

کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک

نویسندگان:

راهله جوان بختیان قهفرخی*، عباس عباسزاده^۲

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Volume 10, Number 3, Fall 2012

چکیده:

مقدمه: کیفیت زندگی معیار مهمی است که اثربخشی مراقبت‌های بهداشتی، سطح سلامتی و حس خوب زیستن را نشان می‌دهد و پیش‌بینی مرگ و میر و میزان بستری بیمار در بیمارستان را ممکن می‌سازد. این معیار می‌تواند تحت تأثیر بیماری و عوارض مربوط به آن قرار گیرد. هدف مطالعه حاضر بررسی حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، کیفیت زندگی ۶۰ بیمار تحت درمان همودیالیز نگهدارنده با استفاده از پرسش‌نامه فرم کوتاه ۳۶ سؤالی و آزمون‌های آماری بررسی شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی با میانگین سنی $44/28 \pm 14/55$ سال برابر با $17/56 \pm 49/83$ بود. بیش‌ترین نمره مربوط به حیطه عملکرد فیزیکی ($57/09$) و کم‌ترین نمره مربوط به حیطه شادابی ($43/85$) بود. بین کیفیت زندگی با متغیر سن، شغل، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل ارتباط معناداری وجود داشت، اما با سایر موارد یعنی جنس، محل سکونت و طول مدت همودیالیز ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: به طور کلی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی کم‌تر از افراد عادی است. طبق یافته‌های این پژوهش کم‌ترین نمره مربوط به حیطه شادابی است که نشان می‌دهد این بیماران نیازمند حمایت‌های روانی و آموزش روش‌های سازگاری و شاد زیستن می‌باشند. همچنین مشخص شد عواملی مانند شغل و میزان تحصیلات ارتباط مثبت معناداری با کیفیت زندگی دارند و بنابراین از طریق برنامه‌ریزی‌های صحیح حمایتی می‌توان کیفیت زندگی این بیماران را ارتقا داد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی، همودیالیز، کلیه

J Jahrom Univ Med Sci 2012; 10(3):1-7

مقدمه:

نارسایی مزمن پیشرفته کلیه یک اختلال پیش‌رونده و غیرقابل-برگشت است که در آن توانایی کلیه در دفع مواد زائد متابولیک و حفظ مایع و الکترولیت‌ها از بین می‌رود. این نارسایی منجر به سندرم افزایش اوره خون می‌شود [۱]. در اثر فرآیندهای متابولیسم به طور تقریبی ۲۰۰ نوع ماده سمی از قبیل اوره، کراتینین و ... در بدن تولید می‌شوند که به وسیله کلیه و از طریق ادرار از بدن دفع می‌شوند [۲]. از عوامل مؤثر در افزایش

تعداد مبتلایان به این بیماری می‌توان به مواردی چون افزایش سن بیماران به دلیل پیشرفت‌هایی که در خصوص دیالیز و پیوند کلیه به وجود آمده است، بالا رفتن بی‌تناسب وقوع نارسایی کلیه در بعضی گروه‌ها، برای نمونه آسیایی‌ها و افزایش نسبت افراد پیر در هرم جمعیت اشاره کرد. آمار حاکی از آن است که میزان جمعیتی که در سنین بالاتر از ۶۵ سال دیالیز می‌شوند از ۲ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۳۰ درصد در سال ۱۹۸۹ افزایش یافته است [۳]. هنگامی که در اثر بیماری‌های مختلف بیش از ۹۵

* نویسنده مسئول، نشانی: شهرکرد، رحمتیه، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه داخلی

تلفن تماس: ۰۳۸۱-۳۳۳۵۶۵۴ پست الکترونیک: rahelehjavanbakht@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۰۶ تاریخ اصلاح: ۱۳۹۱/۰۱/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۳/۱۶

یکی از موارد ارزیابی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در سال ۱۹۷۵ برای اولین مرتبه از طریق مصاحبه انجام شد و بر اساس یافته‌های آن مطالعه تنها یک سوم از بیماران از کیفیت زندگی به نسبت مطلوب و قابل قبولی برخوردار بودند [۷]. در مطالعه ریموند و همکاران نیز مشخص شد که کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در ارتباط با عملکرد جسمانی و وضعیت سلامت عمومی با کاهش قابل توجهی همراه است و این بیماران در زمینه ایفای نقش عاطفی و بهداشت روان دارای کیفیت زندگی پایین تری هستند [۸]. والتر و همکاران گزارش کردند که با ابتلا به نارسایی مزمن کلیوی و شروع دیالیز کیفیت زندگی بیماران کاهش می‌یابد [۹]. با وجود این یافته‌ها، گیسون و همکاران در مطالعه خود به بالا بودن کیفیت زندگی این بیماران اشاره داشته‌اند [۱۰]. در مطالعات انجام شده توسط اسماعیلی و همکاران در ایران، به وجود کیفیت زندگی به نسبت مطلوب در میان بیماران اشاره شده است [۱۱]. با توجه به وجود نتایج متناقض از یک سو و اهمیت موضوع کیفیت زندگی و همچنین جمعیت زیاد و در حال افزایش بیماران همودیالیزی از سوی دیگر، مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح کیفیت زندگی این دسته از بیماران و بررسی ارتباط آن با متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، طول مدت دیالیز و اشتغال کنونی در شهر کرمان انجام شد.

روش کار:

هدف این مطالعه توصیفی-تحلیلی که در سال ۱۳۸۸ در شهر کرمان انجام شد، تعیین سطح کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک بود. جمعیت مورد مطالعه، تمام بیماران (۱۱۰ نفر) مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز شهر کرمان بودند. معیارهای ورود به مطالعه داشتن سن بیش از ۱۸ سال و کم‌تر از ۷۰ سال، نداشتن بیماری مزمن دیگر (برای مثال انواع معلولیت‌ها، بیماری‌های ناتوان‌کننده از جمله MS، انواع سرطان‌ها)، نداشتن شرایط خاص از قبیل اعتیاد به مواد مخدر یا الکل (بر اساس خود ابرازی بیمار)، دیالیز شدن به طور مرتب هفته‌ای دو مرتبه، مدت‌زمان دیالیز شدن بیش از سه ماه و داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه بود [۱]. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه استاندارد (فرم کوتاه SF36) شامل دو قسمت بود. بخش اول در ارتباط با اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل ۱۱ سؤال در خصوص جنبه‌های مختلف سلامت مرتبط با کیفیت زندگی شامل بررسی عملکرد اجتماعی، محدودیت ایجادشده در نقش به علت مشکل جسمی، درد، سلامت روانی، محدودیت ایجادشده در نقش به علت مشکلات عاطفی و درک کلی از سلامت عمومی بود.

درصد نسوج کلیه تخریب شود، تجمع سموم در بدن به مقداری می‌رسد که ادامه حیات بدون انجام دیالیز و یا پیوند کلیه مقدور نیست [۴]. نشانه‌های بالینی نارسایی کلیه شامل بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، خون‌ریزی، اختلال حواس و شعور و در نهایت تشنج و پریکاردیت است که هم‌زمان میزان پتاسیم خون، مقدار فشار خون و حجم مایعات بدن نیز افزایش می‌یابد. از نشانه‌های دیگر این بیماری نارسایی احتقانی قلب، کم‌خونی، بیماری‌های استخوانی و کاهش کلسیم سرم، متابولیسم غیر طبیعی ویتامین D و افزایش میزان آلومینیوم می‌باشد [۳]. فرایند دیالیز که برای خارج ساختن مایع و فرآورده‌های زائد اورمیک از بدن است زمانی استفاده می‌شود که کلیه‌ها نتوانند چنین وظیفه‌ای را انجام دهند. دیالیز خونی متداول‌ترین روش دیالیز است [۵]. دیالیز باعث کنترل مناسب برخی از عوارض نارسایی مزمن کلیه می‌شود، اما برخی دیگر را به میزان متوسط و یا ضعیف کنترل می‌کند. از مواردی که به وسیله دیالیز خوب کنترل می‌شوند می‌توان به علائم گوارشی، گیجی و منگی اشاره کرد. اختلال در تعادل آب و الکترولیت‌ها از جمله هیپرکالمی و اسیدوز، نارسایی قلبی، افزایش فشار خون، پریکاردیت، آنمی، نوروپاتی و آموره از جمله مواردی هستند که با دیالیز به میزان متوسط کنترل می‌شوند، در حالی که کاهش میزان رشد قبل از بلوغ، و عدم بلوغ و کاهش میل جنسی و عدم بلوغ به طور ناچیزی تحت تأثیر دیالیز قرار می‌گیرند [۲].

آترواسکلروز نیز عارضه‌ای است که به وسیله دیالیز کنترل نمی‌شود و علت اصلی مرگ و میر در این گروه از بیماران می‌باشد. با گذشت سه ماه از زمان شروع بیماری و به‌کارگیری روش‌های درمانی، بیماران احساس می‌کنند که کیفیت زندگی آن‌ها به شدت کاهش یافته است [۵]. کاهش کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز، ممکن است ابعاد مختلف زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. کاهش کیفیت زندگی از بعد فیزیکی می‌تواند وضعیت عملکردی فرد را نیز تغییر دهد [۵]. از سوی دیگر بروز نارسایی مزمن کلیوی می‌تواند منجر به وابستگی فرد به دیگران، کاهش اعتماد به نفس و احساس تنهایی شود و بعد روانی - اجتماعی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد [۶].

در حالی که به طور معمول، عوامل تنش‌زا در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه که با همودیالیز درمان شده‌اند همچنان باقی می‌ماند، ولی در مواردی نیز ممکن است این عوامل تشدید شوند. این بدان علت است که افراد دیالیزی با عوامل تنش‌زای متعدد فیزیکی، روانی و اجتماعی مواجه هستند و در رابطه با آینده خود احساس ناامنی می‌کنند [۷]، بنابراین در این گروه از بیماران کیفیت زندگی موضوعی بااهمیت و قابل بررسی است.

می‌تواند نشان‌دهنده کاهش سن ابتلا به نارسایی کلیوی در کشور باشد. همچنین نتایج مطالعه نشان داد که کم‌ترین نمره کیفیت زندگی مربوط به حیطه شادابی است و این حیطه ارتباط معناداری با متغیر سن، شغل، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل دارد. به نظر می‌رسد عواملی چون وابستگی به دستگاه دیالیز، علاج‌ناپذیر بودن بیماری، نتایج مهلک قطع دیالیز می‌تواند بیمار را در یک وضعیت پراسترس قرار دهد و سبب اختلال در حس خوب بودن و شاد زیستن فرد باشد. همچنین اختلالات خلقی (اضطراب و افسردگی) این بیماران می‌تواند ثانویه به بیماری‌های زمینه‌ای از قبیل دیابت، فشار خون بالا و ... باشد. صدمه به کیفیت شغلی، کاهش فعالیت فیزیکی، مشکلات زناشویی ناشی از طول مدت بیماری، فقدان حمایت مالی و مشکلات مالی از عواملی است که می‌تواند سبب کاهش کیفیت زندگی این دسته از بیماران شود [۱۷]. با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن مشخص شد که بین شغل کنونی فرد و عملکرد فیزیکی، شادابی و سطح کیفیت زندگی وی ارتباط آماری معناداری وجود دارد. هزینه‌بر بودن عمل دیالیز و احتمال از دست دادن تدریجی یا ناگهانی شغل با شروع دیالیز فرد را با مشکلات اقتصادی و اجتماعی متعددی روبه‌رو می‌سازد. عدم توانایی فرد در تأمین نیازهای درمانی و حتی نیازهای اساسی زندگی خود، تأثیر مستقیمی روی کیفیت زندگی وی خواهد داشت [۶]. در این مطالعه بیماران مجرد کیفیت زندگی خود را بالاتر گزارش کردند، اما در مطالعه انجام‌شده توسط یلدریم در ترکیه کیفیت زندگی بیماران متأهل بسیار بیش‌تر از بیماران مجرد گزارش شده است که این تفاوت می‌تواند ناشی از اختلاف سبک زندگی و تفاوت‌های فرهنگی باشد [۱۸]. یافته‌ها ارتباط آماری معناداری بین کیفیت زندگی در تمام حیطه‌ها و میزان تحصیلات نشان داد. شرکت‌کنندگان در مطالعه تقی‌زاده و همکاران نیز با افزایش میزان تحصیلات، کیفیت زندگی بهتری گزارش کردند [۱۹]. بنابراین توصیه می‌شود برای افزایش کیفیت زندگی در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و اجتماعی اقتصادی به افزایش میزان سواد و آگاهی این گروه از بیماران توجه بیش‌تری شود. یافته‌ها نشان داد که کیفیت زندگی بیماران با جنسیت ارتباط معناداری ندارد. این یافته با مطالعه تقی‌زاده و همکاران هم‌خوانی دارد [۱۹]. به عقیده یلدریم میزان رضایت به وضعیت فیزیکی بیمار و ارتباطات وی بستگی دارد، در حالی که کیفیت زندگی به نحوه کنترل علائم فیزیکی وابسته است [۱۸]. از این رو ممکن است بیماران همودیالیزی به دلیل دیالیزهای مکرر دچار ضعف در ارتباطات شوند که خود سبب کاهش رضایت بیمار می‌شود. در مطالعه شریف و همکاران، همودیالیز بیش‌ترین تأثیر منفی روی بعد سلامت روان داشته است، اما در

سؤال‌ها با مقیاس لیکرت درجه‌بندی شدند به طوری که امتیاز بیش‌تر نشان‌دهنده وضع مطلوب‌تر بود [۱۲]. روایی و پایایی ترجمه فارسی پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۴ در مطالعه منتظری مورد تأیید قرار گرفته بود [۱۳]. پرسش‌نامه در بین بیماران مراجعه‌کننده به مراکز همودیالیز شهر کرمان توزیع و پس از ارائه توضیح روش کار، هدف مطالعه و جلب رضایت، از آنان خواسته شد به سؤال‌های پرسش‌نامه پاسخ دهند. پاسخ‌ها همان روز جمع‌آوری شدند. داده‌های حاصل از پرسش‌نامه با کمک نرم‌افزار SPSS15 تجزیه و تحلیل شدند. برای تعیین سطح کیفیت زندگی نمونه‌ها از آمار توصیفی، برای مقایسه بین نمونه‌ها از آزمون‌های آماری t مستقل و تحلیل واریانس و برای بررسی ارتباط از ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها:

نتایج مطالعه نشان داد که از ۶۰ نفر نمونه مورد پژوهش ۳۱ نفر (۵۱٫۷ درصد) زن و بقیه مرد، ۱۲ نفر (۲۰ درصد) مجرد و ۴۸ نفر متأهل می‌باشند. در جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک بیماران آورده شده است. میانگین نمره کیفیت زندگی این بیماران 49.83 ± 17.56 ، کم‌ترین نمره مربوط به حیطه شادابی (43.85 ± 20.79) و بیش‌ترین نمره مربوط به حیطه عملکرد فیزیکی (57.09 ± 22.9) بود. میانگین سنی بیماران 44.28 ± 14.5 سال بود. مقایسه نمرات کیفیت زندگی بر اساس متغیر سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل و شغل اختلاف معناداری را نشان داد ($P < 0.05$)، اما این اختلاف در مورد جنس، محل سکونت و طول مدت همودیالیز معنادار نبود ($P < 0.05$) میانگین نمره بعد روان کیفیت زندگی بیماران 49.27 بود که با وضعیت تأهل، شغل و سن بیماران ارتباط معنادار داشت ($P < 0.05$). میانگین نمره بعد جسمی 49.60 بود و با سن، شغل، محل سکونت و میزان تحصیلات ارتباط معناداری داشت ($P < 0.05$) (جدول ۱). ارتباط میان حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی و متغیرهای دموگرافیک با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن مشخص شد (جدول ۲).

بحث:

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی جمعیت عادی پایین‌تر است و با مطالعه صافی‌زاده و همکاران و حریریچی و همکاران هم‌خوانی دارد [۱۵ و ۱۴]. میانگین سنی این بیماران از میانگین سنی بیماران در مطالعه سان یانگ لی و همکاران کم‌تر است [۱۶] که

مطالعه حاضر، تأثیر همودیالیز روی دو بعد جسمی و روانی کیفیت زندگی تفاوت معناداری نداشته است. این وضعیت می‌تواند نشان دهنده تأثیر متقابل سلامت جسم و روان بر هم باشد [۱۷].

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک بیماران همودیالیزی شهر کرمان

اطلاعات دموگرافیک	تعداد	درصد	نمره کیفیت زندگی	*P value
جنس				
زن	۳۱	۵۱٫۷	۴۸٫۱۵	۰٫۴
مرد	۲۹	۴۸٫۳	۵۱٫۶۳	
جمع	۶۰	۱۰۰		
تأهل				
متأهل	۱۲	۲۰	۶۰٫۳۰	*۰٫۰۲
مجرد	۴۸	۸۰	۴۷٫۲۲	
جمع	۶۰	۱۰۰		
شغل				
بیکار	۷	۱۱٫۷	۶۶٫۳۶	*۰٫۰۱
آزاد	۳	۵	۵۰٫۴۲	
کارمند	۳	۵	۶۸٫۴۲	
بازنشسته	۱۲	۲۰	۵۰٫۹۸	
از کارافتاده	۱۱	۱۸٫۳	۴۳٫۴۱	
خانه دار	۲۴	۴۰	۴۴٫۹۸	
جمع	۶۰	۱۰۰		
تحصیلات				
بی‌سواد	۱۳	۲۱٫۷	۳۸٫۸۲	*۰٫۰۲
خواندن و نوشتن	۲۴	۴۰	۵۱٫۰۴	
دیپلم	۱۶	۲۶٫۷	۵۱٫۰۷	
دانشگاهی	۷	۱۱٫۶	۶۳٫۳۴	
جمع	۶۰	۱۰۰		
محل سکونت				
مرکز استان	۴۵	۷۵	۵۱٫۸۶	۰٫۳
شهر	۱۰	۱۶٫۷	۴۳٫۹۴	
روستا	۵	۸٫۳	۴۳٫۳۷	
جمع	۶۰	۱۰۰		

* از نظر آماری معنادار

جدول ۲: ارتباط میان نمره کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک	عملکرد فیزیکی		کیفیت زندگی		بعد روان		بعد جسمی	
	P value	R	P value	R	P value	R	P value	R
سن**	۰٫۰۰۳		۰٫۰۰۱		۰٫۰۰۴		۰٫۰۱	
شغل*	۰٫۰۴		۰٫۰۰۶		۰٫۰۴		۰٫۰۰۰	
سطح تحصیلات*	۰٫۰۰۹		۰٫۰۲		۰٫۲		۰٫۰۰۶	
وضع تأهل*	۰٫۰۳		۰٫۰۱		۰٫۰۲		۰٫۱۷	

** حاصل از آزمون پیرسون * حاصل از آزمون اسپیرمن

را بهبود داد. از طرف دیگر، نتایج پژوهش نشان‌دهنده پایین بودن سن بیماری نارسایی کلیوی در ایران نسبت به سایر کشورهاست. توجه به این موضوع می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های آتی پیشگیری و تشخیص زودرس بیماری کلیوی مفید و راه‌گشا باشد.

محدودیت‌های پژوهش:

این مطالعه مسن بودند و به تنهایی توانایی خواندن و تکمیل پرسش‌نامه را نداشتند، پرسش‌نامه‌ها توسط خود پژوهشگر از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل شد. همچنین بیماران همودیالیزی به دلیل مراجعات مکرر به بیمارستان و اتلاف وقت تمایلی به تخصیص وقت اضافی برای تکمیل پرسش‌نامه نداشتند و در نتیجه به منظور جلوگیری از اتلاف وقت و جلب همکاری بیشتر آنان، پرسش‌نامه‌ها همزمان با انجام عمل همودیالیز تکمیل شدند.

تقدیر و تشکر:

بدین وسیله از تمامی بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه و کارکنان محترم بخش همودیالیز بیمارستان شفا و مرکز بیماری‌های خاص شهر کرمان که ما را در جمع‌آوری اطلاعات یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

نتیجه‌گیری:

به طور کلی نتایج این مطالعه نشان‌دهنده پایین بودن سطح کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی به ویژه در حیطه شادابی بود. پیش‌نیازهای کیفیت بالای زندگی توصیف‌شده در مقالات شامل شایستگی فیزیکی، تکامل اجتماعی، سلامت روان، زندگی در محیط امن از نظر اقتصادی، داشتن توان و نیرو برای انجام وظایف و کارهای روزانه می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که حمایت‌های اجتماعی علاوه بر سلامت جسمی تأثیر مستقیمی روی کیفیت زندگی دارد [۲۰]. بر این اساس با در نظر گرفتن نتایج حاصل از این تحقیق می‌توان به توسعه کیفی مراقبت‌ها که به طور مستقیم با افزایش کیفیت زندگی مربوط می‌شود توجه بیشتری معطوف کرد.

به نظر می‌رسد دست‌یابی به راه‌هایی که بتواند کیفیت زندگی بیماران با نارسایی مزمن کلیه به خصوص آن گروه که تحت درمان با همودیالیز هستند را افزایش دهد یکی از اولویت‌های مراقبت پرستاری است. همچنین اطمینان از کفایت دیالیز به منظور حفظ شایستگی فیزیکی و داشتن توان و نیرو می‌تواند سبب افزایش کیفیت زندگی این گروه از بیماران شود. به علاوه، ارائه نتایج حاصل از پژوهش به مسئولان مرتبط می‌تواند موجب جلب توجه ویژه به مشکلات اقتصادی، شغلی و تحصیلی این دسته از بیماران در هنگام برنامه‌ریزی‌های بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی شود و بدین ترتیب تا حدودی کیفیت زندگی این افراد

References:

- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and Suddarth textbook of Medical surgical Nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 1527-30.
- Askari M, Soleymani M. Critical nursing care in CCU and ICU units. 10th ed. Tehran: Boshra Publ; 2006. (Persian)
- Zakeri Moghadam M, Ali Asgharpoor M. Critical nursing care in CCU and ICU units. 5th ed. Tehran: Andishe Raffia Publ; 2008. (Persian)
- Kajbaf M. Kidney transplantation. Tehran: Ministry Health Publ; 1982; 16-45. (Persian)
- Rambod M, Rafiai f, hossaini f. Quality of life in chronic renal failure patients. Hayat J 2008; 14(2): 51-6. (Persian)
- Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. Nephrol Nurs J 2006; 33(3); 285-98.
- Molzahn AE. The reported quality of life in selected home hemodialysis patients. ANNA J 1991; 18(2):173-80.
- Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, et al. Quality of life in Patients on chronic dialysis: self- assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad Study Group. Am J Kidney Dis 1997; 29(4): 584-92.
- Walters BA, Hays RD, Spritzer KL, et al. Health related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. Am J Kikney Dis 2002; 40(6): 1185-94.
- Gibson MH. The quality of life of adult hemodialysis patients. [PhD Dissertation]. Austin: Univ Texas; 1995: 174.
- Esmaili M, Ilkhani M, Qolamaraqi M, et al. The relationship between self-efficacy and quality of life in hemodialysis patients affiliated to Iran University of Medical Sciences. [MSc Dissertation]. Iran Univ Med Sci; 2005. (Persian)
- Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplantation and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. Urology 2000; 56(2): 201-6.
- Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninya M. Translation and Determination of the validity and reliability of the SF36 questionnaire in Persian. Payesh J 2006; 5(1): 49-56. (Persian)

14. Safi zadeh H, Garoosi B, Afsharpoor S. Quality of life in hemodialysis patients. *Payesh J* 2006(5): 29-35. (Persian)
15. Harirchi A, Rasoli A, montazeri A. Comparison of quality of life: hemodialysis kidney transplanting patients. *Payesh J* 2005; 3(2): 117-21.
16. Lee SY, Lee HJ, Kim YK, et al. Neurocognitive function and quality of life in relation to hematocrit levels in chronic hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 2004; 57(1): 5-10.
17. Sharif F, Vedad F. The Relationship between quality of life and mental health of hemodialysis patients referred to hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Science. *Iran J Nurs* 2008; 20 (51): 61-8. (Persian)
18. Yildirim A. The importance of patient satisfaction and health-related quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc* 2006; 38(9): 2831-4.
19. Taghi Zadeh A, Aghajari R, Kazem Nejad A. Assessment of the influence of kidney transplantation in quality of life at hemodialysis patients referred to treatment centers in Urmia. *Urmia Med J* 2006; 17(3): 175-80. (Persian)
20. Ostrowski M, Wesolowski T, Maker R, et al. Changes in patient's quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc* 2000; 32(6): 1371-4.

The relationship between quality of life and demographic variables in hemodialysis patients

Javanbakhtian Ghahfarokhi R^{*1}, Abbaszadeh A²

Received: 12/27/2010

Revised: 04/16/2012

Accepted: 06/06/2012

1. Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran
2. Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Journal of Jahrom University of Medical Sciences, Volume 10, Number 3, Fall 2012

J Jahrom Univ Med Sci 2012; 10(3):1-7

Abstract

Introduction:

Quality of life is an important criterion in evaluation of medical treatment and status of health and well being, contributing to the prediction of mortality rate in hospitals. QOL may be affected by diseases and their related complications. This study aims to investigate the relationship between the quality of life (QOL) of hemodialysis patients and demographic variables.

Materials and Methods:

In this descriptive analytic study, SF36 questionnaire was used to examine the QOL of 60 hemodialysis patients in Kerman.

Results:

The mean score of the QOL in hemodialysis patients was 49.83 ± 17.56 . The maximum of score was related to the physical activity domain (57.09) and minimum score was given to the vitality domain (43.85). The relationship between quality of life and age, job, literacy and marriage was significant.

Conclusion:

Our results revealed that the QOF in hemodialysis patients was less than in normal people. It was shown that these patients need to live a happy life. Therefore, appropriate mental support and instruction on compatibility methods can increase their QOF.

Keywords: Quality of life, Hemodialysis, Kidney

* Corresponding author, Email: rahelehjavanbakht@yahoo.com

