

## تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مراجعه کننده به مرکز دیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد ۱۳۸۹

شهریار صالحی<sup>۱\*</sup>، راهله جوانبختیان<sup>۲</sup>، سید علی محمد هاشمی نیا<sup>۳</sup>، دکتر حسین حبیب زاده<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۶/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۹/۰۸

### چکیده

**پیش زمینه و هدف:** بهبود و حفظ کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی نیازمند حمایت جدی خانواده است لذا پژوهش حاضر با هدف تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیز مراجعه کننده به مرکز دیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد ۱۳۸۹ بوده است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی تصادفی شده با حجم نمونه ۹۹ نفر از بیماران تحت درمان با همودیالیز با نمونه گیری قابل دسترس که بعد از همسان سازی از نظر تعداد بار دیالیز در هفته، سن، جنس، سطح تحصیلات به صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شده برنامه توانمندسازی خانواده در گروه آزمون برای مدت ۶ ماه اجرا گردید. ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش برگه ثبت متغیرهای دموگرافیک و پرسش‌نامه کیفیت زندگی sf-36 ویرایش دوم بوده که پرسش‌نامه کیفیت زندگی قبل از مداخله از هر دو گروه بیماران به صورت خود گزارش دهی در حضور محقق تکمیل گردید. در اتمام شش ماه برنامه توانمندسازی خانواده در گروه آزمون مجدد آ پرسش‌نامه کیفیت زندگی از بیماران هر دو گروه مورد بررسی مجدد قرار گرفت و داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS و تست‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** بر اساس آزمون تی مستقل میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون در ابعاد عملکرد جسمی، محدودیت فعالیت به علت مشکل جسمی، انرژی و خستگی، درد بدنی و سلامت عمومی با  $p < /0.05$  تفاوت آماری داشته و از طرفی آزمون تی زوج با  $p < /0.05$  بیانگر تفاوت معنی دار آماری در میانگین نمره کل ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بدو مطالعه نسبت به شش ماه بعد از توانمندی خانواده در گروه آزمون بوده که این امر بیانگر ثبات و افزایش نمره کیفیت زندگی در گروه مورد مداخله نسبت به گروه کنترل بوده است.

**بحث و نتیجه گیری:** توانمندسازی خانواده بیماران تحت درمان با همودیالیز ضمن تقویت توانمندی آنان در امر مراقبت بیماران زمینه را برای ارتقا و حفظ کیفیت زندگی در بیماران فراهم می‌کند.

**کلید واژه‌ها:** همودیالیز، کیفیت زندگی، الگوی توانمند کردن خانواده

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره اول، پی در پی ۳۶، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۱، ص ۶۷-۶۱

آدرس مکاتبه: شهرکرد، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، صندوق پستی ۳۸۷، تلفن: ۰۹۱۳۱۸۳۵۱۱۸

Email: sh\_salehitali@yahoo.com

### مقدمه

مایعات، مواد توکسیک، مشکلات قلب و عروق و در نهایت مرگ زودرس همراه است (۱) پی گیری رژیم غذایی. داروهای مصرفی محدودیت مایعات رکن اساسی مراقبت و حفظ سلامت

بهبود حال بیماران تحت درمان با همودیالیز نه تنها به دریافت دارو بلکه به رعایت رژیم غذایی و محدودیت مایعات وابسته است. عدم رعایت این موارد با عوارضی چون افزایش

<sup>۱</sup> مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

<sup>۳</sup> مربی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

<sup>۴</sup> استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

در بیماران دیالیزی و ارتباط قابل توجهی بین رعایت رژیم غذایی، دارویی و محدودیت مایعات با طول عمر و کیفیت زندگی آن‌ها دارد (۲) بیماران همودیالیزی به دلیل داشتن درمان‌های دارویی، رژیم غذایی خاص، محدودیت مایعات، کسب توانایی جسمی و روحی جهت سازگاری با این موقعیت نیازمند به آموزش مداوم می‌باشند (۳) اما این بیماران به علت وجود سندرم اورمیک و عوارض عاطفی ناشی از بیماری خود در یادگیری و تمرکز مشکل جدی دارند و بسیاری از مداخلات آموزشی با تأثیر آنچنانی مواجه نبوده است (۴) مطالعه بیانگر آن بوده که آموزش رژیم غذایی و دارویی همراه با پی گیری در یک دوره شش ماهه بر شاخص‌های آزمایشگاهی چون کلسیم، فسفر، پتاسیم بیماران تحت درمان با همودیالیز تأثیر مثبت نداشته است (۵) خانواده به عنوان اساسی‌ترین رکن جامعه و مسئول ارائه مراقبت‌های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان است (۶) در جریان مراقبت از بیمار خانواده وی نیازمند درک صحیح از بیماری است لذا وظیفه پرستار و تیم درمان در کنار مراقبت و درمان کمک به خانواده در جهت افزایش امید و اعتماد است چنین رویکردی باعث ارتقای سلامت و رفاه خانواده است (۷) با پیشرفت بدست آمده در زمینه رفع مشکلات بهداشتی مراقبین خانوادگی جایگزین سیستم بهداشتی شده است (۸) لذا بهترین منبع برای انتقال اطلاعات بین تیم بهداشتی و بیماران دیالیزی خانواده بیماران بوده بسیاری از نتایج مطالعات نیز همسو با این تئوری است به طوری که مداخلات آموزشی و مراقبتی همراه با پی گیری در خانواده بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی با ارتقا کیفیت زندگی بیماران مواجه بوده (۹) از طرفی مطالعه نورماوایزرو همکاران (۱۰) بیانگر آن بوده که آموزش گروهی (بیمار و خانواده) نسبت به آموزش فردی در زمینه دانش بیماری و رژیم غذایی علاوه بر اینکه دارای تأثیر بهتری بردانش بیمار و خانواده داشته بلکه سطح آلبومین سرم بیمارانی

که آموزش گروهی دیده نسبت به بیمارانی که آموزش فردی دیده بعد از مطالعه معنی‌دارتر بوده که نمایانگر بهبود وضعیت تغذیه‌ای و رعایت بهتر رژیم غذایی در آموزش گروهی و همراه خانواده بوده محقق به طور جد پیشنهاد می‌کند که آموزش بیماران دارای بیماری مزمن به صورتی گروهی و در صورت امکان با حضور اعضای خانواده باشد همچنین مطالعه برامن و همکاران (۱۱) بیانگر آن بوده که بین رضایتمندی بیماران دیالیزی و متغیرهای اعتقادات و حمایت خانوادگی آنان ارتباط قوی وجود دارد بیمارانی که اعتقادات دینی و حمایت قوی خانوادگی داشته علاوه بر اینکه از سطح رضایتمندی بهتری برخوردار بوده بلکه از عملکرد بهتر دیالیز نیز برخوردار بوده‌اند لذا حمایت خانواده را در پذیرش و سازگاری بیماری مزمن امری انکار ناپذیر می‌داند. مطالعه ای (۱۲) بیانگر آن بوده که در بیماران سل تحت درمان به روش dots بیمارانی که خانواده آن‌ها نسبت به بیماری مطلع بوده و از طرفی بیمارانی که از حمایت مناسب خانواده بهرمنند بوده و خانواده نسبت به بیماری دارای آگاهی کامل بوده نمره کیفیت زندگی بیماران از موقعیت بهتری برخوردار بوده است. مطالعه ای نشان داده که وجود خانواده و داشتن خانواده عامل مهم در پذیرش دیالیز در بیماران نارسایی کلیه بوده و حمایت و آموزش خانواده تأثیر بسزایی در عملکرد دیالیز داشته است (۱۳) همچنین مطالعه کارگر نجفی (۱۴) با عنوان توانمندسازی با محوریت خانواده بیماران تالاسمی با ارتقا کیفیت زندگی بیماران تالاسمی همراه بوده از طرفی مانیتورینگ کیفیت زندگی بهترین ابزار بررسی سطح سلامت بیماران دیالیز و میزان پاسخ این بیماران به پروسیجرهای درمانی و مراقبتی است (۱۵) لذا پژوهش حاضر با هدف تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی بیماران مراجعه کننده به مرکز دیالیز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در سال ۱۳۸۹ اجرا شده است.

## مواد و روش کار

ساختار فرهنگی پرسش‌نامه از ۱۰ نفر اعضای هیئت علمی مرتبط با موضوع نظر خواهی شده که بعد از اعمال نظرات مطرح شده پرسش‌نامه جهت جمع آوری اطلاعات آماده شده است اما جهت پایایی از روش تکمیل همزمان استفاده شده که ضریب همبستگی محاسبه شده بیش از ۰/۹۱ بوده سپس با استفاده از نرم افزار SPSS و تست‌های آماری توصیفی و تحلیلی t مستقل و t زوج داده‌ها تجزیه و تحلیل گردید است.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران گروه مورد مطالعه ۳۵/۷۸±۷/۲۴ سال و گروه شاهد ۳۷/۲۸±۶/۶۴ سال بوده میانگین دفعات دیالیز در هفته در گروه آزمون ۲±۰/۴۵ و در گروه شاهد ۱/۹۸±۰/۳۶ بوده که آزمون تی مستقل با  $P > 0/05$  بیانگر همسانی دو گروه از نظر سنی و تعداد بار دیالیز در هفته بوده از نظر سطح تحصیلات در گروه آزمون و شاهد به ترتیب با ۲۸/۸ درصد و ۴۴ درصد افراد سطح ابتدایی بوده در ارتباط با جنس واحد های مورد پژوهش در گروه آزمون ۱/۲ درصد و در گروه شاهد ۵۴ درصد را مردان تشکیل داده اعضای خانواده شرکت کننده در برنامه آموزشی به ترتیب ۴۸ درصد همسر، ۱۲/۱ درصد مادر، ۱۰/۴ درصد پدر، ۶ درصد پسر، ۸ درصد دختر و ۱۵/۵ درصد سایر اعضای خانواده بوده. ۹۲ درصد خانواده گروه مورد مطالعه ۸۷/۸ درصد خانواده گروه شاهد در ارتباط با بیماری نارسایی کلیه، رژیم غذایی و مراقبت‌های مورد نیاز بیمار تحت درمان با همودیالیز آموزش رسمی ندیده. در ارتباط با سطح تحصیلات خانواده بیماران شرکت کننده در تحقیق ۳/۳ درصد ابتدایی، ۳۵/۲ درصد راهنمایی و دیپلم و ۱۱/۵ درصد تحصیلات دانشگاهی داشته. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از توانمندی خانواده بیماران در جدول شماره ۲ و ۱ بیان شده است.

در یک مطالعه نیمه تجربی با گروه کنترل و حجم نمونه ۹۹ نفر بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز مراجعه کننده به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در سال ۸۹ که پس از همسان سازی بیماران از نظر سن، جنس، مدت و تعداد دیالیز در هفته، به صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شده سپس در گروه آزمون خانواده بیماران که در بخش بوده و یا به وسیله محقق دعوت شده تحت آموزش کامل بیماری نارسایی مزمن کلیه، رژیم غذایی، رژیم دارویی و تمام نیازهای خود مراقبتی بیماران دیالیزی و آگاهی از انجمن‌های حمایتی قرار گرفته. آموزش در چهار جلسه به صورت گروه‌های ۱۰ نفری و سپس یک جزوه آموزشی همراه با یک لوح فشرده آموزشی به صورت فیلم انیمیشن به آنان تحویل داده که در منزل استفاده کنند که این روند آموزش به مدت شش ماه در خانواده گروه آزمون پی گیری شد و با حضور محقق و سایر اعضای گروه تحقیق در بخش دیالیز به سؤالات خانواده بیماران در سطح قابل فهم پاسخ داده شد و یا در صورت نیاز به صورت تلفنی نیاز آموزشی آنان برطرف گردیده اما خانواده گروه شاهد تحت آموزش و مراقبت روتین بخش و یا انجمن‌های مربوطه چون انجمن دیالیزی بوده در تمام ۶ ماه پی گیری و آموزش در گروه آزمون مجدد آ پرسش‌نامه کیفیت زندگی از بیماران هر دو گروه مورد بررسی مجدد قرار گرفت شرایط ورود به مطالعه شامل حداقل شش ماه از دیالیز بیمار گذشته باشد، حداقل دو بار در هفته دیالیز شود، در طی شش ماه دیالیز منتقل نشده و تحت پیوند کلیه قرار نگیرد شرایط خروج از مطالعه دارای دیابت و سایر بیماری مزمن رونده بجز نارسایی کلیه باشد، عدم همکاری خانواده با گروه تحقیق و عدم تحمل همودیالیز بوده در ارتباط با روایی پرسش‌نامه از اعتبار محتوا استفاده شده که بعد از مطالعه کتاب و مقالات مرتبط و تغییرات

**جدول شماره (۱):** مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در دو گروه آزمون و شاهد در بدو مطالعه

P - vale	گروه آزمون	گروه شاهد	کیفیت زندگی ( ۸ بعد )
	M±SD	M±SD	
۰/۱۵	۵۲/۲۲±۱۰/۸۷	۵۵/۰۸±۸/۶۲	عملکرد فیزیکی
۰/۱۷	۵۴/۳۲±۱۲/۴۱	۵۵/۱۴±۹/۹۱	محدودیت فعالیت به دنبال مشکل جسمی
۰/۴۷	۵۸/۸۴±۱۰/۳۳	۵۷/۱۸±۱۲/۳۹	محدودیت فعالیت به دنبال مشکل روحی
۰/۸۴	۵۶/۹۲±۱۳/۶۲	۵۷/۴۳±۱۱/۶۷	انرژی و خستگی
۰/۵۶	۶۲/۹±۱۳/۷۶	۶۱/۱۲±۱۶/۸۳	سلامت ذهنی
۰/۳۷	۶۴/۶۲±۱۹/۷۱	۶۷/۸۲±۱۵/۶۸	عملکرد اجتماعی
۰/۳۵	۷۲/۸±۱۶/۵۵	۶۹/۱±۲۲/۴۷	درد بدنی
۰/۶۷	۶۴/۳۳±۱۷	۶۲/۲±۱۷/۲۴	سلامت عمومی

نتایج حاصل از تست تی مستقل بیانگر آن بوده که میانگین نمره در هر ۸ بعد کیفیت زندگی در بدو مطالعه بین دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی دار آماری موجود نبوده است.

**جدول شماره (۲):** مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در دو گروه آزمون و شاهد بعد از اتمام دوره

مداخله در گروه آزمون

P-vale	گروه آزمون	گروه شاهد	کیفیت زندگی ( ۸ بعد )
	M±SD	M±SD	
۰/۰۱	۵۵/۱۶±۱۲/۱۹	۵۱/۹۲±۷/۲۴	عملکرد فیزیکی
۰/۳۷	۵۹/۳۴±۱۲/۲۷	۵۶/۴۳±۸/۶۹	محدودیت فعالیت به دنبال مشکل روحی
۰/۰۲	۵۵/۷۴±۱۱/۶۵	۵۱/۳۲±۷/۵۱	محدودیت فعالیت به دنبال مشکل جسمی
۱/۰۴۹	۵۸/۵۸±۱۳/۰۶	۵۶/۱۲±۶/۷۶	انرژی و خستگی
۱/۴۸	۶۱/۷۸±۱۶/۲۹	۵۹/۷۶±۱۲/۲۸	سلامت ذهنی
۰/۰۳۹	۶۵/۲۶±۱۲/۷۴	۶۵/۴±۹/۴۷	عملکرد اجتماعی
۰/۰۱	۷۶/۴۳±۱۵/۳۴	۶۷/۲۳±۱۴/۱۸	درد بدنی
۰/۰۴۷	۶۷/۹۲±۱۸/۵	۶۱/۲۳±۱۳/۶۴	سلامت عمومی

نتایج حاصل از آزمون تی مستقل بیانگر آن بوده میانگین نمره ابعاد عملکرد فیزیکی، محدودیت فعالیت به دنبال مشکل جسمی، انرژی و خستگی، درد بدنی، سلامت عمومی کیفیت زندگی بین گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی دار موجود بوده که بیانگر تأثیر مداخلات آموزشی و مراقبتی مستمر در حفظ میانگین کیفیت زندگی در موقعیت کنونی و در بعضی از ابعاد با ارتقا میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مورد مداخله بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتیجه پژوهش حاضر الگوی توانمند کردن خانواده محور در بیماران همودیالیزی با حفظ، و ارتقا نمره کیفیت زندگی بیماران مواجهه بوده بنابراین می توان گفت که توانمندسازی خانواده بیماران مبتلا به بیماری مزمن امری الزامی و جدی است که زمینه را برای انتقال مراقبت از تیم سلامت به خانواده بیمار شیفتمی دهد بنابراین پرستاران و سایر تیم درمان باید مراقبین بیماران را در زمینه بیماری و نیازهای مراقبتی بیمار آموزش داده و آنان را تقویت کنند که این تقویت زمینه توانمند کردن بیمار و قدرت سازگاری آن را با بیماری افزایش خواهد داد. در بیماران تحت درمان با همودیالیز نتیجه آن دیالیز بهتر و مؤثرتر همچنین زندگی با کیفیت مناسب تر است. مطالعات بیانگر آن بوده که آموزش به خود بیمار نقش موثر در تغییر رفتار او نداشته چون بیماران نارسایی مزمن کلیه تحت درمان با همودیالیز به علت وجود سندرم اورمیک و عوارض عاطفی ناشی از بیماری خود در یادگیری و تمرکز مشکل جدی دارد و بسیاری از مداخلات آموزشی با تأثیر آنچنانی مواجهه نبوده است (۴) ماکاما و همکار او معتقد است که آموزش به مراقبین بیماران توسط دانشجویان رزیدنت پزشکی با افزایش سطح دانش و درک مراقبین همراه بود این امر باید توسط دانشجویان تقویت گردد (۱۶) به عقیده سیلور اکثریت مراقبین علاقمند به یادگیری و آموزش های رسمی جهت

مدیریت در مراقبت های منزل هستند. آنها معتقدند که آموزش در جهت توانمندی مراقبین منجر به افزایش تجربه و دانش و توان مراقبتی مراقب می گردد (۱۷) خانواده عامل اصلی حفظ و سلامت بیمار در خانواده بوده لذا تقویت این نقش با ارتقا دانش، آگاهی و عملکرد آنان ارتباط مستقیم دارد (۱۸). لذا بهترین منبع برای انتقال اطلاعات بین تیم بهداشتی و بیمار دیالیزی خانواده بیمار بوده از طرفی حمایت اجتماعی و عاطفی خانواده از بیمار با کیفیت زندگی بیمار همبستگی معنی دار داشته است (۱۹) گرچه مداخلات آموزشی و مراقبتی همراه با پی گیری در خانواده بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی با ارتقا کیفیت زندگی بیماران مواجهه بوده (۹) همچنین مطالعه سایین و همکاران (۲۰) در ترکیه بیانگر آن بوده که در یک مطالعه ۳ گروهی از بیماران همودیالیزی، دیالیز صفاقی و پیوند کلیه کیفیت زندگی بیماران همودیالیز و دیالیز صفاقی که خانواده بیماران دارای اطلاعات کامل در ارتباط با بیماری داشته و یا در زمینه بیماری آموزش کامل دیده بودند نسبت به سایر بیماران بالاتر بوده و از نرم طبیعی تر برخوردار بوده لذا در مقاله خود تاکید دارد حمایت خانواده و توانمند کردن خانواده قوی ترین فاکتور در بهبود و حفظ کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی و همودیالیز است. مطالعه اکی لوند (۲۱) با عنوان مطالعه زندگی بیماران دیالیز با و بدون سرپرست بیانگر آن بوده که حمایت خانوادگی نقش بسیاری قوی در پذیرش بیماری از طرف بیمار داشته و همچنین عامل قوی در ارتقا و حفظ کیفیت زندگی آنان است بیمارانی که دارای خانواده بوده و از حمایت مالی و عاطفی خانواده برخوردار بودند ضمن عملکرد مناسب تر فیزیکی از وضعیت روحی و روانی مناسب تر برخوردار بوده اند. مطالعه کارگر نجفی (۱۴) در کرمان بیانگر آن بوده که مدل توانمندسازی خانواده محور در بیماران دارای تالاسمی با افزایش کیفیت زندگی بیماران تالاسمی همراه بوده است و محقق در پژوهش خود تاکید دارد حفظ و ارتقا کیفیت زندگی در بیماران

نهایتاً رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت (۲۳) بنابراین در حوزه درمانی و مراقبتی توانمند کردن خانواده به خصوص در بیماران دارای بیماری مزمن امری اجتناب ناپذیر است و با توجه به روند افزایش بیماران مزمن و کمبود فضای فیزیکی در حوزه درمانی توجه به الگوی توانمندسازی با محوریت خانواده رکن اساسی در حوزه آموزش پزشکی و پرستاری است.

نتیجه گیری: حمایت و افزایش دانش اعضای خانواده در زمینه نیازهای خود مراقبتی بیماران مزمن بهترین منبع برای حمایت بیمار و تقویت سازگاری آن با شرایط موجود و حفظ کیفیت زندگی آن هاست لذا پرستاران در فرایند مراقبت و آموزش باید به این منبع مهم توجه ویژه کرده و در جهت ارتقا دانش و توانمند اعضای خانواده برنامه مناسب داشته باشند.

مزمن با توانمندی اعضای خانواده امکان پذیر است از طرفی پرستاران با توجه به ارتباط نزدیکی که با بیماران و خانواده آنان دارند قادرند با استفاده از روش های مناسب موجب ارتقا توانمندی اعضای خانواده در حیطه های تعیین شده باشند تا با موانع موجود در زمینه سلامتی و بهداشتی فائق آیند (۲۲). ملکوتی و همکاران، معتقدند که از نیازهای خانواده دارای بیماری مزمن، می توان به کسب دانش و مهارت عملی برای سازگاری با بیمار، نارضایتی از کمبود اطلاعات، نیاز به همدلی و مشورت با سایر خانواده ها، غلبه بر انزوای خانواده، ایجاد فرصت استراحت موقت برای خانواده و مداخله در بحران اشاره کرد. آن ها معتقدند افزایش فشار مراقبان عواقب متعددی از جمله انزوای خانواده، قطع امید از حمایت های عاطفی و اجتماعی و اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و

## References:

1. Vipound GM. intervention on strategies for improving fluid restriction compliance in chronic hemodialysis patients. *Dial Trnsplant* 1999; 20(9): 161-3.
2. McLaughlin K, Jones H, VanderStraeten C, Mills C, Visser M, Taub K et al. Why do patients choose self-care dialysis? *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23(12):3972-6.
3. Klang B, Björvell H, Clyne N. Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge. *J Adv Nurs* 1999; 29(4):869-76.
4. Meers C, McMurray M, Shnger MA, Hopman W. Out comes and intervention in hemodialysis patients. *Dial Transpl* 2005; 23(11):647.
5. Salehi Sh. Effecte of drug and diet teaching on laboratory index and excess weight in renal failure patients under hemodialysis affiliated Shahrekored medical university [dissertation]. Tehran: Iran Medical University; 2005. (Persion)
6. Park M, Chesla CK. Understanding complexity of Asian American family care practices. *Arch Psychiatr Nurs* 2010; 24(3): 189-201.
7. Bland R, Darlington Y. The nature and sources of hope: perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. *Perspect Psychiatr Care* 2002; 38(2): 61-8.
8. Boyd MA. *Psychiatric nursing contemporary practice*. 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
9. Cormier-Daigle M, Stewart M. Support and coping of male hemodialysis-dependent patients. *Int J Nurs Stud* 1977;34(2):420-30.
10. Wisner NA, Shane JM, McGuigan AT, Memken JA, Olsson PJ. The effects of a group nutrition education program on nutrition knowledge, nutrition status, and quality of life in hemodialysis patients. *J Renal Nutr* 1997; 7(14):187-93.
11. Berman E, Merz JF, Rudnick M, Snyder RW, Rogers KK, Lee J et al. Religiosity in a hemodialysis population and its relationship to satisfaction with medical care, satisfaction with

- life, and adherence Am J Kidney Dis 2004; 44(3): 488-97.
12. Saburi S, Mohtadinia J, Ali-Asgarzadeh AA, Nomi-Gholzar S, Yusefirad E. Synergistic effects of vitamin A and extremely low frequency electromagnetic field (50HZ) on limb bud development in Balb/c mouse. J Shahrekord Univ Med Sci 2010, 12(2): 1-6. (Persian)
13. Bapat U, Nayak SG, Kedleya PG, Gokulnath. Demographics and social factors associated with acceptance of treatment in patients with chronic kidney disease. Saudi J Kidney Dis Transpl 2008;19:132-6.
14. Kargar Najafi M. Effect of family-centered empowerment model on knowledge and attitude of mother with thalassemia children and quality of life of thalassemia patients 8-6 years old [dissertation]. Kerman: The International Center of Bam; 2010. (Persian)
15. Germin-Petrović D, Mesaros-Devčić I, Lesac A, Mandić M, Soldatić M, Vezmar D et al. Health-related quality of life in the patients on maintenance hemodialysis: the analysis of demographic and clinical factors. Coll Antropol 2011; 35(3):687-93.
16. Makama JG, Ameh EA. Quality of teaching provided by surgical residents: an evaluation of the perception of medical students. Niger J Med 2011; 20(3):341-4.
17. Silver HJ, Wellman NS. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. J Am Diet Assoc 2002; 102(6): 831-6.
18. Vacca JJ. Parent perceptions of raising a child with a severe physical disability. Implication for mental health providers. Best Pract Ment Health 2006; 2:59-73.
19. Rambod M, Rafii F. Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. J Nurs Scholarsh 2010;42(3):242-9.
20. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplant Proc 2007; 39(10):3047-53.
21. Ekelund ML, Andersson SI. A study of patients in dialysis with or without a partner. Patient Educ Couns 2010; 81(1):30-6.
22. Lefebvre H, Levert MJ, Pelchat D, Lepage JG. Nature, sources, and impact of information on the adjustment of family caregivers: a pilot project. Can J Nurs Res 2008; 40(1):143-60.
23. Malakouti SK, Noori R, Naghavi M, Ahmadi Abhari SA, Nasr Esfahani M, Afghah S et al. The burden of caregivers of chronic mental patients and their needs to care and therapeutic services. Hakim Res J 2003; 6(10): 1-10. (Persian)