مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۳، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۹
صفحات: ۱۲۸-۱۲۵

Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 3, No. 3, Fall 2010
Pages: 125-128

بررسی کیفیت زندگی بیماران پیوند کلیه با استفاده از پرسش‌نامه پیوند کلیه (KTQ-25)

علی طیبی[۱] *MSc*، افسانه رئیسی‌فر[*] *MSc*، عباس عبادی[۱] *PhD*، بهزاد عین‌اللهی[۲] *MD*، زهرا رفیعیان[۱] *MSc*، فاطمه کیوانلو[۱] *MSc*

[*]دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران
[۱]دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران
[۲]مرکز نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...(عج)، تهران، ایران

چکیده

اهداف: کیفیت زندگی از فاکتورهای پیشگویی‌کننده مرگ در بیماران مبتلا به مرحله انتهایی نارسایی کلیه است و مهم‌ترین مقیاس برای بیان نتایج و عواقب سلامتی در این بیماران محسوب می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه در تهران انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی- تحلیلی است که روی ۲۲۰ بیمار پیوند کلیه مراجعه‌کننده به کلینیک پیوند و نفرولوژی دو بیمارستان منتخب شهر تهران در سال ۱۳۸۸ انجام شد. ابزار گردآوری داده شامل پرسش‌نامه‌های اطلاعات فردی و کیفیت زندگی ویژه بیماران پیوند کلیه (KTQ-25) بود. پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ تعیین و پرسش‌نامه‌ها توسط بیماران تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 و روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین کیفیت زندگی ۱/۲۷±۴/۹ به‌دست آمد و بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بعد ظاهر و کمترین نمره مربوط به بعد ترس بود. بین میزان کیفیت زندگی بر حسب جنس ($p<۰/۰۰۱$)، نوع بیماری زمینه‌ای ($p=۰/۰۲$)، نوع شغل ($p=۰/۰۰۲$) و میزان رضایت‌مندی از وضعیت اقتصادی ($p=۰/۰۲$) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: بیماران پیوند کلیه شهر تهران از نظر کیفیت زندگی در وضعیت متوسط قرار دارند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، پیوند کلیه، پرسش‌نامه پیوند کلیه

Review the renal transplantation patients' quality of life by using kidney transplantation questionnaire (KTQ-25)

Tayebi A.[1] *MSc*, Raiesifar A.* *MSc*, Ebadi A.[1] *PhD*, Eynollahi B.[2] *MD*, Rafiyan Z.[1] *MSc*, Keyvanloo F.[1] *MSc*

[*]Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[1]Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Nephrology Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Aims: Quality of Life (QOL) is a strong predictor of mortality for end stage renal disease patients. This has resulted in QOL becoming the most important measure by which to present the outcome of these patients. The aim of this study was to measure QOL in renal transplant patients in Tehran.

Methods: This is a descriptive-analytic study which was performed on 220 renal transplant patients referred to transplantation and nephrology clinic of two Tehran city selected hospitals in year 2009. A demographic and a Kidney Transplant Questionnaire (KTQ-25) were used in order to collect data. The reliability of KTQ-25 was determined 0.93 by Cronbach Alpha method and the questionnaire was filled by patients. Data were analyzed by SPSS 16 and descriptive and analytic statistics.

Results: The mean of QOL in this study was 4.9±1.27, the maximum score was obtained in appearance dimension and the minimum score was obtained in fear dimension. Relation between QOL score and gender ($p<0.001$), cause of End Stage Renal Disease ($p=0.02$), occupation ($p=0.002$) and economic satisfaction ($p=0.02$) was significant.

Conclusion: Tehran city kidney transplant patients' QOL level is moderate.

Keywords: Quality Of Life, Renal Transplantation, Kidney Transplant Questionnaire (KTQ-25)

نویسنده مسئول: افسانه رئیسی‌فر. تمام درخواست‌ها باید به نشانی a.raiesifar@gmail.com فرستاده شوند.

دریافت مقاله: ۸۸/۷/۲۹ پذیرش مقاله: ۸۹/۴/۹

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

نارسایی مزمن کلیوی مرحله آخر، اختلال کلیوی پیش‌رونده غیرقابل برگشت است که در آن توانایی بدن برای حفظ تعادل مایع و الکترولیت از بین می‌رود و منجر به اورمی یا ازتمی می‌شود [۱]. جمعیت افرادی که به بیماری کلیوی مرحله آخر (ESRD) مبتلا می‌شوند سالانه ۶٪ افزایش می‌یابد و هم‌اکنون در ایالات متحده آمریکا، ۴۰۰هزار نفر بیمار مبتلا به این بیماری وجود دارد. در ایران نیز آماری برابر با ۲۵هزار نفر گزارش شده است [۲]. این بیماران بدون درمان جایگزینی کلیه قادر به ادامه حیات نیستند. در پایان سال ۲۰۰۵ در جهان، یک میلیون و ۹۰۰هزار نفر تحت درمان‌های جایگزین قرار گرفتند که از این میان ۶۸٪ با همودیالیز، ۸٪ با دیالیز صفاقی و ۲۳٪ نیز با پیوند به زندگی خود ادامه می‌دهند [۳]. در ایران نیز ۵۲/۷٪ بیماران از همودیالیز و ۴۵/۵٪ از پیوند سود می‌برند [۴]. با توجه به مسایلی مانند وابستگی به دستگاه دیالیز، اضطراب و هزینه بالا، بیماران اغلب ترجیح می‌دهند به‌منظور حفظ حیات خود اقدام به پیوند کلیه نمایند [۵، ۶، ۷، ۸]. پیوند موفق به بیماران نوید رهایی از درمان‌های دیالیز آزاردهنده، وقت‌گیر و گاهی دردناک را می‌دهد [۹]. اما با وجود مزایای فراوان پیوند کلیه، پس از عمل پیوند نیز بیماران با انبوهی از مشکلات جدید روبه‌رو می‌شوند [۵، ۶، ۷، ۸].

از سال ۱۹۴۰ زمانی که سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را به‌عنوان رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرفا عدم وجود بیماری یا ناتوانی تعریف کرد، مساله کیفیت زندگی به‌طور پیوسته در تحقیقات و در نتایج عملکرد و مراقبت‌های بالینی اهمیت یافت [۱۰]. در درمان‌های جایگزین نیز هدف، تنها طولانی‌کردن زندگی و حفظ سلامتی نیست، بلکه حفظ و ارتقای کیفیت زندگی را نیز دربر می‌گیرد. کیفیت زندگی، فاکتور پیشگویی‌کننده قوی مرگ در بیماران ESRD است و مهم‌ترین مقیاس برای بیان نتایج و عواقب سلامتی در این بیماران محسوب می‌شود [۵]. سنجش کیفیت زندگی می‌تواند در زمینه‌های تشخیص، پیش‌بینی و ارزیابی، راه‌گشای انجام مراقبت‌ها و شیوه‌های درمانی موثر و مفید برای کمک به بیماران مزمن و حتی افراد سالم باشد [۱۱].

ابزارها و تکنیک‌های مورد استفاده در سنجش کیفیت زندگی براساس نوع گروه مورد مطالعه، نحوه تنظیم پرسش‌نامه و روش کار متفاوت هستند. اما به‌طور کلی دو نوع ابزار برای بررسی کیفیت زندگی وجود دارد: الف- ابزارهای عمومی یا ژنریک که در جمعیت‌های عمومی استفاده می‌شود. ب- ابزارهای اختصاصی بیماری که بر ابعادی که بیشتر با بیماری (با شرایط خاص) مرتبطند، تمرکز دارند. این دو نوع ابزار با یکدیگر در تقابل نبوده و هرکدام نقاط قوت و ضعفی دارند و در شرایط مختلف ممکن است مناسب باشند. یکی از مهم‌ترین ابزارهای اختصاصی در ارزیابی کیفیت زندگی بعد از پیوند کلیه، پرسش‌نامه پیوند کلیه (KTQ) است [۱۲].

در تمامی مطالعاتی که در ایران روی کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه صورت گرفته است، از ابزارهای عمومی SF۳۶ (فرم ۳۶آیتمی کوتاه بررسی سلامت) یا KDQOL (پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران کلیوی) استفاده شده است و تاکنون ابزار اختصاصی کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه مورد استفاده قرار نگرفته است.

بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه با استفاده از پرسش‌نامه اختصاصی بیماران پیوند کلیه (KTQ-۲۵) طراحی و انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی است که در سال ۱۳۸۸ انجام شد. جامعه پژوهش را بیماران مراجعه‌کننده به دو مرکز درمانی و کلینیک پیوند در سطح شهر تهران که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند، تشکیل دادند. حجم نهایی نمونه‌ها براساس مطالعات قبلی ۲۳۲ نفر (با احتساب ضریب اطمینان ۹۵٪ و ریزش ۱۰٪) به‌دست آمد که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. در نهایت حدود ۲۱۸ نفر به‌طور کامل و صحیح، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند و آنالیز نهایی روی آنها انجام گرفت.

گروه پژوهش پس از مراجعه به مراکز مربوطه، در ابتدا ضمن معرفی خود و بیان اهداف پژوهش، اقدام به دریافت برخی اطلاعات مربوط به سلامتی از بیمار نمودند. تمام بیمارانی که بیش از ۳ ماه از عمل پیوندشان می‌گذشت (پس از دوره حاد پس از پیوند) وارد مطالعه شده و بیمارانی که دارای سایر ناتوانی‌ها و شرایط جسمی تاثیرگذار روی کیفیت زندگی بودند، از مطالعه خارج شدند. مصاحبه اولیه با سایر بیماران صورت گرفت و پرسش‌نامه‌های مربوط به مشخصات فردی و نیز پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران پیوندی توسط آنها تکمیل شد.

در این بررسی از دو ابزار به شرح زیر استفاده شد:

الف) پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک که براساس اهداف پژوهش تهیه شده و شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، مدت ابتلا به بیماری ESRD، نوع و مدت زمان درمان جایگزینی قبلی، نوع دهنده و نیز مدت زمان پیوند بود.

ب) پرسش‌نامه اختصاصی که ابزار اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران پیوند کلیه (KTQ-25) بود. این ابزار توسط *لاپاسیر* و همکاران تهیه شده و دارای ۲۵ سئوال و ۵ حیطه فیزیکی، خستگی، ترس/عدم اطمینان، ظاهر و عاطفی است و با توجه به مشکلات خاص بیماران پیوندی، کیفیت زندگی ایشان را اندازه‌گیری می‌کند [۱۳]. برای نمره‌گزاری ابزار، به هر گزینه امتیازی بین یک تا ۷ داده می‌شود، به‌طوری که ۷ نشانگر بهترین نمره و یک نشانگر بدترین حالت ممکن است. سپس مجموع نمرات هر حیطه، جمع و بر تعداد آیتم‌های آن حیطه تقسیم می‌شود و نمره نهایی آن حیطه به‌دست می‌آید. در مجموع نمرات هر حیطه نیز ۷ بالاترین نمره کیفیت زندگی و یک پایین‌ترین نمره کیفیت زندگی ممکن است. این پرسش‌نامه به‌دفعات

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

در سایر کشورها مورد استفاده قرار گرفته است و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ تا ۰/۸ گزارش شده است [۱۲، ۱۴، ۱۵]. اما با این وجود در این مطالعه نیز با استفاده از ترجمه برگشتی، ویرایش فارسی آن آماده شد. سپس اعتبار صوری و محتوای آن با ارایه ترجمه و متن اصلی به ۱۵ نفر از متخصصان و اعضای هیئت علمی یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، مورد تایید قرار گرفت و پایایی آن با توزیع پرسش‌نامه در ۲۵ نفر از جمعیت مشابه با جمعیت هدف و با اندازه‌گیری پایایی درونی با روش محاسبه آلفای کرونباخ به‌دست آمد (α=۰/۹۳).

در نهایت، اطلاعات جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 و روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا به‌منظور تعیین نحوه توزیع داده‌های کمی از آزمون آماری کولموگروف- اسمیرونوف تک‌نمونه‌ای استفاده شد که با توجه به p>۰/۰۵ و برخورداری از توزیع نرمال، آزمون T مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج

بیماران مورد مطالعه در فاصله سنی ۷۵-۱۵ سال قرار داشتند و میانگین سنی آنها ۲۴±۴۱ سال بود. ۵۸/۷٪ آنها، مرد و بقیه زن بودند. همچنین ۷۱/۶٪ متاهل و بقیه مجرد بودند. در ۸۴/۳٪ نمونه‌ها، نوع اهداکننده غیرخویشاوند، ۱۰/۶٪ جسد و ۵/۱٪ خویشاوند بود. میانگین کیفیت زندگی در آنها ۱/۲۷±۴/۹ به‌دست آمد. نتایج نمره کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه به‌تفکیک ابعاد پرسش‌نامه در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱) میانگین نمره کیفیت زندگی بیماران به‌تفکیک ابعاد پرسش‌نامه

ابعاد پرسش‌نامه	نمره کیفیت زندگی
علایم جسمی	۴/۵۷±۱/۵۶
خستگی	۴/۷۲±۱/۶۲
ترس/عدم اطمینان	۴/۵۳±۱/۸۲
ظاهر	۵/۷۵±۱/۴۳
عاطفی	۴/۸۸±۱/۶۱

نتایج بررسی ارتباط بین برخی فاکتورهای دموگرافیک با میزان کیفیت زندگی در جدول ۲ گزارش شده است. همچنین در مقایسه نمره کیفیت زندگی به‌تفکیک نوع بیماری زمینه‌ای منجر به نارسایی کلیه، بیشترین نمره مربوط به بیماری‌های عفونی (۵/۵۳) و کمترین نمره مربوط به بیماری‌های مادرزادی (۴/۴۴) بود و از نظر آماری بین نمره کیفیت زندگی براساس نوع بیماری زمینه‌ای تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (p=۰/۰۲).

در بررسی ارتباط سایر متغیرها با نمره کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (p>۰/۰۵).

جدول ۲) ارتباط برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی با میزان کیفیت زندگی

متغیر جمعیت‌شناسی		نمره کیفیت زندگی	آزمون آماری		سطح معنی‌داری
سن (سال)	<۲۵	۵/۰۶±۱/۱۷	تحلیل واریانس یک‌عاملی F=۱/۲۵		p=۰/۲۹
	۲۶-۴۰	۴/۶۶±۱/۳۹			
	۴۱-۶۵	۵/۰۳±۱/۲۶			
	۶۵<	۴/۸۴±۱/۳۱			
جنسیت	زن	۴/۳۶±۱/۲۶	T=۵/۳۷	T)	p<۰/۰۰۱
	مرد	۵/۲۹±۱/۱۴	T=۵/۴۶	مستقل)	
تحصیلات	کم‌سواد	۴/۹۹±۱/۲۸	تحلیل واریانس یک‌عاملی F=۱/۲۵		p=۰/۷۷
	زیردیپلم	۴/۷۶±۱/۲۵			
	دیپلم	۴/۹۴±۱/۳۷			
	بالاتر از دیپلم	۴/۸۱±۱/۲۴			
نوع دهنده	خویشاوند	۴/۸۳±۰/۹۶	تحلیل واریانس یک‌عاملی F=۱/۲۵		p=۰/۹
	غیرخویشاوند	۴/۹۲±۱/۳۱			
	جسد	۴/۸۲±۱/۲۲			
مدت زمان پس از پیوند (سال)	<۱	۴/۷۳±۱/۲۲	تحلیل واریانس یک‌عاملی F=۱/۲۵		p=۰/۱
	۱-۵	۴/۸۳±۱/۲۸			
	۶-۱۰	۴/۸۶±۱/۳۲			
	۱۱-۱۵	۵/۷±۱/۰۲			
	۱۵<	۵/۲۸±۱/۲۸			

بحث

میانگین کیفیت زندگی در این بیماران ۱/۲۷±۴/۹ بود که از میانگین مطالعه *ربولو* در اسپانیا کمتر (۵/۵۸) و از میانگین مطالعه *اویلی* در ایالات متحده آمریکا بیشتر (۴/۵۲) بود که با همین پرسش‌نامه گزارش شده بودند. همچنین در مطالعه حاضر بیشترین نمره کسب‌شده در بعد وضعیت ظاهری بدن بود که با هر دو مطالعه مذکور همخوانی دارد. البته کمترین نمره در این بررسی مربوط به بعد ترس بود که در دو مطالعه ذکرشده این میزان متعلق به بعد علایم جسمانی بوده است [۱۵، ۱۶].

از آن‌جا که بیماری به‌تنهایی تعیین‌کننده درک فرد از کیفیت زندگی نیست و بسیاری از عوامل تاثیرگذار دیگر از جمله سن، جنس، تحصیلات و غیره نقش مهمی در ارزیابی فرد از کیفیت زندگی خویش دارد، بنابراین لازم است روابط بین متغیرهای دموگرافیک و کیفیت زندگی مورد ارزیابی واقع شود. در این مطالعه میانگین کیفیت زندگی در مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان بود که با نتایج مطالعه *تقی‌زاده* در ارومیه و *وثوقی* در اردبیل که بین دو جنس تفاوت معنی‌داری مشاهده نکرده‌اند مغایرت داشت. در این بررسی بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعه *تقی‌زاده* مبنی بر این که با افزایش سطح تحصیلات افزایش معنی‌داری در کیفیت زندگی حاصل می‌شود مغایرت دارد، اما با نتایج بررسی *وثوقی* مطابق است [۱۷، ۱۸]. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که با افزایش سن، کیفیت زندگی احتمالا به‌دلیل شروع فرآیند

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

سالمندی و افزایش عوارض بیماری تنزل می‌یابد. در این مطالعه بیشترین نمره کیفیت زندگی در گروه سنی کمتر از ۲۵ سال و سنین بین ۶۰-۴۱ سال بود، ولی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت که این نتایج با مطالعات *تقی‌زاده* و *وثوقی* همخوانی دارد [۱۷، ۱۸].

علی‌رغم وجود تصورات منفی درخصوص پیوند از جسد در میان عموم مردم، در این مطالعه بین نمره کیفیت زندگی در ۳ نوع دهنده، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بنابراین اجرای برنامه‌های فرهنگ‌سازی در بین عامه مردم هم درخصوص اهدای اعضا در بیماران مرگ مغزی و هم مشاوره با افراد برای پذیرش روانی بهتر عضو از جسد، ضروری به‌نظر می‌رسد.

مطالعات مختلف نشان می‌دهند که با افزایش زمان بیماری و درنتیجه افزایش عوارض بیماری و درمان، کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کند [۱۸]. در این مطالعه هرچند که تفاوت آماری معنی‌داری بین مدت زمان پس از پیوند و نمره کیفیت زندگی یافت نشد، اما بیشترین نمره کیفیت زندگی در گروهی بود که مدت زمان ۱۵-۱۱ سال از زمان پیوند ایشان گذشته بود. همچنین رتبه بعدی کیفیت زندگی متعلق به گروهی بود که بیشتر از ۱۵ سال از پیوند آنها گذشته بود که با نتایج مطالعه *وثوقی* مطابقت دارد. نکته قابل توجه در این بیماران نمره پایین گروه زیر یک سال در بعد ظاهر بود که می‌تواند ناشی از عوارض درمان با دوزهای بالای کورتون و تاثیرات آن روی پوست و ظاهر فرد باشد. همچنین نمره پایین ترس در این گروه نیز می‌تواند نشان‌دهنده میزان بالای نگرانی‌ها و استرس‌ها خصوصا در مورد رد پیوند و بازگشت مجدد به دیالیز باشد که لزوم انجام مشاوره‌های روان‌شناسی، قبل و بلافاصله بعد از پیوند و ادامه آن در فواصل منظم را نشان می‌دهد. نمره پایین این دو بعد در این گروه روی نمره کل کیفیت زندگی این افراد نیز تاثیر چشمگیری داشته به‌طوری که کمترین نمره کیفیت زندگی نیز در این گروه به‌دست آمد (۱/۲۲±۴/۷۳).

در حال حاضر استفاده از ابزارهای اختصاصی بیماری برای سنجش کیفیت زندگی در سرتاسر جهان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به این‌که تاکنون در ایران برای سنجش کیفیت زندگی در این بیماران از ابزار عمومی استفاده شده است، پیشنهاد می‌شود که برای تعیین وضعیت دقیق بیماران پیوند کلیه در سراسر کشور، مطالعاتی با هدف سنجش کیفیت زندگی با استفاده از این ابزار صورت گیرد تا با روشن‌شدن وضعیت بیماران، درخصوص رفع مشکلات و افزایش کیفیت زندگی آنها، برنامه‌ریزی‌های لازم صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

در مجموع، بیماران مورد مطالعه از نظر کیفیت زندگی در وضعیت متوسط قرار دارند.کمترین و بیشترین نمره به‌ترتیب مربوط به ابعاد ترس/عدم اطمینان و ظاهر است. با توجه به اهمیت بررسی دقیق کیفیت زندگی با توجه به ماهیت خاص بیماری در بیماران پیوند کلیه، انجام مطالعات وسیع کیفیت زندگی با استفاده از ابزارهای اختصاصی همانند KTQ-25 ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی: بر خود لازم می‌دانیم که از همکاری صمیمانه جناب آقای دکتر *بهزاد عین‌اللهی* و همکارانشان در مطب، مسئولان و پرستاران کلینیک پیوند شهید لبافی‌نژاد به‌ویژه جناب آقای دکتر *محسن‌نفر*، مسئولان و پرستاران درمانگاه نفرولوژی بیمارستان بقیه‌ا...(عج) و سرکار خانم‌ها، *فاطمه جعفرپور* و *نفیسه جباری* و جناب آقای *مجتبی آسیابی*، دانشجویان دانشگاه بقیه‌ا...(عج) ما را در راستای انجام هرچه بهتر این طرح یاری رساندند، تشکر و قدردانی نماییم.

منابع

1- Nasabeh Z, Hazrati M. Medical surgical nursing. Tehran: Salami-Jamenegar Publication; 2008.
2- Ghods A, Savaj S. Iranian model of paid regulated living-unrelated kidney donation. Clin Asoc Nephrol. 2006;1:1136-45.
3- Grassman AN. ESRD patients in 2004: Global overview of patient numbers, treatment modalities and associated trends. Nephrol Dial Transplant. 2002;17(1):2587-93.
4- Haghigh AN, Broumand BD, Amico M, Locatelli F, Ritz E. The epidemiology of end stage renal disease in Iran in an international prospective. Nephrol Dial Transpalant. 2002;17(1):28-32.
5- Shu-Fen N, Chu A. Quality of life of patient having renal replacement therapy. J Adv Nurs. 2005;51(1):15-21.
6- Mohajer M. The survey of psychosocial change in-patient before and after renal transplantation in Taleghami and Shahid Hashemi Nejad hospitals. Res Med. 2002;28(2):3135-40.
7- Poorghaznein T, Ghafari F. The survey of relation between hopeless and self-steam in kidney transplant recipients in Emam Reza hospital in Mashhad (2001-2002). Yazd Univ Med Sci J. 2005;13(1):57-61.
8- Fisher R, Gould D, Wainwright S, Fallon M. Quality of life after renal transplantation. J Clin Nurs. 1998;7:553-63.
9- Weety S. The health related Qol of renal transplants. J Clin Nurs. 2007;13:201-9.
10- Marci AT, Donald CS. Assessment of Qol outcomes. 1996;334(113):835-40.
11- Rahimi A, Ahmadi F, Gholiaf M. The effect of continues care model applying on quality in hemodialysis patient. Iran Univ Med Sci J. 2006;13(52):123-32. [Persian]
12- Fiebiger W. Health related Qol outcomes after kidney transplantation. Health Qual Life Outcomes. 2004;2:2-5.
13- Pus N. Administrative guide to the kidney transplant questionnaire. London: Robarts Research Institute; 1999.
14- Neipp M. Qol in adult transplant recipients more than 15 years after kidney transplantation. Available from: http://www.ssn-sa.com
15- Rebollo P. Spanish validation of the kidney transplant questionnaire: A useful instrument for assessing health related quality of life in kidney transplant patient. Health Qual Life Outcomes. 2003;1:56-9.
16- Oveilly F. Baseline quality of life and anxiety in solid organ transplant recipients: A pilot study. Dermatol Surg. 2006;32:1480-5.
17- Taghizadeh-Afshari A, Ghareh-Aghagia SR, Kazeminejad A. The survey of kidney transplantation effect on hemodialysis patient's quality of life in Uromieh. Uromieh Med J. 2006;17(3):175-80. [Persian]
18- Vosughi M, Movahedpour A. Comparison quality of life between hemodialysis and transplant patient in Ardabil medical centers. Ardabil Univ Med Sci J. 2009;9(2):171-9. [Persian]

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]