

## مقایسه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و دیالیز صفاقی

نادر آقاخانی<sup>۱</sup>، رقیه نظری<sup>۲</sup>، حمید شریف نیا<sup>۳\*</sup>، بتول نحری<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکترا پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. ۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۳- دانشجوی دکترا پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۴- دانشجوی دکترا پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اعظم عج.

### چکیده

زمینه و هدف: روند رو به رشد بیماری مزمن کلیوی در جهان، بیانگر افزایش مشکلاتی است که به بیمار و خانواده او تحمیل می شود و در نهایت کیفیت زندگی او را کاهش می دهد؛ به طوری که بیماران دیالیزی علاوه بر درخواست درمان- های مناسب، به دنبال افزایش کیفیت زندگی خود هستند. لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران دیالیز صفاقی و همودیالیز انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه تحلیلی- مقطعی بر روی ۱۳۶ بیمار دیالیزی (۱۳۰ بیمار همودیالیزی و ۶ بیمار دیالیز صفاقی) در بخش های همودیالیز و دیالیز صفاقی و نفرولوژی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۸۵ انجام شد. کیفیت زندگی به کمک پرسشنامه استاندارد SF-36 که در دو بخش شامل اطلاعات دموگرافیک و ۳۶ سؤال مربوط به کیفیت زندگی) تنظیم شده بود، بررسی گردید. داده های جمع آوری شده با آمار توصیفی و تی تست مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: اکثر نمونه ها زن بودند (۹۷) و اکثر بیماران همودیالیزی ۴۳/۸ درصد در محدوده سنی ۲۶-۴۵ سال و هم چنین بیشتر بیماران دیالیز صفاقی ۵۰ درصد در محدوده سنی ۲۵-۱۵ سال قرار داشتند. میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیز در حیطه فعالیت جسمی، محدودیت ایفای نقش و سلامت روحی و روانی بالاتر از بیماران دیالیز صفاقی بود ( $p < 0/05$ ). نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه ی حاضر، کیفیت کلی زندگی بیماران همودیالیز بهتر از بیماران دیالیز صفاقی بوده است. بنابراین شناسایی سطح کیفیت زندگی بیماران با نارسایی مزمن کلیه و مطالعه در مورد روش های ارتقاء کیفیت زندگی آن ها ضروری به نظر می رسد و امید است تا گام های عملی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران برداشته شود.

کلید واژه ها: بیماری مزمن کلیه، همودیالیز، دیالیز صفاقی، کیفیت زندگی

\* نویسنده مسئول: حمید شریف نیا، پست الکترونیکی: [pegadis@yahoo.com](mailto:pegadis@yahoo.com)

نشانی: آمل، خیابان طالب آملی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

وصول مقاله: ۹۰/۶/۲۹، پذیرش مقاله: ۹۰/۱۰/۱۳

## مقدمه

بیماری مزمن کلیوی، فرآیندی فیزیوپاتولوژیک با علل متنوع است که به کاهش اجتناب ناپذیر تعداد و عملکرد نفرون ها و معمولاً منجر به ختم بیماری کلیوی مرحله نهایی می گردد (۱). روند رو به رشد این بیماران در جهان، بیانگر آنست که تعداد بیماران تحت درمان های جایگزین، مثل پیوند کلیه، دیالیز صفاقی و همودیالیز نیز رو به فزونی است (۲).

شواهد حاکی از آن است که این درمان ها مسئول ایجاد تغییرات قابل توجهی در کیفیت زندگی بیماران مزمن کلیوی هستند (۳). مشکلات ناشی از فقدان ها، تغییر الگوی زندگی، مسائل مادی و اقتصادی، عدم اشتغال و محدودیت مصرف مایعات و مواد غذایی، زندگی پیچیده و تغییر یافته ای را به بیمار و خانواده او تحمیل کرده و در نهایت کیفیت زندگی او را کاهش می دهند (۴). در این موقعیت، مطلوب نمودن کیفیت زندگی یکی از مهم ترین اهداف مراقبت های درمانی خواهد بود (۵). امروزه بیماران تحت همودیالیز علاوه بر افزایش طول عمر که با انجام دیالیز برای آنان مهیا شده است، خواستار بهبود کیفیت زندگی خود نیز هستند (۶-۷). برای دستیابی به این خواسته نیاز است تا برخی سرمایه گذاری ها در زمینه حمایت اجتماعی، روانی و فیزیکی انجام گردد (۳).

لذا مطالعه کیفیت زندگی در بیماری های مزمن، به خصوص بیماران کلیوی به طور فزاینده ای در حال تبدیل شدن به موضوع مورد علاقه و جالب بالینی شده است که با توجه به افزایش تدریجی جمعیت بیماران دیالیزی این علاقمندی بیشتر شده است. انتشار بیش از هزار مقاله در این خصوص، گواه این موضوع است (۸). حتی برخی از مطالعات، ارزیابی کیفیت زندگی را به عنوان یک پیش بینی کننده مستقل قوی برای تخمین احتمال بستری شدن و نیز خطر مرگ در بیماران تحت همودیالیز و دیالیز صفاقی شناخته اند (۹). اما آیا نوع دیالیز بر کیفیت زندگی بیماران کلیوی تأثیر می گذارد؟ مطالعات انجام شده نتایج

متفاوتی را در برداشته اند. به طوری که نتیجه متا آنالیز ۸۱ مقاله، بیانگر ارتباط بین مکان مطالعه و نوع دیالیز بوده است (۱۰). مطالعه انجام شده در یونان نیز نشان دهنده سطح کیفیت پایین تری از زندگی در بیماران همودیالیزی بوده است (۱۱)، در حالی که در برزیل بیماران تحت همودیالیز و دیالیز صفاقی در حوزه های مختلف مرتبط با سلامت کیفیت زندگی تفاوتی نداشته اند (۱۲). در ایران نیز مطالعات انجام شده، حاکی از بهتر بودن کیفیت زندگی بیماران تحت دیالیز صفاقی (۱۳) و پیوند کلیه (۱۴) نسبت به بیماران تحت همودیالیز بوده است.

نتایج مطالعات انجام شده متفاوت بوده و گویای تأثیر نژاد، وضعیت اقتصادی، شاخص توده بدنی، وضعیت تغذیه ای (۹) و مکان مطالعه (۱۰) بر کیفیت زندگی بیماران مرحله نهایی بیماری کلیوی بوده است.

لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و دیالیز صفاقی انجام شد.

## روش بررسی

در این پژوهش تحلیلی-مقطعی که بر روی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با دیالیز (همودیالیز، دیالیز صفاقی) مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (بیمارستان های طالقانی و امام خمینی) از ابتدای سال ۱۳۸۵ انجام گرفته، ۱۶۶ بیمار (۱۳۰ بیمار همودیالیزی و ۳۶ بیمار دیالیز صفاقی) به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند که این تعداد در کل، ۸۲ درصد بیماران همودیالیزی و ۷۶ درصد بیمارانی بودند که تحت دیالیز صفاقی قرار گرفته و بقیه افراد از همکاری امتناع کرده بودند. از این تعداد، ۶۰ درصد نمونه ها بیماران همودیالیزی و ۵۳ درصد در بیماران دیالیز صفاقی زن بودند. مشخصات بیماران شرکت کننده در مطالعه شامل این موارد بود: (۱) شرایط جسمانی مناسب داشته و تمایل به همکاری در طرح را داشتند (۲) بیماری دیگری به جز نارسایی مزمن پیشرفته کلیه نداشتند (۳) حداقل هفته ای سه

### یافته ها

از ۱۶۶ نفر بیمار مورد بررسی، ۹۷ نفر (۵۸/۴۳ درصد) زن و ۶۹ نفر (۴۱/۵۷ درصد) مرد بودند. اکثر شرکت کننده های هر گروه را زنان تشکیل می دادند؛ به طوری که ۷۸ نفر (۶۰ درصد) از بیماران همودیالیزی و ۱۹ نفر (۵۲/۷۷ درصد) از بیماران دیالیز صفاقی را زنان تشکیل می دادند.

مدت درمان با دیالیز اکثر بیماران تحت مطالعه، بین ۶ ماه تا ۲ سال طول کشید. به طور کلی ۱۲ نفر (۹/۲ درصد) از بیماران همودیالیزی و ۴ نفر (۱۱/۱ درصد) از بیماران دیالیز صفاقی بین ۶-۰ ماه تحت درمان با دیالیز بودند. ۱۶ نفر (۴۴ درصد) از بیماران دیالیز صفاقی و ۳۸ نفر (۲۹/۲ درصد) از بیماران همودیالیزی بین ۱۲-۶ ماه تحت درمان با دیالیز بودند. ۷ نفر (۱۹ درصد) از بیماران دیالیز صفاقی و ۵۴ نفر (۴۲ درصد) از بیماران همودیالیزی بین ۲-۱ سال تحت درمان دیالیزی بودند و ۹ نفر (۲۵ درصد) از بیماران دیالیز صفاقی و ۲۶ نفر (۲۰ درصد) از بیماران همودیالیزی بیش از ۲ سال بود که تحت درمان دیالیزی قرار گرفته بودند.

از نظر طیف سنی ۲۴ نفر (۱۸/۴ درصد) از بیماران همودیالیزی و ۱۸ نفر (۵۰ درصد) از بیماران دیالیز صفاقی در محدوده سنی ۲۵-۱۵ سال، ۵۷ نفر (۴۳/۸ درصد) از بیماران همودیالیزی و ۱۱ نفر (۳۰/۵ درصد) از بیماران دیالیز صفاقی در محدوده سنی ۴۵-۲۶ سال و ۴۹ نفر (۳۷/۶ درصد) از بیماران همودیالیزی و ۷ نفر (۱۹/۴ درصد) از بیماران دیالیز صفاقی در محدوده سنی ۶۵-۴۶ سال قرار داشتند. مقایسه کیفیت زندگی در بین گروه های سنی یادشده نشان داد که وضعیت کیفیت زندگی در هر دو گروه دیالیزی، در گروه سنی ۲۵-۱۵ سال بهترین و در گروه سنی ۴۶-۶۵ سال بدترین وضع را داشته است که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبوده است ( $P=0/05$ ).

بار همودیالیز می شدند (۴) بیماران دیالیز صفاقی که در موعد مقرر برای روند درمان، به بیمارستان امام خمینی مراجعه می کردند (۵) حداقل سواد ابتدایی داشتند (۶) بیمارانی که در طیف سنی ۱۵ تا ۶۵ سال قرار داشتند.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد، تحت عنوان SF-36 (Short Form) بود که برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیوی در حضور محقق تکمیل گردید. این پرسشنامه، در دو بخش تنظیم گردیده است که بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات فردی و بخش دوم شامل ۳۶ سؤال استاندارد موجود در پرسشنامه است که در قالب چند محور از نظر کیفیت زندگی تقسیم بندی می شوند؛ این محورها شامل: (۱) فعالیت جسمانی (۲) محدودیت ایفای نقش به خاطر مشکل جسمانی (۳) محدودیت ایفای نقش به خاطر مشکل روانی (۴) نیرو و انرژی (سرزندگی) (۵) سلامت روحی و روانی (۶) سلامت عمومی. هر کدام از این ابعاد ۱۰۰ امتیاز دارند. این نمره گذاری، بر اساس معیار سنجش استاندارد مخصوص SF-36 به دست آمده است. سئوال ۳ گزینه ای با نمره های ۰، ۵۰، ۱۰۰ و سئوال ۵ گزینه ای با نمرات ۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵، ۱۰۰ و سئوال ۶ گزینه ای با نمرات ۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، ۱۰۰ در نظر گرفته شده است که امتیاز بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر می باشد.

روایی و پایایی ترجمه فارسی این پرسشنامه در سال ۱۳۸۴ در مطالعه منتظری و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۱۵). در نهایت پرسشنامه ها در اختیار بیماران قرار گرفت و پس از جمع آوری داده ها، وارد نرم افزار آماری SPSS-14 شد و به کمک آمار توصیفی و آزمون تی دو گروه مستقل تجزیه و تحلیل شد. به بیماران اطمینان داده شد اطلاعات آن ها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و صرفاً به منظور پژوهش از آن ها استفاده می شود.

دیالیز صفاقی وجود داشت. به طوری که نمره جزء فیزیکی، جزء ذهنی و همچنین میانگین نمره کل کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی بهتر از دیالیز صفاقی بود. در حالی که مطالعه زراعتی در مشهد، نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر بیماران تحت دیالیز صفاقی نسبت به همودیالیز بوده است (۱۳).

Ferreira نیز همودیالیز را مسئول ایجاد تغییرات قابل توجهی در کیفیت زندگی بیماران مزمن کلیوی دانست (۳). نتایج مطالعه‌ای در برزیل، شواهدی ارائه داد که بیماران دیالیز صفاقی و همودیالیز در حوزه‌های مختلف مرتبط با سلامت کیفیت زندگی، تفاوتی با هم ندارند. اگر چه در برخی حوزه‌ها با توجه به سن و داشتن بیماری‌های همراه تفاوت وجود داشت (۱۲). دلیل این ناهمخوانی، احتمالاً درصد بسیار بالای ارائه همودیالیز در ایران است که علی‌رغم سادگی، راحتی و کم‌هزینه بودن دیالیز صفاقی، کماکان همودیالیز به عنوان اولین انتخاب برای بیماران مرحله نهایی بیماری کلیوی مطرح می‌شود که از مهم‌ترین دلایل آن، فراوانی مراکز همودیالیز، راحتی و تسلط بیشتر پزشکان به روش همودیالیز و نیز خطر پریتونیت در دیالیز صفاقی است (۱۶). از طرف دیگر وقایع تنش‌زا به یک اندازه افراد را تحت تأثیر قرار نمی‌دهند و این اثرات به ویژگی‌های شخصیتی و ارزیابی افراد از این وقایع و عوامل بستگی دارد که از نگرش‌های فرهنگی، مذهبی، اجتماعی و فردی او نشأت می‌گیرند و با توجه به اینکه هر یک از مطالعات زیر در مناطق جغرافیایی و فرهنگی و اجتماعی متفاوتی انجام گرفته است، وجود تفاوت‌های مشاهده شده قابل توجیه است و بیانگر لزوم آموزش‌های بیشتر برای مراقبت از خود در بیماران تحت دیالیز صفاقی است.

در مطالعه ما وضعیت بیماران گروه سنی ۲۵-۱۵ سال از نظر کیفیت زندگی به صورت کلی در هر دو گروه بهتر از سایر گروه‌های سنی بوده است؛ این تفاوت ممکن است بیشتر مربوط به کمتر بودن مدت دیالیز، حمایت

میانگین کلی نمره کیفیت زندگی از نظر فعالیت جسمانی در بیماران همودیالیزی  $(SD \pm 7/8)$  و در بیماران صفاقی  $(SD \pm 4/37)$  بود که از نظر فعالیت جسمانی معنی‌دار بود ( $P=0/001$ ). میانگین نمره کیفیت زندگی از نظر محدودیت ایفای نقش به خاطر مشکل جسمانی در بیماران همودیالیزی  $(SD \pm 9/13)$  و در بیماران دیالیز صفاقی  $(SD \pm 9/43)$  بود ( $P=0/02$ ).

میانگین نمره کیفیت زندگی از نظر میزان سرزندگی در بیماران همودیالیزی  $(SD \pm 12/11)$  و در دیالیز صفاقی  $(SD \pm 10/90)$  بود ( $P < 0/001$ ). میانگین نمره کیفیت زندگی از نظر سلامت روحی و روانی در بیماران همودیالیزی  $(SD \pm 10/80)$  و در دیالیز صفاقی  $(SD \pm 11/61)$  بود ( $P=0/009$ ).

میانگین نمره کیفیت زندگی از نظر محدودیت ایفای نقش به خاطر مشکل روانی در بیماران همودیالیزی  $(SD \pm 7/90)$  و در دیالیز صفاقی  $(SD \pm 7/50)$  بود ( $P=0/3$ ). میانگین نمره کیفیت زندگی از نظر سلامت عمومی در بیماران همودیالیزی  $(SD \pm 5/61)$  و در بیماران دیالیز صفاقی  $(SD \pm 6/43)$  بود ( $p=0/7$ ).

در نهایت میانگین کلی نمره کیفیت زندگی از نظر جسمانی در بیماران همودیالیزی  $(SD \pm 9/11)$  و در بیماران صفاقی  $(SD \pm 6/62)$  بود ( $P=0/001$ ).

به عبارتی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی از نظر جسمانی بهتر از دیالیز صفاقی بود. میانگین نمره کیفیت زندگی از نظر شرایط روحی و روانی در بیماران همودیالیزی  $(SD \pm 6/32)$  و در بیماران دیالیز صفاقی  $(SD \pm 4/50)$  بود ( $P=0/08$ ). میانگین کلی نمرات کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی  $(SD \pm 3/50)$  و در بیماران دیالیز صفاقی  $(SD \pm 7/10)$  بود ( $P < 0/001$ ).

## بحث

با توجه به نتایج بدست آمده، اختلاف قابل توجهی از نظر مقایسه کلی کیفیت زندگی، بین بیماران همودیالیزی و

وابستگی به دستگاه دیالیز، مشاهده مرگ و میر، بیماری‌ها و ناخوشی‌های همراه با نارسایی کلیوی، مشکلات مربوط به رفت و آمد، استرس بخش، حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی ناکافی و آموزش مراقبت از خود ناکارآمد، می‌تواند از دلایل اختلال در این بعد کیفیت زندگی باشد. البته باید توجه داشت که از محدودیت‌های این مطالعه، تعداد کم بیماران تحت دیالیز صفاقی بوده است که عدم استقبال بیماران ESRD از این روش، سبب کاهش جمعیت در دسترس ما بوده است.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران دیالیز خونی در تمامی ابعاد، به جز بعد سلامت عمومی بهتر از بیماران تحت دیالیز صفاقی بوده است. یافته‌ها بیانگر آن است که شناسایی سطح کیفیت زندگی این افراد و مطالعه در مورد روش‌های ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها بسیار ضروری است و سیستم‌های بهداشتی و درمانی و مدیران و مسئولان باید با برنامه‌ریزی و توجه به مسائل مالی و آموزش مواردی چون تغذیه و روش‌های مراقبت از خود و استفاده از مددکاران اجتماعی و جلب توجه پزشکان و پرستاران و سایر کارکنان درمانی، توجه بیشتری به نیازهای جسمی، روانی و عاطفی بیماران نمایند و با بهسازی محیط درمانی و آموزش به خانواده بیمار، گام‌های عملی در جهت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران بردارند. همچنین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی، رابطه‌ی اجزای تشکیل‌دهنده کیفیت زندگی با مشخصات دموگرافیک افراد مورد بررسی قرار گیرند.

### تشکر و قدردانی

از کلیه مسئولان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و تمامی کسانی که در انجام این تحقیق صمیمانه با پژوهشگران همکاری داشته‌اند از جمله بیماران مورد پژوهش، تشکر و قدردانی می‌گردد.

بیشتر از طرف خانواده به ویژه در بیماران مؤنث و توانایی بیشتر بیماران در مراقبت از خود باشد. همچنین کیفیت زندگی بیماران دیالیز صفاقی و همودیالیز در محدوده سنی ۴۶-۶۵ سال شرکت‌کننده در مطالعه‌ی ما در بدترین وضع نسبت به دو گروه دیگر قرار داشت؛ هر چند این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود، اما وجود بیماری‌های همراه و کاهش قوای جسمانی افراد مسن‌تر، می‌تواند توجیه‌کننده این یافته باشد.

از نظر ابعاد مختلف کیفیت زندگی، یافته‌های این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در تمامی ابعاد به جز سلامت عمومی، بالاتر از بیماران تحت دیالیز صفاقی بوده است. هر چند این تفاوت فقط در ابعاد سرزندگی، سلامت روحی-روانی و محدودیت ایفای نقش به خاطر مشکل جسمانی از نظر آماری معنی‌دار بوده است.

مطالعه‌ی زراعتی در مشهد نشان داد که بیماران همودیالیزی فقط در بعد درد بدن، شرایط بهتری نسبت به بیماران دیالیز صفاقی داشتند (۱۳). بیماران همودیالیزی شرکت‌کننده در مطالعه دیگری نیز تنها از نظر احساس نشاط یا همان سرزندگی دارای نمرات بالاتری بوده‌اند (۱۷). نتایج حاصل از مطالعه‌ی نیز حاکی از بالاتر بودن نمرات کیفیت زندگی بیماران دیالیزی در ابعاد عملکرد فیزیکی و محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکل جسمانی بوده است (۱۸). بعد سلامت عمومی تنها بعد از کیفیت زندگی بود که بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه، کیفیت زندگی خود را در این بعد بهتر از بیماران دیالیز خونی گزارش کرده بودند. در تأیید این یافته، مطالعه‌ی نشان داد که بیماران همودیالیزی سطح سلامت روانی-اجتماعی کمتری داشتند که منجر به ایجاد مشکلات خواب و حتی افکار خودکشی در آن‌ها شده بود (۱۱).

## References

1. Longo D, Fauci A, Kasper D. Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th Edition.
2. Glover C, Banks P, Carson A, Martin CR. Duffy Understanding and assessing the impact of end-stage renal disease on quality of life: a systematic review of the content validity of self-administered instruments used to assess health-related quality of life in end-stage renal disease. *Patient*. 2011;4(1):19-30.
3. Ferreira RC, Silva Filho CR. Quality of life of chronic renal patients on hemodialysis in Marília, SP, Brazil. *J Bras Nephrol*. 2011 Jun; 33(2):129-35.
4. Sanjeev K, Mittal, Ahern L, Flaster E, John K. Maesaka and Steven Fishbane Selfassessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2001; 16(7): 1387-94.
5. Moreiras-Plaza M, Blanco-Garcia R, Cossio-Aranibar CR, Rodrigues-Goyanes G. Assessment of health-related quality of life: the Cinderella of peritoneal dialysis? *Int J Nephrol*. 2011;528685(PMID:21808736).
6. Sayyadi L. Study of nurses and patients attitude to basic needs in ICU wards in Gilan educational centers in 1999. Master of Sciences in nursing dissertation, Gilan Medical Sciences University, 1999.
7. Park K. Park's Textbook of Preventive and Social Medicine-19th Edition, 2007.
8. Moreiras-Plaza M, Blanco-García R, Cossio-Aranibar CR, Rodriguez-Goyanes G. Assessment of health-related quality of life: the cinderella of peritoneal dialysis? *Int J Nephrol*. 2011;2011:528685. Epub 2011 Jun 9.
9. Paniagua R, Amato D, Vonesh E, Guo Amy, Mujais S. Health-related quality of life predicts outcomes but is not affected by peritoneal clearance: The ADEMEX trial. *Kidney International*. 2005; 67: 1093–1104.
10. Chan R, Brooks R, Steel Z, Heung T, Erlich J, Chow J, Suranyi M. The psychosocial correlates of quality of life in the dialysis population: a systematic review and meta-regression analysis. *Qual Life Res*. 2011 (31). [Epub ahead of print]
11. Theofilou P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. *J Clin Med Res*. 2011 May; 19;3(3):132-8.
12. de Abreu MM, Walker DR, Sesso RC, Ferraz MB. Health-related quality of life of patients receiving hemodialysis and peritoneal dialysis in São Paulo, Brazil: a longitudinal study. *Value Health*. 2011 Jul-Aug;14(5 Suppl 1):S119-21.
13. Zeraati AA, Naghibi M, Ojehedi MJ, Ahmad Zadeh Sh, 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]
14. Abbas zadeh A, Javanbakhtian R, Salehee Sh, Motvaseliyan M. Comparative Assessment of Quality of Life in Hemodialysis and Kidney Transplant Patients. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences And Health Services* 2010;18(5): 461-68. [Persian]
15. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninya M. Translate and determine the validity and reliability of such questionnaires Persian SF36. *Payesh J* 2005; 5(1): 49-56. [Persian]

---

16. Dalal P, Sangha H, Chaudhary K. In Peritoneal Dialysis, Is There Sufficient Evidence to Make "PD First" Therapy? *Int J Nephrol* 2011;2011:239515. Epub 2011 Jun 16.

17. 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; 9:9-11.

18. Zhang A, Cheng L, Zhu Z. Comparison of quality of life of hemodialysis and peritoneal dialysis patients in China. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5:49.

## A Comparative Study of Quality of Life ( QOL) Among Patients with Haemodialysis and Peritoneal Dialysis

Nader Aghakhani(MSc)<sup>1</sup>, Roghyeh Nazari(MSc)<sup>2</sup>, Hamid SharifNia (MSc)<sup>\*3</sup>,  
Batool Nahrir (MSc)<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Student of PhD in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, <sup>2</sup> MSc, Faculty of Nursing and midwifery Amol, Mazandaran University of Medical Sciences, <sup>3</sup> Candidate of PhD in Nursing, Amol School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences .<sup>4</sup> Candidate of PhD in Nursing Baqiatallah University of Medical Sciences.

### Abstract

**Background and Objective:** Growing trend of chronic kidney disorders in the world represents the increased problem imposing on patients and their family, and ultimately reduce the quality of their life. Thus, dialysis patients are trying to increase their quality of lives, in addition to looking for proper treatment. This study was conducted to compare the quality of life in hemodialysis patients ( HD) and peritoneal dialysis.(PD)

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was performed on 166 dialysis patients (130 HD and 36 PD patients ) in teaching hospitals of Urmia University of Medical Sciences. The instrument was standard SF-36 questionnaire including demographic part and 36 questions about quality of life. To analyze the data , we used descriptive statistic and independent T- test.

**Results:** Most of the participants (n=97) are female and most of HD (43.8%) and PD (50%) patients are in 26-45 and 15-25 age bracket, respectively. The mean of QOL score in HD patients in physical function, role function and mental health sections is more than the mean of PD (P<0.05).

**Conclusion:** According to the results of the present study, QOL in HD is better than that PD. Hence, recognition of level of QOL in chronic renal failure, and research about promoting ways of QOL is necessary to step practically forward increasing QOL.

**Key words:** Chronic renal failure, Haemodialysis, Peritoneal dialysis, Quality of life

\* **Corresponding Author:** Hamid SharifNia(MSc), **Email:** [pegadis@yahoo.com](mailto:pegadis@yahoo.com)