidney transplants, Mental disorders