**پرستاری مراقبتهای ویژه**

**عنوان**

**بررسی تاثیر اجرای برنامه بازتوانی بر کیفیت زندگی، میزان امید و افسردگی بیماران همودیالیزی**

**بیان مساله**

نارسایی مزمن پیشرفته کلیه پیامد آسیب و تخریب بیش از75% از نفرونهای کلیه است. در این مرحله توانایی بدن در حفظ سوخت و ساز و تعادل آب و الکترولیت ها از بین رفته که با نشانه های بالینی مانند بی اشتهایی، تهوع، استفراغ، خونریزی، اختلال حواس و شعور همراه است و همزمان افزایش پتاسیم خون، افزایش فشارخون، افزایش حجم مایعات و نارسایی احتقانی قلب، کم خونی و بیماریهای استخوان، کلسیفیکاسیون متاستاتیک در نتیجه احتباس فسفر، کاهش کلسیم سرم، متابولیسم غیرطبیعی ویتامینD و افزایش سطح آلبومین رخ می­دهد]2،1[ . روشهای درمانی موجود برای بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شامل همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه می­باشد]3[. رایج ترین شیوه درمانی همودیالیز است]4 [. پیش بینی می­شود تا سال 2030 بیش از 70% این بیماران در کشورهای در حال توسعه باشند که مجموع اقتصاد آنها کمتر از 15% اقتصاد جهانی را تشکیل می­دهد]5[. تعداد کل بیماران مرحله انتهایی نارسایی کلیه (ESRD)[[1]](#footnote-1) تحت درمان در دنیا تا سال 2012 حدود 3010000 بوده است که رشد سالانه 7% داشته است و این میزان نسبت به جمعیت جهان زیاد است (100تا 2000بیمار به ازا هر میلیون نفر) ، از تعداد فوق 2106000 نفر تحت همودیالیز و 252000 تحت دیالیز صفاقی هستند و حدود 652000 نفر هم پیوند کلیه شده اند. بیشتر این بیماران در تایوان می­باشند. از 2358000 بیمار تحت درمان (دیالیز خونی و صفاقی) 19% در آمریکا، 14% در اروپا، 13 % در ژاپن و 54% در سایر کشورها هستند ، در حقیقت در حدود 50% بیماران همودیالیزی در کشورهای آمریکا، ژاپن، چین، برزیل و آلمان به سر می­برند ]6 [. رئیس هیئت مدیره انجمن حمایت از بیماران کلیوی اعلام نموده است که روزانه 30تا40نفر به بیماران کلیوی ایران اضافه می­شود­]7[. در ایران طبق گزارش انجمن حمایت از بیماران کلیوی در سال1388، از مجموع40هزار بیمارکلیوی، بیش از 15هزار نفر همودیالیزی بوده که سالانه حدود 1500 نفر آنها بر اثر عوارض این بیماری جان خود را از دست می­دهند]8[ . رییس انجمن نفرولوژی ایران اعلام کرد که در سال 1392 تعداد بیماران همودیالیزی به 29هزار و 500 نفر افزایش یافته است]9[ از سوی دیگر نرخ رشد جمعیت این بیماران هشت برابر نرخ رشد جمعیت کشور است]10 [. به طور کلی بروز نارسایی مزمن کلیوی و انجام همو دیالیز منجر به تغییر در شیوه زندگی و وضعیت سلامت فرد می­شود که نه تنها سلامت جسمی بلکه دیگر ابعاد سلامتی را نیز به خطر می­اندازد]11[ و باعث محدودیتهای تنیدگی آور در زندگی می­شود، که هر کدام به نوبه خود می­تواند در روان و شخصیت آنها اختلال ایجاد کند به طوری که جمع کثیری از این بیماران با مشکلات و تنش ها سازگار نشده، دچار تغییرات رفتاری مانند اضطراب، افسردگی، انزوا، هذیان و توهم می­گردند]12،13،14[ و از لحاظ آینده خود احساس ناامنی می­کنند]15[ از سوی دیگر ارایه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی دریافته اند که در درمان بیماران نمی­توان تنها به جنبه های فیزیکی بیمار توجه داشت و برای کمک به بیماران جهت دستیابی به یک زندگی معمولی، باید جنبه های مختلف زندگی بیماران را مدنظر قرار داد بنابراین کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی یک موضوع با اهمیت و قابل بررسی است. نتایج کار آزمایی های بالینی نشان داده اند که کیفیت زندگی می­تواند به عنوان نشانه کیفیت مراقبتهای بهداشتی و جزیی از برنامه درمان بیمار محسوب شده و اندازه گیری آن در بیماری های مزمن راهنمای مفیدی برای ارتقای کیفیت مراقبت می­باشد]16 [. کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد که در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است. کیفیت زندگی اغلب به عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری ، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار می­باشد]17[ بنابراین لازم است کیفیت زندگی به عنوان قسمتی از برنامه مراقبتی بیماران نارسایی مزمن کلیه قرار گیرد]18 [. در دنیای امروز ارتقای کیفیت زندگی از اهمیت ویژه ای برخوردار است، به طوری که می­توان بیان نمود که کیفیت زندگی فاصله بین انتظارات و تجربیات افراد از آن است که معمولا بیماران با شرایط یکسان، کیفیت زندگی متفاوتی را گزارش می­کنند]19 [. لذا ارزیابی کیفیت زندگی بیماران به کادر درمانی کمک می­کند تا به چگونگی درک بیماران از سلامتی، توانایی عملکرد و حس خوب بودن پی برده و روشهای درمانی ارتقای کیفیت زندگی بیماران را مورد توجه قرار دهند]20 [. در همین رابطه گرچه درمان های جایگزین به حفظ جان این بیماران کمک می­کند اما ارتقای کیفیت زندگی هدف عمده برنامه همودیالیز است]20 [ به طوری که مراقبت از بیماران تنها هدف درمان آنان نیست، بلکه بهبود کیفیت زندگی با حداکثر عملکرد و حس خوب زیستن، توانایی انجام فعالیتهای مختلف روزانه و کاهش عوامل تاثیر گذار این بیماری بر کیفیت زندگی مطرح است]13 [.کاهش کیفیت زندگی در بیماران تحت همو دیالیز ممکن است ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تاثیر قرار دهد به طوری که کاهش کیفیت زندگی در بعد فیزیکی می­تواند وضعیت عملکرد فرد را تغییر دهد به گونه ای که میزان فعالیت روزانه وی دچار اختلال گردیده و توانایی او جهت انجام فعالیت روزمره کاهش می­یابد]21 [. تاگای[[2]](#footnote-2) و همکاران(2007) اعلام کردند که کیفیت زندگی بیماران مرحله انتهایی نارسایی کلیه، درمقایسه با مردم عادی به طور چشمگیری کاهش یافته است و اختلالات روانی در بیماران همودیالیز با سابقه طولانی همودیالیز شایع تر از مردم عادی است که این امر بر بقای آنان تاثیر منفی دارد و هرچه علایم اضطراب و افسردگی در این بیماران بالاتر باشد از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند ]12[ . همچنین نتایج تحقیقات انجام شده توسط کیمل[[3]](#footnote-3) و همکاران (به نقل از ناظمیان و همکاران) نشان دادکه بیماران تحت درمان با همو دیالیز به همو دیالیز وابسته می­شوند و کیفیت زندگی آنها با وجود مشکلات مختلف جسمی و عاطفی تحت تاثیر قرار می­گیرد. بیش از نصف بیماران همودیالیزی خستگی و فقدان انرژی را گزارش می­دهند]22[. با توجه به نتایج تحقیقات فوق و اینکه اکثر بیماران همودیالیزی دارای سبک زندگی غیر فعال می­باشند و به طور قابل ملاحظه ای در سطح پایین تری از استقامت جسمانی نسبت به افراد سالم قرار دارند . کاهش سطح استقامت جسمانی در این بیماران ، فاکتور مهمی است که روی کیفیت زندگی و حتی سطح مرگ و میر تاثیر می­گذارد و باعث محدودیتهای وسیعی در قدرت عضلانی این بیماران می­شود]11[ که از این بین می­توان به محدودیت آستانه تمرین، کاهش ظرفیت جسمانی و افزایش ناتوانی عملکردی اشاره کرد]23[ . از آنجایی که این بیماران پیوسته نیازمند همودیالیز هستند ، لذا طولانی بودن روشهای درمانی و تاثیر آن بر نحوه زندگی، ظرفیت تطابقی و سازگاری بیماران را کاهش می­دهد که به دنبال آن اختلال در تصویر ذهنی، ترس از مرگ، محدودیتهای رژیم غذایی و مایعات، از دست دادن شغل، مشکلات خانوادگی، وابستگی به همودیالیز و بروز مشکلات سایکولوژی را می­تواند به همراه داشته باشد]24 [. فشارهای روحی و روانی ناشی از همودیالیز در این قبیل بیماران با بروز مشکلات روانی اجتماعی متعددی همراه است لذا وجود مداخله روان شناختی به عنوان یک عنصر اساسی در درمان این بیماران ضروری است و در نتایج اکثر پژوهش ها، شیوع بالای اختلالات روانی- اجتماعی در بیماران همودیالیزی مشاهده می­شود]24[ . در مورد شدت بروز عوارض روان پزشکی در میان بیماران همودیالیزی اتفاق نظر وجود ندارد، ولی همه بر این نکته مشترک تاکید دارند که شایع ترین نشانه بیماری روانی در این بیماران، افسردگی و در پی آن اضطراب با شیوع کمتری می­باشد. افسردگی در 50٪ و اضطراب در 30٪ موارد و سایر اختلالات روان پزشکی نیز به میزان کمتری در آنها مشاهده شده است. اغلب مطالعات انجام شده در ایران نشان دهنده شیوع مشکلات روانی به خصوص اضطراب و افسردگی در بین این بیماران است]25[ .

از آنجا که افسردگی به عنوان عارضه شایع در این بیماران تاثیر بسیار زیادی بر روی کیفیت زندگی دارد و به دلیل همپوشانی علایم افسردگی و بیماری کمتر تشخیص داده می­شود، لذا افسردگی منجر به از دست رفتن نقش فرد درمحیط خانواده، محل کار و کاهش تحرک و مهارتهای فیزیکی و توانایی- های شناختی و جسمی می­گردد]26و27 [. به طوری که روکا[[4]](#footnote-4) و همکارانش (2001) می­نویسد که ناامیدی و به دنبال آن افسردگی یک پیامد شایع در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه و تحت درمان با درمانهای جایگزین می­باشد که با بررسی میزان امید و افزایش آن باید تا حدی از بروز افسردگی جلوگیری کرد]28 [. گروه درمانی از جمله خدمات بازتوانی روانی- اجتماعی است که در آن افراد مبتلا به ناراحتی های عاطفی که به دقت انتخاب شده اند با هدایت درمانگر آموزش دیده ، در گروهی شرکت می­کنند و تعاملات این گروه در جهت اصلاح می باشد] 29[. مطالعه ای که در سال 2007 انجام شد، نشان داد بیماران همودیالیزی شرکت کننده در گروه درمانی در مقایسه با گروه کنترل پیشرفت بهتری داشته اند]30[ . همچنین در مطالعه چن[[5]](#footnote-5) و همکارا ن (2008) در مورد تاثیر گروه درمانی شناختی – رفتاری بر مشکلات بیماران همودیالیزی مشخص گردید، مراقبت از خود، خودکار آمدی، کیفیت زندگی و کیفیت خواب در بیماران به طور معنا داری در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است]31[. مطالعه احمدوند و همکاران( 2012) نیز نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری به میزان قابل توجهی موجب کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران همودیالیزی شده است]32[. در چند دهه اخیر توجه ویژه ای به بررسی فراوانی افسردگی و عوارض وابسته به آن در بیماران همودیالیزی شده است. براساس این مطالعات ، افسردگی شایع ترین اختلال روانی در این بیماران می­باشد که باعث افزایش مرگ و میر آنان شده و پیش آگهی بیماران را بدتر می­کند]33[. درایر[[6]](#footnote-6) و همکاران(2006) مرگ و میر بیماران همودیالیزی افسرده را تا 4برابر بیماران همودیالیزی غیر افسرده گزارش نموده اند]34 [. البته امید نیز به عنوان نمادی از سلامت روحی مددجو می­تواند در بررسی های پرستاری و کاهش افسردگی این بیماران مدنظر واقع شود]35 [با توجه به اینکه درمان همودیالیز در دراز مدت زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار می­دهد، به طوری که اکثریت بیماران همودیالیزی سبک زندگی غیر فعال دارند همچنین همودیالیز در وضعیت خوابیده به پشت اجرا می­شود و فرد تقریبا 800 ساعت در سال را بدون فعالیت جسمانی می­گذراند بنابراین عوارضی همچون ضعف عضلانی و کاهش قدرت عضلانی را در پی دارد] 24 .[هنریکو[[7]](#footnote-7)و همکاران (2010) نیز نشان دادند که تمرینات هوازی باعث بهبود ظرفیت جسمانی و کاهش فشار خون و بهبود کیفیت زندگی بیماران همو دیالیزی شده است]23[ . لذا تمرینات بدنی به عنوان یکی از مداخلات درمانی می­تواند در بیماران همودیالیزی موجب بروز آثار سودمند جسمی، روانی و اجتماعی گردد و راهی برای حفظ استقامت جسمانی ، عملکرد مستقل و کمک به بهبود کیفیت زندگی بیمار باشد که نه تنها فواید شخصی، بلکه فواید اجتماعی را به دنبال داشته باشد]24.[ با توجه به مطالب بیان شده و اینکه بیماران تحت درمان با همودیالیز به دلیل داشتن درمانهای دارویی متعدد، برنامه غذایی خاص و کسب توانایی لازم در سازگاری با ناتوانی های جسمی و روحی نیازمند آموزش ویژه و مستمر هستند لذا به نظر می­رسد کنترل مشکلات و عوارض بیماری و بهبود کیفیت زندگی این بیماران نیازمند مشارکت بیمار و تیم مراقبت و درمان (به خصوص پرستاران) است و انجام بازتوانی می­تواند تاثیر مثبتی در این بیماران داشته باشد. در واقع هدف از بازتوانی این بیماران، توسعه و اصلاح کیفیت زندگی طبیعی و نزدیک به طبیعی است]36 [.

بنابراین باوجود پیشرفتهای بسیاری که در زمینه درمان بیماران نارسایی مزمن کلیوی انجام شده است تا کنون تحقیقات فقط در مورد تاثیر آموزش یا بررسی افسردگی و اضطراب و.... بوده است و پژوهش­های اندکی در مورد بازتوانی انجام شده است، لذا تحقیق حاضر با هدف بررسی تاثیر بازتوانی بر روی کیفیت زندگی، میزان امید و افسردگی بیماران همودیالیزی انجام شد.

- زمان زاده و. تاثیر تمرینات بدنی بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز-1387؛(1) 3: 5-51.

**اهداف**

**3-1-1. هدف کلی**: تعیین تاثیر اجرای برنامه بازتوانی بر کیفیت زندگی، میزان امید و افسردگی در بیماران همودیالیزی

**3-1-2. اهداف جزیی:**

1. تعیین و مقایسه میزان کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بیماران همودیالیزی قبل و بعد از برنامه بازتوانی
2. تعیین و مقایسه میزان امید بیماران همودیالیزی قبل و بعد از برنامه بازتوانی
3. تعیین و مقایسه میزان افسردگی در بیماران همودیالیزی قبل و بعد از برنامه بازتوانی
4. تعیین ارتباط بین میزان کیفیت زندگی و میزان امید در بیماران همو دیالیزی
5. تعیین ارتباط بین میزان کیفیت زندگی و افسردگی در بیماران همو دیالیزی
6. تعیین ارتباط بین میزان امید و افسردگی در بیماران همودیالیزی

**3-1-3. فرضيات پژوهش با توجه به اهداف طرح:**

* + - 1. برنامه بازتوانی میزان کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را افزایش می­دهد.
      2. برنامه بازتوانی میزان امید بیماران همودیالیزی را افزایش می­دهد.
      3. برنامه بازتوانی میزان افسردگی بیماران همودیالیزی را کاهش می­دهد.
      4. افزایش میزان کیفیت زندگی، میزان امید بیماران همودیالیزی را افزایش می­دهد.
      5. افزایش میزان کیفیت زندگی میزان افسردگی بیماران همودیالیزی را کاهش می­دهد.
      6. افزایش میزان امید میزان افسردگی بیماران همودیالیزی را کاهش می­دهد.

**3-1-4.پیش فرض ها:**

1. از شایعترین مشکلات روان شناختی بیماران همودیالیزی افسردگی و خودکشی است]42[.
2. برنامه توانبخشی کلیه بایستی باعث ایجاد انگیزه و بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی شود]46[ .
3. ورزش باعث کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی می­شود]75و76[.
4. توانمند سازی بیماران همودیالیزی باعث افزایش دانش و خودآگاهی و افزایش سلامتی می­شود] 94 .[
5. مشاوره های تغذیه در بیماران همودیالیزی باعث جلوگیری و به حداقل رساندن سوخت وساز و پیشرفت بیماری می­شود]55[ .
6. پرستاران در تسهیل بینش و رفتارهای بیمار جهت بهبود مراقبت از خود موثرند]94[ .
7. بیشترین استرس بیماران همودیالیزی مربوط به تغییر در مسئولیتهای اجتماعی و عدم اطمینان در مورد آینده است]55 [.

**3-1-5. تعریف نظری واژه ها:**

1) بازتوانی: فرآیندی است که در آن به فرد توانخواه کمک می‌شود تا توانایی از دست رفته خود پس از یک واقعه، بیماری یا آسیبی را که منجر به محدودیت عملکردی وی شده است مجدداً به دست آورد]122[.

2) کیفیت زندگی: ادراک افراد از موقعيتشان در زندگي ، در متن فرهنگ و نظام هاي ارزشي که در آن زندگي مي کنند و در ارتباط بااهداف ، انتظارات ، ارتباطات و نيازهايشان است]123[.

3) امید: امید داشتن باور به نتیجه مثبت اتفاقها یا شرایط، در زندگی می‌باشد. امید احساسی است دربارة اینکه می‌توانیم آنچه را که می­خواهیم، داشته باشیم یا یک اتفاق، بهترین نتیجه را برای ما خواهد داشت]124[.

4) افسردگی: افسردگی پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای زندگی است. عدم موفقیت در تحصیل یا کار، از دست دادن یکی از عزیزان و آگاهی از اینکه بیماری یا پیری توا ن ما را تحلیل می‌برد و … از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب موجب بروز ا فسردگی می‌شوند]125[.

5) مکانوتراپی[[8]](#footnote-8): مکانو تراپی روش و سبک پیاده سازی تمرینات خاص ورزشی با بهره گیری از وسایل و تجهیزات ویژه برای آسیب های مفصلی و عضلانی می باشد]126[.

6) شناخت درمانی: شناخت درمانی یکی از روشهای روان درمانی است که در سطوح مختلف به حل مشکلات روانی افراد می‌پردازد. این رویکرد درمانی و اصول و تکنیکهای آن مبتنی بر روانشناسی شناختی است. که اهمیت زیادی بر شناختها و افکار انسان قائل هستند و نوع این افکار و شناختها را در سلامت یا عدم سلامت روان بسیار سهیم می‌دانند. بر این اساس در جریان شناخت در مکانی ، شناخت درمانگر تلاش دارد با شناخت افکار و باورهای فرد به تصحیح آنها بپردازد و فرد را در داشتن شناختهای مفیدتر یاری دهد]127[.

7) فیزیوتراپی: یکی از حیطه های علم پزشکی است که هدف آن پیشگیری از بیماریها و درمان، توانبخشی ارتقا عملکرد جسمانی بدن و بالابردن سطح سلامت می باشد]128[.

8) تغذیه درمانی: استفاده از علم تغذیه در ارتقا سلامت، رفاه و بهبود مراقبتهای فردی می­باشدکه به ارزیابی و شناسایی عدم تعادلات تغذیه ای در شیوه زندگی افراد می پردازد که منجر به تنظیم رژیم غذایی و حفظ تعادل آن می­­شود]129[.

9) مراقبت از خود: فعالیتهایی که شخص برای حفظ یا ارتقای زندگی، سلامتی، خوب بودن و پیشگیری و درمان بیماری خود انجام می­دهد]89[.

**3-1-6. تعریف عملی واژه ها:**

1. بازتوانی: منظور از بازتوانی فرآیندی است که در آن بیماران همودیالیزی توانایی جسمی، روحی و روانی از دست رفته خود را از طریق اجرای برنامه های فیزیوتراپی ، شناخت درمانی، تغذیه درمانی و مراقبت از خود بدست آورند که با مشارکت متخصصین رشته های فیزیوتراپی، روانشناسی بالینی و پرستار ویژه طبق برنامه اجرا شد.
2. کیفیت زندگی: با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس نسخه دیالیز اندازه گیری شد. این پرسشنامه دارای2 قسمت است قسمت اول سوال هایی است که رضایت بیماران را اندازه گیری می­کند و قسمت دوم میزان اهمیتی که آنها برای هریک از سوال ها قایل هستند . این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت6 گزینه ای در قسمت اول از خیلی راضی با 6 نمره تا خیلی ناراضی با 1 نمره و در قسمت دوم از خیلی بی اهمیت با یک نمره تا خیلی مهم با 6نمره درجه بندی می­شود و شامل 68 سوال است(هرقسمت دارای 34 سوال) و سوالات هردو قسمت مشابه یکدیگر می­باشد. این ابزار چهار بعد کیفیت زندگی که شامل: سلامتی و عملکرد (14سوال)، اقتصادی-اجتماعی (8 سوال)، روانی معنوی(7سوال) ، خانوادگی(5 سوال) را مورد سنجش قرار می­دهد.
3. امید: پرسشنامه شاخص امید هرث شامل 12سوال، امید بیماران را می­سنجید. هر سوال از 1تا4نمره گذاری شده است. نمره کل شامل 12تا 48 می­باشد لذا هرچه نمره بالاتر باشد میزان امید بالاتر است.
4. افسردگی : افسردگی بیماران توسط پرسشنامه افسردگی بک برای تعیین سطح افسردگی تدارک دیده شده بود که دارای 21سوال 4گزینه ای با نمره بین صفر تا 3 می­باشد مجموع نمرات می­تواند بین صفر تا 63متغیر باشد نمرات بین صفر تا 13دارای کمترین افسردگی، 19-14افسردگی خفیف، 28 -20افسردگی متوسط، 29- 63 افسردگی شدید.
5. فیزیوتراپی: تمرین درمانی با استفاده از چرخ شانه، دوچرخه ثابت، ترکشن کمر و گردن، صندلی کواردریسپس که توسط کارشناس فیزیوتراپی در کلینیک خصوصی فیزیوتراپی در عصر روزهای بعد از همودیالیز طی 8 جلسه (یک ساعت در هر هفته) انجام شد.
6. برنامه روان درمانی : برنامه روان درمانی به صورت جلسات گروه درمانی شناختی بر اساس نظریه شناخت درمانی بک جهت بهبود علائم افسردگی در گروه های 8-7نفره هر هفته یک جلسه توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی براساس بسته آموزشی درعصر روزهای بعد همودیالیزدر کلینیک خصوصی روانشناسی انجام شد.
7. تغذیه درمانی: برنامه تغذیه درمانی توسط پژوهشگر(پرستار ویژه) به صورت جلسات یک ساعته و گروهی( 8 هفته ) در بخش و حین همودیالیز بر اساس بسته آموزشی انجام می­شد. رئوس مطالب آموزشی شامل(تغذیه درمانی، علل بی اشتهایی و درمان آن، بررسی علل و عوارض سوتغذیه، چگونگی رعایت رژیم غذایی مناسب، محدودیت مصرف نمک و پتاسیم و فسفر، تنظیم مایعات مصرفی روزانه، مصرف غذاهای جایگزین، کنترل عوامل موثر بر هیپرلپیدمی، مصرف ویتامینها، مصرف پروتئینها...) بود.
8. مراقبت از خود : برنامه مراقبت از خود توسط پژوهشگر(پرستار ویژه) به صورت جلسات یک ساعته و گروهی (8 هفته) در بخش همودیالیز و حین همودیالیز براساس بسته آموزشی انجام می­شد. رئوس مطالب آموزشی شامل (مراقبت از راه عروقی، مراقبت از پوست، مشکلات جنسی ،ورزش، خواب و افسردگی، مصرف داروهاو....) بود.

**3-1-7. نوع مطالعه:**

نیمه تجربی از نوع قبل و بعد

**3-1-8 .جامعه مورد مطالعه :**

کلیه بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به مرکز همودیالیز بیمارستان حضرت رسول(ص) جوانرود در سال 1391-92 جامعه مورد مطالعه را تشکیل دادند.

**3-1-9. نمونه گیری:**

نمونه گیری به روش غیر احتمالی بر اساس معیارهای ورود به مطالعه بود .

**3-1-10. حجم نمونه** :

با توجه به اختلاف استاندارد شده 95/0 و قدرت 80%در سطح معناداری 05/0 ، با استفاده از نمودار آلتمن حدود 30بیمار تعیین گردید.

**3-1-11 . معیارهای ورود بیماران**:

انجام همو دیالیز حداقل یکبار در هفته به مدت 3-4ساعت

گذشت حداقل 6 ماه از انجام همو دیالیز

شرایط جسمانی مناسب

تمایل به شرکت در کلاسهای آموزشی و برنامه توانبخشی

عدم دریافت آموزش رسمی درباره مراقبت از خود

عدم ابتلا به اختلالات شناختی، شنوایی، بینایی

عدم ابتلا به ختلالات شدید روانی(با تایید روانشناس بالینی)

عدم سابقه مصرف داروهای اعصاب و روان

**3-1-12. معیارهای خروج شامل:**

مهاجرت بیماران

تغییر در رویه درمان( پیوند کلیه ، دیالیز صفاقی)

عدم تمایل به ادامه همکاری و ندادن اطلاعات

بحرانهای شدید خانوادگی و اجتماعی (از دست دادن افراد درجه یک خانواده، شغل، متارکه، ترک تحصیل)

شرکت در سایر برنامه های آموزشی و توانبخشی

**3-1-13 . روش اجرا:**

پس از انتخاب بیماران برحسب معیارهای ورود و بیان اهداف پژوهش برای بیماران و اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه ، فرم مشخصات فردی ( شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، سابقه همودیالیز ) و پرسشنامه های استاندارد توسط کمک پژوهشگر ( پرستار آموزش دیده) طی مصاحبه با بیمار تکمیل گردید. سپس بیماران در طی 8 هفته تحت 8 جلسه برنامه فیزیوتراپی ، 8 جلسه روان درمانی و 8 جلسه تغذیه درمانی و مراقبت از خود (هر هفته یک جلسه ) قرار گرفتند. بعد از برنامه بازتوانی مجددا پرسشنامه ها تکمیل گردید.

**ابزارهای گردآوری داده ها : 3-1-14.**

ابزار گرد آوری داده ها شامل پرسشنامه های کیفیت زندگی (ضمیمه الف)، شاخص امید هرث،(ضمیمه ب) پرسشنامه افسردگی بک (ضمیمه ج)، فرم مشخصات فردی (ضمیمه د) بود.

**3-1-14-1. پرسشنامه کیفیت زندگی** فرانس و پاورس[[9]](#footnote-9) نسخه دیالیز دارای 2 قسمت است. قسمت اول گویه هایی است که رضایت بیماران را اندازه گیری می­کند و قسمت دوم میزان اهمیتی که آنها برای هریک از گویه ها قایل هستند . این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت6گزینه ای در قسمت اول از خیلی راضی با 6 نمره تا خیلی ناراضی با 1نمره و در قسمت دوم از خیلی بی اهمیت با یک نمره تا خیلی مهم با 6نمره درجه بندی می­شود و شامل 68 گویه است (هرقسمت دارای 34 گویه) و گویه های هردو قسمت مشابه یکدیگر می­باشد. این ابزار چهار بعد کیفیت زندگی که شامل: سلامتی و عملکرد (14گویه)، اقتصادی اجتماعی (8گویه)، روانی معنوی(7گویه) ، خانوادگی(5گویه) را مورد سنجش قرار می­دهد. نمره کیفیت زندگی کل بر اساس راهنمای ابزار استاندارد شده بدین ترتیب محاسبه می­شود که از پاسخ افراد به هریک از موارد در قسمت رضایت، عدد 5/3کم شده طیف نمره ها بین 5/2- تا5/2+ بدست می آید سپس نمره بدست آمده در مورد هر گویه در قسمت رضایت، در پاسخ های مربوط به همان عبارت در قسمت اهمیت ضرب می­شود سپس تمام جوابهای بدست آمده از 34سوال با یکدیگر جمع می­شود و سپس عدد 15به هریک از اعداد محاسبه شده اضافه می­شود . طیف نمرات کیفیت زندگی بین 0-30می­باشد کل امتیاز کسب شده از کیفیت زندگی در سه گروه مطلوب، نسبتا مطلوب، نامطلوب طبقه بندی شده است. به این صورت که اعداد بین 9-0 به عنوان کیفیت زندگی نامطلوب،19-10کیفیت زندگی نسبتا مطلوب، و اعداد بین 30-20کیفیت زندگی مطلوب در نظر گرفته شد پایایی ابزار توسط فرانس و پاورس در سال 1992 با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 93/0گزارش شده است . در مطالعه رامبد نیز روایی ابزار از طريق اعتبار محتوا و پایایی آن به روش آزمون- آزمون مجدد تایید گردید )90/0r = )]130[.

**3-1-14-2. پرسشنامه شاخص امید هرث[[10]](#footnote-10)** شامل 12سوال می­باشد که هر سوال از 1تا4نمره گذاری شده است. نمره کل شامل 12تا 48 می­باشد لذا هرچه نمره بالاتر باشد میزان امید بالاتر است. عبدی و آقا حسینی اعتماد علمی ابزار را 91/0 گزارش کردند]131،118[.

**3-1-14-3. پرسشنامه افسردگی بک**[[11]](#footnote-11) برای تعیین سطح افسردگی تدارک دیده شده است که دارای 21سوال 4گزینه ای با نمره بین صفر تا 3 می­باشد مجموع نمرات می­تواند بین صفر تا 63متغیر باشدباید توجه داشت که نمره کمتر از چهار، نشان‌دهنده انکار احتمالی افسردگی، وانمود خوب و نمره‌ های کمتر از حد معمول، حتی برای افراد سالم است. از طرف دیگر نمره‌ های بسیار بالا حتی در میان افراد به شدت افسرده، حاکی از اغراق احتمالی افسردگی یا احتمال وجود اختلال ‌های شخصیت نمایشی یا مرزی است. نمره هجده از طرف بعضی از پژوهش‌گران به عنوان نقطه برش پیشنهاد شده و گفته شده است که این نمره، تقریبا 92 درصد از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده را به درستی تشخیص داده و طبقه‌بندی می‌کند. نمرات بین صفر تا 13دارای کمترین افسردگی، 19-14 افسردگی خفیف، 28-20 افسردگی متوسط، 29-63 افسردگی شدید. بختیاری وهمکاران ضریب پایایی این ابزار را 83/0 گزارش نمودند[132] .

**برنامه فیزیوتراپی:**

در هر جلسه یک ساعت تمرین درمانی که شامل بازتوانی عضلانی توسط چرخ شانه ( به استثنا دست فیستول دار) دوچرخه ثابت، ترکشن کمر و گردن، صندلی کواردریسپس) توسط کارشناس فیزیوتراپی در کلینیک خصوصی فیزیوتراپی در عصر روزهای بعد از همودیالیز انجام شد. در جلسه اول فیزیوتراپ هر بیمار را به صورت فردی از نظر محدودیتهای حرکتی و مشکلات حرکتی با استفاده از آزمایشهای خاص و اندازه گیری و ارزیابی نتایج معاینات بررسی نمود، سپس نقص های حرکتی و عضلانی تشخیص داده شد و برنامه ریزی جلسات و انتخاب وسیله مناسب برای انجام فیزیوتراپی توسط فیزیوتراپ انجام شد سپس بیماران در طی 8 هفته هر هفته یک جلسه یک ساعته با استفاده از وسایل فیزیکی و مکانیکی تحت فیزیوتراپی با نظارت فیزیوتراپ قرار گرفتند و در پایان هر جلسه میزان پیشبرد بیماران ارزیابی و 3حرکت ورزشی به همراه دوره تکرار و شدت آن به صورت پمفلت آموزشی در اختیار بیماران قرار گرفت.

**برنامه روان درمانی:**

برنامه روان درمانی به صورت جلسات گروه درمانی شناختی بر اساس نظریه شناخت درمانی بک و با استفاده از بسته آموزشی انجام شد . جهت بهبود علائم افسردگی جلسات در گروه های 8-7 نفره مختلط از زن و مرد ، در طول 8 جلسه در مدت 2ماه ، هفته ای یک جلسه یک ساعته توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی در عصر روزهای بعد همودیالیز در کلینیک خصوصی روانشناسی انجام شد. محورهای مورد بحث شامل بررسی افکار و باورهای بیماران ، شناسایی تفکرات ، آموزش بایدها و نبایدها، آشنا کردن فرد با تفکرات منطقی ، تعمیم مهارتهای کسب شده به کل موقعیتهای زندگی براساس بسته آموزشی بود. در پایان هر جلسه آموزشی نیز به بحث و گفتگو با بیماران به صورت دسته جمعی پرداخته شد. در جلسه اول به بحث در مورد نحوه سپری کردن هفته جاری برای آشنایی با تقا بلات خانوادگی و آشنایی اولیه با افکار بیماران، و در جلسه دوم به بیان افکار منفی و نحوه شناسایی آنها و اثر آنها بر زندگی پرداخته شد و در پایان جلسه از بیماران خواسته شد افکار منفی خود و نحوه برخورد با آنها را بیان کنند. در شروع جلسه سوم پرسش در مورد افکار منفی و راهکارهای مناسب برخورد با آن که در طی هفته اتفاق افتاده بود از هر بیمار سوال شد و سپس به شناسایی تفکرات دو بخشی و آثار منفی آن پرداخته شد. در جلسه چهارم مروری بر مطالب جلسات قبل و سپس به بیان باید ها و نبایدها و تاکید بر بیان احساسات پرداخته شد. در جلسه پنجم نحوه آشنایی با خطاهای شناختی و استفاده از کلمه بهتر است یا ان شاء الله در رویارویی با این افکار آموزش داده شد. در جلسه ششم به بحث افکار تساوی گونه و آموزش اینکه در دنیای حاضر چیزی تحت عنوان مساوی بودن وجود ندارد، پرداخته شد و بیماران مثال هایی در این رابطه ارائه دادند. در جلسه هفتم مطالبی در رابطه با آموزش خطاهای شناختی ، تعمیم مبالغه آمیز و پرسش و پاسخ در رابطه با نحوه برخورد با این افکار ارائه شد. درجلسه هشتم جلسات قبلی مرور و لزوم تعمیم آنها در زندگی تاکید شد.

**برنامه تغذیه درمانی و مراقبت از خود:**

محورهای مورد توجه در برنامه تغذیه درمانی شامل اهداف تغذیه درمانی، علل بی اشتهایی و درمان آن، بررسی علل و عوارض سوتغذیه، چگونگی رعایت رژیم غذایی مناسب، محدودیت مصرف نمک و پتاسیم و فسفر، تنظیم مایعات مصرفی روزانه، مصرف غذاهای جایگزین، کنترل عوامل موثر بر هیپرلپیدمی، مصرف ویتامینها، مصرف پروتئینها بود همچنین محورهای برنامه مراقبت از خود شامل چگونگی رعایت رژیم دارویی تجویز شده، تنظیم زمان استفاده از داروها، چگونگی تحرک فیزیکی، مراقبت از فیستول و کاتتر مرکزی، اختلالات خواب، مراقبت از پوست بود که همه محورهای فوق در بسته آموزشی برگرفته از کتب علمی مورد تایید اداره پیوند و بیماریهای خاص وزارت بهداشت و کتب پرستاری تهیه گردید و کلاسهای آموزشی به صورت گروههای 8- 7نفره مختلط از زن و مرد به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ و بارش افکار توسط پژوهشگر(پرستار ویژه) در بخش و حین همودیالیز انجام شد. در جلسات آموزشی تا حد امکان آموزشها به صورت ساده، قابل درک و بدون استفاده از اصطلاحات پزشکی و تخصصی ارایه شد. در پایان هرجلسه از بیماران خواسته شد اصولی را که آموزش می بینند در زمان حضور در منزل به کار گیرند. در همین راستا مطالب آموزشی مطرح شده در پایان هر جلسه به صورت مدون، به شکل پمفلت آموزشی در اختیار بیماران گذاشته شد**.** بر اساس بسته آموزشی در جلسه اول مطالبی در رابطه با علل محدودیتهای تغذیه ای در بیماران همودیالیزی، عوارض عدم ایجاد تعادل در مواد غذایی و عوارض سوتغذیه و سپس بحث و گفتگو در رابطه با مصرف پروتئین در حد مجاز، آشنایی با انواع پروتئینهای مرغوب و نامرغوب و میزان پروتئین مجاز و نحوه مراقبت از راه عروقی آموزش داده شد. در جلسه دوم به مصرف سدیم در حدمجاز ، آشنایی با مواد غذایی با سطح سدیم بالا و معرفی جایگزین های طعم دهنده غذا ارائه شد و در پایان از بیماران خواسته شد علائم تجمع آب و نمک در بدن و عوارض آن و نحوه مراقبت از پوست را بیان نمایند. در جلسه سوم به آشنایی با پتاسیم و علل محدودیت آن در رژیم غذایی و تقسیم بندی سبزیجات و میوه هادر سه سطح کم پتاسیم ، متوسط پتاسیم و پر پتاسیم پرداخته شد، سپس به بیماران روشهای مختلف پخت و پز سبزیجات و حبوبات جهت کاهش سطح پتاسیم آموزش داده شد و در پایان مشکلات جنسی به دنبال همودیالیز بیان شد. در جلسه چهارم به آشنایی بیماران با فسفر و مشکلات ناشی از افزایش فسفر در بدن و بیان موادغذایی با فسفر بالا و پایین پرداخته شد و در پایان مطالب بیان شده درطول 4هفته مرور شد. در جلسه پنجم بیماران با نحوه اندازه گیری میزان مصرف مایعات و راههای کاهش تشنگی و مصرف داروها آشنا شدند و در پایان از بیماران خواسته شد میزان مجاز اضافه وزن بین دوجلسه دیالیز را بیان کنند. در جلسه ششم و هفتم انواع چربی ها و ویتامین و میزان مصرف مجاز و عوارض ناشی از مصرف فراوان آنها توضیح داده شد. در جلسه هشتم به اختلالات خواب و علل بروز افسردگی در بیماران همودیالیزی و راهکارهای مناسب جهت کاهش این مشکلات پرداخته شد.

**3-1-15. روش تجزيه و تحليل اطلاعات**:

از روشهای آمار توصیفی(میانگین و انحراف معیار و درصدهای فراوانی) جهت توصیف داده ها استفاده شد. جهت مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی، میزان امید و افسردگی قبل و بعد از برنامه آموزشی از آزمون تی زوجی[[12]](#footnote-12) استفاده شد . همچنین جهت بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی با میزان امید و افسردگی از ضریب همبستگی پیرسون یا معادل نان پارامتریک آن (ضریب همبستگی اسپیرمن)استفاده شد.

2-Brawnwald E.Harrison Principle of internal medicine.18th ed.New York:McGrow Hill Company;2010,p.1561-1570.

3-Denhaerynck K,Manhaeve D,Dobbels F,Garzoni D,Nolti CH,Geast S.prevalence and con sequenc e of nonadherence to hemodialysis regimes.Ame J Crit Care 2007;16(3):221-236.

4-Abbasi M ,Mirzaie A,Mosavi Movahed S ,Sheoree A,Norozzadeh R.The effects of education methods on changes of body weight and some of serum indinces in hemodialysis patients referred to Qom Kamkar hospital in 2007.Qom Uni Med Sci J 2007;1(3):47-52.

5-Barsoum RS.chronic kidney disease in the developing world.The New England Journal of medicine 2006;354:997-99.

6-http://www.vision-fmc.com/I/pazienti-esrd.html 5/10/2013.

7- Ghasemi M. Daily 30 to 40 people will be added to the renal patient.Available at:http://www.farsnews.com/newstext.Accessibility verified December22,2012.

8- Ghasemi M. Dialysis patients died in the year 1500. Available at: http//hamshahrionline.ir/details/96121 /Health/diseases. Accessibility verified December22,2012.

9-Ganji MR . Increase in kidney disease in iran.Available at:http://www.mehrnews.com/detail/news/.Accessibility verified June 7,2014.

10-Rajlani H. Iran's population growth rate of dialysis . Available at: http//www.asriran.com/fa/news/325132.Accessibility verified June 7,2014.

11-Chojak K, Smolenski O, Milkowski A, Pitrowski W. The effects of 6-month physical training conducted during hemodialysis in ESRD patients. Med Rehabil 2006; 10(2): 25-4.

12-Tgay S,Kribben A,Hohenstein A,Mewes R,Senf w.Post traumatic stress disorder in hemo dialysis patients. Am J Kidney Dis 2007;50(4):594-601.

13-Smeltzer SC,Bare B.Brunner& suddarths textbook of medical-surgical-nursing 2013.20th ed.

14- عشوندی خ .بررسی تاثیر آموزش مراقبت از خود بر کاهش مشکلات بیماران همودیالیزی .پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری ،تهران، دانشگاه تربیت مدرس-دانشکده علوم پزشکی-1373.

15-Kimmel PL.Psychosocial factors in dialysis patients.Nephrology forum.kidney Int 2001;59:1599-1603.

16-Rahnavard Z,Zolfaghari M,Kazem Nejad A,Hatami KH.Quality Of Life and determinants in patients with congestive heart failure.Journal of nursing and midwifery (Hayat) 2006;12(1):77-86.

17-Croog SH,Levine S.Quality of life and health care evaluations.In:Freeman HE,Levine S,Englewood Cliffs NJ.Handbook of Medical sociology,4th ed.Prentice Hall:1989.p 508-28.

18-Steele TE,Baltimore DM,Finkelstein SH,Juergensen PA,Kliger AS,Finkelstein FO.Quality life inperitoneal dialysis patients.J Nerv Ment Dis.1996;184(6):368-74.

19-Carr AJ,Gibson B,Robinson PG.Measuring quality of life :Is quality of life determined by expectations or experience?Br Med J.2001;322(7296):1240-1243.

20-Sayin A,Mutluay R,Sindel S.Quality of life in hemodialysis,peritoneal dialysis and transplantation patients.Kidney Transplant.2007;10(39):3047-3053.

21-Kutner NG,Quality Of Life and Daily Hemodialysis 2004; 17(2):92-8.

22-Nazemian F,Ghafari F,Porghaznin T.Effect Depression and Anxity in Hemodialysis Patients.Med J Mashhad Uni Med Sci 2008;51(3):171-6. 23-Henrique DM, Reboredo Mde M, Chaoubah A, Paula RB. Aerobic exercise improves physical capacity in patients under chronic hemodialysis. Arq Bras Cardiol. 2010; 94(6):823-8.

24-Konstantina H,Stanton M,Newman L,Michael J.Acute neuropsychology change in hemodialysis and peritoneal dialysis patient.Health Psychology2003;22(6).570-578.

25-Navidian A, Arabbi sarjou A,Keykhaei A.Survey of Mental Problems of Hemodialysis of the dialysis Ward of Zahedan,s Hatamolabia Hospital.J Gilan University Med Sciences 2007;15(58):61-67.

26- Kimmel pL.Depression in patients with chronic renal disease : what we know and what we need to know.journal of psychosomatic research 2002;53(4):951-956.

27-Kouidi E.Health-related quality of life in end stage renal disease patients:the effects of renal rehabilitation.Clinical Nephrology 2004;61(1):60-71.

28-Rocha CE.Polide Figueriedo,D.Saitovitch,D.Depressive Symptoms and kidney transplant out come.transplantation proceeding,2001;33(7-8):3424.

29- Kaplan H,Sadouk BJ.Synopsis of psychiatry .Rafiee H,Razaee F, Translator Tehran: Arjmand pub 2000.p:449-450.

30- Cohen SD,Norris L,Acquariva K,Peterson RA,Kimmel PL.Screening.Diagnosis,and Treatment of Depression in patients with End-Stage Renal DISease.Clin J Am Soc Nephrol 2007;2(6): 1332-1342.

31-Chen HY,Chiang CK,Wang HH,Hung KY,Lee YJ.Congnitive Behavioral Therapy for Sleep Disturbance in Patients Under Going Peritoneal dialysis: A Pilot Randomized Controlled Trial. Am J Kidney Dis 2008;52(2):314-23.

32-Ahmadvand A, Saei R, Sepehrmanesh Z, Ghanbari AR. The effect of Cognitive-behavioral Group Therapy on Anxiety and Depression Hemodialysis Patients in Kashan. Qom Uni Med Sci 2012;6 (1) 35 -39.

33-Cabness J,Freeman A,Root L.Two NKF-sponsored research project study depression in dialysis patients.Family Focuse2005;14:8-11.

34-Drayer RA,Piraino B,Raynolds CF,Houck PR,Mazumdar S,Bernardini J, etal.Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms,quality of life and mortality risk.Gen Hosp Psychiatry 2006;28(4):306-12.

35- پور غزنین ط، غفاری ف . بررسی ارتباط امید و عزت نفس درمددجویان گیرنده پیوند کلیه در بیمارستان امام رضا (ع) شهرمشهد سال1382-1381.مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی – درمانی شهید صدوقی یزد.بهار 1384. 13(1).61-57.

36-Sheikhol-Eslami F.Effect of Group Therapy on Anxiety of patients with cardiovascular Deasise in Selected Hospital of Esfahan University of medical Sciences. Scientific J Hamedan Univer Med Sci 2004;4(2):49-53.

37-Fliss E. M. Murtagh, Lewis M. Cohen, and Michael J. Germain. The ‘‘No Dialysis’’ Option. Advances in Chronic Kidney Disease2011; 18( 6 ): 443-449.

38- Chronic renal disease. Available at :http://www.nice.org.uk/guidance/cg73/resources/chronic-kidney-disease-costing-report2. Accessibility verified september 7,2012.

39- بیماریهای های کلیه هاریسون 2008 . مترجمین: حسن میرزایی بهار، ابراهیم پور محبوبه، چاپ دوم، تهران، انتشارت اندیشه رفیع، 1389، صفحه 138-113.

40- مبانی طب داخلی سیسیل 2010(ترجمه بخشی از کتاب بیماریهای کلیه). مترجمین: غضنفری نصر آباد مهدی، کیارودی محمد یاسر،چاپ اول، تهران، انتشارات اندیشه رفیع، 1390، صفحه 479-466.

41- Management of chronic kidney disease and referral to a specialist: Available at:http//www.pathways.nice.org. Accessibility verified 12

March 2013.

42- پرستار و نارسایی کلیوی. اداره پیوند و بیماریهای خاص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، چاپ چهارم، تهران، انتشارات تندیس، 1387، صفحه 80-60 .

43- O’Hare A M, Tawney K, Bacchetti P, Johansen KL. Decreased survival among sedentary patients undergoing dialysis: results from the dialysis morbidity and mortality study wave 2. Am. J. Kidney Dis 2003; 41:447-454.

44- ذاکری مقدم م، علی اضغر پور م . مراقبتهای پرستاری در بخشهای ویژه ..چاپ سوم، تهران، انتشارات اندیشه رفیع، 1384، صفحه 330-320.

45- Chronic Kidney Disease (CKD) and Diet: Assessment, Management, and Treatment Treating CKD Patients Who Are Not on Dialysis. developed by the National Kidney Disease Eartecation Program (NKDEP), is intended to help registered dietitians (RDs) provide effective medical nutrition therapy (MNT) to CKD patients who are not on dialysis.September 2011.

46- Yuk-Yee Ch, Ying-Fan W, Bonnie Y.C Ch, Woon L, Yiu-Wing Ho. Rehabilitating a dialysis patient. Peritoneal Dialysis International2003; 23 (2): 81-83.

47-Rehabilitation& Exercise for Renal Patients. Available at: http://www.renalresource.com/brochures/exercise.php .Accessibility verified Jun 10 ,2013.

48- Delgado C, Johansen K L. Barriers to exercise participation among dialysis patients. Nephrol Dial Transplant 2012; 27: 1152-1157.

49- Kohzuki M. Renal Rehabilitation: Difinition and Evidence. In: Kohzuki M,editor. Renal Rehabilitation. Ishiyaku Publishers, Inc, Tokyo2012;10-17.

50- Schatell D. Life options patient opinion study identifies keys to a long life for dialysys patients. Nephrol. News 1999; 13(13): 24-26.

51- محمدی شاهبلاغی ف ، مبانی نظری پرستاری توانبخشی. چاپ اول،تهران، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی،سال 1385، 60-61.

52- Forrest G, Nagao M, Iqbai N, Kakar R.Inpatient rehabilitation of patients requiring hemodialysis: improving efficiency of care. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2005;86:1949-1952.

53- Johansen KL. Exercise in the end-stage renal disease population. Am J Soc Nephrol 2007; 18: 1845-1854.

54- Kohzuki M, Sakata Y, Kawamura T, et al. A paradigm shift in rehabilitation medicine: from “adding life to years” to “adding life to years and years to life”.Asian J.Human Services 2012; 2: 1-8.

55- Jason A.Cardiac Rehabilitation in Patients with Chronic Kidney Disease.CICPR(Current Issues in Cardiac Rehabilitation and Prevention) jon 2008; 16 (2):11-13.

56- K/DOQI Workshop. K/DOQI clinical practice guidelines dor cardiovascular disease in dialysis patients. Am. J.KidneyDis2005;45(Supple3):SS153.,1.

57- Reddan DN, Szczech LA, Tuttle RH ,et al. Chronic kidney disease,

mortality, and treatment strategies among patients with clinically significant coronary artery disease. J Am Soc Nephrol 2003;4:2373-80.

58- Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC ,et al. Kidney disease as a risk

factor for development of cardiovascular disease:Circulatio2003;108:2154-69.

59- Nonoyama ML, Brooks D, Ponikvar A, Jassal SV, Kontos P, Devins GM, Spanjevic L,Heck C, Laprade J,Nagle G. Exercise Program to Enhance Physical Performance and Quality of Life of Older Hemodialysis Patients: A Feasibility Study. Int Urol Nephrol 2010; 42(4):1125-1130.

60- Chen JLT, Godfrey S, TT Ng, Moorthi R, Liangos O, Ruthazer R, Jaber BL, Levey A, Castenada-Sceppa C. Effect of Intra-dialytic, Low-Intensity Strength Training on Functional Capacity in Adult Hemodialysis Patients: A Randomized Pilot Trial. Nephrol Dial Transplant 2010 ;25(6):1936-1946.

61- Tae DJ, Park SH. Intradialytic Exercise Programs for Hemodialysis Patients. Chonnam Medical Journal 2011;47(2):61-65.

62- Overend T, Anderson C, Anuradha S, Perryman B, Locking-Cusolito H. Relative and Absolute Reliability of Physical Function Measures in People with End-stage Renal Disease. Physiother Can 2010; 62(2):122-128.

63- Anuradha S, Garland SJ, House AA, Overend TJ. Morphological, Electrophysicological and Metabolic Characteristics of Skeletal Muscle in People with ESRD: A Critical Rewiev. Physiother Can 2011;63(3):355-376.

64-Takhreem M.The Effectiveness of Intradialytic Exercise Prescription on Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease. The Medscape Journal of Medicine 2008;10(10):226.

65- Afshar R, Shegarfy L, Shavandi N, Sanavi S. Effects of Aerobic Exercise and Resistance Training on Lipids Profiles and Inflammation Status in Patients on Maintenance Hemodialysis. Indian J Nephrol 2010; 20(4):185-9.

66- Painter P, Carlson L, Carey S, Paul SM, Myll J. Physical Functioning and Health-Related Quality-of-Life Changes with Exercise Training in Hemodialysis Patients.American Journal of Kidney Diseases 2000;35:482-492.

67- Moore SC, Chow WH, Schatzkin A, Adams KF, Park Y, Ballard-Barbash R, Hollenbeck A, Leitzman MF. Physical Activity during Adulthood and Adolescence in Relation to Renal Cell Cancer. Am J Epidemiol 2008; 168 (2):149-157.

68- Carrero JJ, Chmielewski M, Axelsson J, Snaedal S, Heimburger O, Barany P, Suliman ME, Lindholm B, Stenvinkel P, Qureshi ARR.Muscle Atrophy, Inflammation and Clinical Outcome in Incident and Prevalent Dialysis Patients. Clin Nutr 2008;27:557-564.

69- Ikizler TA.Exercise as an Anabolic Intervention in ESRD Patients. J Ren Nutr 2011; 21(1) :52-56.

70- Kohl LM, Signori LU, Riberio RA, Silva AMV, Moreira PR, Dipp T, Sbruzzi G, Lukrafka JL, Plentz RDM. Prognostic value of the Six-minute Walk Test in End-stage Renal Disease Life Expectancy: A Prospective Cohort Study. Clinics 2012;67(6):581-586.

71- Painter P. Effects of Modality Change and Transplant on Peak Oxygen Uptake in Patients with Kidney Failure. Am J Kidney Dis 2011; 57(1): 113-122.

72- Gordon EJ, Prohaska T, Siminoff LA, Minich PJ, Sehgal AR. Needed: Tailored Exercise Regimen for Kidney Transplant Recipients. Am J Kidney Dis 2005; 45 (4):769-774.

73- Konstantinidou E. Exercise training in patients with end-stage renal disease on hemodialysis: comparison of three rehabilitation programs. J Rehabil Med2002;34:40-45.

74- Sietsema KE, Amato A, Adler SG, Brass EP. Exercise capacity as apredictor of survival among ambulatory patients with end-stage renaldisease. Kidney Int 2004;65:719-24.

75- Tentori, F., Slder, S. J., & Thumma, J. Physical exercise among participants in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS): correlates and associated outcomes. Nephrol. Dial. Transplant. 2010; 25: 3050-3062.

76- Kohzuki, M.Exercise therapy for dialysis patients. Jap J Clin Dial( in Japanese with English abstract) 2011;27: 1291-1298.

77- Parsons TL, Toffelmire EB, King-VanVlack CE. Exercise training during hemodialysis improves dialysis efficacy and physical performance. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation ;87(5):680-687.

78- Painter P, Moore G, Carlson L, Paul S, Myll J, Phillips W, Haskell W. Effects of exercise training plus normalization of hematocrit on exercise capacity and health-related quality of life. American Journal of Kidney Diseases ;39:257-265.

79- Boyce ML, Robergs RA, Avasthi PS ,et al. Exercise training by

individuals with predialysis renal failure: Cardiorespiratory endurance,

hypertension, and renal function. Am J Kidney Dis 1997;30:180-92.

80- Leikis MJ, McKenna MJ, Petersen AC, et al. Exercise performance falls over time in patients with chronic kidney disease despite maintenance of hemoglobin concentration. J Am Soc Nephrol 2006;1:488-95.

81- Balakrishan VS, Rao M, Menon V, Gordon PL, Pilichowska M, Castenada F, Castenada-Sceppa C. Resistance Training Increases Muscle Mitochondrial Biogenesis in Patients with Chronic Kidney Disease. Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5(6):996-1002.

82- Toyama K, Sugiyama S,Oka H, et al. (). Exercise therapy correlates with improving renal function through modifying lipid metabolism in patients with cardiovascular disease and chronic kidney disease. J Cardiol2010; 56:142-146.

83-Farction in ThreePatients with End-stage Renal Disease: A Case Series and Review. Journal of Clinical Rheumatatology 2009;15(2):81-84.

84- Huang GS, Chu TS, Lou MF, Hwang SL, Yang RS. Factors Associated with Low Bone Mass in the Hemodialysis Patients- A Cross-Sectional Correlation Study. BMC Musculoskeletal Disord 2009; 10:60.

85- Jhamb M, Argyropoulos C, Steel JL, Plantinga L, Wu AW, Fink NE,Powe NR, Meyer KB, Unruh ML.Correlates and Outcomes of Fatique among Incident Diaysis Patients.Clin J Am Soc Nephrol 2009; 4(11):1779-1786.

86- Delgado C, Johansen K L. Deficient counseling on physical activity among nephrologists. NephronClin. Pract 2010; 116:PP336- 330.

87- Eurofit for Adults. Assesment of Health-Related Fitness.Council of Europe, Committee for the Development of Sport and UKK Institute for Health Promotion Research 1995;5-104.

88- Sloane R, Snyder DC, Demark-Wahnefried W, Lobach D, Kraus W. Comparing the 7 Day PAR with a Triaxial Accelerometer for Measuring Time in Exercise. Med Sci Sports Exerc2009;41(6):1334-1340.

89- Dashiff CJ, Mccaleb A, Cull V. Self-care of young adolescents with type1diabetes. Journal Pediatr Nursing. 2006; 21(3):222-32.

90- وثوقي كركزلو ن، ابوطالبي درياسري ق، فراهاني ب، سجادي ا ، محمدنژاد ا. بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت. مراقبت هاي نوين، فصلنامه علمي-پژوهشي دانشكده پرستاري و مامايي دانشگاه علو م پزشكي بيرجند. 1390. 8(4) : 197- 204 .

91-Sajjadi1 M, Akbari A, Kianmehr M, Atarodi AR. The relationship between self-care and depression in patients undergoing hemodialysis. Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal 2008; 14( 1):13-18.

92-Baraz Sh, Mohammadi E, Boroumand B. The effect of self-care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients. Hayat J 2005; 11(24):51-62. (Persian)

93 -Naroie S, Naji SA, Abdeyazdan GH, Dadkani E. Effect of applying selfcare Orem model on quality of life in the patient under hemodialysis. Zahedan J Res Med Sci(ZJRMS) 2012; 14(1): 8-12.

94- Lan W, Jie D, Hong-Bin G, Tao W. empowerment of patients in the process ofrehabilitation.Peritoneal Dialysis International 2007; 27 (2):32-34.

95- Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Depression in end-stage renal disease: current advances and research. Seminars in Dialysis 2010;23(1):74-82.

96- Duarte PS, Miyazaki MC, Blay SL, Sesso R. Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. Kidney International 2009;76:414-421.

97-International encyclopedia of rehabilitation. Available at http://cirrie.buffalo.edu. Accessibility verified decamber 27,2012.

98- Johansen KL. Physical Functioning and Exercise Capacity in Patients on Dialysis. Adv Ren Replacement Therapy 1996;6(2):141-148.

99- Koh KP, Fasset RG, Sharman JE, Coombes JS, Wiiliams AD. Intradialytic Versus Home Based Exercise Training in Hemodialysis Patients. A Randomized Controlled Trial. BMC Nephrol 2009;10 :2.

100- Johansen KL, Painter PL, Sakkas GK, Gordon P, Doyle J, Shubert T. Effects of Resistance Exercise Training and Nandrolone Decanoate on Body Composition and Muscle Function among Patients Who Receive Hemodialysis: A Randomized, Controlled Trial. J Am Soc Nephrol 2006;17:2307-14.

101- Cheema B, Abas H, Smith B, O’Sullivan A, Chan M, Patwardhan A, Kelly J, Gillin A,Pang G, Lloyd B, Singh MF. Progressive Exercise for Anabolism in Kidney Disease(PEAK): A Randomized, Controlled Trial of Resistance Training during Hemodialysis.J Am Soc Nephrol 2007;18:1594-601.

102- Kopple JD, Wang H, Casaburi R, Fournier M, Lewis MI, Taylor W, Storer TW. Exercise in Maintenance Hemodialysis Patients Induces Transcriptional Changes in Genes Favoring Anabolic Muscle. J Am Soc Nephrol 2007;18:2975-86.

103- Yurdalan SU, Kondu S, Malkoç M. Assessment of Health-Related Fitness in the Patients with End-Stage Renal Disease on Hemodialysis: Using Eurofit Test Battery. Renal Failure 2007; 29:955-960.

104- Venkataraman R, Sanderson B, Bittner V. Outcomes in patients with chronic kidney disease undergoing cardiac rehabilitation. Am Heart J 2005;150:1140-46.

105- Kutner NG, Zhang R, Huang Y, Herzog CA. Cardiac rehabilitation and survival of dialysis patients after coronary bypass. J Am Soc Nephrol 2006;17:1175-80.

106- Bennett PN, Breugelmans L, Barnard R, Agius M, Chan D, Fraser D, McNeill L, Potter L. Sustaining a hemodialysis exercise program: a review. Seminars in Dialysis 2010;23(1):62-73.

107- Li M, Porter E, Lam R, Jassal SV. Quality improvement through the introduction of interdisciplinary geriatric hemodialysis rehabilitation care. American Journal of Kidney Diseases 2007;50:90-97.

108- Rostami M, Baraz Pordanjani Sh, Farzianpour F, Rasekh A . Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008. Journal of Arak University of Medical Sciences. Summer 2009; 12(2): 51-59.

109- حیدری م، شهبازی س. بررسی تأثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان. نشريه مركز تحقيقات مراقبتهاي پرستاري دانشگاه علوم پزشكي تهران(نشريه پرستاري ايران). ارديبهشت ماه ۱۳۹۱: ۲۵ (۷۵) :8-1.

110- براز ش، محمدي ع ، برومند ب. تأثير آموزش رژيم غذايي بر شاخص هاي آزمايشگاهي و اضافه وزن بين دو جلسه دياليز در بيماران تحت درمان با همودياليز نگه دارنده.مجله دانشگاه علوم پزشكي شهركرد بهار 1385. 8 (1). 27-20.

111-حبيب زاده ح ، داورپناه م ، خلخالي ح ر. بررسي ميزان تأثير به کارگيري مدل مراقبتي اورم بر سطح خودکارآمدي بيماران تحت همودياليزدر بيمارستان هاي آموزشي وابسته به دانشگاه علوم پزشکي اروميه در سال 1389. دوماهنامه دانشکده پرستاري و مامایی ارومیه خرداد و تیر 1391. 10(2) : 199-190.

112-Wicks MN, Bolden L, Mynatt S, Rice MC, Acchiardo SR. Insight Potentially Prevents and Treats Depressive and Anxiety Symptoms in Black Women Caring for Chronic Hemodialysis Recipients. Nephrol Nurs J 2007 Nov-dec;34(6):623-9.

113-Birinder SB, Osu, Ivan A, Chan M, Pa, et al. Progressive resistance training during hemodialysis: Rationale and method of a randomized-controlled trial. Hemodialysis International 2006; 10(3): 303-10.

114- Riahi Z , Esfarjani F, Marandi SM, Kalani N.The effect of intradialytic exercise training on the quality of life and fatigue in hemodialysis patients(persion) .   Journal of Research in Rehabilitation Sciences 2012;8(2):219.

115- فلاح ر،گلزاری م ، داستانی م ، ظهیرالدین ع.ر، موسوی س.م ، اکبری م.ا. اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی برارتقای امید وسلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله اندیشه و رفتار.بهار 1390. 5(19).80- 69.

116- قزلسفلو م ، اثباتی م. اثربخشی گروه درمانی امید محور بربهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت. مجله اندیشه و رفتار. زمستان 1390. 6(22).97- 89.

117- آقا باقری ح ، محمدخانی پ، عمرانی س، فرهمند و. اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی برحضور ذهن برافزایش بهزیستی ذهنی وامید بیماران مبتلا به ام اس. مجله روانشناسی بالینی. بهار1391. 4(1).31-23.

118- آقا حسینی ش، عبدالله زاده ف، اسودی کرمانی ا، رحمانی آ. رابطه آگاهی از تشخیص سرطان با امید دربیماران مبتلا به سرطان.مجله اخلاق وتاریخ پزشکی. پاییز1389. 3(5) .52-45.

119- فکری ک ، شفیع آبادی ع، ثنایی ذاکر ب ، حریرچی ا . اثربخشی روش تصورات ذهنی هدایت شده فردی بر میزان اضطراب و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. بهار1386.شماره31. 16-1.

120- غلامی م ، پاشا غ.ر ، سودانی م. اثربخشی آموزش معنادرمانی گروهی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران دختر تالاسمی. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. زمستان1388. شماره42. 45-25.

121- شعاع کاظمی م ، مومنی جاوید م . بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی. فصلنامه بیماریهای پستان ایران. پاییز و زمستان 1388. شماره سوم وچهارم .27-20.

122- Rehabilitation.Available at:http://www.fa.wikipedia.org/wiki/rehabilitation. Accessibility verified June 1,2014.

123-Mweemba P, Zeller R, Ludwick R, Gosnell D, Michelo C. Validation of the World Health Organization Quality of Life HIV instrument in a Zambian sample. J Assoc Nurses AIDS Care 2011; 22(1): 53-66.

124-Rustqen T,Wiklund I.Hope in newly diagnosed patients with cancer.cancer Nurs 2000;23(3):214-219.

125- محمودیان م ،خوش کنش ا، صالح صدق پور ب. بررسی تاثیرآموزش مهارتهای زندگی با رویکرد قرآنی بر افسردگی دانشجویان. فصلنامه تخصصی پژوهشهای میان رشته ای قرآنی، 1387 . 1(1): 54-43.

126-Physicaltherapy.Available at:http://www.fa.wikipedia.org/wiki/physicaltherapy.Accessibility verified Jun 1,2014.

127-Saduk, Benjamin James, Kaplan, Virginia, summarizingthe

clinical psychiatric mental health. Behav Sci 2005; 28:419-21.

128-physiotherapy.Available at:.ahttp://fa.wikipedia.org/wiki/ physiotherapy. Accessibility verified Jun 1,2014.

129- About Nutritional Therapy. Available at: http://bant.org.uk/about-nutritional-therapy/.Accessibility verified jul 22,2014.

130-Rambod M,Rafii F,Hosseini F.Quality of Life in Patients with End Stage Renal Disease.Journal of faculty of Nrsing and midwifery Tehran university of Medical Sciences 2008;14(2):51-61.

131-Abdi N,Lari M.Standardization of the Herth Hope scale,as possible Measures at The End of Life,in Iranin population,Iran J Cancer Prev 2011;4(2):71-77.

132-Bakhtiari A , Abedi A. Effectiveness of group therapy based on metacognitive model of detached mindfulness on postpartum depression  .Journal of Applied Psychology 2012;6(2):9-24.

133-Skorecki K, Green J, Brenner BM. Haririson principle of internal medicine. 16th ed .New York: McGrow Hill company; 2005: 1653-1667.

134- Tsay SL, Lee YC. Effect of an Adaptation Training Programme for Patients with end Stage Renal Disease. J Adv Nurs 2005; 50(1):39-46.

135-Kutlay S, Nergizoglu G, Dumon N, et al. Recognition of neurocognitive dysfunction in chronic hemodialysis patients. Ren Fail 2001;6:781-7.

136- Giorgosk AJ, Sargeant TH, Ball D, Koufaki P, Kartazaferi C, Patrick F.Changes in muscle morphology in dialysis patients after 6 months of aerobic exeresice training. Nephrol Dial Transplant 2003; 18: 1854-1861.

137-Kouidi E, Alboni M, Natsis K, et al. The effects of exercise training on muscle atrophy in hemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant 1998;13:685-99.

138-Kostantinidou E, Koukovyou G, Kouidi E, Deligiannis A, Tourkantonis A. Exercise training in patients with end-stage renal disease on hemodialysis: comparison of three rehabilitation programs. J Rehabil Med 2002;34:40-5.

139-Clase cm,Eager T, Moreland J,Depaul V.The effectiveness of aerobic and muscle strength training in patients recegiving hemodialysis and EPO: a randomized controlled trial.AM J Kidney DIS 2002;40(6):1219-29.

140-Naish PF, karatzaferi C,Koufaki P,Ball D,Mercer TH,Sargeant AJ, Sakkas GK.changes in muscle morphology in dialysis patients after 6 months of aerobic exercise training.Nephrol DIAL Transplant Journal 2003;18(9):1854-1861.

141-Kouidi E.Exercise Training in dialysis patients: why,when,and how.International society for artificial organs 2002;26(12):1009-1013.

142-Johansen KL, Shubert T, Doyle J, Soher B, Sakkas GK, Kent-Braun JA. Muscle atrophy in patients receiving hemodialysis: effects on muscle strength, muscle quality, and physical function. Kidney Int 2003; 63(1): 291-7.

143-Mustata S, Groeneveld S, Davidson W, Ford G, Kiland K, Manns B. Effects of exercise training on physicalimpairment, arterial stiffness and health-related quality of life in patients with chronic kidney disease: a pilot study. Int Urol Nephrol 2011; 43(4): 1133-41.

144- Tugart P, Weiss J. Exercise rehabilitation and the dialysis patient: One unit’s positive experience. Nephrol Dial Transplant 1999; 283: 134-138.

145- Oh-Park M, Fast A, Gopal S, Lynn R, Frei G, Drenth R. Exercise for the dialyzed:aerobic and strength, training during hemodialysis. Phys Med Rehabil 2002; 81(11): 1978-1981.

146-Cowen TD, Huang CT, Lebow J, DeVivo MJ, Hawkins LN. Functional outcome after inpatient rehabilitation of patients with end-stage renal disease. Arch Phys Med Rehabil 1995;76:355-9.

147- George PF.Inpatient Rehabilitation of Patients Requiring Hemodialysis. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85(1):51-53.

148-Johansen KL. Exercise and chronic kidney disease: current recommendations2005; 35:485–499.

149-Painter P, Carlson L, Carey S, Myll J, Paul S. Determinants of exercise encouragement practices in hemodialysis staff. J Nephrol Nurs 2004; 31:67–74.

150- [Farragher J](http://europepmc.org/search?page=1&query=AUTH:%22Farragher+J%22), [Jassal SV](http://europepmc.org/search?page=1&query=AUTH:%22Jassal+SV%22). Rehabilitation of the Geriatric Dialysis Patient. Seminars in Dialysis2012; 25( 6 ): 649–656.

151-Cheema BS, Singh MA: Exercise training in patients receiving maintenance hemodialysis: a systematic review of clinical trials. Am J Nephrol 2005;25:352–364.

152-Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Van Ness PH: A prehabilitation program for the prevention of functional decline: effect on higher-level physical function. Arch Phys Med Rehabil 2004;85:1043–1049.

153-Painter P, Carlson L, Carey S, Paul SM, Myll J. Low-functioning hemodialysispatients improve with exercise training. Am J Kidney Dis2000;36:600–608.

154- Kusumoto L, Marques S, Haas JV, Aparecida R, Rodrigues P. Adults and elderly on hemodialysis evaluation of health related quality of life. Acta Paul Enferm 2008; 21: 52-59.

155- Rebollo P, Ortega F, Baltar MJ, Alvarez-Ude F, Afael Navascues AR , Alvarez-Grande J. Is the loss of healthrelated quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients. Nephrology, Dialysis & Transplantation 2001; 16: 1675-1680.

156-Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end-stage renal disease. Semin Dial. 2005 Mar-Apr; 18(2): 98-102.

157-Thomas CJ. The impact of religiosity, social support and health locus of control on the healthrelated quality of life of African-American Hemodialysis patients, Norfolk State University, 2003.

158- Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. Nephrology Nursing Journal. 2006; 33(3), 285-298.

159-Rambod M, Rafii F, Shirazi MKh, Ghodsbin F, Heydari ST. Comparison of the quality of life in elderly with young and middle age chronic renal failure patients (Persian). Iranian Journal of Ageing 2011;6(19):52 .

160- Vosughi M , Movahed pour A .Comparison quality of life between hemodialysis and transplant patient in ardebil medicalcenters. 2009;9(2):171-179.

161-Hadi N, Rahmani Z, Montazeri  A. Health-related quality of life in chronic renal failure patients receiving hemodialysis  (Persian). Payesh 2010;9(4):349-354.

162-Tayyebi A. , Salimi SH, Mahmoudi H. ,Tadrisi SD. Comparison of quality of life in hemodialysis and renal transplantation pateints .Iranian Journal of Critical Nursing2010;3(1):19-22. (Persian).

163-Tovbin D, Gidron Y, Jean T, Granovsky R, Schnieder A. Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. Qual Life Res.2003; 12(6): 709-17.

164-Akman B, Ozdemir FN, Sezer S, Micozkadioglu H, Haberal M. Depression levels before and after renaltransplantation. Transplant Proc 2004; 36(1): 111-3.

165- Kimmel P L,Peterson R A, Weihs K L ,et al. “Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients,” Kidney International1998; 54( 1): 245–254.

166- Jennifer Finnegan-John,Veronica J Thomas. The Psychosocial Experience of Patients with End-Stage Renal Disease and Its Impact on Quality of Life: Findings from a Needs Assessment to Shape a Service. Hindawi Publishing Corporation ISRN Nephrology Volume 2013, Article ID 308986, 8 pages.

167- Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. Prospective Randomized Study of Individual and Group Psychotherapy Versus Controls in Recipients of Renal Transplants. Kidny Int 2004; 65(5):1937-42.

168- Lii YC, Tsay SL, Wang TJ. Group Intervention to Improve Quality of Life in Hemodialysis Patients. J Clin Nurs 2007; 16(11C):268-75.

169-Afkand S , Nourozi Tabrizi K , Fallahi Khoshknab M , Reza Soltani P.   The impact of multi-dimensional model of psychiatric rehabilitation care on hemodialysis patient’s depression. Journal of Health Promotion Management 2012;1(3):7-16.

170-Dixon J. Borden P. Kaneko TM. Schoolwerth AC. Multidisciplinary CKD care enhances outcomes at dialysis initiation. Nephrology Nursing Journal. 2011; 38 (2) 165-71.

171- رحیمی ا ، احمدی ف .ا، غلیاف م . بررسی تاثیر مدل مراقبت پیگیر بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همو دیالیزی، پژوهش در پزشکی (دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی). زمستان 1384؛30( 4): 353تا359.

172-Beckie TM. Beckstead JW. Schocken DD. Evans ME. Fletcher GF. The effect of a tailored cardiac rehabilitation program on depressive symptoms in women: A randomized clinical trial. International Journal of nursing studies. 2011; 48 (1) 3-12.

173-Hemmelgarn BR. Manns BJ. Zhang J. Tonelli M. Klarenbach S. Walsh M. Association between multidisciplinary care and survival for elderly patients with chronic kidney disease. Journal ofthe American Society of Nephrology. 2007; 18 (3) 993-9.

174- Menon S. Valentini RP. Kapur G. Layfield S. Mattoo TK. Effectiveness of a multidisciplinary clinic in managing children with chronic kidney disease. Clinical Journal of the American Society of Nephrology. 2009; 4(7)1170-5.

175- Masoudi Alavi N, Sharifi KH, Aliakbarzadeh Z. Depression and anxiety in patients undertaken renal replacement therapy in Kashan during 2008. FEYZ 2009; 12(4): 46-51 .

176- Afshar R, Ghaedi GH, Sanavi S, Davati A, Rajabpour AA. Prevalence of depression and its related factors in patients undergong hemodialysis. Bimonthly Journal of Shahed University 2010; 88: 59-66.

177- Lieh Yeh T, Liang Huang C, Kuang Yang Y, Dar Lee Y, Cheng Chen C, See Chen P. The adjustment to illness in patients with generalized anxiety disorder is poorer than that in patients with end-stage renal disease.J Psychosom Res 2004;57:165–70.

1. End Stage Renal Disease(ESRD) [↑](#footnote-ref-1)
2. Tgay [↑](#footnote-ref-2)
3. kimel [↑](#footnote-ref-3)
4. Rocha [↑](#footnote-ref-4)
5. Chen [↑](#footnote-ref-5)
6. Drayer [↑](#footnote-ref-6)
7. Henrique [↑](#footnote-ref-7)
8. Physical therapy [↑](#footnote-ref-8)
9. Ferrans & powers quality of life Index dialysis version [↑](#footnote-ref-9)
10. The Herth Hope Index (HHI) [↑](#footnote-ref-10)
11. Beck [↑](#footnote-ref-11)
12. paired t test [↑](#footnote-ref-12)