

بررسی کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز دائم در ۴ بیمارستان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۱

کبری پرون: مربی گروه پرستاری داخلی - جراحی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. parvank@yahoo.com
سینا لک دیزجی: مربی گروه پرستاری داخلی - جراحی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. Laks@tbzmed.ac.ir
فریبرز روشنگر: دکترای پرستاری، مربی گروه پرستاری داخلی - جراحی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. froshangar@yahoo.com
***مهتاب مستوفی:** کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (*نویسنده مسئول). tbzmaster89@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۲

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی مزمن کلیه و همودیالیز، باعث تغییرات عمده در سبک زندگی بیماران شده که کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. هدف این پژوهش، بررسی کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی می باشد.

روش کار: این پژوهش توصیفی تحلیلی در بیماران همودیالیزی در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. تعداد ۲۴۵ بیمار از ۴ بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مراغه بر اساس روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شد. کیفیت زندگی با پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی (KDQOL-SF) اندازه گیری شد. برای آنالیز داده ها از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد.

یافته ها: میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران $(48/4 \pm 11/9)$ بود. بیماران در حیطه های وضعیت شغلی، بار بیماری کلیه، کیفیت تعاملات اجتماعی مربوط به بعد بیماری کلیه و در تمام حیطه های ابعاد سلامت جسمی و روانی به جز درک سلامت عمومی نمره کیفیت زندگی پایین داشتند. بین ابعاد سلامت جسمی و روانی و بعد اختصاصی بیماری کلیه با کیفیت زندگی کلی بیماران ارتباط معنی دار و مثبت وجود داشت ($p < 0/01$). کیفیت زندگی ضعیف با سن بالا، موقعیت شغلی نامناسب، تحصیلات و درآمد پایین ارتباط معنی دار داشت.

نتیجه گیری: بیماران همودیالیزی در ابعاد سلامت جسمی و روانی و اجزای بعد اختصاصی بیماری کلیه مثل موقعیت شغلی، کیفیت تعاملات اجتماعی و بار بیماری کلیه مشکلات زیادی داشتند، بنابراین مداخلات لازم باید جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران در همه ابعاد آن بکار گرفته شود.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، همودیالیز، KDQOL-SF

مقدمه

پیشگیری از نارسایی مزمن کلیه شده است و مورتالیتی و موربیدیتی این بیماران کاهش یافته است، تعداد این بیماران در کشور در حال افزایش است. جمعیت بیماران دچار نارسایی کلیه در ایران ۳۲ هزار نفر بوده که ۴۹٪ این بیماران از روش درمانی پیوند کلیه، ۴۸٪ از روش همودیالیز، ۳٪ از روش دیالیز صفاقی استفاده میکنند (۳). کیفیت زندگی معیار مهمی است که اثربخشی مراقبتهای بهداشتی، سطح سلامتی و حس خوب زیستن را نشان می دهد و پیش بینی وقوع مرگ و میر و میزان بستری بیمار در بیمارستان را میسر می سازد (۴). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را درک هر فرد از زندگی، ارزشها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است (۵). زمانی که فردی در

امروزه با افزایش امید به زندگی، بیماریهای مزمن به عنوان مشکل اساسی بهداشتی مطرح شده اند. افراد مبتلا به این بیماریها ناچارند نقش خود را از یک فرد معمولی با یک زندگی طبیعی به فردی با نقش بیمار دائمی تبدیل کنند و همواره تحت نظر گروههای درمانی باشند. بیماری نارسایی مزمن کلیوی نیز از جمله بیماریهای مزمن است که باعث می شود فرد به خاطر وضعیت سلامت و بیماری و درمان آن پیوسته نقش یک بیمار را در زندگی ایفا کند (۱). بیماری مزمن کلیه در سراسر دنیا یکی از مشکلات عمده سلامت عمومی محسوب می شود (۲). آمارهای موجود در کشور ما رشد چشمگیر نارسایی مزمن کلیه را در سالهای اخیر نشان می دهد. با وجود تلاشهای فراوانی که برای

نمی‌توانند بر روی این عوامل کنترل و تاثیر داشته باشند، اما از سوی دیگر بوسیله فاکتورهایی نیز تحت تاثیر قرار می‌گیرد که پرستاران می‌توانند بر روی این عوامل موثر باشند مانند عوامل محیطی، موقعیت های اجتماعی و فردی، کیفیت خواب و کنترل علائم که این اقدامات از طریق دادن اطلاعات لازم به بیمار و اعضا خانواده و کنترل علائم و عوارض و اقدامات پرستاری امکانپذیر است (۱۴). در مطالعه ای که توسط الجومایه در سال ۲۰۱۱ روی بیماران همودیالیزی عربستان صورت گرفت نشان داد که اکثریت بیماران در محدودیت نقش جسمانی و محدودیت نقش احساسی و وضعیت شغلی و عملکرد شناختی، کیفیت زندگی پایین داشتند (۱۵). در مطالعه دیگر که توسط عباس زاده و همکاران روی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و پیوند کلیه انجام گرفت نشان داد که بیماران همودیالیزی در کلیه ابعاد کیفیت زندگی در مقایسه با بیماران پیوندی، کیفیت زندگی پایین داشتند (۳). اکثر مطالعاتی که در گذشته انجام شده اند روی ابعاد سلامت جسمی و روان متمرکز بوده اند (۸، ۱۳). بدیهی است چون هدف زندگی مبتلایان به بیماریهای مزمن فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست بلکه نوع و کیفیت زندگی آنها مهم می‌باشد، از این رو جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در مرحله اول نیاز به اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آنها وجود دارد، این مقوله فقط از طریق اندازه گیری کلیه ابعاد جسمی و روانی و اختصاصی کیفیت زندگی ممکن است، از طرفی بیماران همودیالیزی در حیطه های بعد اختصاصی مربوط به بیماری کلیه به ویژه در بار بیماری کلیه بر زندگی روزمره، موقعیتهای شغلی، تعاملات اجتماعی دچار مشکلات زیادی هستند، بنابراین جهت بررسی و شناخت این مشکلات و عوارض در این مطالعه سعی شده روی کلیه ابعاد سلامت جسمی و روان و اختصاصی بیماری کلیه توجه شود، بدین منظور کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مورد بررسی قرار گرفت.

زندگی احساس رضایت و خوشحالی می‌کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد خود مراقبتی خوبی داشته باشد روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم تر زندگی خواهد کرد، لذا کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت (۶). بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد (۷). در طول سالیان اخیر مطالعات زیادی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن پرداخته اند و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن به صورت یک هدف درآمده است. بیماریهای مزمن کلیوی از جمله بیماریهایی هستند که نه تنها سلامت جسمی بلکه دیگر ابعاد سلامتی را نیز به مخاطره می‌اندازند (۸). بیماری مرحله آخرنارسایی کلیه تاثیر عمیقی بر روی مرگ و میر و کیفیت زندگی دارد و بار مالی قابل توجهی را بر روی مخارج و هزینه های مراقبتهای بهداشتی تحمیل می‌کند (۹). درمان های جایگزینی کلیه، بیماران را در معرض طیف وسیعی از مشکلات جسمی، روانی، اقتصادی، اجتماعی قرار می‌دهد و در مجموع کیفیت زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۰). کیفیت زندگی می‌تواند تحت تاثیر متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی، بیماریها و وضعیت بالینی فرد قرار گیرد (۱۱). در عین حال متاثر از تجربه و درک شخص از زندگی نیز می‌باشد (۱۲). کاهش کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز ممکن است ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. به ویژه از بعد فیزیکی می‌تواند وضعیت عملکردی فرد را دچار تغییر کند. به طوریکه میزان فعالیت روزانه وی دچار اختلال گردیده و توانایی او جهت انجام فعالیت روزمره کاهش می‌یابد (۱۳). کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی به وسیله عوامل متعددی نظیر فرهنگ، سن تشخیص و پیش آگهی، انواع درمانهای طبی و عوامل مستعد کننده، حرکت دوره ای پاها در طول خواب تحت تاثیر قرار می‌گیرد که پرستاران

آیتم)، میزان رضایت از مراقبت و پرسنل بخش (۳) آیتم) می باشد. این پرسشنامه یک ابزار چند بعدی روا و پایا است که تمامی ابعاد پرسشنامه SF-36 به علاوه متغیرهای مرتبط با بیماری کلیه را در بر دارد و از درجات بالای همسانی و همبستگی درونی برخوردار می باشد. نمره هر بعد از ۰ تا ۱۰۰ است که نمره بالاتر از ۵۰ در هر بعد هر حیطه از کیفیت زندگی نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است (۱۶). روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی گروه داخلی جراحی دانشکده مورد بررسی و تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه در ایران نیز با آلفای کرونباخ محاسبه گردیده و برابر ۰/۸۵ بود (۱۷). پس از تکمیل پرسشنامه ها، جهت توصیف مشخصات واحدهای مورد پژوهش، کیفیت زندگی و ابعاد مهم آن از آمار توصیفی و جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای کمی کیفیت زندگی و سن و ارتباط بین کیفیت زندگی و ابعاد آن از ضریب همبستگی پیرسون و جهت تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک دو مقداری از آزمون تی مستقل و متغیرهای دموگرافیک چند مقداری از آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شد و در نرم افزار SPSS-18 محاسبه گردید.

یافته‌ها

با توجه به معیارهای ورود و خروج مطالعه از ۲۵۸ بیمار حدود ۲۴۵ نفر با رضایت کامل وارد مطالعه شدند که میانگین سنی آنها ۵۸ سال بود (دامنه آن ۲۰-۸۷) بود. از نظر جنس ۱۵۸ نفر (۶۴/۵٪) مرد و ۸۷ نفر (۳۵/۵٪) زن بودند. اکثریت بیماران یعنی ۱۱۲ نفر (۴۵/۷٪) بی‌سواد بودند. ۷۸/۸ درصد آنها متاهل و ۸۴/۱٪ بیماران ساکن شهر و بقیه ساکن روستا بودند. ۳۴/۳ درصد بیماران خانه دار و ۳۲/۷٪ بی‌کار و بقیه با درصد کمتر سایر مشاغل را داشتند. در بین بیماران ۷۶/۷٪ از نظر مسائل مالی و اقتصادی دخل کمتر از خرج داشتند. ۱۷۸ نفر یعنی ۷۲/۷٪ اصلا در طول ۶ ماه گذشته در بیمارستان بستری نشده بودند. ۶۱/۶ درصد بیماران ۳ بار در هفته دیالیز می شدند. ۶۰/۴ درصد نمونه‌ها به مدت ۳ سال یا

روش کار

در یک مطالعه توصیفی تحلیلی، ابتدا با مطالعه پایلوت روی ۲۰ بیمار همودیالیزی، حجم نمونه با در نظر گرفتن ریزش نمونه‌ها، ۲۵۸ نفر برآورد شد که با روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس)، از بیماران همودیالیزی ۳ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و ۱ بیمارستان آموزشی مراغه در شیفتهای مختلف در سال ۱۳۹۱، انتخاب شدند که حداقل سن ۱۸ سال و سابقه همودیالیز حداقل ۶ ماه و بیشتر، ۲ تا ۳ بار دیالیز در هفته و قادر بودن به برقراری ارتباط کلامی و نداشتن بیماریهای شدید روانی از جمله اضطراب و افسردگی از شرایط ورود به مطالعه بود. از معیارهای خروج، شرکت در پژوهشهای مشابه و عدم رضایت بود. از ۲۵۸ بیمار نهایتاً بر اساس معیارهای ورود و خروج، ۲۴۵ بیمار وارد مطالعه شدند که جهت شرکت در پژوهش رضایت داشتند و پرسشنامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی بیماران کلیوی (Kidney Disease Quality of Life-Short Form= KDQOL-SF) را تکمیل نمودند. ضمناً در بیماران بی‌سواد و کم‌سواد پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی یک پرسشنامه خودایفا است که شامل دو بعد عمومی و اختصاصی در ارتباط با کیفیت زندگی است بعد عمومی کیفیت زندگی خود شامل دو بعد (سلامت جسمی و سلامت روانی) و هشت حیطه است. بعد شرایط جسمی شامل چهار حیطه سلامت عمومی (۶ آیتم)، عملکرد جسمی (شامل ۱۰ آیتم)، ایفای نقش جسمی (شامل ۴ آیتم)، درد جسمی (شامل ۳ آیتم) است. بعد شرایط روانی نیز شامل چهار حیطه ایفای نقش عاطفی (شامل ۳ آیتم)، عملکرد اجتماعی (شامل ۲ آیتم)، سلامت روان و نشاط (شامل ۸ آیتم) می باشد. بعد اختصاصی مشتمل بر ۱۱ حیطه شامل لیست علائم و مشکلات (۱۲ آیتم)، تاثیر بیماری کلیه (۸ آیتم)، بار بیماری کلیه (۴ آیتم)، عملکرد شناختی (۳ آیتم)، کیفیت روابط اجتماعی (۳ آیتم)، حمایت اجتماعی (۲ آیتم)، وضعیت خواب (۴ آیتم)، وضعیت شغلی (۲ آیتم)، مسائل جنسی (۲

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار ابعاد و حیطه های مختلف کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی

انحراف معیار \pm میانگین	ابعاد و حیطه های کیفیت زندگی
۳۸/۴ \pm ۲۷/۴۴	عملکرد فیزیکی
۱۱/۹ \pm ۲۷/۵۸	محدودیت های نقش جسمی
۳۲ \pm ۳۷/۷	درد جسمی
۵۱/۶ \pm ۱۲/۹۷	درک سلامت عمومی
۳۷/۳ \pm ۱۵/۵۸	بعد سلامت جسمی
۴۰/۹ \pm ۱۳/۳۲	سلامت روان
۳۸/۱ \pm ۲۸/۷۸	محدودیت نقش احساسی
۴۴/۱ \pm ۳۸/۱۵	عملکرد اجتماعی
۴۸/۹ \pm ۱۵/۴۷	نشاط
۴۳/۰ \pm ۱۱/۲۹	بعد سلامت روانی
۲۷/۳ \pm ۲۳/۹	بار بیماری کلیه
۸۸/۲ \pm ۲۰/۹۷	حمایت اجتماعی
۵۲/۸ \pm ۴۰/۷۱	عملکرد جنسی
۷۷/۱ \pm ۲۲/۳۶	رضایت بیمار از مراقبت
۸۱/۶ \pm ۲۷/۴	رضایت از حمایت پرسنل درمان
۵۶/۶ \pm ۲۳/۹۶	خواب
۳۶/۴ \pm ۲۳/۰۱	کیفیت روابط اجتماعی
۶۳/۱ \pm ۱۹/۹۴	عملکرد شناختی
۶/۱ \pm ۱۹/۲۹	موقعیت شغلی
۵۵/۹ \pm ۱۳/۳۸	بعد اختصاصی بیماری کلیه
۴۸/۴ \pm ۱۱/۹	نمره کل کیفیت زندگی

ولی حمایت اجتماعی و میزان رضایت بیمار از مراقبت و پرسنل درمانی میانگین مطلوب کیفیت زندگی را به خود اختصاص داده بود (جدول ۱).

بین سن با کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی دار و معکوس وجود داشت. بین کیفیت زندگی و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی دار وجود داشت. بین کیفیت زندگی با موقعیت شغلی، سطح تحصیلات ارتباط معنی دار وجود داشت (۰/۰۱ < p). کیفیت زندگی با جنسیت و سالهای دیالیز ارتباط نداشت (جدول ۲). بین ابعاد سلامت جسمی و روانی و اختصاصی بیماری کلیه با کیفیت زندگی کلی بیماران ارتباط معنی دار و مثبت وجود داشت (۰/۰۱ < p) (جدول ۳).

بحث و نتیجه گیری

درک و ارزیابی کیفیت زندگی بیماران با بیماری مرحله آخر نارسایی کلیه بسیار مهم بوده و بیماران تحت همودیالیز، یک سطح قابل توجهی از اختلال در کیفیت زندگیشان دارند (۱۸). در این مطالعه

بیشتر تحت درمان با همودیالیز بودند. ۱۰/۶ درصد سابقه پیوند کلیه در طول درمان داشتند. بیشترین علت بیماری کلیه بیماران، دیابت با ۳۱/۴٪ بود.

در این بیماران میانگین کل کیفیت زندگی ۴۸/۴ \pm ۱۱/۹ بود. در کل ابعاد سلامت جسمی و روانی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی نامطلوب بود ولی بعد اختصاصی بیماری کلیه در حد مطلوب گزارش شد. بیماران در تمام حیطه های بعد سلامت جسمی به جز درک سلامت عمومی و در تمام حیطه های بعد سلامت روانی، نمره کیفیت زندگی پایین داشتند، که از میان حیطه های مربوط به سلامت جسمی، محدودیت در نقش جسمانی کمترین میانگین کیفیت زندگی و درک سلامت عمومی میانگین مطلوب کیفیت زندگی را به خود اختصاص داده بود. از میان حیطه های مربوط به سلامت روانی، محدودیت نقش احساسی و از میان حیطه های بعد اختصاصی بیماری کلیه، موقعیت شغلی و بار بیماری کلیه و کیفیت تعاملات اجتماعی کمترین میانگین کیفیت زندگی

جدول ۲- ارتباط بین کیفیت زندگی با ویژگیهای دموگرافیک

ویژگیهای دموگرافیک	کیفیت زندگی انحراف معیار \pm میانگین	P Value	شاخص های آماری
سن	۴۸/۴ \pm ۱۱/۹۱	< ۰/۰۰۱ *	$r = -0/25$ (ضریب همبستگی پیرسون)
جنس:			
مرد	۵۰/۳ \pm ۱۲/۰۵	۰/۳۲	$t = 3/51$ (آزمون تی مستقل)
زن	۴۴/۸ \pm ۱۰/۸۶		
تحصیلات:			
بیسواد	۴۵ \pm ۱۱/۴۱		
سواد خواندن و نوشتن	۴۷/۹ \pm ۱۱/۰۳	< ۰/۰۰۱ *	$F = 7/84$ (آ نالیز واریانس یکطرفه)
زیر دیپلم	۵۱/۰ \pm ۸/۹۷		
دیپلم	۵۳/۳ \pm ۱۳/۳۶		
دانشگاهی	۶۰ \pm ۱۲/۴۰		
شغل:			
بیکار	۴۷/۴ \pm ۱۰/۲۱		
شغل آزاد	۵۸/۲ \pm ۱۳/۸۵	< ۰/۰۰۱ *	$F = 6/11$ (آ نالیز واریانس یکطرفه)
کارمند	۶۱/۸ \pm ۱۳/۴۹		
کشاورز	۴۹/۸ \pm ۷/۴۴		
بازنشسته	۵۰/۷ \pm ۱۲/۱۹		
خانه دار	۴۴/۵ \pm ۱۰/۸۲		
سایر مشاغل	۵۷/۳ \pm ۱۴/۸۱		
وضعیت اقتصادی:			
دخل با خرج برابر	۵۰ \pm ۱۱/۳۷		
دخل بیشتر از خرج	۵۷/۷ \pm ۱۵/۱۰	۰/۰۲ *	$F = 3/77$ (آ نالیز واریانس یکطرفه)
دخل کمتر از خرج	۴۷/۵ \pm ۱۱/۷۱		
سالهای دیالیز:			
کمتر از ۱ سال	۴۹/۱ \pm ۱۱/۰۹		
۱ تا ۲ سال	۴۹/۳ \pm ۱۳/۰۶	۰/۶۴	$F = 0/44$ (آ نالیز واریانس یکطرفه)
۳ سال و بیشتر	۴۷/۸ \pm ۱۱/۶۶		

* : ارتباط در ($P < 0/05$) معنی دار است.

جدول ۳- ارتباط بین کیفیت زندگی کلی با ابعاد آن

ابعاد کیفیت زندگی	کیفیت زندگی کلی	p
بعد سلامت جسمی	$r = 0/85$	< ۰/۰۰۱ *
بعد سلامت روانی	$r = 0/45$	< ۰/۰۰۱ *
بعد اختصاصی بیماری کلیه	$r = 0/90$	< ۰/۰۰۱ *

* : ارتباط در ($P < 0/05$) معنی دار است. r : ضریب همبستگی پیرسون

زیادی بر سلامت جسمی و روانی آنها گذاشته و بیماران در عملکرد فیزیکی و روانی و ایفای نقشهای جسمی و احساسی و انجام کارهای روزمره دچار مشکلات شدید بودند و کیفیت زندگی نامطلوب داشتند. در این مطالعه به طور کلی بعد اختصاصی بیماری کلیه در حد مطلوب گزارش شد که با بهبود کیفیت زندگی کلی بیماران ارتباط داشت. در مطالعه ای که روی بیماران همودیلیزی

کیفیت زندگی کلی در بیماران نامطلوب بود. بعد سلامت جسمی و روانی پایین با کیفیت زندگی نامطلوب ارتباط داشت. در مطالعاتی که توسط کلیری و واسیلیوا انجام شد، میانگین سلامت جسمی و روانی پایین بود و بیماران کیفیت زندگی نامطلوب داشتند (۱۹،۲۰). نتایج این مطالعات همسو با مطالعه حاضر بود. در این مطالعه میانگین سنی بیماران بالا بود و بیماری نارسایی کلیه تاثیر

تمام حیطه های آن از جمله سلامت روحی و محدودیت نقش احساسی، عملکرد اجتماعی و نشاط نمره کیفیت زندگی پایین (کمتر از ۵۰) داشتند. در مطالعه پاکپور، بیماران در تمام حیطه های ابعاد سلامت جسمی و روانی نمرات کیفیت زندگی پایین تر از ۵۰ داشتند و در بعد سلامت جسمی، پایین ترین میانگین کیفیت زندگی مربوط به محدودیت نقش جسمانی و در بعد سلامت روانی مربوط به محدودیت نقش احساسی و عاطفی بود (۸) و به جز حیطه درک سلامت عمومی که در این مطالعه مطلوب بود، در سایر موارد همسو با این مطالعه بود. در مطالعه الجومایه نیز در بیماران دیالیزی در بعد سلامت جسمی، پایین ترین میانگین کیفیت زندگی در حیطه محدودیت نقش جسمانی و در بعد سلامت روانی مربوط به محدودیت نقش احساسی بود و در بعد اختصاصی بیماری کلیه، نمرات پایین کیفیت زندگی در حیطه های موقعیت شغلی، عملکرد شناختی و بالاترین نمره کیفیت زندگی در حیطه های رضایت بیماران از مراقبت و پرسنل و حمایت اجتماعی بود (۱۵). در مطالعه چو، بیماران دیالیزی در ابعاد سلامت در حیطه های محدودیت نقش جسمانی، عملکرد اجتماعی و در ابعاد بیماری کلیه شامل موقعیت شغلی و بار بیماری کلیه پایین ترین نمره کیفیت زندگی را داشتند (۲۲). با توجه به نتایج گزارش شده از مطالعات مختلف می توان گفت که نتایج این مطالعه در اکثر موارد مثل محدودیتهای نقش جسمانی، نقش احساسی، عملکرد فیزیکی و اجتماعی پایین، موقعیت شغلی مختل و بار نامطلوب بیماری کلیه، میزان رضایت و حمایت اجتماعی مطلوب همسو با مطالعات قبلی بود. محدودیتهای ناشی از بیماری و عوامل روانی- معنوی، فرد را با تغییر در الگوی زندگی، مشکلات جسمی و روانی، عاطفی و عدم آرامش فکری رو به رو کرده و وی را با مشکلات زیادی مواجه می سازد (۲۵). از طرفی بیماران همودیالیزی با اختلالات متعدد رو به رو هستند، رژیم های درمانی پیچیده، محدودیت در فعالیتها و عملکردهای روزانه به علت برخی مشکلات فیزیکی و بار بیماری کلیه که به وابستگی بیشتر،

رومانی و هنگ کنگ انجام شده بود نشان داد که کیفیت زندگی در بعد اختصاصی بیماری کلیه در حد مطلوب بود و با بهبود این بعد کیفیت زندگی بیماران بهبود یافته بود (۲۱، ۲۲). این یافته ها با نتایج مطالعه حاضر سازگار بود. مطالعه الجومایه که در کشور عربستان سعودی انجام گرفته بود و بیماران همودیالیزی در محدوده سنی جوان تا میانسالی قرار داشتند. میانگین نمره کل کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی بالا بود و در کل بیماران، در کلیه ابعاد سلامت جسمی و سلامت روانی و ابعاد مربوط به بیماری کلیه، میانگین کیفیت زندگی مطلوب داشتند که با نتایج مطالعه حاضر متناقض بود (۱۵). یک یافته مهم دیگر در این مطالعه گزارش عملکرد جنسی به عنوان یکی از حیطه های بعد اختصاصی بیماری کلیه، در حد مطلوب بود. در مطالعات مربوط به کیفیت زندگی مطالعات کمی به طور خاص بر عملکرد جنسی متمرکز بوده اند، دان گزارش کرد که با شروع دیالیز، فعالیت جنسی بیمار دچار اختلال شده، فرد بیمار نمی تواند نیازهای جنسی همسر خود را تامین کند، همین مساله سبب احساس گناه و بروز افسردگی در بیمار شده و وی را با ترس از دست دادن همسر مواجه می کند. این موضوع روی جنبه های مختلف کیفیت زندگی آنان تاثیر می گذارد (۲۳). علت مطلوب شدن میانگین عملکرد جنسی در این مطالعه در مقایسه با مطالعات قبل، ممکن است ناشی از خودداری بیماران در پاسخ صریح به این امر به دلایل فرهنگی، اعتقادی باشد. بنابراین عملکرد جنسی در این بیماران یکی از اجزای مهم کیفیت زندگی بوده و اعضای تیم بهداشتی من جمله پرستاران باید آموزشهای لازم را به بیماران بدهند (۲۴). در بعد اختصاصی بیماری کلیه، پایین ترین میانگین کیفیت زندگی مربوط به موقعیت شغلی، بار بیماری کلیه، کیفیت تعاملات اجتماعی و بالاترین میانگین مربوط به حمایت اجتماعی و رضایت بیمار از مراقبت و حمایت کادر درمان بود. بیماران به جز حیطه درک سلامت عمومی، در عملکرد فیزیکی و محدودیت نقش جسمانی و درد بدن مربوط به بعد سلامت جسمی میانگین کیفیت زندگی پایین داشتند و در بعد سلامت روانی، در

تنش‌های شغلی، مالی، مشکلات خانوادگی و تغییر در شیوه زندگی منجر می‌شود (۲۶). علت بالا بودن حمایت اجتماعی و رضایت در این بیماران، ممکن است ناشی از ارتباط خوب و مناسب این بیماران با همسر و سایر اعضای خانواده و حمایت موثر اعضای خانواده از این بیماران و نیز پرسنلی که مراقبتهای مطلوبی در مراکز درمانی به این بیماران ارائه می‌نمایند باشد. در مقایسه با نتایج مطالعات قبل، درک سلامت عمومی بیماران ما بالا و کیفیت تعاملات اجتماعی آنها پایین بود. کیفیت تعاملات اجتماعی پایین این بیماران ممکن است به علت ناتوانی، مشکلات جسمی و روانی و مشکلات ناشی از بار بیماری کلیه باشد. در رابطه با درک سلامتی عمومی مطلوب این بیماران نیز میتوان گفت که عواملی مثل مراحل زندگی، سن، عملکرد روانی قبلی بیماران به هنگام سازگاری اجتماعی با مشکلات، نگرشهای فرهنگی، مذهبی، حمایت اجتماعی مطلوب بیماران می‌تواند روی درک بیمار از سلامت عمومی خویش تاثیر بگذارد (۲۷). در این مطالعه با افزایش سن کیفیت زندگی بیماران ضعیف تر می‌شد. در مطالعه تل، با افزایش سن بیماران، کیفیت زندگی بدتر و محدودیت‌های فیزیکی افزایش یافته است (۲۸). سیکا، گزارش کرد که بیماران همودیالیزی با سن ۶۵ سال یا بالاتر، کیفیت زندگی ضعیف تری داشتند و سطح فعالیت فیزیکی بیماران همودیالیزی با افزایش سن کاهش پیدا کرده و سلامت جسمی بیماران افت پیدا می‌کند و بیماران مسن فقط در ۴۰٪ فعالیت‌های زندگی روزمره مستقل می‌باشند (۲۱). بنابراین به نظر میرسد که افزایش سن تاثیر روانی و جسمی وسیعی بر روی فرد داشته باشد. از آنجا که با بالا رفتن سن احتمال ابتلا به بیماریها و ناتوانی افزایش می‌یابد، توجه به عوامل حمایتی و توانمندسازی افراد مسن جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان اهمیت دارد و باید سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی برای حفظ سطح بهداشت سالمندان انجام گیرد (۲۹). در این مطالعه کیفیت زندگی با جنسیت بیماران ارتباط معنی دار نداشت. در مطالعه تل، بیمارانی که زن بودند در

خانواده‌های گسترده زندگی می‌کردند کیفیت زندگی پایین داشتند (۲۸). با این حال این نتیجه در خیلی از مطالعات گزارش نشده است. از جمله در مطالعات براز و پارکر، بین کیفیت زندگی و جنسیت ارتباط وجود نداشت (۳۰، ۳۱). نتایج آنها همسو با نتایج مطالعه حاضر بود. بین کیفیت زندگی و سالهای دیالیز ارتباط معنی دار وجود نداشت. اگرچه بعضی محققان گفته‌اند که درمان دیالیز طولانی مدت بیماران همودیالیزی باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود (۳۲). همچنین در مطالعه یونوح نیز گزارش شد که طول مدت همودیالیز بیماران تاثیر منفی روی کیفیت زندگی آنان داشت (۴) و نتایج آنها با نتایج این مطالعه متناقض بود. در مطالعه حاضر میانگین کیفیت زندگی در گروه دیالیز ۳ سال و بیشتر، تاحدودی پایین تر از سایر بیماران بود ولی با این حال این ارتباط معنی دار نبود. در مطالعات دیگر نیز بین طول مدت همودیالیز و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود نداشت (۲۸، ۳۳). در این مطالعه کیفیت زندگی پایین با وضعیت اقتصادی پایین ارتباط داشت. در مطالعه سیکا، موقعیتهای اقتصادی پایین بیماران همودیالیزی با نمرات پایین کیفیت زندگی ارتباط داشت (۲۱). نتایج این مطالعه همسو با مطالعه حاضر بود. موضوع هزینه بر بودن دیالیز و احتمال از دست دادن تدریجی و یا ناگهانی شغل با شروع دیالیز، فرد را با مشکلات اقتصادی، اجتماعی رو به رو می‌سازد و عدم توانایی فرد در تامین نیازهای درمانی و حتی نیازهای اساسی زندگی، تاثیر مستقیمی بر کیفیت زندگی وی بر جای می‌گذارد (۳۴). بین کیفیت زندگی و موقعیت شغلی ارتباط معنی دار وجود داشت. بدین صورت که افرادی که شاغل نبودند و خانه دار بودند کیفیت زندگی پایینی داشتند و افرادی که شاغل بوده به ویژه شغل آزاد داشتند کیفیت زندگی بهتری داشتند. در مطالعه تل نیز، بیمارانی که خانه دار بودند کیفیت زندگی و سلامت جسمی پایین داشتند (۲۸). همچنین بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات بیماران ارتباط معنی دار وجود داشت. یعنی کیفیت زندگی بیمارانی که بیسواد بوده یا سواد خواندن و نوشتن

تنش‌های شغلی، مالی، مشکلات خانوادگی و تغییر در شیوه زندگی منجر می‌شود (۲۶). علت بالا بودن حمایت اجتماعی و رضایت در این بیماران، ممکن است ناشی از ارتباط خوب و مناسب این بیماران با همسر و سایر اعضای خانواده و حمایت موثر اعضای خانواده از این بیماران و نیز پرسنلی که مراقبتهای مطلوبی در مراکز درمانی به این بیماران ارائه می‌نمایند باشد. در مقایسه با نتایج مطالعات قبل، درک سلامت عمومی بیماران ما بالا و کیفیت تعاملات اجتماعی آنها پایین بود. کیفیت تعاملات اجتماعی پایین این بیماران ممکن است به علت ناتوانی، مشکلات جسمی و روانی و مشکلات ناشی از بار بیماری کلیه باشد. در رابطه با درک سلامتی عمومی مطلوب این بیماران نیز میتوان گفت که عواملی مثل مراحل زندگی، سن، عملکرد روانی قبلی بیماران به هنگام سازگاری اجتماعی با مشکلات، نگرشهای فرهنگی، مذهبی، حمایت اجتماعی مطلوب بیماران می‌تواند روی درک بیمار از سلامت عمومی خویش تاثیر بگذارد (۲۷). در این مطالعه با افزایش سن کیفیت زندگی بیماران ضعیف تر می‌شد. در مطالعه تل، با افزایش سن بیماران، کیفیت زندگی بدتر و محدودیت‌های فیزیکی افزایش یافته است (۲۸). سیکا، گزارش کرد که بیماران همودیالیزی با سن ۶۵ سال یا بالاتر، کیفیت زندگی ضعیف تری داشتند و سطح فعالیت فیزیکی بیماران همودیالیزی با افزایش سن کاهش پیدا کرده و سلامت جسمی بیماران افت پیدا می‌کند و بیماران مسن فقط در ۴۰٪ فعالیت‌های زندگی روزمره مستقل می‌باشند (۲۱). بنابراین به نظر میرسد که افزایش سن تاثیر روانی و جسمی وسیعی بر روی فرد داشته باشد. از آنجا که با بالا رفتن سن احتمال ابتلا به بیماریها و ناتوانی افزایش می‌یابد، توجه به عوامل حمایتی و توانمندسازی افراد مسن جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان اهمیت دارد و باید سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی برای حفظ سطح بهداشت سالمندان انجام گیرد (۲۹). در این مطالعه کیفیت زندگی با جنسیت بیماران ارتباط معنی دار نداشت. در مطالعه تل، بیمارانی که زن بودند در

لازمه این امر، برنامه ریزی و نگاه ویژه به مسائلی از جمله ارائه خدمات مشاوره ای، به صورت حضور یک روانشناس یا روانپزشک در مراکز همودیالیز، برنامه ریزی آموزش سلامت و توجه عمیق به نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و معیشتی بیماران از جانب مدیریت بیمارستان و پرستاران می باشد که تحقق بخشیدن به این اهداف، نیازمند همکاری گسترده تمامی دستگاه‌های نظارتی و حمایتی دخیل در نظام سلامت است و تنها در سایه یک برنامه ریزی جامع و دقیق می توان به بهبود کیفیت زندگی این بیماران جامعه عمل پوشاند.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از پایاننامه مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به شماره ۹۱۶۴ می باشد که لازم می دانیم مراتب قدردانی از آن معاونت، همچنین از کلیه بیماران و پرسنل محترم که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند به عمل آوریم. در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

منابع

1. Yaghmaee F, Khalfi A, khost N, Alavimajd H. Relationship between self-concept and dimensions of health status in hemodialysis patients of hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2004. Pajoohandeh Journal 2006; 1 (6): 389-94. (Persian)
2. Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Levin A, Lau J, Eknoyan G. Clinical practice guidelines for chronic kidney disease in adults, part I: definition, disease stages, evaluation, treatment and risk factors. Am fam physician 2004; 70(5): 869-76.
3. Abbaszadeh A, Javanbakhtian R, Salehee S, Motvaseliyan M. Comparative Assessment of Quality of Life in Hemodialysis and Kidney Transplant Patients. The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2010; 18 (5): 461-68. (Persian)
4. Unruh ML, Weisbord SD, Kimmel PL. Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. Semin Dial 2005; 18(2): 82-90.
5. Vedat I, Perinan G, Seref K, et al. The relationship between disease future and quality of

داشتند نسبت به بیمارانی که سواد دیپلم تا دانشگاهی داشتند پایین تر بود. مطالعه تل نشان داد بیمارانی که سواد نداشتند نمرات کیفیت زندگی پایین داشتند و افرادی که دارای سطح سواد بالاتری بودند بهتر توانستند اطلاعات مورد نیاز جهت درمان بیماری و عوامل تداوم بخش و یا تسریع کننده درمان را دریافت نمایند و به طور کلی با کیفیت بهتری بیماری را اداره نمایند، لذا در مقایسه با بیمارانی که از این مزایا برخوردار نیستند کیفیت زندگی بهتری دارند (۲۸). این نتایج همسو با نتایج مطالعه حاضر بود. از نقاط قوت این مطالعه استفاده از حجم نمونه زیاد و استفاده از ابزار استاندارد پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی می باشد که امکان اندازه گیری ابعاد جسمی و روانی و اختصاصی کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را فراهم آورد. ولی از محدودیتهای این پژوهش میتوان به این موارد اشاره کرد که ممکن است شرایط روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش در پاسخگویی به برخی از سوالات، موثر بوده باشد. دیگر اینکه جمع آوری داده ها در بیشتر واحدهای مورد پژوهش (به علت تعداد بالای واحدهای بیسواد و کم سواد)، به صورت مصاحبه رو در رو انجام شده است، لذا امکان دارد برخی از بیماران همودیالیزی به دلایل مختلف به برخی از سوالات پاسخ دقیق نداده باشند. از محدودیتهای دیگر این پژوهش می توان به انجام آن به صورت مقطعی و توصیفی اشاره کرد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر در مورد چالشهای پیش روی بیماران و عوامل بسیار متنوعی که در زمانهای مختلف می تواند به درک بیماران همودیالیزی از کیفیت زندگی آنها تاثیر بگذارد، پیشنهاد می شود مطالعاتی به صورت طولی و مداخله ای نیز انجام گیرد. در نهایت این مطالعه نشان داد که عمده بیماران همودیالیزی دچار مشکلات جسمی ناشی از عوارض بیماری هستند که این مشکلات می توانند جنبه های جسمی و روانی کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تاثیر قرار دهند بدین منظور لازم است که در ارائه خدمات به این دسته از بیماران، به سوی ارتقاء سلامت در تمامی حیطه ها حرکت کنیم که

- hemodialysis patients in Russia. *Hemodial Int* 2006; 10(3): 274-78.
20. Cleary J, Drennan J. Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. *J Adv Nurs* 2005; 51: 577-86.
21. Seica A, Segall L, Verzan C, Vaduva N, Madincea M, Rusoiu S, et al. Factors affecting the quality of life of haemodialysis patients from Romania: a multicentric study. *Nephrol Dial Transplant* 2009; 24(2): 626-9.
22. Chow SK, Wong FK. Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-led case management programme. *J Adv Nurs* 2010; 66 (8): 1780-92.
23. Dunn SA, Lewis SL, Bonner PN, Meize-Grochowski R. Quality of life for spouses of CAPD patients. *ANNA J* 1994; 21(5): 237-46.
24. Uzun O, Aslan FE, Selimen D, Koç M. Quality of life in women with breast cancer in Turkey. *J Nurs Scholarship* 2004; 36 (3): 207-13.
25. Ferrans CE, Powers Mj. Quality of life of hemodialysis patients. *ANNAJ* 1993; 20(5): 575-81.
26. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. *Semin Dial* 2005; 18(2): 98-102.
27. Rambod M, Rafiei F, Hoseini F. Quality of life in patients with chronic renal failure. *Tehran Univ Med Sci (Hayat) Journal* 2008; 14(2): 51-61. (Persian)
28. Tel H. Determining Quality of life and sleep in hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation* 2009; 38(6): 210-215.
29. Nejati V, Ashayeri H. Health related quality of life in elderly in Kashan. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2008; 14(1): 56-61.
30. Baraz SH, Mohammadi E, Boroumand B. Correlation of quality of sleep or quality of life and some of blood factors in hemodialysis patients. *Shahrekord Univ Med Sci J* 2008; 4(9):67-74. (Persian)
31. Parker KP, Kutner NG, Bliwise DL, Bailey JL, Rye DB. Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life in stable patients on hemodialysis. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 68
32. Yoshioka M, Ishii T, Fukunishi I, et al. Sleep disturbance of end-stage renal disease. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993; 47(4): 847-51
33. Chang SY, Yang TC. Sleep Quality and Associated Factors in Hemodialysis Patients. *Acta Nephrologica* 2011; 25(3): 97-104.
34. Thomas CJ. The impact of religiosity, social support and health locus of control on the health related quality of life of African-American Hemodialysis patients. Ph.D Dissertation, Norfolk Virginia, Norfolk State University, 2003.
- life in patients with cancer. *Cancer Nursing* 2001; 24(6): 490-95.
6. Parvan K, Lakdizaji S, Roshangar F, Mostofi M. Quality of sleep and its relationship to quality of life in hemodialysis patients. *JCS* 2013; 2(4): 295-304.
7. Zimmet P. The burden of type2 diabetes: are we doing enough? *Diabetes Metabolism* 2003; 29: 6s9-6s18.
8. PakpourHajiaga A, Panahichenagblagi D, Yekaninijad M, Ebadifardazar F, izi H. Comparison of health-related quality of life in hemodialysis patients and healthy people. *Journal of Health Management* 2006; 9(25): 55-62. (Persian)
9. DeFrancisco AL, Fernaoez G, Palomar R, Pinera C, Arias M. The renal benefit of a healthy lifestyle. *Kidney International Supplement* 2005; 99, pS2-S6.
10. Yildirim A. The importance of patient satisfaction and health-related quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc* 2006; 38(9): 2831-34.
11. Lazzaretti CT, Carvalho j, Mulinari RA, Rasia JM. Kidney transplantation improves the multidimensional quality of life. *Transplant Proc* 2004; 36(4): 872-73.
12. Lee SY, Lee Hj, Kim YK, Kim SH, Kim L, Lee MS, et al. Neurocognitive function and quality of life in relation to hematocrit levels in chronic hemodialysis patients. *J Psychosomatic research* 2004; 57(1): 5-10.
13. Kutner NG. Quality of life and daily hemodialysis. *Semin Dial* 2004; 17(2): 92-98.
14. Valderrabano f, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38(3): 443-64.
15. AL-Jumaih A, Al-Onazi K, Binsalih S, Hejaili F, Al-Sayyari A. A Study of Quality of Life and its Determinants among Hemodialysis Patients Using the KDQOL-SF Instrument in One Center in Saudi Arabia. *Arab J Nephrol Transplant* 2011; 4(3): 125-130.
16. Yekaninejad MS, Mohammadi Zeidi I, Akaberi A, Golshan A, pakpour A. Validity and reliability of the Kidney Disease Quality of Life - Short Form (KDQOL-SF™ 1.3) in Iranian patients. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2012; 4(2):261-72. (Persian)
17. Fardinmehr O, Farajzadegan Z, Emami Naini A, Mortazavi M, Gholamrezaei A. The validity and reliability of the Persian Version of Kidney Disease Quality of Life Questionnaire-Short Form (KDQOL-SF) in Iranian patients. *Journal of Isfahan medical school* 2012; 29 (165). (Persian)
18. Ibrahim S, El Salamony O. Depression, quality of lif and malnutrition-infl ammation scores in hemodialysis patients. *Am J Nephrol* 2008; 28(5): 784-91.
19. Vasilieva IA. Quality of life in chronic

Assessment of quality of life in patients undergoing continuous hemodialysis in four hospitals of East Azarbayjan, in 2012

Kobra Parvan, Department of Medical -Surgical Nursing (MS), School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. parvank@yahoo.com

Sima Lakdizaji, Department of Medical - Surgical Nursing (MS), School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Laks@tbzmed.ac.ir

Fariborz Roshangar, Department of Medical -Surgical Nursing (PhD), School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. froshangar@yahoo.com

***Mahtab Mostofi**, Master of Nursing , Department of Medical – Surgical Nursing (MS), School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz , Iran (*Corresponding auther). tbzmaster89@yahoo.com

Abstract

Background: Chronic renal failure and hemodialysis cause major changes in patients' lifestyle and affect their quality of life. The aim of this study was to evaluate quality of life in patients undergoing hemodialysis.

Methods: This descriptive-analytic study was performed on patients undergoing hemodialysis in 2012. As study samples, 245 patients were selected by convenience sampling method from four teaching hospitals of Maragheh and Tabriz University of Medical Sciences. Quality of life was measured by Kidney Disease Quality of life-Short Form (KDQOL-SF) questionnaire. The pearson correlation coefficient, independent t-test, and one-way analysis of variance were used for data analysis.

Results: The mean quality of life scores was 48.4 ± 11.9 . Except for general perception, patients obtained lower quality of life scores in components of employment status, burden of kidney disease, quality of social interactions, and physical and mental health. The global quality of life of patients had positive and significant correlation ($p < 0/01$) with dimensions of physical and mental health and specific dimension of kidney disease. Poor quality of life had significant correlation with older age, inappropriate employment status, poor education and low income.

Conclusion: Hemodialysis patients had a lot of problems in dimensions of physical and mental health and specific dimension of kidney disease such as employment status, quality of social interactions, and burden of kidney disease. Therefore, necessary interventions should be taken to improve the quality of life of patients in all dimensions.

Keywords: Quality of life, Hemodialysis, KDQOL-SF.