

بررسی تأثیر بکارگیری الگوی خود مراقبتی اورم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به گواتر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج - ۱۳۹۰

آذر رحیمی^۱، شایسته صالحی^۲، اردشیر افراسیابی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان)، دانشکده پرستاری و مامایی

۲- دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان)، دانشکده پرستاری و مامایی

۳- دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری و مامایی

چکیده

مقدمه و هدف: شواهد نشانگر تأثیر منفی اختلالات تیروئید بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می باشند. این مطالعه با هدف ارزیابی تأثیر

اجرای الگوی خود-مراقبتی اورم بر کیفیت زندگی مبتلایان به گواتر کم کار انجام گرفت.

مواد و روش ها: در این کارآزمایی بالینی مورد-شاهدی، ۷۰ بیمار شامل ۹ مرد و ۶۱ زن مبتلا به گواتر کم کار از مراجعه کنندگان به مراکز

بهداشتی درمانی شهر یاسوج در سال ۱۳۹۰ بطور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد (۳۵ نفر در گروه آزمون و ۳۵ نفر در گروه شاهد) قرار

گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه بررسی شناخت اورم، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و

چک لیست خود مراقبتی بود. برای گروه آزمون برنامه خود مراقبتی به صورت ۸ جلسه آموزشی ۴۵ دقیقه ای بر اساس نیازهای خود مراقبتی

اجرا شد. کیفیت زندگی در دو مرحله، قبل و سه ماه بعد از اجرای برنامه خود مراقبتی به وسیله پرسشنامه کیفیت زندگی سنجیده شد. در پایان،

کیفیت زندگی در دو گروه مقایسه شد. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS 18 انجام شد.

یافته ها: در ابتدای مطالعه، کیفیت زندگی در گروه آزمون ($43/28 \pm 17/26$) و گروه شاهد ($47/19 \pm 14/26$) مشابهت داشتند. پس از انجام

مداخله، کیفیت زندگی گروه آزمون بطور کلی و در هشت بعد بطور معنادار بهبود یافت ($P=0/001$). اما گروه شاهد طی دوره مطالعه از نظر

کیفیت زندگی تفاوت قابل توجهی نشان نداد ($P=0/73$) پس از مداخله، کیفیت زندگی در گروه آزمون ($79/64 \pm 11/86$) نسبت به گروه شاهد

($46/29 \pm 17/56$) بطور قابل توجهی بالاتر بود ($P=0/001$).

نتیجه گیری: اجرای الگوی خود-مراقبتی مبتنی بر مدل اورم می تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران گواتر کم کار را بهبود دهد.

کلید واژه ها: خود-مراقبتی، کیفیت زندگی، گواتر

مقدمه

شیوع گواتر در ایران پس از برنامه ییدار نمودن نمک طعام در سال ۱۳۶۹ کاهش نشان داد اما این میزان هم چنان بالاتر از اهداف مورد انتظار سازمان بهداشت جهانی گزارش شده است (۱). گواتر کم کار یک بیماری مزمن می باشد که مشابه با سایر بیماریهای مزمن ممکن است کیفیت زندگی مبتلایان را بطور منفی تحت تأثیر قرار دهد. در این بیماران سطح کیفیت زندگی می تواند به دلیل مراجعات مکرر به مراکز درمانی، مصرف روزانه و طولانی مدت هورمونهای جایگزین، نیاز به کنترل منظم دوزاژ دارو و در برخی موارد لزوم مراقبت های حمایتی مانند گفتار درمانی و فیزیوتراپی کاهش بیابد. به علاوه، مشکلات ذهنی و حرکتی این بیماران می تواند اثرات نامطلوبی بر زندگی اجتماعی آنها داشته باشد (۲). گوهها و همکاران نشان دادند سطح سلامت عمومی بیماران با کمبود هورمونهای تیروئید بدلیل خستگی، افسردگی، عدم تحمل سرما، افزایش وزن، تغییر صدا، خشکی پوست، برادیکاری، یبوست و افت سرعت عمل ذهنی کاهش می یابد (۳).

پرستاران می توانند با طراحی شیوه های مراقبتی بر اساس نیازهای بیماران و افزایش اطلاعات آنها نسبت به مشکلات خود در بهبود کیفیت زندگی بیماران نقش مهمی داشته باشند. آنها با اجرا و ارزیابی این شیوه های مراقبتی می توانند به روند بهبود بیماران کمک کنند (۴). یکی از شیوه های مراقبتی بیماران، آموزش خود-مراقبتی بر مبنای الگوی اورم می باشد. بر اساس این الگو، مراقبت از خود یک رفتار قابل یادگیری است که می تواند بسیاری از نیازهای بیماران را برآورده سازد، به رشد و نمو آنها کمک نماید و از انحراف بیماران از سلامت جلوگیری کند (۵). تأثیر الگوی خود مراقبتی اورم بر کیفیت زندگی مبتلایان به برخی بیماریهای مزمن از جمله مولتیپل اسکلروز، دیابت، نارسایی مزمن کلیه و سیروز کبدی و نیز وضعیت های مزمن هم چون بحران یائسگی و مشکلات سالمندان مورد بررسی قرار گرفته است و در این مطالعات بهبود وضعیت سلامت به دنبال اجرای این مدل تأیید شده است. اما مطالعات اندکی در خصوص بهبود کیفیت زندگی بیماران با گواتر کم کار منتشر شده است و طبق جستجوی انجام شده، مطالعه ای درباره مداخله پرستاری مبتنی بر الگوی خود-مراقبتی اورم در این بیماران یافت نشد. با توجه به زمینه مساعد جغرافیایی استان کهگیلویه و بویراحمد از نظر کمبود ید در مواد غذایی مصرفی به دلیل دوری از دریا و شیوع بیماری گواتر در این استان، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه های خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم بر کیفیت زندگی مبتلایان به گواتر کم کار انجام گردید.

مواد و روشها

در این کارآزمایی بالینی مبتلایان گواتر کم کار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج که با شرکت در مطالعه موافقت نمودند، مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، ابتلا به گواتر کم کار به مدت حداقل سه ماه، تحت درمان بودن و داشتن پرونده در مراکز بهداشتی- درمانی شهر یاسوج بود و معیارهای خروج از مطالعه ابتلا به سایر بیماریهای مزمن، مشکلات بینایی و شنوایی شدید و عدم پیروی از اجرای فعالیت های خود-مراقبتی آموزش داده شده در نظر گرفته شد. از میان بیماران دارای شرایط ورود به مطالعه،

اولین همایش منطقه ای دانشجویی نوآوری در پرستاری و مامایی

نمونه گیری تا رسیدن به تعداد ۷۰ نفر ادامه یافت. سپس نمونه ها به طور تصادفی به گروه آزمون و گروه شاهد هر یک شامل ۳۵ بیمار تقسیم شدند.

به منظور گردآوری داده ها از سه پرسشنامه استفاده شد: پرسشنامه جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی؛ پرسشنامه بررسی وضعیت سلامت مطابق با پرسشنامه معماریان و بیگ زاده (۶)؛ و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 که روایی و پایایی نسخه فارسی آن تأیید شده است (۸ و ۷). پس از توضیح روش کار برای تمام بیماران، رضایت نامه کتبی از آنها اخذ گردید. بیماران هر دو گروه آزمون و شاهد پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. نمرات پرسشنامه SF-36 به عنوان نمرات پیش آزمون در نظر گرفته شد. در گروه آزمون، همچنین پرسشنامه مربوط به بررسی و شناخت مددجو مبتنی بر الگوی خود مراقبتی اورم تکمیل گردید و نیازهای مراقبت از خود این بیماران در سه حیطه نیاز مراقبت از خود عمومی، نیاز مراقبت از خود انحراف سلامتی و رشد تکامل مشخص گردید. پس از آن موارد نقص مراقبت از خود با استفاده از الگوی مذکور تعیین گردید. بر این اساس تشخیص های پرستاری به عنوان موارد نقص مراقبت از خود تعیین گردید و سیستم حمایتی آموزشی برای این بیماران انتخاب گردید. بر این اساس نیازهای یادگیری بیماران گروه آزمون مشخص شد و متناسب با این نیازها برنامه آموزشی در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای مشخص گردید. پس از انجام آموزش های خود مراقبتی (سه ماه بعد از آغاز اولین جلسه آموزش)، بیماران هر دو گروه مجدداً پرسشنامه SF-36 را تکمیل کردند.

داده ها توسط نرم افزار SPSS (نسخه ۱۸) آنالیز شد. مقایسه ویژگیهای دموگرافیک بین گروه آزمون و گروه شاهد با کاربرد آزمونهای آماری t و کای دو بررسی گردید. برای ارزیابی تفاوت کیفیت زندگی در هر گروه بین قبل و بعد از مداخله از آزمون t زوجی و تفاوت بین دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد.

یافته ها

تعداد ۷۰ نفر شامل شامل ۹ مرد (۱۲/۹٪) و ۶۱ زن (۸۷/۱٪) مبتلا به گواتر کم کار در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۸ سال مورد ارزیابی قرار گرفتند. جدول ۱ نشان می دهد تفاوت معنادار آماری بین گروه آزمون و گروه شاهد از نظر توزیع فراوانی وضعیت دموگرافیک بجز تعداد اعضای خانواده وجود نداشت. همچنین تفاوت قابل توجهی بین دو گروه بر حسب مدت زمان درمان، نحوه مصرف دارو، نحوه رفت و آمد به پزشک، نوع مسکن، حمایت خانواده و نوع بیمه، نظم در مراجعه به پزشک، رژیم غذایی، شغل، عوارض بیماری و سابقه خانوادگی بیماری، اعتیاد، تعداد دفعات مراجعه به پزشک و پیگیری آزمایشات و بیماری های زمینه ای مشاهده نشد (ذکر نشده است).

جدول ۲ نشان می دهد سطح کیفیت زندگی بطور کلی و در هشت بعد، در گروه آزمون پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله بطور معنادار افزایش یافت ($P=0/001$)، اما در گروه شاهد پس از دوره مطالعه تفاوت قابل توجهی مشاهده نشد ($P=0/73$). پس از مداخله، کیفیت زندگی در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد بطور قابل توجهی بالاتر بود ($P=0/001$).

بحث و نتیجه گیری

اولین همایش منطقه ای دانشجویی نوآوری در پرستاری و مامایی

مراقبت از خود مهارتی است که از طریق یادگیری اکتساب می شود و برخی فاکتورها مانند سن، تجارب زندگی، فرهنگ، اعتقادات و تحصیلات می توانند در کسب این مهارت تأثیر داشته باشند(۹). لذا در مطالعه حاضر سعی گردید افراد مورد بررسی در گروه آزمون و گروه شاهد از نظر عوامل زمینه ای یکسان باشند تا از تداخل این عوامل در مقایسه نتایج بین گروه آزمون و گروه شاهد جلوگیری شود. بین گروه آزمون و گروه شاهد از نظر میانگین سنی، توزیع فراوانی جنسیت و سطح تحصیلات تفاوتی وجود نداشت. توزیع یکسان گروه آزمون و گروه شاهد بر حسب متغیرهای سن، جنسیت و میزان تحصیلات اهمیت دارد. منتظری و همکاران دریافته اند کیفیت زندگی تحت تأثیر جنسیت، سن و تحصیلات قرار دارد بطوریکه مردها، افراد جوان تر و افراد با سطح تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی مطلوب تری برخوردار بودند(۱۰).

کیفیت زندگی بیماران در گروه تحت مداخله الگوی خود-مراقبتی (گروه آزمون) و گروه بدون مداخله (گروه شاهد) قبل و بعد از مداخله تعیین و با یکدیگر مقایسه شد. قبل از به کارگیری الگوی خود مراقبتی اورم، کیفیت زندگی در گروه آزمون و گروه شاهد از نظر کلی و همچنین در تمام ابعاد مشابه بود. این یافته ها قابل انتظار است زیرا هر دو گروه دچار بیماری یکسانی بودند. به علاوه به جز تعداد اعضای خانواده از نظر سایر متغیرهای زمینه ای (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، و ...) که می توانند بر کیفیت زندگی مؤثر باشند، گروه آزمون متفاوت از گروه شاهد نبود.

پیش از مداخله، در هر دو گروه آزمون و شاهد از میان ابعاد هشتگانه، بالاترین سطح کیفیت مربوط به درد بدنی و پایین ترین سطح مربوط به ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی بود. در تأیید کاهش بعد نقش عاطفی، بایر و همکاران طی یک بررسی مروری تأثیر هورمون تیروئید را بر عملکردهای روانی و عاطفی گزارش کردند(۱۱).

در مطالعه حاضر سطح کیفیت زندگی بیماران در غالب موارد نسبت به بیماران هایپوتیروئید در سایر کشورها از جمله ایالات متحده (۱۲)، بریتانیا (۳) و استرالیا (۴) پایین تر بود. این یافته را می توان اساساً به تفاوت کیفیت زندگی بیماران ایرانی نسبت به این گروه از بیماران در کشورهای دیگر نسبت داد. همچنین این تفاوت ها ممکن است مربوط به تفاوت سنی، طول مدت بیماری باشد.

مقایسه نتایج پژوهش حاضر با مطالعه توافیان و همکاران (۱۹) و مطالعه محمد پور و یوسفی (۲۰) که به ترتیب در جمعیت نرمال بندرعباس و استان مازندران انجام گردید، نشان می دهد بیماران گواتر کم کار نسبت به جمعیت نرمال از نظر کیفیت زندگی در سطح پایین تری قرار دارند و مؤید تأثیر منفی گواتر کم کار بر کیفیت زندگی این گروه از بیماران می باشد. مقایسه کیفیت زندگی در ابعاد مختلف نشان داد بیماران گواتر کم کار نسبت به جمعیت نرمال در هر هشت بعد در سطح پایین تری قرار داشتند که حاکی از تأثیر فراگیر این بیماری در ابعاد مختلف زندگی بیماران می باشد. گواتر کم کار علاوه بر مشکلات جسمانی می تواند بر وضعیت روانی و عملکردهای اجتماعی بیمار اثر منفی داشته باشد که نهایتاً با کاهش کیفیت کل و نیز کاهش کیفیت تمام ابعاد زندگی همراه خواهد بود.

پس از اجرای مداخله، نمره کیفیت کلی زندگی و ابعاد هشتگانه در بیماران گروه آزمون بطور به طور معنادار افزایش داشت. اما در گروه شاهد تغییر قابل توجهی مشاهده نشد. این یافته ها نشانگر تأثیر برنامه خود مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم در بهبود کیفیت زندگی بیماران گواتر کم کار

اولین همایش منطقه ای دانشجویی نوآوری در پرستاری و مامایی

می باشد. در موافقت با این یافته ها، رستمی و همکاران افزایش سطح کیفیت زندگی سالمندان را پس از اجرای آموزش های خود-مراقبتی گزارش کردند(۲۱). ارزیابی نتایج پس از اجرای الگو نشان می دهد که نمرات کیفیت ابعاد هشتگانه در تمام موارد در مطالعه رستمی نسبت به این نمرات در مطالعه حاضر پایین تر بود. این تفاوت ها را می توان به سن افراد و نوع بیماری نسبت داد. افراد مورد بررسی در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه رستمی میانگین سنی کمتری داشتند و به نظر می رسد آموزشهای خود-مراقبتی در افراد جوان تر می تواند اثرات بیشتری در بهبود کیفیت زندگی داشته باشد. همچنین نارویی و همکاران افزایش سطح کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی را پس از به کارگیری الگوی خود-مراقبتی اورم نشان دادند(۲۲) مقایسه یافته های مطالعه حاضر و مطالعه نارویی نشان می دهد الگوی خود مراقبتی اورم در بهبود کیفیت زندگی بیماران گواتر کم کار نسبت به بیماران همودیالیزی تأثیر بیشتری دارد. به طوری که در مطالعه حاضر میانگین کلی کیفیت زندگی گروه آزمون از $43/28 \pm 17/26$ در پیش از مداخله به سطح $79/64 \pm 11/86$ پس از مداخله افزایش یافت. اما در مطالعه نارویی این میزان از $46/9 \pm 4/36$ به $56/65 \pm 4/98$ افزایش نشان داد. این تفاوت را می توان به ویژگیهای دو نوع بیماری نسبت داد. در گواتر کم کار بیماری به گونه ای است که اصلاح الگوی رفتاری و تلاش بیمار در مراقبت از خود بر روند بیماری تأثیر بیشتری دارد. حال آنکه بیماران تحت دیالیز عموماً دچار نارسایی کلیوی غیرقابل برگشت می باشند که کمتر تحت کنترل عملکرد بیمار قرار دارد. در تأیید این موضوع مطالعه براز که تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده را بررسی نمود، نشان داد گرچه این مدل بطور قابل توجهی موجب بهبود کلی کیفیت زندگی و نیز ارتقاء کیفیت در برخی ابعاد گردید اما با این حال نمرات کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی، ایفای نقش عاطفی و درد بدنی پس از آموزش الگو همچنان مشابه با نمرات این ابعاد در قبل از آموزش بود(۲۳).

در مطالعه حاضر، گروه آزمون پس از اجرای مدل خود-مراقبتی اورم افزایش قابل توجهی در کیفیت زندگی نشان داد که با کیفیت زندگی افراد نرمال گزارش شده توسط توافیان و همکاران (۱۹) مشابهت دارد. این یافته ها نشانگر آن است که الگوی اورم در بیماران گواتر کم کار، یک مدل با اثرات مطلوب بر کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن می باشد.

مطالعه حاضر نشان داد آموزش خود-مراقبتی مبتنی بر الگوی اورم در بیماران گواتر کم کار می تواند سطح کلی کیفیت زندگی و ابعاد آن را در زمینه عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سرزندگی، سلامت عمومی، درد بدنی، ایفای نقش عاطفی و ایفای نقش جسمی بطور قابل توجهی افزایش دهد.

اولین همایش منطقه ای دانشجویی نوآوری در پرستاری و مامایی

جدول ۱- توزیع فراوانی و مقایسه بین گروه آزمون و گروه شاهد بر حسب وضعیت دموگرافیک

P	گروه شاهد (۳۵ نفر)	گروه آزمون (۳۵ نفر)	
۰/۳*	۳۴±۱۳/۰۷	۳۱/۳۴±۷/۸۸	سن (mean±SD)
			جنسیت - تعداد (%)
۰/۲۹	(۸۲/۹) ۲۹	(۹۱/۴) ۳۲	زن
	(۱۷/۱) ۶	(۸/۶) ۳	مرد
			وضعیت تأهل - تعداد (%)
۰/۱۲	(۳۱/۴) ۱۲	(۱۴/۳) ۵	مجرد
	(۶۵/۷) ۲۳	(۸۵/۷) ۳۰	متأهل
			تعداد اعضای خانواده - تعداد (%)
	(۱۱/۴) ۴	(۱۷/۱) ۶	۲ نفر
۰/۰۱*	(۱۱/۴) ۴	(۱۴/۳) ۵	۳ نفر
	(۷۷/۱) ۲۷	(۴۰/۶) ۲۴	> ۳
			میزان تحصیلات - تعداد (%)
	(۱۷/۱) ۶	(۲/۹) ۱	بیسواد
	(۲۰) ۷	(۲۲/۹) ۸	ابتدایی
۰/۱۹	(۵/۷) ۲	(۲۰) ۷	راهنمایی
	(۲۰) ۷	(۱۴/۳) ۵	دبیرستان
	(۱۱/۴) ۴	(۵/۷) ۲	فوق دیپلم
	(۲۰) ۷	(۲۰) ۷	لیسانس
	(۵/۷) ۲	(۱۴/۳) ۵	بالتر از لیسانس
			میزان درآمد ماهیانه - تعداد (%)
	(۱۴/۳) ۵	(۵/۷) ۲	فاقد درآمد
	(۲/۰۹) ۱	(۵/۷) ۲	کمتر از ۱۰۰ هزار تومان
۰/۳*	(۸/۶) ۳	(۵/۷) ۲	۱۰۰ هزار تا ۱۹۹ هزار تومان
	(۱۷/۱) ۶	(۸/۶) ۳	۲۰۰ هزار تا ۲۹۹ هزار تومان
	(۵۷/۱) ۲۰	(۷۴/۳) ۲۶	بالتر از ۳۰۰ هزار تومان

آزمون t برای مقادیر نشاندار (*) و در سایر موارد آزمون کای دو

اولین همایش منطقه ای دانشجویی نوآوری در پرستاری و مامایی

جدول ۲- مقایسه میانگین نمرات کل کیفیت زندگی و ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمون و گروه شاهد قبل و بعد از مداخله

	P (T زوجی)	P (T مستقل)	نمره قبل از مداخله (mean±SD)	نمره بعد از مداخله (mean±SD)		
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۷۹/۶۴±۱۱/۸۶	۴۳/۲۸±۱۷/۲۶	گروه آزمون	کیفیت زندگی کل
	۰/۷۳		۴۶/۲۹±۱۷/۵۶	۴۷/۱۹±۱۴/۳۰	گروه شاهد	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۷۵/۳۶±۱۹/۷۶	۴۶/۷۹±۲۷/۸۴	گروه آزمون	عملکرد اجتماعی
	۰/۸۷		۵۵/۳۶±۲۶/۴۸	۵۶/۰۷±۲۰/۸۷	گروه شاهد	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۷۲/۸۰±۱۵/۷۳	۴۸/۳۴±۲۰/۰۸	گروه آزمون	سلامت روانی
	۰/۳۱		۴۳/۴۳±۲۱/۹۵	۴۶/۴۰±۱۶/۳۸	گروه شاهد	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۷۱/۷۱±۱۷/۳۶	۴۱±۱۹/۸۱	گروه آزمون	سرزندگی
	۰/۸۶		۴۵/۴۳±۲۱/۶۱	۴۴/۸۶±۱۷/۲۶	گروه شاهد	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۷۴/۰۵±۱۳/۱۱	۳۳/۷۲±۱۷/۴۹	گروه آزمون	سلامت عمومی
	۰/۷۷		۳۸/۸۱±۲۲/۰۶	۳۷/۹۱±۱۸/۶۹	گروه شاهد	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۸۵/۶۴±۱۷/۰۵	۶۴±۲۹/۵۱	گروه آزمون	درد بدنی
	۰/۲		۶۴/۱۴±۲۶/۸۵	۷۱±۲۳/۳۸	گروه شاهد	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۷۴/۲۹±۳۴/۳۸	۲۰/۹۵±۳۷/۱۲	گروه آزمون	ایفای نقش عاطفی
	۰/۹۰		۲۲/۸۶±۳۷/۷۲	۲۱/۹۰±۳۷/۸۷	گروه شاهد	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۸۴/۲۹±۲۰/۱۹	۱۴/۲۹±۲۷/۳۱	گروه آزمون	ایفای نقش جسمی
	۱		۱۷/۸۶±۳۰/۶۶	۱۷/۸۶±۳۱/۸۴	گروه شاهد	
	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۸۹±۱۲/۸۸	۶۰/۸۶±۱۸/۲۹	گروه آزمون	عملکرد فیزیکی
	۰/۷۳		۶۵/۵۷±۲۱/۳۱	۶۶/۸۶±۱۷/۴۹	گروه شاهد	

1. Vasheghani M, Jalali R, Dabbaghmanesh MH, Sadeghalvad A, Omrani GR. Thyroid autoimmunity role in the evolution of endemic goiter in rural area, Fars, Iran. Arch Iran Med. 2011 May;14(3):164-6.
2. van der Sluijs Veer L, Kempers MJ, Last BF, Vulsma T, Grootenhuis MA. Quality of life, developmental milestones, and self-esteem of young adults with congenital hypothyroidism diagnosed by neonatal screening. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93(7): 2654-2661.
3. Guha B, Krishnaswamy G, Peris A. The diagnosis and management of hypothyroidism. South Med J 2002, 95:475-480.
4. Steiner V, Pierce L, Drahuschak S, Nofziger E, Buchman D, Szirony T. Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. J Neurosci Nurs. 2008 Feb;40(1):48-54.
5. Zandi M, Adib-Hajbagheri M, Memarian R, Nejhad AK, Alavian SM. Effects of a self-care program on quality of life of cirrhotic patients referring to Tehran Hepatitis Center. Health Qual Life Outcomes. 2005 May 18;3:35.
6. معماریان ربابه، بیگزاده صفر. کاربرد مفاهیم و نظریه‌های پرستاری. چاپ اول. تهران: دانشگاه تربیت مدرس، دفتر نشر آثار علمی؛ ۱۳۷۸.
4. Jafari H, Lahsaeizadeh S, Jafari P, Karimi M. Quality of life in thalassemia major: reliability and validity of the Persian version of the SF-36 questionnaire. J Postgrad Med. 2008; 54(4): 273-275.
5. Kimiagar M, Yasae MB, Nafarabadi MT, Samimi B, Azizi F. Endemic Goiter in Boyer- Ahmad. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran 1989; 3(1): 27-29.
6. Kochupillai N, Godbole MM, Pandav CS, Karmarkar MG and Ahuja MMS. Neonatal thyroid status in iodine deficient environments of the SubHimalayan region. Indian J Med Res 1984; 80:293-299.
7. Watt T, Groenvold M, Rasmussen AK, Bonnema SJ, Hegedüs L, Bjorner JB, Feldt-Rasmussen U. Quality of life in patients with benign thyroid disorders. A review. Eur J Endocrinol. 2006 Apr;154(4):501-510. Review.
8. Samuels MH, Schuff KG, Carlson NE, Carello P, Janowsky JS. Health status, mood, and cognition in experimentally induced subclinical hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab. 2007 Jul;92(7):2545-2551. Epub 2007 May 1.
9. Orem D. 1995 Nursing: concepts of practice. 5 th ed. St. Louis: Mosby –Year Book.
10. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. BMC Public Health. 2009 Sep 16;9:341.
11. Walsh JP, Ward LC, Burke V, Bhagat CI, Shiels L, Henley D, et al. Small changes in thyroxine dosage do not produce measurable changes in hypothyroid symptoms, well-being, or quality of life: results of a double-blind, randomized clinical trial. J Clin Endocrinol Metab. 2006 Jul;91(7):2624-2630. Epub 2006 May 2.

اولین همایش منطقه ای دانشجویی نوآوری در پرستاری و مامایی

۱۲. رستمی مریم، براز پردنجانی شهرام، فرزبان پور فرشته، راسخ عبدالرحمن. تأثیر الگوی خود مراقبتی اورم بر کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مسجد سلیمان در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۶. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک تابستان ۱۳۸۸، سال ۱۲، شماره ۲ (شماره پیاپی ۴۷): ۵۹-۵۱.

13. Narooie S, Naji A, Abdeyazdan G, Dadkani E. Effect of applying self-care Orem model on quality of life in patients under hemodialysis. Journal of Zahedan Medical Research Sciences. [under printed]

۱۴. براز شهرام، محمدی عیسی، برومند بهروز. تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و مشکلات جسمی بیماران تحت درمان با همودیالیز نگهدارنده. فصلنامه حیات ۱۳۸۴ سال یازدهم شماره ۲۴ و ۲۵ صص ۶۲-۵۱.