

تأثیر به کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم (Orem) بر کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز

سلیمان نارویی^۱، سیدعلی ناجی^۲، غلامحسین عبدیزدان^۳، احسان دادکانی^۴

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، بیمارستان تامین اجتماعی زاهدان
۲. استادیار پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده پرستاری
۳. مربی پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده پرستاری
۴. دانشجوی کارشناسی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پرستاری

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۶/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۷/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به پیشرفت بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی مزمن کلیه، کیفیت زندگی این بیماران اغلب پایین‌تر از حد طبیعی می‌باشد. این مطالعه به منظور تأثیر به کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم (Orem) بر کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز طراحی و اجرا شد.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر یک تحقیق نیمه تجربی، به روش نمونه‌گیری هدفمند بر روی ۳۵ بیمار همودیالیزی مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان خاتم الانبیاء زاهدان در سال ۱۳۸۹ اجرا شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل اطلاعات جمعیت شناختی، فرم بررسی وضعیت سلامت مبتنی بر الگوی اورم و ابزار استاندارد سنجش کیفیت زندگی SF-36 بود. نمرات کیفیت زندگی به عنوان پیش آزمون ثبت و سپس پرسشنامه بررسی وضعیت سلامت اورم تکمیل گردید و نیازهای آموزشی تعیین و آموزش‌های لازم در طی ۴ جلسه نیم ساعته به صورت انفرادی به مدت یک ماه داده شد. پس از گذشت ۲ ماه از آخرین جلسه پرسشنامه کیفیت زندگی مجدداً تکمیل و داده‌ها توسط نرم افزار SPSS-16 با استفاده از آمار توصیفی و آزمون t زوجی، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از به کارگیری الگوی خودمراقبتی تمامی ابعاد کیفیت زندگی به صورت معنی‌داری ارتقا یافت ($P < 0/005$). هم‌چنین میانگین کل کیفیت زندگی از ۴۶/۹۰ درصد به ۵۶/۶۵ درصد بعد از به کارگیری الگوی خودمراقبتی ارتقا یافت و تفاوت معنی‌داری نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از تأثیر مثبت الگوی خودمراقبتی اورم می‌باشد. لذا برنامه‌ای براساس نیازهای آموزشی، می‌تواند به لحاظ مزمن بودن و سیر پیش‌رونده بیماری اهمیت الگوهای خودمراقبتی دائم را نشان دهد. [م ت ع پ ز، ۱۳۹۱؛ ۱(۱): ۸-۱۲]

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، کیفیت زندگی، همودیالیز

مقدمه

زندگی خود فراتر رفته و به‌طور قابل توجهی کیفیت زندگی و سلامت خود را بهبود بخشید.^{۷۸} با افزایش بیماری‌های مزمن در دنیا و در نتیجه افزایش قابل توجه بیماران نارسایی مزمن کلیوی و انجام همودیالیزی طلبد که این بیماران نه تنها از نظر طول مدت عمر بلکه از نظر کیفیت زندگی آن نیز ارتقا پیدا کنند و زندگی طولانی‌تر باید همراه با فرصت‌های همیشگی برای سلامتی، مشارکت و امنیت به‌منظور افزایش کیفیت زندگی این افراد باشد.^{۹-۱۱} یکی از کاملاًترین تئوری‌های خود مراقبتی، تئوری اورم است که در آن از خود مراقبتی به‌عنوان یک عملکرد تنظیمی نوع بشر نام برده شده است و آن را برای تأمین و تداوم لوازم و تجهیزات لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمانی و روانی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکردی اعمال می‌گردد، تعریف می‌کند.^۴ لذا این مطالعه به‌منظور بررسی به کارگیری مدل خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان خاتم الانبیاء زاهدان انجام شد.

روش کار

این پژوهش به‌صورت نیمه تجربی بر روی ۳۵ نفر بیمار مبتلا به مرحله نهایی بیماری کلیه، تحت همودیالیز که به‌روش هدفمند انتخاب شده بودند انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران زن و مرد همودیالیزی سنین ۶۰ تا ۱۸ سال مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) که از زمان شروع اولین نوبت دیالیز آن‌ها حداقل ۶ ماه گذشته بود تشکیل می‌دادند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۳ پرسشنامه اطلاعات

در آستانه قرن ۲۱ میلادی، برجسته‌ترین واقعه‌ای که جوامع و کادر بهداشتی با آن مواجه‌اند، شیوع روزافزون بیماری‌های مزمن می‌باشد که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد به‌طور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آن‌ها تأثیر دارند.^۱ بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی مزمن کلیه به‌علت سیر پیش‌رونده‌ای که دارند اغلب ناتوان کننده بوده و علی‌رغم پیشرفت‌های زیادی از جمله همودیالیز و پیوند کلیه که در درمان بیماری نارسایی مزمن کلیه صورت گرفته، کیفیت زندگی به‌عنوان یک مشکل بزرگ در این گروه از بیماران به مخاطره افتاده و اغلب پایین‌تر از حد طبیعی می‌باشد.^۲ میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون جمعیت است و سالیانه حدود ۸ درصد به این میزان اضافه می‌شود. براساس آمار موجود در ایران سالیانه حدود ۱۲۰۰ تا ۱۶۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند.^۳ مشکلات شغلی، مالی، تغذیه‌ای، مسائل جنسی، بیماری‌های قلبی، پوستی، گوارشی، نشانه‌های عصبی، کم خونی و کمبود آگاهی در رابطه با بیماری‌شان از عمده مشکلات این بیماران می‌باشند.^۴ بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد، پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است.^۵ Lipsen و همکارانش اظهار می‌دارند که اگر افراد بتوانند منابع خود را تجهیز کرده و در حفظ سلامتی‌شان به‌طور فعال مشارکت کنند. ممکن است از انتظارات

یافته‌ها

تعداد افراد مورد مطالعه ۳۵ بیمار همودیالیزی بودند که محدوده سنی آن‌ها بین ۱۸ تا ۶۰ سال با میانگین سنی $38 \pm 14/5$ سال بود. ۶۵/۷ درصد نمونه‌ها مرد و ۳۴/۳ درصد آن‌ها زن بودند. ۱۷/۱ درصد بیماران مجرد و ۶۸/۶ درصد آن‌ها متأهل بودند. ۸۰ درصد بیماران دارای بیش از ۴ فرزند بودند. ۴۵/۷ درصد بیماران بیسواد، ۵۱/۴ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم و ۲/۹ درصد آنان دارای مدارک عالی بودند. ۴۵/۷ درصد بیماران بیکار، ۲۸/۶ درصد خانه‌دار، ۲/۹ درصد بازنشسته و ۲۰ درصد دارای شغل بودند. ۷۷/۱ درصد بیماران به علت بیماری از کارافتاده شده و از افراد کارمند، ۴۰ درصد دارای کار تمام وقت و ۶۰ درصد کار پاره وقت داشتند. ۹۱/۴ درصد بیماران با خانواده‌هایشان زندگی می‌کردند و ۶۸/۶ درصد آنان با یکی از اعضای خانواده به بخش مراجعه می‌نمود. ۶۲/۹ درصد بیماران فاقد درآمد، ۴۳/۳ درصد دارای منزل شخصی و ۴۰ درصد آنان فاقد هرگونه پوشش بیمه‌ای بودند. یافته‌ها در جدول ۱ و ۲ آمده است.

میانگین کلی کیفیت زندگی در بعد از به کارگیری الگوی خودمراقبتی نسبت به قبل از بکارگیری الگو افزایش یافته و تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد ($p=0/001$). میانگین کلی کیفیت زندگی $46/9 \pm 4/36$ در قبل از بکارگیری الگوی خودمراقبتی اورم بود که به $56/65 \pm 4/98$ در بعد از بکارگیری الگو افزایش یافت و آزمون آماری t زوجی ($p=0/001$) تفاوت معنی‌داری را نشان داد.

هم‌چنین در مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر یک از ابعاد هشت‌گانه آن در قبل و بعد از به کارگیری الگوی خودمراقبتی و با آزمون t زوجی تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد ($p<0/005$) که در جدول ۱ نمایش داده شده است.

جدول ۱: میانگین نمرات کسب شده از میانه‌های مختلف کیفیت زندگی قبل و بعد از به کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم در واحدهای مورد پژوهش

مرحله	قبل از مداخله Mean±Sd	بعد از مداخله Mean±Sd
ابعاد کیفیت زندگی		
سلامت عمومی	۴۳/۹۷±۱۲/۴۲	۵۰/۵۶±۱۱/۶۷
عملکرد جسمانی	۵۲/۴۴±۱۸/۹۵	۵۹/۸۵±۱۲/۵۱
ایفای نقش جسمی	۴۳/۵۷±۱۷/۵۱	۵۴/۲۸±۱۶/۵۸
ایفای نقش عاطفی	۴۴/۷۵±۱۹/۷۰	۵۶/۱۶±۱۹/۴۸
عملکرد اجتماعی	۵۵/۳۵±۱۸/۳۶	۶۷/۱۴±۱۶/۹۰
درد بدنی	۵۲/۵۱±۲۵/۰۳	۶۱/۵۷±۱۶/۵۲
نشاط و انرژی حیاتی	۴۲/۹۰±۱۳/۹۸	۵۳/۲۸±۹/۷۷
سلامت روانی	۴۳/۸۵±۱۶/۲۷	۵۲±۸/۵۰
درک کلی از سلامتی	۴۱/۴۲±۱۸/۱۳	۵۵/۷۱±۱۶/۱۴

بحث

میانگین کلی کیفیت زندگی در این مطالعه افزایش یافت که نشان‌دهنده تاثیر به کارگیری الگوی خودمراقبتی می‌باشد. اما در کشورهای دیگر نمرات کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی نسبت به مطالعه ما بالاتر می‌باشد. برای

جمعیت شناختی، پرسشنامه بررسی وضعیت سلامت و ابزار استاندارد سنجش کیفیت زندگی SF-36 بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط Ware طراحی شده و فاقد هرگونه بار فرهنگی بوده و به‌طور وسیعی مورد آزمون روایی و پایایی قرار گرفته است.

اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه SF-36 در مطالعات داخل و خارج به تایید رسیده است. ۳۶ سوال این پرسشنامه دربرگیرنده ۸ مفهوم و با زیر گروه شامل حیطه‌های عملکرد جسمی، اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش‌ها و وظایف، درد، سلامت روانی عمومی، محدودیت ایفای نقش مرتبط با وضعیت روحی، انرژی حیاتی و درک از سلامتی عمومی است. نمره هر سوال حداکثر ۱۰۰ و حداقل صفر بود. سوالات ۲ گزینه‌ای با نمره‌های (۵۰ و ۱۰۰)، سوالات ۳ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۵۰ و ۱۰۰)، سوالات ۵ گزینه‌ای با نمره‌های (۰، ۲۵، ۵۰، ۷۵ و ۱۰۰) و سوالات ۶ گزینه‌ای با نمرات (۰، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰ و ۱۰۰) در نظر گرفته شد.

میانگین استاندارد ابعاد کیفیت زندگی ۵۰ می‌باشد که بالاتر و پایین‌تر از نمره ۵۰ به ترتیب نشان‌دهنده میانگین عملکرد بالا و پایین می‌باشد. معیارهای شرکت در مطالعه شامل سن بالای ۱۸ تا ۶۰ سال، گذشتن حداقل ۶ ماه از اولین نوبت همودیالیز، نداشتن بیماری زوال عقلی یا دمانس یا بیماری ناتوان کننده، تمایل به شرکت در مطالعه و به‌دست آوردن اطلاعات جدید بود. معیار خروج از مطالعه شامل انصراف بیمار و عدم تمایل به ادامه همکاری، انتقال به مرکز دیگر، عدم ادامه درمان به دلایل پزشکی و فوت بیمار بود. پس از کسب رضایت‌نامه اخلاقی به‌صورت کتبی و بیان هدف تحقیق، پرسشنامه پیش آزمون برای هر یک از بیماران تکمیل شد. سپس فرم بررسی وضعیت سلامت طبق الگوی اورم برای هر یک از واحدهای مورد پژوهش توسط پژوهشگر تکمیل گردید.

در این پرسشنامه، نیاز مراقبت از خود بیماران تحت همودیالیز در سه بعد نیاز مراقبت از خود عمومی، نیاز مراقبت از خود تکاملی و نیاز مراقبت از خود در هنگام انحراف از سلامتی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت و موارد نقص مراقبت از خود در هر حیطه به‌صورت تشخیص‌های پرستاری مشخص گردید.

بر این اساس نیازهای یادگیری بیماران تحت مطالعه مشخص گردید و متناسب با این نیازها برنامه آموزش حضوری انفرادی چهره به چهره به مدت ۴ جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای براساس سطح تحصیلات بیمار و اطلاعات بیمار در رابطه با بیماری در سه شیفت صبح، عصر و شب توسط پژوهشگر (کارشناس ارشد پرستاری) طراحی و اجرا گردید. در مرحله بعد پس از انجام آموزش‌های خودمراقبتی، مجدداً پرسشنامه SF-36 تکمیل گردید. زمان تکمیل این پرسشنامه ۲ ماه بعد از پایان آخرین جلسه آموزشی بود.

در پایان پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده طبقه‌بندی و نمرات کلی و نمرات ابعاد هشت‌گانه کیفیت زندگی در قبل و بعد از به کارگیری الگوی خودمراقبتی تعیین گردید به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصله از نرم‌افزار SPSS-16 و از آمار توصیفی و آزمون t ، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس استفاده شد.

کیفیت زندگی عمومی بیماران خواهد داشت.^{۱۸} هم‌چنین علت بالا بودن کیفیت زندگی در کشورهای توسعه یافته از جمله آمریکا را می‌توان به حمایت‌های دولت از بیماران همودیالیزی و شرایط زندگی بهتر و داشتن خدمات آسایشی و رفاهی بیشتر مرتبط دانست.^{۱۹}

یکی دیگر از دلایل قابل پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران تحت همودیالیز مورد مطالعه پایین بودن میزان اطلاعات بیماران در خصوص بیماری، روش درمان، عوارض و نحوه مراقبت از خود بوده است به طوری که در مطالعه حاضر بعد از آموزش امتیازات در تمام حیطه‌های کیفیت زندگی افزایش داشته و به امتیازات کسب شده در سایر مطالعات نزدیک‌تر گردیده بود. کنترل مشکلات و عوارض و بهبود کیفیت زندگی نیازمند مشارکت بیمار در روند درمان و مراقبت است و لازمه این کار نیز افزایش آگاهی افراد است و آموزش خودمراقبتی ابزار مناسب جهت افزایش سطح آگاهی مددجویان است.^{۲۰}

در عین حال بررسی‌ها نشان داده که کمبود آگاهی و دانش ناکافی در زمینه‌های رژیم غذایی مناسب، میزان مصرف مایعات و مراقبت از مسیر عروقی در این بیماران باعث بروز مشکلات گوناگونی شده و سرانجام به عوارض مختلف و مرگ و میر منجر خواهد شد. بنابراین با توجه به شکل مزمن بیماری و نوع مشکلات این دسته از بیماران و عدم کارایی دیالیز در رفع کامل این مشکلات و لزوم مراقبت مستمر، آموزش می‌تواند تامین کننده مشارکت فعال و آگاهانه بیمار برای مراقبت از خود باشد.

لذا دستاورد اساسی در این مطالعه بیانگر تاثیر مثبت به کارگیری الگوی خود مراقبتی اورم می باشد. چرا که هدف در این الگو آماده‌سازی و کمک به بیمار برای مراقبت از خود است و این امر میسر نمی‌شود مگر زمانی که ما به‌عنوان پرستار بتوانیم یک رابطه اطمینان بخش بین پرستار و بیمار در جهت حمایت و آموزش بیمار فراهم کنیم و این امر زمانی تحقق می‌یابد که به بیمار اجازه دهیم تا به‌صورت فعال در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای خودش مشارکت داشته باشد.

بر این اساس استفاده از الگوهایی که قادر به ترغیب مددجو و توجه به مشارکت بیمار در امر مراقبت از خود می‌باشد می‌تواند موجب افزایش کیفیت زندگی باشد و استفاده از این مدل اطلاعات با ارزشی را فراهم آورده، می‌تواند در تحقیقات پرستاری، بررسی و شناخت و ارزشیابی سیستم مراقبتی بیماران همودیالیزی کاربرد داشته باشد. وضعیت جسمی و روحی فرد، ویژگی‌های شخصیتی، نحوه بکارگیری موارد آموزش داده شده در مراقبت از خود، برداشت فردی از وضعیت زندگی و صداقت در گفتار جزو متغیرهای موثر غیرقابل کنترل و از محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌گردد.

سپاسگزاری

مؤلفین مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان برای تصویب این طرح تحقیقاتی با شماره ثبت ۲۳۸۱۰۴۰۳۸۸۲۰۰۸ در تاریخ ۱۳۸۹/۱/۲۴ ابراز می‌دارند.

مثال در مطالعات دیگری که توسط Lovendoglo در ترکیه انجام گرفت میانگین کل امتیازات کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی پس از بکارگیری الگوی خودمراقبتی اورم با استفاده از مقیاس SF-36، ۶۵/۷۵ درصد بوده است که در مقایسه با بیماران کشور ایران بالاتر می‌باشد.^{۱۲} هم‌چنین این یافته‌ها در مقایسه با مطالعه Fojisava که میانگین کلی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز ۶۸/۳۸ درصد بوده است نشان می‌دهد که میانگین کلی کیفیت زندگی در کشور ما پایین‌تر است.^{۱۳} در جمعیت مورد مطالعه، درصد بالایی از بیماران همودیالیزی هفته‌ای دو بار و بین ۷ الی ۸ ساعت تحت درمان با دیالیز قرار می‌گرفتند. این درحالی است که بنا به اظهار Skuorki بیماران تحت دیالیز معمولاً هفته‌ای ۲۴-۲۰ ساعت دیالیز می‌شوند.^{۱۴}

به نظر محقق پایین بودن نمره کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه ناشی از عدم آموزش درست مراقبت از خود توسط پرسنل درمانی و شرایط اجتماعی بیماران می‌باشد. هم‌چنین با افزایش تعداد جلسات دیالیز در صورت اصلاح تغذیه بیماران، کیفیت زندگی آنان به‌طور چشمگیری بهبود خواهد یافت. Casper می‌نویسد اخیراً علاقه زیادی به افزایش تعداد جلسات همودیالیز به وجود آمده است بنابراین نیاز به دیالیز خانگی بیشتر شده است. گزارش‌های اخیر تورنتو، ایتالیا و سایر مراکز نشان‌دهنده این موضوع است که انجام چنین رژیم درمانی (افزایش دفعات دیالیز در هفته) به بهبود کیفیت زندگی و رفاه بیماران منجر می‌گردد.

نتایج یک بررسی در لندن نشان داد بیمارانی که دیالیز روزانه دریافت کردند به نسبت بیمارانی که به‌صورت متناوب همودیالیز شدند، کیفیت زندگی مطلوب‌تری کسب نموده و عوارض و علائم دیالیز از جمله کرامپ عضلانی، سردرد، افت فشارخون نیز در آنان کمتر بود. هم‌چنین محرومیت از سیستمی که در مقابل نیازهای متغیر بیماران دیالیزی قابلیت انعطاف داشته باشد، مانند استفاده از دستگاه‌های دیالیز خانگی موجب کاهش کیفیت زندگی در مقایسه با کشورهای توسعه یافته در این بیماران شده است.^{۱۵}

مرکباتی اظهار می‌دارد که دستگاه‌های دیالیز خانگی به بیماران این امکان را می‌دهد که مدت زمان بیشتری در منزل خود بمانند و دیالیز را براساس نیاز انجام دهند و بدین شکل از طریق افزایش رفاه حال بیماران دیالیزی باعث افزایش کیفیت زندگی در این بیماران می‌گردد^{۱۶} که یکی دیگر از دلایل پایین بودن کیفیت زندگی بیماران در مطالعه حاضر بود. Cozlovesca نشان داد که رضایت زندگی و کیفیت زندگی افراد دیالیزی به‌طور چشمگیری تحت تاثیر داشتن اوقات فراغت کافی، انجام دادن فعالیت‌های روزانه زندگی به‌طور مستقل، پیاده‌روی منظم، رژیم غذایی مناسب و زندگی در کنار افراد خانواده می‌باشد.^{۱۷}

از سایر دلایل پایین بودن میانگین امتیازات در پژوهش حاضر در مقایسه با پژوهش‌های صورت گرفته در کشورهای اروپایی نبود یک سیستم مراقبتی پیگیر است به طوری که رحیمی به نقل از مطالعه قوامی بیان می‌کند که انجام مراقبت پیگیر در بیماران همودیالیزی تاثیر معناداری بر وضعیت انجام فعالیت‌های روزانه زندگی میانگین طول مدت زمان انجام فعالیت‌ها و میانگین

References

1. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, editors. Text book of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008: 4350.
2. Thelan LA, Urden LD, Lough ME and Stacy MK. Textbook of critical care nursing diagnosis and management. 3rd ed. St Louis: Mosby; 2002: 1235.
3. United States Renal Data System (USRDS). Annual data report: Incidence and prevalence. Available from: <http://www.usrds.org/2008/pdf/V2-02-2008.pdf>. Accessed July 8, 2009.
4. Vasilva IA. Quality of life in chronic hemodialysis patients in Russia. *Hemodial Int* 2006; 10(3): 274-8.
5. Testa MA, Simonton DC. Assessment of quality of life outcome. *NEJM* 2003; 3: 835-84.
6. Thoonen B. Self management in asthma care. *BMJ* 2003; 321(2): 72-75.
7. Simmons L. Dorthea orem's self care theory as related to nursing practice in hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2009; 36(4): 419-421.
8. Stojanovic M, Stefanovic V. Assessment of health-related quality of life in patients treated with hemodialysis in Serbia. *Artif Organs* 2007; 31(5): 53-60.
9. Ari D, Jacobs L, Rezobe A, et al. [Research methods in education] Persian. 2nd ed. Tehran: Sourush; 2001: 233.
10. Kalantar-Zade K, Kopple JD, Block G and Humphreys MH. Association among SF-36 quality of life measures and nutrition. Hospitalization and mortality in Hemodialysis. *J AM Soc Nephrol* 2001; 12(12): 2797-806.
11. Zang AH, Cheng LT, Zhu N and Sun LH. Comparison of life and causes of hospitalization between hemodialysis and peritoneal dialysis patients in china. *Health Qual Life Outcomes* 2007; 5: 49.
12. Levendoglu F, Altintepe L, Okudan N, et al. A twelve week exercise program improves the psychological atatus, Quality of life and work capacity in hemodialysis patient. *J Nephrol* 2004; 17(6): 826-832.
13. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplants using the SF-36 health survey. *J Urol* 2000; 26(2): 210-6.
14. Skorecki K, Green J, Brenner M. Chronic renal failure. In: Harrison TR. Principles of internal medicine. 16th ed: New York: McGraw Hill Company; 2005: 1890.
15. Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, editors. In: Harrison TR. Principle of Internal Medicine. 16th ed: New York: McGraw Hill Company; 2005: 3324.
16. Melies AL. Theoretical nursing: development and progress. 3rd ed. London: Lippincott; 2005: 400.
17. Kozłowska L, Rosolowska-Huszcz D, Rydzewski A. Low protein diet causes a decrease in serum concentrations of leptin and tumor necrosis factor-alpha in patient with conservatively treated chronic renal failure. *J Nephrol* 2004; 9(5): 319-324.
18. Rahimi A, Ahmadi F, Ghalyaf M. [Effect of continuous care model on quality of life in hemodialysis patients] Persian. *Iran J Med Sci* 2006; 13(52): 18-24.
19. Asghari M, Mirhagfi A. [Knowledge of hemodialysis patients in the hospital Imam Reza and Ghaem in Mashhad in 2005 related hypoglycemic] Persian. Proceeding of the 1st national congress of nursing and kidney dialysis; 2005; Iran: Mashhad.
20. Seica A, Segall L, Verzan C, et al. Factors affecting the quality of life of hemodialysis patients from Romania: A multicentre study. *Nephrol Dial Transplant* 2009; 24(2): 626-9.

Effect of Applying Self-Care Orem Model on Quality of Life in the Patient under Hemodialysis

Soleyman Naroie,¹ S. Ali Naji,² Gholam H. Abdeyazdan,³ Ehsan Dadkani⁴

Received: 7/Sep/2010

Accepted: 19/Oct/2010

Background: With the development of chronic diseases including chronic renal failure, quality of life for these patients is often lower than normal. This study was designed to use Orem self care framework and its impact on quality of life in patients treated with hemodialysis was designed and executed.

Materials and Method: Quasi-experimental research present study, sampling method on 35 hemodialysis patients who referred to were Khatam hospital Hemodialysis unit in Zahedan themerin 1389. Data collection included demographic information, health status forms of Orem-based model and the standard measure of quality of life instrument SF-36 was QOL Scores recorded as pre-test and then reviewed was the prementioned questionnaire after completion without health status, training needs and educational needs during the four individual half an hour sessions month. After two months of the last session of the quality of life questionnaire completion and data analyzed SPSS-16 software using Martvsvfy paired T test, Pearson correlation and ANOVA were analyzed.

Result: After applying all aspects of self care model for quality of life was significantly enhanced ($p < 0.005$). Also, mean total quality of life prior to the 90.46% 65.56% after applying self care model promoting Vtfavt found significantly ($p < 0.001$).

Conclusion: Results indicated a positive impact Orem self care framework is. Therefore, a program based on training needs, can indicate chronic and progressive course of disease patterns, the importance of self care that stows permanent drift. [ZJRMS, 2012; 14(1): 8-12]

Keywords: Self care, quality of life, hemodialysis

1. MSc of Nursing Education, Social Security Hospital, Zahedan, Iran.
2. Assistant Professor of Nursing, School of Nursing, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Khorasgan, Iran.
3. Instructor of Nursing, School of Nursing, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Khorasgan, Iran.
4. Student of Nursing, School of Nursing, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran.

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