

وضعیت توان خودمراقبتی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

پژوهشگران: مهسا ابراهیمی^۱، محمد تقی مقدم نیا^{۲*}، ربیع ا... فرمانبر^۳،

سید حبیب زینی^۴، احسان کاظم نژاد لیلی^۵

(۱) گروه پرستاری، مرکز آموزشی درمانی پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

(۲) گروه پرستاری (داخلی جراحی)، مربی، دانشجوی دکتری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

(۳) گروه آموزش بهداشت، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

(۴) گروه بیماریهای داخلی، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

(۵) آمار حیاتی، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۹/۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱/۲۵

چکیده

مقدمه: امروزه جهان پزشکی با رشد ابتلا به بیماری های مزمن مواجه است. آرتریت روماتوئید به عنوان یک بیماری مزمن باعث درد، خستگی، محدودیت حرکت و فعالیت روزانه، اختلال در عملکرد جسمانی و ناتوانی می شود. یکی از بخش های مهم برنامه های کنترل بیماری های مزمن مانند آرتریت روماتوئید توجه به توانمندی بیمار جهت اجرای رفتارهای مناسب خودمراقبتی و کمک به بیماران برای سازگاری با شرایط مزمن بیماری می باشد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین توان خودمراقبتی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید صورت گرفت..

روش کار: این پژوهش مطالعه ای مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی است که در آن میزان توان خودمراقبتی در ۳۲۶ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به درمانگاه روماتولوژی مرکز آموزشی درمانی رازی رشت مورد بررسی قرار گرفت. گردآوری داده ها از طریق پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش نامه توان خودمراقبتی بدست آمده است. اطلاعات بدست آمده با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و تحلیلی (کروسکال والیس و من ویتنی رگرسیون خطی چندگانه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج: میانگین نمره توان خودمراقبتی بیماران $2/32 \pm 57/65$ بوده که در سطح خوب بود. جنس ($p < 0/016$)، سن ($p < 0/001$)، وضعیت تاهل ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات ($p < 0/001$)، شغل ($p < 0/001$)، درآمد ($p < 0/004$)، طول مدت ابتلا به بیماری ($p < 0/000$) و بیماری های همراه ($p < 0/001$) با توان خودمراقبتی ارتباط آماری معنی داری داشت.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاکی از آن است که عوامل وضعیتی پایه در کنترل بیماری آرتریت روماتوئید مؤثر می باشد، بنابراین لازم است پرستاران با تعیین نیازهای خودمراقبتی و با در نظر گرفتن عوامل مرتبط تاثیر گذار بر آن، برنامه ریزی های آموزشی لازم را در جهت ارتقای توانمند سازی بیماران تدوین و اجرا نمایند.

کلیدواژه: مراقبت از خود، بیماران، آرتریت روماتوئید

مقدمه

هزینه های همراه این بیماری ها (مثل هزینه بیمارستان، وسایل و تجهیزات، داروها و خدمات) نیز افزایش میابد (۳). آرتریت روماتوئید یکی از انواع بیماری های مزمن محسوب میشود (۴). آرتریت روماتوئید تاثیر منفی روی ابعاد زندگی افراد مبتلا داشته و با التهاب خفیف تا شدید مفاصل مشخص میشود که میتواند با درد، خشکی و تخریب مفصل همراه با بدشکلی های فیزیکی و ناتوانی های بعدی همراه باشد. این بیماری در هر منطقه و نژادی با فراوانی متفاوتی دیده میشود. اما یک درصد از جمعیت جهان به

امروزه جهان پزشکی با رشد ابتلا به بیماری های مزمن مواجه است (۱). در سال ۱۹۹۵ حدود ۹۹ میلیون نفر در آمریکا مبتلا به بیماری های مزمن بودند. پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۵۰ این رقم به ۱۶۷ میلیون نفر برسد (۲). ابتلا به بیمارهای مزمن عامل اصلی بستری بیمارستانی به دلایل غیر از صدمات می باشد. این میزان که در چهار دهه گذشته بیشتر از دو برابر افزایش یافته است، سهم بزرگی از ناتوانی ها و مرگ و میر را شامل میشود (۳). به علاوه با افزایش بروز بیماری های مزمن

این بیماری مبتلا بوده و فراوانی آن در زنان، سه تا چهار برابر بیشتر از مردان می باشد.

آرتریت روماتوئید به عنوان یک بیماری مزمن ممکن است به یک کاهش شدید در وضعیت عملکردی و کاهش امید به زندگی منجر شود به علاوه آرتریت روماتوئید میتواند به مشکلات اجتماعی و ارتباطی از قبیل اختلال در ایفای نقش های اجتماعی، محدودیت توانایی در شرکت در فعالیت های اجتماعی، مشکلات جنسی و عاطفی و بدشکلی های جسمی منجر شود(۵). از آنجایی که بیماری مزمن نیازمند مراقبت مزمن میباشد، بسیاری معتقدند به منظور ساماندهی این بیماران و تسهیل کارها، باید مراقبت ها توسط خود افراد انجام گیرد(۶). مفهوم "مراقبت از خود" اولین بار توسط اورم (Orem) مطرح و در سال ۱۹۵۹ انتشار یافت(۵). طبق این تعریف مراقبت از خود رفتارهای آموخته شده ای هستند که شخص برای حفظ یا ارتقای زندگی، سلامتی، خوب بودن، پیشگیری و درمان انجام میدهد(۷). خودمراقبتی یک جزء مهم از کنترل بیماری بوده و فرآیندی نسبی است که رفتارها و انتخاب های هدفمندی را به همراه داشته و منعکس کننده نگرش و دانش هر فرد می باشد(۸). اصل مهم در مراقبت از خود، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است(۹). یکی از بخش های مهم برنامه های کنترل بیماری های مزمن کمک به بیماران برای سازگاری با شرایط مزمن بیماری، توجه به " توانمندی بیمار" برای اجرای رفتارهای مناسب "مراقبت از خود" می باشد(۱۰). در این راستا داشتن "توان خودمراقبتی" یکی از ضروریات است(۱۱). از آنجا که تئوری اورم (Orem) یکی از کامل ترین تئوری های خودمراقبتی می باشد(۱۲)، می تواند برای ارائه دهندگان مراقبت در کمک به بیماران جهت ارزیابی و ارتقای " توان خود مراقبتی" و تعیین عوامل مرتبط مفید باشد(۱۳). "توان خود مراقبتی" شامل توانایی افراد برای انجام دادن فعالیت های مراقبت از خود است. منظور از توان خودمراقبتی مجموعه ای از اطلاعات، تمایل به خودمراقبتی و مهارت خودمراقبتی و توانایی درک و شناخت این فعالیت هاست(۱۵، ۱۴، ۷). توان خودمراقبتی

تحت تاثیر سن، جنس، وضعیت تکاملی، وضعیت سلامتی، تجربیات زندگی، آگاهی های اجتماعی - فرهنگی، عوامل مرتبط با سیستم مراقبت از سلامت مثل تشخیص های پزشکی و چگونگی درمان، الگوی زندگی، عوامل خانوادگی، عوامل محیطی و منابع در دسترس می باشد. طبق اظهارات اورم (Orem) در جوامع و شرایط مختلف، علاوه بر موارد ذکر شده عوامل جدیدی نیز شناسایی می شوند که می توانند بر توان خودمراقبتی تاثیر گذار باشند(۱۸-۱۶). در مطالعات مختلف یافته های متفاوتی درباره میزان توان خودمراقبتی و عوامل مرتبط و موثر با آن در بیماران آرتریت روماتوئید گزارش شده است. در مطالعه توکم (Tokem) و همکاران در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در ترکیه، توان خود مراقبتی بیماران در سطح متوسط بود و بررسی عوامل مرتبط با خودمراقبتی نشان داد توان خود مراقبتی در مردان و در افراد با تحصیلات دانشگاهی بهتر از دیگر بیماران بوده است(۱۹). یافته های الینجر و دیر (Ailinger & Dear) در آمریکا حاکی از سطح متوسط یا بالایی از توان مراقبت از خود در بیماران آرتریت روماتوئید بود و سطح تحصیلات و طول مدت بیماری دو عامل مرتبط با توان خودمراقبتی بود(۲۰). با توجه به افزایش قابل توجه سالمندان در جامعه و افزایش افراد مبتلا به بیماری های مزمن مانند آرتریت روماتوئید، توجه به "توان خودمراقبتی" و تعیین عوامل مرتبط به دلیل باری که عدم توانایی آنان در خودمراقبتی برای نظام بهداشتی- درمانی خواهد داشت، امری ضروری به نظر می رسد(۲۱). از آنجا که یکی از اهداف مهم در کنترل بیماری های مزمن، توانمندسازی بیماران در انجام خودمراقبتی است، عامل کلیدی در مدیریت موفق بیماری آرتریت روماتوئید، تشویق و ترغیب و آموزش بیماران جهت شناخت رفتارهای خودمراقبتی صحیح و مناسب می باشد. به عبارتی با رعایت رفتارهای صحیح خودمراقبتی علایم بیماری تخفیف می یابد و سلامت بیماران آرتریت روماتوئید می تواند حفظ و ارتقا داده شود(۲۲). از آنجا که شناخت و آگاهی از وضعیت توان خودمراقبتی افراد، یک عامل تعیین کننده در جهت کنترل

بیماری آرتریت روماتوئید می باشد، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان توان خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن صورت گرفت امروزه جهان پزشکی با رشد ابتلا به بیماری های مزمن مواجه است (۱).

به عبارتی با رعایت رفتارهای صحیح خودمراقبتی علایم بیماری تخفیف می یابد و سلامت بیماران آرتریت روماتوئید می تواند حفظ و ارتقا داده شود (۲۲). از آنجا که شناخت و آگاهی از وضعیت توان خودمراقبتی افراد، یک عامل تعیین کننده در جهت کنترل بیماری آرتریت روماتوئید می باشد، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان توان خودمراقبتی و بررسی عوامل مرتبط با آن صورت گرفت.

روش کار

این پژوهش، مطالعه ای مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است با استناد به مقاله توکم (Tokem) و همکاران (۱۹) حجم نمونه با اطمینان ۹۵ درصد و حد اشتباه برآورد ۵ درصد و قدرت آزمون ۹۰ درصد، نسبت عدم خودمراقبتی در مطالعه فوق (۰/۳۰۲)، ۳۲۶ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید تعیین شد. ۳۲۶ بیمار مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به درمانگاه مرکز آموزشی درمانی رازی رشت به روش نمونه گیری آسان طی مدت پنج ماه از اول بهمن ماه سال ۱۳۹۱ تا سی و یکم خرداد سال ۱۳۹۲ وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش، تایید تشخیص ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید توسط یک فوق تخصص روماتولوژی بود. داشتن حداقل چهار شاخص از هفت شاخص تشخیصی ابتلا به آرتریت روماتوئید، مدت ابتلای به آرتریت روماتوئید بیش از شش ماه، دارا بودن سن بیشتر از ۱۶ سال، نداشتن مشکلات گفتاری و تمایل به شرکت در پژوهش معیار های ورود به تحقیق بود. معیار خروج از مطالعه عدم تمایل به همکاری از طرف بیمار در هر یک از مراحل پژوهش بود.

ابزار گردآوری داده ها دو پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و توان خودمراقبتی بیمار { (SCI) Self-as-Career Inventory } به منظور تعیین

میزان توان خودمراقبتی بود. این پرسش نامه دارای ۴۰ عبارت بوده و جهت بررسی نگرش و شناخت بیمار نسبت به توان خود مراقبتی مورد استفاده قرار گرفت. نحوه امتیاز دهی بر اساس مقیاس لیکرت ۶ نمره ای می باشد که بصورت کاملا موافقم (۱)، کمی موافقم (۲)، موافقم (۳)، مخالفم (۴)، کمی مخالفم (۵) و کاملا مخالفم (۶) امتیاز دهی شد. دامنه امتیازات بین ۴۰ تا ۲۴۰ بوده و حداقل امتیاز که نشانه وضعیت مطلوب تری در توان مراقبت از خود است عدد ۴۰ و بالاترین امتیاز که نشاندهنده توان خود مراقبتی ضعیف و نامناسب میباشد عدد ۲۴۰ می باشد. توزیع امتیاز توانایی خود مراقبتی بصورت خوب (۵۸-۴۰) و متوسط (۸۹-۵۹) و ضعیف (۱۶۰-۹۰) و خیلی ضعیف بیشتر از ۱۶۲ میباشد.

در این پژوهش جهت تعیین اعتبار علمی، از فرآیند ترجمه و تعیین اعتبار محتوا استفاده شد. بدین صورت که جهت تعیین روایی ابزار با توجه به موجود نبودن نسخه فارسی ابتدا ابزار بررسی ناتوانی در اختیار متخصص ترجمه زبان انگلیسی و پرسش نامه توان خود مراقبتی در اختیار مترجم زبان ترکی استانبولی قرار داده شد و این دو ابزار به فارسی ترجمه گردید. سپس پرسش نامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری رشت قرار گرفت. نمره نسبت روایی محتوی ۹۸ درصد و شاخص روایی محتوایی در پرسش نامه توان خود مراقبتی ۹۵ درصد بود. جهت تعیین پایایی پرسش نامه از روش باز آزمایی استفاده گردید. بدین منظور ابزار طی دو بار با فاصله ۱۰ روز توسط ۱۵ نفر از نمونه های واجد شرایط تکمیل شد و پس از تجزیه و تحلیل داده ها ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۵ (جهت بررسی پایایی تکرار پذیری) و ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۷ بدست آمد که نشان دهنده پایایی پرسش نامه و تجانس درونی بالای آن میباشد.

روش گردآوری داده ها مصاحبه بود. پژوهشگر در نوبت های کاری و در روزهای مختلف هفته به بیمارستان مراجعه و افرادی را که واجد شرایط لازم برای شرکت در پژوهش بودند انتخاب نمود و ضمن ارائه توضیحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و چگونگی پاسخ دهی به پرسشنامه

و کسب رضایت شفاهی آنان، نسبت به مصاحبه با آنان و تکمیل پرسشنامه اقدام کرد.

برای توصیف داده ها از آمار توصیفی و برای یافتن ارتباط توان خودمراقبتی با سایر متغیرها از آزمون های آماری غیرپارامتریک من ویتنی، کروسکال والیس و رگرسیون خطی چندگانه به روش Step wise در نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS استفاده شد.

نتایج

یافته های این تحقیق نشان داد اکثریت واحد های پژوهش (۹۸/۲٪) زن بودند. ۶۱/۷ درصد نمونه ها در گروه سنی ۵۹-۴۰ قرار داشتند و میانگین سنی واحد های مورد پژوهش $10/12 \pm 49/40$ سال بود. ۸۶/۲ درصد متاهل، ۵۶/۳ درصد خانه دار، نیمی از نمونه ها (۵۲/۹٪) باسواد بوده و تحصیلات دیپلم و یا بالاتر از دیپلم داشتند ۵۲/۶ درصد درآمد ماهیانه بین ۳۰۰-۶۰۰ هزار داشتند. ۹۶ درصد دارای بیمه بودند طول مدت ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید در اکثر نمونه ها (۶۵/۶٪)، کمتر از ۵ سال بود و میانگین طول مدت ابتلا به بیماری $4/01 \pm 5/42$ سال بود. ۱۱ درصد سابقه خانوادگی بیماری آرتریت روماتوئید داشتند. ۲۴/۲ درصد نمونه ها علاوه بر آرتریت روماتوئید به یک بیماری مزمن دیگر نیز مبتلا بودند. همچنین نتایج نشان داد که میانگین توان خودمراقبتی به تفکیک سطوح ناتوانی در این بیماران با ناتوانی خفیف ($56/64 \pm 22/84$) و با ناتوانی متوسط ($76 \pm 23/65$) معنی دار بوده است (جدول شماره ۱).

میانگین نمره توان خودمراقبتی بیماران $2/32 \pm 57/65$ بود. به عبارتی توان خودمراقبتی بیماران در سطح خوب (۴۰-۵۸) قرار داشت. ۷۳/۶ درصد دارای توان خودمراقبتی در سطح "خوب"، ۱۴/۷ درصد در "سطح متوسط" و ۱۱/۷ درصد در "سطح ضعیف" بودند.

در بررسی توان خود مراقبتی بر حسب جنس، زنان با میانگین $57/12 \pm 22/80$ توان خود مراقبتی بالاتری نسبت به مردان داشتند. در بررسی توان خودمراقبتی بر حسب سن در این پژوهش، واحدهای پژوهش با سن ۳۹-۲۰ سال، با میانگین نمره $10/40 \pm 47/14$ دارای سطح

توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به سایر مقاطع سنی بودند. توزیع توان خودمراقبتی بر حسب تحصیلات نشان داد که واحدهای پژوهش باسواد (دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر) توان خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر مقاطع تحصیلی داشتند که جنس ($p < 0/016$)، سن ($p < 0/001$)، وضعیت تاهل ($p < 0/001$)، سطح تحصیلات ($p < 0/001$)، شغل ($p < 0/001$)، درآمد ($p < 0/004$)، طول مدت ابتلا به بیماری ($p < 0/000$) و بیماری های همراه ($p < 0/001$) با توان خودمراقبتی ارتباط آماری معنی داری داشتند. ولی بین داشتن بیمه و توان خودمراقبتی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. هم چنین بین سابقه خانوادگی ابتلا به آرتریت روماتوئید و توان خودمراقبتی در این پژوهش ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد. جدول ۲ عوامل مرتبط با توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش را با استفاده از رگرسیون خطی چند گانه نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های این پژوهش اکثر بیماران توان خودمراقبتی خوب داشتند که با مطالعه ای که گارسیا (Garcia) با هدف بررسی توان خود مراقبتی افراد مبتلا به فشار خون در کلمبیا انجام داد، هم خوانی داشت (۲۳) در مطالعه توکم (Tokem) که با هدف تعیین میزان توان خودمراقبتی روی ۴۳ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید در کشور ترکیه انجام شد توان خودمراقبتی در حد متوسط بود (۱۹). در مطالعه ای که آکیول (Akyol) به منظور بررسی توان خودمراقبتی افراد مبتلا به پرفشاری خون در کشور ترکیه انجام داده است، توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش در سطح متوسط بود (۷) در مطالعه آنسار (Unsars) نیز که جهت بررسی توان خودمراقبتی بیماران دیالیزی در کشور ترکیه انجام شده، توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش را در سطح متوسط گزارش کرده است (۲۴). در مطالعه بقایی و همکاران که با هدف تعیین وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت کاشان انجام شد، توان خودمراقبتی بیماران در سطح متوسط بود (۲۵). یک علت وجود آمارهای متفاوت

و علت تناقض در یافته های این پژوهش و و سایر مطالعات در وضعیت توان خودمراقبتی شاید استفاده از ابزار های مختلف در بررسی باشد و از طرفی از آنجا که توان خود مراقبتی تحت تاثیر عواملی مانند سن افراد، وضعیت جسمانی، خدمات، امکانات و تسهیلات ارائه شده بخش سلامت، ساختار خانواده، عوامل و شیوه و سبک زندگی مانند مراحل رشد و نمو و جهت گیری های فرهنگی و اجتماعی قرار دارد، ممکن است تفاوت در نمره توان خودمراقبتی در پژوهش های مختلف در کشورها ناشی از همین مسئله باشد. در ضمن متفاوت بودن تعداد نمونه ها هم می تواند دلیل اختلاف در نتایج باشد. هم چنین نوع، شدت و درجه وخامت بیماری نیز می تواند در میانگین توان خودمراقبتی تاثیر گذار باشد مثلا در مطالعه لوکارینن و هنتینن (Lukkarinen & Hentinen) میانگین نمره توان خودمراقبتی ۷۶ بود در حالی که در مطالعه ما ۵۷/۶۵ بود. بیمارانی که در مطالعه لوکارینن و هنتینن شرکت داشتند بیماران قلبی عروقی بودند که به شدت بیمار بودند (۲۶) در حالی که آرتریت روماتوئید با وجود مزمن و دردناک بودن به شدت و وخامت بیماری قلبی نیست و توان خودمراقبتی در بیماران آرتریت روماتوئید بالاتر و بهتر از بیماری های جدی و وخیم است. از طرفی دیگر به نظر می رسد با توجه به اهمیت برنامه های آموزشی در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، یکی از مهمترین علل خوب بودن توان خودمراقبتی واحدهای این پژوهش، دانش و آگاهی بالای آنها نسبت به مراقبت از خود و نیز با سوادی نیمی از نمونه ها باشد. به نظر می رسد تأثیر مثبت سواد و تحصیلات در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، نیز می تواند عامل توجیه کننده توان خودمراقبتی نسبتا بالای این پژوهش باشد.

در بررسی توان خودمراقبتی بر حسب جنس، زنان توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به مردان داشتند. کوپل (Coyle) بیان میکند "جنس، به عنوان یک عامل پایه میتواند نیازها و توانایی مراقبت از خود را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین جنسیت، براساس نقشهای مختلف تعریف شده توسط فرهنگ افراد، با مراقبت و توان مراقبتی،

مرتبط است (۲۷). در مطالعه فارمر (Farmer) و همکاران نمرات خودمراقبتی در بیماران دیابتی زن به صورت معناداری بالاتر از بیماران مرد بوده است (۲۸). در مطالعه آنسار (Unsars) و همکاران مردان دیالیزی، دارای توان خودمراقبتی بهتری بودند (۲۴). در مطالعه ابوطالبی در اردبیل که با هدف تعیین توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد، مردان دارای توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به زنان بودند (۲۹). به نظر پژوهشگر از آنجایی که مردان به علت مشغله کاری و تبعیت نامطلوب درمان وقت کمتری به خودمراقبتی اختصاص می دهند بنابراین وضعیت خودمراقبتی در آنان بدتر است، به نظر می رسد تاثیر تفاوت جنس بر توان خودمراقبتی می تواند متأثر از متغیرهای دیگری از جمله سطح دانش، وضعیت فیزیکی روانی رفتاری افراد باشد و علت بهتر بودن توان خودمراقبتی در این مطالعه سطح تحصیلات بالاتر زنان شرکت کننده در تحقیق نسبت به مردان باشد.

در بررسی توان خودمراقبتی بر حسب سن، واحدهای پژوهش با سن ۲۰-۳۹ سال، دارای سطح توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به سایر مقاطع سنی بودند و آزمون های آماری اختلاف آماری معکوس و معنی داری را بین سن و سطح توان خود مراقبتی نشان داد. بطوریکه با افزایش سن، نمره توان خودمراقبتی کاهش یافت. به نظر می رسد سن عامل تأثیرگذاری بر سطح توان خودمراقبتی بوده و واحدهای پژوهش با سن کمتر، توان خودمراقبتی مناسب تری داشتند. توانمندی ها و نیازهای مراقبت از خود در یک فرد سالم متناسب با سطح رشدی که سن معین میکند، متفاوت می باشد (۳۰). کارلسون (Carlson) و همکاران بیان می کنند که تغییرات ناشی از سالمندی، نظیر کاهش بینایی، شنوایی و شناختی بیمار، سبب ناتوانی وی در امر خودمراقبتی می شود. از طرفی، بیماران مسن تر به علت کاهش بسیاری از توانایی ها در انجام رفتارهای خودمراقبتی به دیگران وابسته می شوند (۳۱). در تحقیق حاضر، رفتارهای خود مراقبتی با سن ارتباط معکوس و معناداری داشت که با نتایج پژوهش آذرباد همخوانی دارد (۳۲).

در این مطالعه افراد مجرد توان خودمراقبتی بهتری نسبت به افراد متأهل داشتند و ارتباط معناداری بین تاهل و توان خود مراقبتی دیده شد. در مطالعه اوایولو (Ovayolu) در ترکیه نیز افراد مجرد توان خودمراقبتی بهتری نسبت به افراد متأهل داشتند (۵). ولی در مطالعه بقایی (۲۵) و مطالعه فراهانی فرمهینی (۳۳) افراد متأهل نسبت به افراد مجرد از توان خودمراقبتی بالایی برخوردار بودند. در پژوهش حاضر مجردها از تحصیلات بیشتری نسبت به سایر گروه ها برخوردار بودند که این امر می تواند میزان آگاهی و رعایت رفتارهای خودمراقبتی آنها را تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی احتمالا، مجردها به دلیل مسئولیت های خانوادگی کمتر نسبت به افراد متأهل، فرصت بیشتری برای اجرای رفتارهای خودمراقبتی داشته اند.

توزیع توان خودمراقبتی بر حسب تحصیلات نشان داد که واحدهای پژوهش باسواد (دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر) توان خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر مقاطع تحصیلی داشتند این یافته ها با نتایج پژوهش کارتر (Karter) هم خوانی دارد (۳۴). راک ول و ریگل (Rockwell & Riegel) می نویسند که بیماران دارای تحصیلات بیشتر، قدرت قضاوت و تصمیم گیری بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند (۳۵). در مطالعه شجاعی در تهران نیز ارتباط معنی داری بین سطح تحصیلات و توان خود مراقبتی گزارش شده است (۳۶). از نظر پژوهشگر سطح تحصیلات با تأثیر بر اعتماد بنفس و موقعیت شغلی و درآمد می تواند بر وضعیت توان خودمراقبتی اثر گذار باشد، از طرفی تحصیلات بالا می تواند بر گسترش مهارت های تفکر انتقادی و میزان توانایی افراد جهت مشارکت در تصمیم گیری ها و برنامه های درمانی و مراقبتی موثر باشد.

در این پژوهش، توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش در گروههای مختلف شغلی، ارتباط معنی داری را از نظر آماری نشان داد. نتایج مطالعه اوکسل (Okseil) و همکاران که با عنوان تجزیه و تحلیل رفتار خودمراقبتی تحت تأثیر قرار خواهد داد (۴۲).

نتایج پژوهش نشانگر آن بود که واحدهای پژوهش دارای درآمد بیشتر از ۶۰۰ هزار تومان در ماه توان خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر واحدهای پژوهش داشتند. کانل (Connell) و همکاران در تحقیق خود با هدف تعیین رفتارهای خودمراقبتی افراد فقیر مبتلا به نارسایی قلبی در شهر سانفرانسیسکو امریکا، ارتباط معنی داری را بین میزان درآمد و سطح توان خودمراقبتی گزارش کردند (۳۹). در پژوهش ابوطالبی نیز توان خودمراقبتی با افزایش سطح درآمد افزایش یافته بود (۴۰). به نظر پژوهشگر درآمد می تواند با افزایش اعتماد به نفس و استقلال بیمار و داشتن توانایی برای بدست آوردن امکانات و منابع بیشتر، تأثیر مثبتی بر تأمین نیازها و تلاش برای بهبود خودمراقبتی و افزایش میزان توان خودمراقبتی داشته باشد.

در پژوهش حاضر بین ابتلا به سایر بیماری های مزمن (بیماری های همراه) و توان خودمراقبتی ارتباط معنادار وجود داشت و افرادی که فاقد بیماری مزمن دیگری به غیر از آرتریت روماتوئید بودند توان خودمراقبتی بهتری داشتند. در مطالعه ابوطالبی، شجاعی، آذرباد و آرتینین (Artinian) نیز بین بیماری های همراه و توان خودمراقبتی ارتباط معنادار وجود داشت (۴۱-۳۶-۳۲-۲۹). ممکن است ابتلا همزمان به سایر بیماری های مزمن باعث پیچیدگی رژیم درمانی و خودمراقبتی در بیماران گردد و از طرفی آنها به مهارت و زمان بیشتری برای انجام این رفتارها نیاز دارند که این امر رفتار خودمراقبتی آنان را در زمینه طول مدت ابتلا نتایج نشان داد بیمارانی

می باشد. از همکاری صمیمانه اساتید، مسئولین و پرسنل مرکز آموزشی درمانی رازی رشت و کلیه بیمارانی که همکاری لازم را در انجام این پژوهش داشتند، سپاسگزاریم.

که طول مدت ابتلا به بیماری شان کمتر از ۵ سال بود توان خودمراقبتی بهتری داشتند نتایج مطالعات الینجر و دیر (Ailinger & Dear) با هدف بررسی میزان توان خودمراقبتی در بیماران آرتریت روماتوئید نیز نشان داد بین طول مدت بیماری و توان خودمراقبتی یک رابطه معنی دار وجود دارد و که با نتایج ما همسو می باشد (۲۰). اما در نتایج تحقیق شجاعی مشخص گردید که با افزایش مدت زمان ابتلا به بیماری، رفتارهای خودمراقبتی ضعیف تر شده است (۳۶). به نظر میرسد از آنجا که در راستای افزایش طول مدت بیماری سن بیماران نیز افزایش یافته و با افزایش سن انرژی بیمار جهت مراقبت از خود کمتر شده، توان خودمراقبتی نیز کاهش یافته است. با وجود سعی در جمع آوری داده ها و تکمیل پرسش نامه ها در شرایط بدون تنش و خستگی نمونه های مورد پژوهش، وجود خستگی و وضعیت روحی غیر قابل تشخیص در بیماران می توانست از عوامل تاثیر گذار بر نتایج مطالعه باشد که قابل شناسایی توسط پژوهشگر نبوده است.

نتایج و اطلاعات این پژوهش می تواند به عنوان پایه ای برای پژوهش های بعدی در راستای ارتقای سطح توان خودمراقبتی به منظور توانمندسازی در انجام خودمراقبتی منظور گردد. اگرچه توان خودمراقبتی بیماران در سطح نسبتا خوبی بود اما پرستاران باید انگیزه، دانش و منابع لازم در زمینه خودمراقبتی را برای بیماران فراهم کنند و از این طریق به ارتقای ظرفیت و توان خودمراقبتی کمک کنند. هم چنین شناسایی نیازها و عوامل مرتبط و پیش بینی کننده و ارزیابی توان خود مراقبتی بیماران آرتریت روماتوئید در همان محیطی که در آن زندگی می کنند، به منظور تدوین و اجرای آموزش های صحیح و برنامه ریزی شده در جهت ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، کاهش بروز ناتوانی، هزینه های درمانی و خطرات مرگ و میر مرتبط با آن بسیار کمک کننده خواهد بود.

تشکر و قدردانی

این طرح پژوهشی مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی گیلان

References

- 1- Smeltzer S, Bare BG. Textbook of Medical -Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia:lippincott, Williams & Wilkins; 2008.
- 2- Smeltzer S, Bare B, Hinkle J,Cheever K, editors. Brunner &Suddarth Textbook of Meical-Surgical Nursing . 12th ed. Translated by: Atashzadeh Shoorideh F. Tehran: Salemi, jamenegar;2010.p.146-189. Persian.
- 3- Kligman RM, Jenson HB, Behrman R, Markdont KH, Bonitaf S. Nelson Text book of pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders ; 2007.p.2404-2431.
- 4- Krol B, Sanderman R, Suurmeijer TP. Social support , Rheumatoid arthritis and Quality of life concepts measurement and research. Patient Educ Couns. 1993 May;20(2-3):101-20.
- 5- Ovayolu O, Ovayolu N., Karadag G. The relationship between self-care agency ,disability levels and factors regarding these situation among patient with rheumatoid arthritis. J Clin Nurs. 2012 Jan;21(1-2):101-10. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03710.x. Epub 2011 Mar 3.
- 6- Curtin E. Peteriorating dietary habits among adults with hypertention. Arch Intermed. 2008;168(3):308-140.
- 7- AkyolA. self-care agency and factors related to this agency among patient with hypertension. J cline nurs.2007;16(4):679-87.
- 8- Riegel B, Dickson V. A Situation – Specific theory of heart failure self-care . J Cardiovasc Nurs. 2008 May-Jun;23(3):190-6. doi: 10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85.
- 9- Schreurs KM, Colland VT, Kuijter RG, de Ridder DT, van Elderen T. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviors. Patient Educ Couns. 2003 Oct;51(2):133-41.
- 10- Coyle MK. The Relationship of Depressive Symptom Over Time on Self Care Behavior in Patient Who Experience a MI [PhD Thesis]. Washington: The Catholic University of America; 2009.
- 11- Orem DE. Nursing concepts of Practice. 6th ed . USA: Mosby; 2001.p.254.
- 12- Meleis AI. nursing Theories.4th ed. Philadelphia: Lippincot ;2007.p.301-54.
- 13- Mollaglu M. Perceired social support ,anxiety ,and care among patent reciving hemodialysis. dial transplant . 2006; 35(3):144-55.
- 14- Dehghan nayyeri N, Jalali nya F. Theory Development and nursing theories.Tehran: Boshra;1384. Persian.
- 15- Tomey AM, Aligood MR. Nursing theorists and their works. 6th ed. USA: Mosbey ;2006.
- 16- Tabari R. Nursing theories. Tehran :Boshra ; 2003. 83-98. Persian.
- 17- Aggleton Peter ,Chalmers Helen. Nursing Models And Nursing Practice. Translated by: Tabari R.Tehran: Boshra; 1382.
- 18- SaKhayi S. The study of applying rate of life style healthy promotion method in medical personal. Journal of Tabibe shargh.2005;7(2):95-100. Persian.
- 19- Tokem Y, DurmazAkyol A , Argon G. The relationship between disability and self –care agency of Turkish peple with rheumatoid arthritis. J Clin Nurs. 2007 Mar;16(3A):44-50.
- 20- Ailinger RL, Dear MR. Self-care agency in persons with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res. 1993 Sep;6(3):134-40.
- 21- Nadrian H, Morovati Sharifabad MA, Mirzaei A, Bahmanpur K, Moradzadeh R, Sharia'ti AM. Relationship Between Quality of Life, Health Status and Self-care Behaviors in patients With Rheumatoid Arthritis in Yazd(central Iran). 2011; 15(3):39-51. Persian.
- 22- Chen SY, Wang HH. The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self care behavior in patients with rheumatoid arthritis. J Nurs Res. 2007 Sep;15(3):183-92.
- 23- Garcia MP.The capacity of self-care agency in people with high arterial hypertensionin. San José de Cúcuta. Avances en enfermeria. 2006(nov);24(2): 63-79
- 24- Unsars E, Mollaoglu M. The self-care agency in dialyzed patients. Dial Transplant. 2007; 36(2):57-70.
- 25- Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoodialavi N, Adidhajibagheri M. Self-care behaviour of patients with diabetes in Kasha centers of diabetes. Feiz. 2008; 12 (1): 88-93. Persian.
- 26- Lukkainen H, Hentinen M. Self care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. Int J Nurs Stud. 1997 Aug;34(4):295-304.
- 27- Coyle KM. The Relationship of Depressive Symptom Over Time on Self Care Behavior in Patient Who Experience a MI [PhD Thesis].USA: The Catholic University of America; 2009.
- 28- Farmer A, Wade AN, French DP, Simon J,Yudkin P, Gray A, et al. Blood glucose self- monitoring in type 2 diabetes:a randomized control trail. Health Technol Assess. 2009 Feb;13(15):iii-iv, ix-xi, 1-50. doi: 10.3310/hta13150.
- 29- Abotalebi G. The study of self- care agency based on Orem's theory in individuals with hypertension admitted to the selected hospitals of Ardebil [Dissertation]. Tehran: Islamic Azad University of Medical Sciences ; 2009. Persian.
- 30- Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self care maintenance in the first three months after hospitalization. Heart Lung. 2004 Nov-Dec;33(6):345-53.
- 31- Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self care ability of patient with heart failure. Heart Lung. 2001 Sep-Oct;30(5):351-9.
- 32- Azarbad M. The survey of the relationship between self-care behaviors and self-care needs in patient with heart failure referred to Shahid Rajae Medical – educational and research center of cardiovascular [MSc thesis Nursing]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2005. [Text in Persian].
- 33- Farahani Farmahini B,Vosughi N, Abootalebi GH . Self Care Agency In High Blood Pressure WHO Referring to hospital in Ardebil. 2010;12 :19-28. Persian.
- 34- Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. Self monitoring of blood glucose: Language aid Financial barriers in a managed care population with diabetes. Diabetes Care. 2000; 23(4):47-483.
- 35- Rock well J, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. Journal of Heart and lung. 2002; 30(1): 18-25.
- 36- Shojaei F, Asemi S, Njafiarandi A, Hoseini F. Self – care behaviour of patients with heart failure. paiesh. 2009;8(4):361-369. Persian.
- 37- Oksel E, Akbiyk G, Koca KG. Self-care behavior analysis of patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2009; 31(8):22-6.

- 38- Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y, et al. Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart Lung*. 2009 Sep-Oct;38(5):398-409. doi: 10.1016/j.hrtlng.2008.11.002. Epub 2009 Jan 24.
- 39- Macabasco-O'Connell A, Crawford MH, Stotts N, Stewart A, Froelicher ES. Self care behaviors in indigent patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2008 May-Jun;23(3):223-30. doi: 10.1097/01.JCN.0000317427.21716.5f.
- 40- Abootalebi GH, Vosooghi N, Mohammadnejad E, Namadi M, Akbari M. Study of the self-care Agency in patients with heart failure. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2012; 4(4): 203-208. Persian.
- 41- Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange P, Michigan D. Self care behaviors among patients with heart failure. *Heart Lung*. 2002 May-Jun;31(3):161-72.
- 42- Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart Lung*. 2004 Nov-Dec;33(6):345-53.

جدول شماره (۱) - میانگین توان خودمراقبتی به تفکیک سطوح ناتوانی در بیماران آرتریت روماتوئید

میانگین توان خودمراقبتی به تفکیک سطوح ناتوانی					
سطح معنی داری	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	وضعیت ناتوانی	توان خودمراقبتی
۰/۰۰۰۱	۲۲/۸۴	۵۶/۶۴	۳۰۹	ناتوانی خفیف	
	۲۳/۶۵	۷۶	۱۷	ناتوانی متوسط	

جدول شماره (۲): بر آورد ضرایب رگرسیونی "عوامل پیش بینی کننده توان خودمراقبتی" بر اساس مدل رگرسیون خطی چندگانه

فاصله اطمینان ۹۵		سطح معنی داری	خطای معیار	ضریب بتا	عامل مرتبط
حد بالا	حد پایین				
۰/۹۴	۰/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۱۳	۰/۶۷	سن
۲۰/۸۵	۷/۳۲	۰/۰۰۰۱	۳/۴۳	۱۴/۰۹	میانگین نمره ناتوانی
-۲/۴۹	-۱۳/۷۱	۰/۰۰۴	۲/۵۹	-۷/۶۰	سطح تحصیلات
۲/۰۱	۰/۲۴	۰/۰۱۳	۰/۴۵	۱/۱۳	طول مدت ابتلا
۴۲/۱۹	۵/۷۳	۰/۰۱۰	۹/۲۶	۲۳/۹۶	مقدار ثابت

Status of self-care ability of patients with Rheumatoid Arthritis

BY: Ebrahimi M¹, Moghadamnia M.T^{2*}, Farmanbar R³, Zayyeni H⁴, Kazemnejad Leili E⁵

1-Department of Nursing, Poursina Medical Educational Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2-Department of Nursing (Medical-surgical), Instructor, PhD student, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and

Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3-Department of Health Education, Associate professor, School of Health, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4-Department of Internal Disease, Assistant professor, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

5- Bio-statistics, Associate professor, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

Received: 2013/11/27

Accepted: 2014/04/14

Abstract

Introduction: Today medical world is facing the increase of chronic diseases. Rheumatoid Arthritis as a chronic disease causes pain, fatigue, limited mobility and daily activity, physical function disorder and disability. An important part of controlling chronic illnesses such as rheumatoid arthritis is enabling patients to conduct self-care and adjusting to condition of chronic disease.

Objective: Present study aims to determine self-care ability of patients with rheumatoid arthritis.

Methods: This is a cross sectional descriptive study which surveyed the level of self-care of 326 patients with rheumatoid arthritis referring to Rheumatology clinic of Razi educational center in Rasht. Data were collected using Health Assessment Questionnaire in order to determine the disability rate and Self-Care Inventory in order to determine the Self-Care ability rate through interview. Data were analyzed by descriptive and analytical statistical tests (Kruskal Wallis, Mann Whitney and Multiple linear regressions).

results: The mean self-care ability of patients was 57.65 ± 2.32 which was at a good level. Sex ($P < 0.0016$), age ($P < 0.001$), marital status ($P < 0.001$), education ($P < 0.001$), jobs ($P < 0.001$), income ($P < 0.004$), duration of illness ($P < 0.000$) and co morbidities ($P < 0.001$) were significantly associated with self-care ability.

Conclusion: Study findings indicate that baseline factors are effective in controlling rheumatoid arthritis disease; therefore it is necessary for nurses to determine self-care needs considering effective related factors to develop and implement training programs in order to improve patients' empowerment.

Keywords: Self Care, Arthritis, Rheumatoid, Patients

*Corresponding Author: Mohammad Taghi Moghadamnia, Rasht, School of Nursing and Midwifery

Email: moghadamnia@gums.ac.ir