

بررسی کیفیت زندگی اهداکنندگان کلیه ساکن تهران در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲

حدیث حقیقی^۱، حسین شیر^{۲*}، زیبا برزآبادی فراهانی^۳، دکتر حمید علوی مجد^۴، اعظم دبیریان^۵، احسان زارعی^۶

^۱ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۲ مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۳ مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۴ دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۵ مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
^۶ دانش‌آموخته کارشناسی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

نویسنده مسئول مکاتبات: حسین شیر آدرس پست الکترونیک: shiri.hossein@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: اهدای کلیه نقش مهمی در درمان بیماران دچار نارسایی مزمن کلیه دارد. با توجه با آمار بالای پیوند کلیه از اهداکننده‌های زنده در ایران و نبود مطالعات جامع در مورد کیفیت زندگی متعاقب اهدای عضو، پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی اهداکنندگان کلیه ساکن تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی است که در ۴۵ نفر از اهداکنندگان کلیه ساکن تهران در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲ انجام گرفته است. نمونه گیری نخست به روش در دسترس و سپس به روش گلوله برفی انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه سه قسمتی شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی اس اف-۳۶ و پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود. روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی در مطالعات متعددی تأیید شده است. برای تأیید روایی پرسشنامه از روش روایی محتوا و پایایی آن از روش همسانی درونی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، آزمون من ویتنی، آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن و با نرم افزار اس پی اس ۱۹ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سن اهداکنندگان ۳۴/۴ سال می‌باشد. ۶۲/۲ درصد اهداکنندگان در این مطالعه مرد بودند. نتایج بیانگر آن است که ۶۶/۷ درصد از اهداکنندگان در بعد جسمی، ۶۰ درصد در بعد روانی و ۴۸/۹ درصد در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی در حد متوسط (امتیاز ۶۶-۳۴) برخوردار بوده‌اند. میانگین امتیاز کیفیت کلی زندگی در اهداکنندگان ۵۹ می‌باشد. ۵۸ درصد اهداکنندگان با هدف مادی کلیه خود را اهدا نموده‌اند که اختلاف معناداری در امتیاز کیفیت زندگی براساس علت اهدا یافت نشد ($p=0/4$). ۳۱ درصد از اهدای کلیه خود پشیمان بودند. ۶۸/۸ درصد از اهداکنندگان، اهدای کلیه را توصیه نمی‌کنند و میانگین امتیاز کیفیت زندگی آنان نسبت به کسانی که توصیه به اهدای کلیه می‌کنند پایین‌تر است ($p<0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مشخص شد که کیفیت زندگی اهداکنندگان کلیه در این مطالعه در حد متوسط (امتیاز ۶۶-۳۴) است. با ارزیابی مشکلات روانی و جسمانی پس از اهدا می‌توان از میزان پشیمانی و برآوردهای ذهنی پس از اهدا کاست. همچنین با توضیحات کافی در مورد فرآیند اهدای عضو توسط کادر پزشکی قبل از اهدا می‌توان بر میزان آمادگی فرد جهت اهدای عضو به صورت آگاهانه افزود. آموزش کافی به اهداکنندگان می‌تواند از عواقب منفی بکاهد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، اهدا کلیه، دهنده زنده

مقدمه

و اصلی بهداشتی مطرح هستند. نارسایی مزمن کلیه نقص غیرقابل برگشت عملکرد کلیه است که با سیری پیش‌رونده در نهایت فرد را نیازمند دیالیز یا پیوند می‌کند (نریمانی و

با کنترل بیماری‌های واگیر در طی دهه‌های گذشته و افزایش امید به زندگی، بیماری‌های مزمن به عنوان یک مشکل اساسی

در ایران هیچ گونه شواهدی دال بر پیگیری مستمر وضعیت اهدا کننده کلیه به دست نیامده است؛ در حالی که در کشورهای برزیل، آلمان و ایالت متحده آمریکا هر اهدا کننده پس از اهدا کلیه، هر سه ماه تا یک سال، هر شش ماه تا پنج سال و سپس با توجه به شرایط اهدا کننده برنامه پیگیری پزشکی و روانی منظمی دنبال خواهد شد (رامبد و همکاران، ۱۳۸۷).

با توجه با آمار بالای پیوند کلیه از اهداکننده‌های زنده در ایران و فقدان مطالعات جامع در مورد کیفیت زندگی متعاقب اهدای عضو و وجود تناقضات موجود در مطالعات سایر کشورها، پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی اهداکنندگان کلیه ساکن تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی است که برای تعیین کیفیت زندگی اهداکنندگان کلیه ساکن تهران انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی اهداکنندگان کلیه زنده ساکن تهران و واجد شرایط معیارهای تعیین شده برای واحدهای پژوهش بودند؛ از جمله اینکه حداقل ۱ سال از اهدا کلیه آنان گذشته باشد، ساکن تهران باشند، عدم ابتلا به هرگونه بیماری مزمن شناخته شده و عدم انجام سایر اعمال جراحی. تعداد کل نمونه‌های پژوهش ۴۵ نفر بودند که ابتدا به صورت نمونه‌گیری در دسترس و سپس نمونه‌گیری گلوله برفی از میان اهداکنندگان کلیه و با توجه به معیارهای ورود و انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه بود که شامل: ۱- پرسشنامه مربوط به جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی واحدهای مورد پژوهش، حاوی اطلاعاتی در مورد جنس، سن، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد ماهانه، بیمه و نوع آن و تاریخ اهدای کلیه؛ ۲- پرسشنامه کیفیت زندگی اس اف ۳۶ جهت سنجش کیفیت زندگی در هشت بعد عملکرد جسمی، محدودیت‌های ایفای نقش به علت مشکلات جسمی، درد جسمی، درک از سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، انرژی و احساسات، مشکلات ایفای نقش به علت مشکلات روانی و سلامت روانی که در سه بعد کلی جسمی، روانی و اجتماعی دسته بندی گردید. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران سنجیده شده است. در مورد تمامی سنجش‌ها، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ یا بیشتر به دست آمده است (منتظری و همکاران ۱۳۸۸). در مطالعه حاضر نیز ضریب همبستگی ۰/۹۲ به دست آمد؛ ۳- پرسشنامه پژوهشگر ساخته برای سنجش مشکلات سلامت جسمی، مشکلات اقتصادی،

همکاران، ۱۳۸۷). سالیانه بیش از ۶۰ هزار نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به نارسایی مزمن کلیه جان خود را از دست می‌دهند (نمادی وثوقی و همکاران، ۱۳۸۸).

در مقایسه با دیالیز، عمل پیوند کیفیت زندگی بهتری را فراهم می‌آورد و موجب ارتقای توان فیزیکی، هزینه‌ی کمتر و عمر طولانی تر می‌شود. نقایص احتمالی در کلیه جسد و طولانی بودن زمان انتظار برای پیوند، نقشی محوری در افزایش تعداد پیوند توسط اهداکننده زنده در مقایسه با پیوند از جسد ایفا می‌کند (Xavier lima و همکاران، ۲۰۰۶). کلیه پیوندی از اهداکننده زنده با بقای بالاتر همراه است و خویشاوند بودن دهنده و گیرنده از نظر همخوانی (HLA Human Lokocyte Antigen) و کاهش نیاز به مصرف رژیم سرکوب‌کننده ایمنی پس از پیوند اهمیت دارد (Garcia و همکاران، ۲۰۱۲). به استناد مرکز آمار بیماری‌های خاص ایران و انجمن حمایت از بیماران کلیوی تعداد بیماران مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته در ایران در سال ۱۳۸۵ به حدود ۲۵ هزار نفر رسیده که به نظر می‌رسد تا پایان سال ۹۱ با رشد ۱۲ درصدی در هر سال به ۴۳ هزار نفر افزایش یافته باشد (مه‌دوی مزده و همکاران ۲۰۰۷).

هم‌اکنون در ۲۵ مرکز در سطح کشور، سالانه حدود ۱۶۰۰ مورد پیوند کلیه انجام می‌گیرد که ۹۰ تا ۹۵ درصد این پیوندها، از اهداکنندگان زنده و ۵ تا ۱۰ درصد آن از جسد است ایران با ۲۵ هزار پیوند توسط اهداکننده زنده، در جایگاه برتر جهانی ایستاده است (رامبد و همکاران ۱۳۸۷).

با توجه به افزایش روز افزون پیوند کلیه در کشورهای مختلف، پیگیری وضعیت اهداکنندگان پس از پیوند و عوارض احتمالی ناشی از آن اهمیت فراوانی یافته است (Xavier lima و همکاران، ۲۰۰۶). از سویی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، اغلب به عنوان یک شاخص مهم در بسیاری از جوامع پزشکی مطرح می‌شود (Garcia و همکاران، ۲۰۱۲). در مورد نتایج متعاقب عمل در اهداکننده‌های زنده مطالعات اندکی صورت گرفته است. از جوانب مهم مربوط به اهدای کلیه که کمتر موضوع بحث قرار گرفته است کیفیت زندگی و عوارض ناشی از آن است (Xavier lima و همکاران، ۲۰۰۶). این عوارض شامل خطرات بیهوشی و جراحی، عوارض ناشی از کلیه برداری نظیر آلتکتازی، پنومونی و عفونت محل عمل، وجود اسکار جراحی، احساس پشیمانی بعد از عمل، احساس محدودیت، خستگی، ضعف و بی‌حسی انتهاها، افزایش فشار خون، از دست دادن کار و افسردگی می‌باشد که همه این موارد کیفیت زندگی اهداکننده کلیه را تحت الشعاع قرار می‌دهد (Pavilion 2009).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی اهداکنندگان کلیه ساکن تهران در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی و کیفیت کلی زندگی در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲

ابعاد	کیفیت زندگی			
	پایین (۱-۳۳)	متوسط (۳۴-۶۶)	خوب (۶۷-۱۰۰)	جمع
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
بعد جسمانی	۱ (۲/۲)	۱۴ (۳۱/۱)	۳۰ (۶۶/۷)	۴۵ (۱۰۰)
بعد روانی	۴ (۸/۹)	۲۷ (۶۰)	۱۴ (۳۱/۱)	۴۵ (۱۰۰)
بعد اجتماعی	۲ (۴/۴)	۲۲ (۴۸/۹)	۲۱ (۴۶/۷)	۴۵ (۱۰۰)
کیفیت کلی زندگی	۱ (۲/۲)	۲۵ (۵۵/۶)	۱۹ (۴۲/۲)	۴۵ (۱۰۰)

بالاترین امتیاز کیفیت زندگی مربوط به بعد جسمی در مردان است و زنان در بعد روانی پایین‌ترین امتیاز را کسب نموده‌اند که این اختلاف از نظر آماری معنادار نیست ($p > 0/05$). بالاترین امتیاز کیفیت زندگی مربوط به بعد اجتماعی در شغل دولتی می‌باشد (۶۸/۹۴ درصد) و پایین‌ترین امتیاز کیفیت زندگی مربوط به بعد روانی در شغل آزاد است (۴۷/۳۰). امتیاز کیفیت زندگی در کسانی که شغل دولتی دارند نسبت به کسانی که شغل آزاد دارند بالاتر است که با انجام آزمون تی مستقل مشخص شد این تفاوت در بعد جسمی از نظر آماری بی‌معنی ($p = 0/97$) و در ابعاد روانی و اجتماعی معنادار است ($p < 0/05$). همچنین کیفیت کلی زندگی در کسانی که شغل دولتی دارند نسبت به کسانی که شغل آزاد دارند بالاتر است که این اختلاف نیز معنادار است ($p = 0/05$) و مربوط به بالاتر بودن امتیاز در ابعاد روانی و اجتماعی می‌باشد. بالاترین امتیاز کیفیت زندگی مربوط به بعد روانی در کسانی است که دارای سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر می‌باشند و پایین‌ترین امتیاز مربوط به بعد جسمی در کسانی است که دارای سطح تحصیلات دیپلم و کمتر می‌باشند. همچنین مشاهده می‌شود که در همه ابعاد اهداکنندگانی که سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند نسبت به کسانی که سطح تحصیلات دیپلم و پایین‌تر دارند، دارای امتیاز کیفیت زندگی بالاتر هستند که با انجام آزمون تی مستقل مشخص شد این تفاوت در بعد روانی از نظر آماری معنادار است ($p = 0/03$) و در سایر ابعاد معنادار نیست. در مجموع کیفیت کلی زندگی در دو گروه از نظر آماری تفاوت معنادار ندارد ($p = 0/07$). بالاترین امتیاز مربوط به بعد جسمی در اهداکنندگان متاهل می‌باشد. با انجام آزمون تی مستقل مشخص شد تفاوت آماری معناداری در کیفیت زندگی بر اساس وضعیت تاهل وجود ندارد ($p > 0/05$). برای بررسی اینکه آیا کیفیت زندگی اهداکنندگان تحت تأثیر سن آن‌ها قرار می‌گیرد از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که تفاوت آماری معناداری بین امتیاز کیفیت

مشکلات جنسی، حمایت خانواده و مفهوم از خود می‌باشد. همچنین وجود نسبت خویشاوندی، احساس رضایت از اهدای کلیه، آمادگی برای اهدای کلیه، علت اهدا و پیشنهاد یا عدم پیشنهاد اهدا به سایرین در این پرسشنامه گنجانده شد. روایی این پرسشنامه به روش روایی محتوا و شاخص اعتبار محتوای والتس و باسل از نظر مربوط بودن، واضح بودن و روان بودن بررسی شدند (یغمایی ۱۳۸۶). پایایی آن به روش همسانی درونی سنجیده شد که با ضریب ۰/۸۷ مورد تأیید قرار گرفت. امتیاز کل دو پرسشنامه کیفیت زندگی اس اف ۳۶ و پرسشنامه پژوهش گر ساخته ۱۰۰-۰ است که امتیاز (۱-۳۳) کیفیت زندگی مطلوب، امتیاز (۳۴-۶۶) کیفیت زندگی متوسط و امتیاز (۶۷-۱۰۰) کیفیت زندگی مطلوب را نشان می‌دهد. پژوهشگر پس از تصویب طرح و اخذ مجوز کتبی از مسئولان تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی و انجمن حمایت از بیماران کلیوی، با مراجعه به انجمن حمایت از بیماران کلیوی و کسب مشخصات و آدرس اهداکنندگان، با آنها ملاقات کرد و ضمن معرفی خود و بیان اهداف پژوهش و جلب رضایت آگاهانه، آنان را به شرکت در پژوهش دعوت نمود و از آنها خواسته شد که برگه پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه اس اف ۳۶ و پرسشنامه پژوهشگر ساخته را تکمیل نمایند. برای تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از اس پی اس اس ۱۹، از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و تعداد و درصد برای متغیرهای کیفی استفاده شد. همچنین از آزمون‌های آماری تی مستقل، آزمون من ویتنی، ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن نیز استفاده شد.

یافته‌ها:

در این پژوهش اکثریت اهداکنندگان در رده سنی ۳۵-۳۱ سال قرار داشتند و میانگین سنی آن‌ها ۳۴/۴۰ بود. اکثر واحدهای مورد پژوهش (۶۲/۲ درصد) مرد و ۶۰ درصد آن‌ها متأهل بودند. تحصیلات ۴۴/۴ درصد در سطح دیپلم و دارای شغل آزاد بودند. ۶۰ درصد واحدهای این پژوهش تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نبودند. اکثر واحدهای این پژوهش (۶۹/۲ درصد) بین سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۹۰ کلیه اهدا کرده بودند که بیشترین تعداد مربوط به سال ۱۳۸۹ بود. در بعد جسمانی اکثر واحدهای این پژوهش (۶۶/۷ درصد) دارای کیفیت زندگی خوب، در بعد روانی ۶۰ درصد دارای کیفیت زندگی متوسط و در بعد اجتماعی ۴۸/۹ درصد دارای کیفیت زندگی متوسط بودند. همچنین امتیاز کلی کیفیت زندگی در ۵۵/۶ درصد واحدهای پژوهش در سطح متوسط قرار دارد (جدول ۱).

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی امتیاز کیفیت زندگی اهداکنندگان کلیه ساکن تهران بر حسب احساس رضایت از اهدای کلیه در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۲

P- value	ندارد	دارد	احساس رضایت از اهدای کلیه
	تعداد=۱۴	تعداد=۳۱	
	(SD) میانگین	(SD) میانگین	
<0.001	۵۲/۰۴ (۹/۴۵)	۶۷/۹۷ (۱۳/۲۶)	میانگین امتیاز کیفیت کلی زندگی

با انجام آزمون تی مشخص شد که تفاوت آماری معناداری در میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی بر حسب علت اهدا وجود ندارد ($p=0/44$). اکثر واحدهای پژوهش (۸/ ۶۸ درصد) از اهداکنندگان به اهدای کلیه توصیه نمی‌کنند و میانگین امتیاز کیفیت زندگی آنان نسبت به کسانی که توصیه به اهدای کلیه می‌کنند پایین‌تر است. با انجام آزمون تی مستقل مشخص شد که این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p<0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد میانگین امتیاز کیفیت کلی زندگی در اهداکنندگان ۵۹ از ۱۰۰ بوده است و اکثر اهداکنندگان از کیفیت کلی زندگی در حد متوسط (امتیاز ۶۶-۳۳) برخوردار هستند. بالاترین امتیاز در ابعاد کیفیت زندگی مربوط به بعد جسمی می‌باشد که احتمال می‌رود گذشت تنها ۲ سال از اهدای کلیه در اکثر واحدهای این پژوهش و عدم ظهور اکثر عوارض در طی مدت زمان اندک، از دلایل امتیاز بالا در بعد جسمی نسبت به سایر ابعاد در اکثر اهداکنندگان باشد. نجاتی صفا و همکاران (۲۰۰۸) با مطالعه‌ای ۱ در ایران نشان دادند که نمره کسب شده در هر چهار بعد پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت نسبت به حد متعارف در اهداکنندگان پایین‌تر بوده است. اما در مطالعه Shrestha و همکاران (۲۰۰۸) کیفیت کلی زندگی اهداکنندگان کلیه نسبت به گروه کنترل تفاوتی نداشته است؛ هرچند که با گذر زمان به دلیل بروز عوارضی نظیر دردهای عضلانی-اسکلتی، آنمی، میگرن، سکتی قلبی، دیابت و زخم‌های گوارشی زوال در کیفیت زندگی دیده شده است و در مطالعه Groot و همکاران (۲۰۱۲)، گرچه امتیاز کیفیت کلی زندگی نسبت به جمعیت عادی بالاتر بود ولی کیفیت زندگی تعدادی از اهداکنندگان به دلیل خستگی و کاهش مشارکت اجتماعی در بعد جسمی و همچنین بعد روانی کاهش یافته بود. به نظر می‌رسد که بالا بودن امتیاز کیفیت زندگی در سایر کشورها در مقایسه با پژوهش حاضر مربوط به افزایش عزت نفس بعد از اهدا باشد که در بالا رفتن امتیاز در ابعاد روانی و اجتماعی موثر است؛ در کشور ما با توجه به اینکه اکثر اهداکنندگان در ازای دریافت وجه نقدی حاضر به اهدای کلیه می‌شوند، حس نوع دوستی از جایگاه کمتری برخوردار

زندگی و سن اهداکنندگان کلیه دیده شد ($p<0/05$). به گونه‌ای که با افزایش سن کیفیت زندگی پایین می‌آید و بر عکس. همچنین برای بررسی همبستگی کیفیت زندگی با طول مدت اهدای کلیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که همبستگی معنادار بین کیفیت زندگی و مدت زمان گذشته از اهدا در افراد دیده شد ($p<0/05$), به این معنا که هرچه از اهدا مدت زمان کمتری گذشته باشد امتیاز کیفیت زندگی بالاتر است و برعکس (با گذشت زمان کیفیت زندگی پایین می‌آید). همچنین مشخص شد هراندازه تغییر در انرژی لازم برای فعالیت جنسی بیشتر باشد، کیفیت کلی زندگی پایین‌تر خواهد بود. با انجام آزمون من ویتنی این تفاوت از نظر آماری معنادار است ($p=0/01$). اگرچه میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی در اهداکنندگانی که از حمایت در حد مطلوب برخوردار بودند بیشتر از سایر افراد است؛ ولی با انجام آزمون تی مستقل مشخص شد که این اختلاف از نظر آماری معنادار نیست و ارتباطی بین میانگین امتیاز کیفیت کلی زندگی با حمایت خانواده وجود ندارد ($p=0/52$). برای بررسی اینکه آیا کیفیت زندگی اهداکنندگان تحت تأثیر نیاز آنها به حمایت از سوی خانواده قرار می‌گیرد از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد که همبستگی آماری معناداری بین امتیاز کیفیت زندگی و میزان نیاز به حمایت خانواده اهداکنندگان کلیه دیده شد ($p<0/001$).

میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی در بین اهداکنندگانی که تغییر کمتری در تصویر ذهنی از بدن خود داشته‌اند بیشتر از سایر افراد می‌باشد که با انجام آزمون تی مشخص شد که این اختلافها از نظر آماری معنادار می‌باشند ($p=0/03$). همچنین اختلاف آماری معنادار در میانگین امتیاز کیفیت کلی زندگی افراد بر حسب آمادگی جهت اهدا وجود دارد ($p=0/005$)؛ به گونه‌ای که افرادی که آمادگی جهت اهدای کلیه داشتند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند. با انجام آزمون تی مستقل مشاهده شد که تفاوت آماری معناداری در کیفیت زندگی افرادی که به خویشاوند خود کلیه اهدا نموده‌اند با افرادی که به غیر خویشاوند کلیه اهدا نموده‌اند، وجود ندارد ($p>0/05$).

۶۹ درصد از اهداکنندگان از اهدای کلیه خود احساس رضایت داشته‌اند و کیفیت زندگی بالاتری نسبت به افرادی که از این عمل احساس رضایت نداشته‌اند، دارند که با انجام آزمون تی مستقل مشخص شد که این اختلاف معنادار بوده است ($p<0/001$) (جدول ۲).

است. این مسئله می‌تواند بیانگر نیاز اهداکنندگان کلیه در ایران به مشاوره روانی قبل از اهدا و ارزیابی روانی بعد از اهدا باشد. همچنین پی گیری پزشکی از نظر جسمی بعد از اهدا ضروری به نظر می‌رسد. از سوی دیگر در کشورهایی نظیر ایران اهدا کننده کلیه برچسب فروشنده کلیه را یدک می‌کشد که می‌تواند با کاهش در امتیاز فرد در بعد اجتماعی همراه باشد. امتیاز کیفیت زندگی در کسانی که شغل دولتی دارند نسبت به کسانی که شغل آزاد دارند بالاتر است که مشخص شد این اختلاف در ابعاد روانی و اجتماعی معنادار است ($p=0/03$). کیفیت کلی زندگی به طور معناداری در کسانی که شغل دولتی دارند نسبت به کسانی که شغل غیر دولتی دارند؛ بالاتر است ($p=0/05$) که احتمال می‌رود در ایران با توجه به زمینه ی مادی در اکثریت اهدا کلیه، کسانی که از نظر اقتصادی در وضعیت نامطلوبی هستند، علی‌رغم میل باطنی و به دلیل نیازهای مادی اقدام به اهدای کلیه نمایند که این می‌تواند از دلایل کیفیت زندگی پایین‌تر در افراد مورد مطالعه باشد و اختلاف آن نسبت به کشورهای دیگر ممکنست به دلیل پوشش بیمه بیکاری در غیر شاغلین باشد.

نتایج حاکی از آن است که کیفیت زندگی اهداکنندگان با سن و مدت زمان گذشته از اهدا همبستگی دارد و با افزایش سن کیفیت زندگی پایین می‌آید. همچنین هرچه مدت زمان گذشته از اهدا کوتاه تر باشد امتیاز کیفیت زندگی بالاتر است. این اختلاف‌ها از نظر آماری معنادار می‌باشد ($p<0/001$). در مطالعه Shrestha و همکاران (۲۰۰۸) فاکتورهایی نظیر سن و زمان اهدا بر امتیاز کیفیت تأثیری نداشت. احتمال می‌رود تفاوت در نتایج این دو مطالعه مربوط به پیگیری‌های پزشکی و روانی در سایر کشورها و عدم وجود این پیگیری‌ها در ایران باشد که عدم پی گیری و درمان عوارض منجر به افت کیفیت زندگی اهداکنندگان می‌شود.

میانگین سن اهداکنندگان در مطالعه حاضر ۳۴/۴ می‌باشد. در مطالعه Feltrin (۲۰۰۷)، میانگین سن اهداکنندگان ۵۱/۵ می‌باشد. به نظر می‌رسد در ایران میانگین سنی پایین‌تر، مربوط به نیازهای اقتصادی بیشتر در این سن، وجود مشکلاتی چون بیکاری جوانان و عدم وجود بیمه بیکاری باشد. در حالی که در جوامع غربی ممکن است انگیزه اهدای کلیه نوع دوستی، بلوغ ذهنی در زمینهٔ ایثار و نیکوکاری باشد که در میانسالی بیشتر دیده می‌شود.

یافته‌ها ی این پژوهش نشان داد فاکتورهای وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، میزان درآمد ماهانه، پوشش بیمه، تعداد فرزندان با امتیاز کیفیت کلی زندگی همبستگی نداشت، لیکن

میزان تحصیلات با بعد روانی کیفیت زندگی همبستگی داشت ($p=0/03$)؛ به گونه‌ای که افراد با سطح تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بوده‌اند که می‌تواند به دلیل تفاوت در نگرش این افراد با سایرین باشد در مطالعه Guleria و همکاران (۲۰۱۱) نیز وضیت تأهل با امتیاز کیفیت زندگی همبستگی نداشت. در مطالعه Xavier Lima و همکاران (۲۰۰۶) نیز تفاوت در تحصیلات و درآمد ماهانه بر کیفیت زندگی اهداکنندگان کلیه تأثیر داشت ($p<0/05$).

اکثر اهداکنندگان (۶۲/۲ درصد) در مطالعه حاضر مرد هستند. در مطالعه Langenbach و همکاران (۲۰۰۹)، ۶۴ درصد اهداکنندگان زن بوده‌اند. بیشتر بودن تعداد اهداکنندگان مرد در پژوهش حاضر در مقایسه با سایر کشورها ممکن است ناشی از انگیزه مادی در اهداکنندگان در این مطالعه و نیاز آنها به تأمین مخارج زندگی باشد.

میزان نگرانی در مورد تأمین هزینه‌های درمان با امتیاز کلی کیفیت زندگی اهداکنندگان همبستگی معنادار داشت ($p<0/001$)؛ به گونه‌ای که هر اندازه این نگرانی کمتر باشد امتیاز کلی کیفیت زندگی بالاتر بود، که می‌تواند ناشی از عدم پوشش و حمایت‌های بیمه‌ای در اهداکنندگان متعاقب پیوند و در نتیجه نگرانی آنها از عوارض احتمالی باشد.

در این پژوهش بین کیفیت زندگی و میزان حمایت خانواده همبستگی معناداری وجود نداشت؛ اما هرچه نیاز به حمایت خانواده بیشتر باشد، کیفیت زندگی به طور معناداری پایین‌تر می‌آید ($p<0/001$)؛ که می‌تواند بیانگر این مسئله باشد که علی‌رغم احساس نیاز به حمایت خانواده توسط اهداکنندگان، ممکن است حمایت لازم توسط خانواده از آنها به عمل نیاید و در نتیجه نیاز به سیستم‌های حمایتی و مددکاری اجتماعی بیشتر نمودار می‌شود.

میانگین امتیاز کیفیت کلی زندگی در بین اهداکنندگانی که تغییر کمتری در تصویر ذهنی از بدن خود دارند، بیشتر از سایر اهداکنندگان می‌باشد که این اختلاف از نظر آماری معنادار است ($p=0/03$). همچنین اهداکنندگانی که جهت اهدای کلیه آمادگی قبلی داشته‌اند به طور معناداری از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند ($p=0/005$). در مطالعه Feltrin (۲۰۰۷)، ۱۷ درصد اهداکنندگان احساس می‌کردند بدن آنها پس از اهدای کلیه تغییر کرده است و وجود زخم جراحی و عوارضی نظیر افزایش وزن را گزارش کرده‌اند. همچنین در مطالعه Xavier Lima و همکاران (۲۰۰۶) ۲۴ درصد از اهداکنندگان از وجود اسکار جراحی ناراضی بوده‌اند و ۶۹ درصد از آنها از اهدای کلیه خود احساس رضایت داشتند و امتیاز کیفیت

همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ۵۸ درصد اهداکنندگان با هدف مادی کلیه خود را اهدا نموده‌اند. در حالی که در مطالعه Garcia و همکاران (۲۰۱۲) دلیل اهدا در همه اهداکنندگان نوع دوستی و تصمیم برای اهدا داوطلبانه بوده است. در مطالعه Feltrin و همکاران (۲۰۰۷)، علت اهدا در ۶۴ درصد موارد کمک به شخص مورد علاقه‌ای بود که رنج می‌کشید و امتیاز کیفیت زندگی کسانی که به خویشاوند خود کلیه اهدا کرده‌اند به طور معناداری بالاتر بود ($p=0/01$) که بالاتر بودن این امتیاز مربوط به بالاتر بودن نمره در بعد روانی می‌باشد. اما در مطالعه حاضر اختلاف معناداری در امتیاز کیفیت زندگی براساس علت اهدا یافت نشد.

با توجه به نتایج فوق که نشان دهنده نیاز به پیگیری مستمر پس از اهدای کلیه است، توصیه می‌شود با پیگیری جسمی و روانی اهداکنندگان عوارض جسمی و روانی شناسایی و کنترل شود. ارائه توضیحات کافی در مورد فرآیند اهدای عضو توسط کادر پزشکی قبل از اهدا می‌تواند بر میزان آمادگی فرد جهت اهدای عضو به صورت آگاهانه بیافزاید که این می‌تواند بر کیفیت زندگی بعد از اهدای عضو تأثیر بگذارد. همچنین با توجه به نتایج این پژوهش، پوشش بیمه‌ای مناسب برای اهداکنندگان ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد حدیث حقیقی و همچنین طرح تحقیقاتی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره مصوب ۱۱۴۸۵-۸۶-۱-۱۳۹۲ مورخ ۱۳۹۲/۴/۱ است که با حمایت مالی آن دانشکده به مرحله اجرا در آمده است. بدین وسیله از کلیه اساتید و پرسنل زحماتش دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و مدیریت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و اعضای محترم انجمن حمایت از بیماران کلیوی سپاسگزاری می‌شود. همچنین از کلیه اهداکنندگان کلیه شرکت کننده در این پژوهش قدردانی می‌شود که بی شک بدون همکاری آنان اجرای این پژوهش مقدور نبود.

References:

- De Groot B L, et al (2012) Reduced Quality of life in living kidney donor association with fatigue, societal participation and pre-donation variables. *Transplant International*. 25(9) 967-975.
- Feltrin A, et al (2007) Experience of donation and quality of life in living kidney and liver donors. *Transplant International*. 21(5) 466-472.
- Garcia M, et al (2012) Living kidney donors – A prospective study of quality of life before and after kidney donation. *Clinical Transplantation*. 27(1) 9-14.
- Guleria S, et al (2011) The quality of life of women volunteering as live related kidney donors in India. *The National Medical Journal of India*. 24(6) 342-344.
- Langenbach M, et al (2009) Kidney donors' quality of life and subjective evaluation at 2 Years after donation. *Transplantation Proceedings*. 41(4) 2512-2514.

زندگی آنها از افرادی که از این عمل احساس رضایت نداشتند بالاتر بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ۳۱ درصد از اهدای کلیه خود پشیمان هستند که در ۵۷ درصد موارد ناشی از رد پیوند می‌باشد. اما در مطالعه Feltrin (۲۰۰۷)، فقط ۴ درصد از اهدای کلیه خود پشیمان بوده‌اند. در مطالعه Guleria و همکاران (۲۰۱۱) همه اهداکنندگان در صورت امکان حاضر به اهدای مجدد کلیه بودند. در مطالعه Feltrin (۲۰۰۷)، ۹۷ درصد اهداکنندگان پیگیری پزشکی بعد از اهدا را مثبت ارزیابی کرده‌اند. اختلاف در نتایج پژوهش‌ها، با ۳۱ درصد پشیمانی در پژوهش حاضر می‌تواند ناشی از انگیزه مادی در اکثر اهداکنندگان ایرانی باشد.

نتایج نشان می‌دهد فاکتورهای نسبت گیرنده با دهنده کلیه و علت اهدا در امتیاز کیفیت کلی زندگی تأثیری ندارد ($p>0/05$). در مطالعه Shrestha و همکاران (۲۰۰۸) نیز فاکتور خویشاوندی بر امتیاز کیفیت زندگی تأثیری نداشت ($p>0/05$).

یافته‌ها حاکی از آن است که ۶۸/۸ درصد از اهداکنندگان اهدای کلیه را به دیگران توصیه نمی‌کنند و میانگین امتیاز کیفیت زندگی آنان نسبت به کسانی که این عمل را توصیه به اهدای کلیه می‌کنند، به طور معنی‌داری پایین‌تر است ($p<0/001$). در حالی که در مطالعه Shrestha و همکاران (۲۰۰۸) ۹۰/۹ درصد توصیه به اهدای کلیه می‌کردند. این امر نشان می‌دهد که کیفیت زندگی مناسب بعد از پیوند می‌تواند با توصیه بیشتر اهدای کلیه توسط اهداکنندگان همراه باشد. در مطالعه حاضر ۳۶ درصد از اهداکنندگان پس از اهدا تغییر زیادی در زمینه جنسی احساس می‌کنند و نسبت به سایرین نیز کیفیت زندگی پایین‌تری دارند و هراندازه افت در انرژی لازم برای فعالیت جنسی بیشتر باشد، کیفیت کلی زندگی پایین‌تر خواهد بود ($p=0/01$) اما در مطالعه Garcia و همکاران (۲۰۱۲) تغییر معناداری در زندگی جنسی یافت نشد که با پژوهش حاضر مغایر است.

- Mahdavi Mazdeh M, et al (2007) Renal replacement therapy in Iran. Urology Journal.4(2) 66-70.
- Nejatisafa A, et al (2008) Quality of life and life events of living unrelated kidney donors in Iran: A multicenter study. Transplantation. 86(7) 936-940.
- Pavilion A (2009) Living Kidney Donors: A Patient Hand book. Chicago.northwestern memorial hospital.
- Rambod M, et al (2009) [Quality of life in patients with chronic renal failure].Hayat Journal.14(2) 51-61 (Persian).
- Shrestha A,et al (2008).Quality of life of living kidney donors: A single-center experience .Transplantation Proceedings.40(1) 1375-1377.
- Xavier Lima D,et al (2006) Quality of life and surgical complications of kidney donors in the late post-operative period in Brazil. Nephrology Dialysis Transplantation.21(11) 3238–3242.
- Yaghmaei F (2008) Measuring the Behavior in Research with Valid and ReliableTools.1st ed.Tehran.Shahid Beheshti University of Medical Sciences & Health Care publications.

Assessing quality of life of kidney donors in Tehran in 2012-2013

Haghighi H¹, Shiri H^{2*}, Borzabadi Farahani Z³, Alavi Majd H⁴, Dabirian A⁵, Zareaei E⁶

- ¹. Alumnus MSc, school of nursing and midwifery, Shahid Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran.
 - ². MSc, Faculty member, Department of medical surgical nursing, school of nursing and midwifery, Shahid Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran.
 - ³. MSc, Faculty member, Department of medical surgical nursing, school of nursing and midwifery, Shahid Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran.
 - ⁴. PhD, Associate Professor, Dept of Biostatistics, school of Paramedical sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 - ⁵. MSc, Faculty member, Department of medical surgical nursing, school of nursing and midwifery, Shahid Beheshti university of medical sciences, Tehran, Iran.
 - ⁶. Alumnus BS, Kerman university of medical sciences, Kerman, Iran
- * - Corresponding author : Hossein Shiri email: shiri.hossein@yahoo.com

Abstract

Background and aim: Kidney transplantation is the best treatment for patients with end stage renal disease. Living donor kidney transplantation is increasingly performed in Iran. Since the quality of life of live kidney donors has been subjected to little investigation, the present study was conducted to investigate the quality of life of live kidney donors in Tehran in 2012-2013.

Materials and methods: This is a descriptive study conducted on 45 donors living in Tehran in 2012-2013. Sample selection was started by recruiting convenient samples following by snow ball sampling. Data were collected by a questionnaire consisting of as a three sections: demographic information, SF-36 quality of life questionnaire and researcher made questionnaire. The data were analyzed by SPSS 19.

Results: Mean age of the donors was 34/4 year. 62/2 % of the donors were men. The quality of life of 66/7 % of donors in physical, 60 % in mental and 48/9 % in social domain were classified as moderate (score:34-66). The mean score of quality of life of donors was 59. 59.58 % of the participants donated their kidney for financial reasons and there was no significant correlation between the quality of life scores and reason for donation. 31 % of the donors regretted the donation. 68/8% of donors do not encourage donation and recommend it to others and the average score of these donors is less than the donors who recommend donation ($p < 0/001$)

Conclusion: The quality of life of kidney donors in this study was moderate. It is worthwhile to follow up the donors and to assess physical and mental problem of donors after donation in order to reduce subjective outcomes and regret in donors. There is a need for financial support of kidney donors.

Key words: Quality of life, Kidney donation, Live donor