

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

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۶/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۷/۲۷

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

چکیده

زمینه وهدف: 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 وروش 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؛ ۱۴(۱): ۱۲-۸)

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، کیفیت زندگی، همودیالیز

مقدمه

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 به طور چشمگیری بر میزان ابتلا و شدت آن‌ها تأثیر دارند.^۱ بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی مزمن کلیه به علت 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 به عنوان 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،۶} Lipsen و همکارانش اظهار می‌دارند که اگر افراد بتوانند منابع خود را تجهیز کرده و در حفظ سلامتی‌شان به طور فعال مشارکت کنند. ممکن است از انتظارات

زندگی خود فراتر رفته و به طور قابل توجهی کیفیت زندگی و سلامت خود را بهبود بخشند.^{۷،۸} 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 به منظور افزایش کیفیت زندگی این افراد باشد.^{۹-۱۱} یکی از کاملاًترین تئوری‌های خود مراقبتی، تئوری اورم است که در آن از خود مراقبتی به عنوان 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 به منظور بررسی به کارگیری مدل خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بیمارستان خاتم الانبیاء زاهدان انجام شد.

روش کار

این پژوهش به صورت نیمه تجربی بر روی ۳۵ نفر بیمار مبتلا به مرحله نهایی بیماری کلیه، تحت همودیالیز که به روش 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

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 $56/6 \pm 4/98$ 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 دامنه‌های مورد پژوهش

مرحله	قبل از مداخله Mean±Sd	بعد از مداخله Mean±Sd
ابعاد کیفیت زندگی		
سلامت عمومی	۴۳/۹۷±۱۲/۴۲	۵۰/۵۶±۱۶/۶۷
عملکرد جسمانی	۵۲/۴۲±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 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 و 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 هریک 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 آموزش-های 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.

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 می باشد.^{۱۲} هم چنین این یافته ها در مقایسه با مطالعه Fojisava که میانگین کلی کیفیت زندگی بیماران تحت درمان با همودیالیز ۶۸/۳۸ درصد بوده است نشان می دهد که میانگین کلی کیفیت زندگی در کشور ما پایین تر است.^{۱۳} در جمعیت مورد مطالعه، درصد بالایی از بیماران همودیالیزی هفته ای دو بار و بین ۷ الی ۸ ساعت تحت درمان با دیالیز قرار می گرفتند. این درحالی است که بنا به اظهار Skuorki بیماران تحت دیالیز معمولاً هفته ای ۲۴-۲۰ ساعت دیالیز می شوند.^{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 می باشد. هم چنین با افزایش تعداد جلسات دیالیز در صورت اصلاح تغذیه بیماران، کیفیت زندگی آنان به طور چشمگیری بهبود خواهد یافت. Casper می نویسد اخیراً علاقه زیادی به افزایش تعداد جلسات همودیالیز به وجود آمده است بنابراین نیاز به دیالیز خانگی بیشتر شده است. گزارش های اخیر تورنتو، ایتالیا و سایر مراکز نشان دهنده این موضوع است که انجام چنین رژیم درمانی (افزایش دفعات دیالیز در هفته) به بهبود کیفیت زندگی و رفاه بیماران منجر می گردد.

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

مرکزی اظهار می دارد که دستگاه های دیالیز خانگی به بیماران این امکان را می دهد 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 می گردد^{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 به طور چشمگیری تحت تاثیر داشتن اوقات فراغت کافی، انجام دادن فعالیت های روزانه زندگی به طور مستقل، پیاده روی منظم، رژیم غذایی مناسب و زندگی در کنار افراد خانواده می باشد.^{۱۷}

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

کیفیت زندگی عمومی بیماران خواهد داشت.^{۱۸} هم چنین علت بالا بودن کیفیت زندگی در کشورهای توسعه یافته از جمله آمریکا را می توان به حمایت های 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 حیطه های کیفیت زندگی افزایش داشته و به امتیازات کسب شده در سایر مطالعات نزدیک تر 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 بررسی ها نشان داده که کمبود آگاهی و دانش ناکافی در زمینه های 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 می تواند 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 آماده سازی و کمک به بیمار برای مراقبت از خود است و این امر میسر نمی شود مگر زمانی که ما به عنوان پرستار بتوانیم یک رابطه اطمینان بخش بین پرستار و بیمار در جهت حمایت و آموزش بیمار فراهم کنیم و این امر زمانی تحقق می یابد که به بیمار اجازه دهیم تا به صورت فعال در تصمیم گیری و برنامه ریزی 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 می باشد می تواند موجب افزایش کیفیت زندگی باشد و استفاده از این مدل اطلاعات با ارزشی را فراهم آورده، می تواند در تحقیقات پرستاری، بررسی و شناخت و ارزشیابی سیستم مراقبتی بیماران همودیالیزی کاربرد داشته باشد. وضعیت جسمی و روحی فرد، ویژگی های 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 محدودیت های پژوهش محسوب می-گردد.

سپاسگزاری

مолفین 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 می دارند.

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. Dortha 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 status, 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, Rosołowska-Huszcz D, Rydzewski A. Low protein diet causes a decrease in serum concentrations of leptin and tumor necrosis factor- α 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 Khatam hospital Hemodialysis unit in Zahedan in 1389. Data collection included demographic information, health status forms of Orem-based model and the standard measure of quality of life instrument SF-36. QOL Scores recorded as pre-test and then reviewed were the pre-outcome questionnaire after completion without health status, training needs and educational needs during the four individual half an hour sessions. After two months of the last session of the quality of life questionnaire completion and data analyzed SPSS-16 software using Martynsyfy 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 Vtfaft 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 slows 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.