



بررسی نگرش و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو مراجعه کننده به مراکز کلینیک روماتولوژی شهرستان یزد در سال ۱۳۹۱

نویسندگان: محمد علی مروتی شریف آباد^۱، سکینه گرایلو^۲، علی دهقان^۳، حسین فلاح زاده^۴،
زهرة کریمیان کاکلی^۵

۱. استاد گروه مبارزه با بیماری‌ها، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید

صدوقی یزد تلفن تماس: ۰۹۱۱۲۷۲۸۳۲ Email: gerayllo65@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۴. استاد گروه آمار مرکز تحقیقات پیشگیری و اپیدمیولوژی بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

چکیده

مقدمه: استئوآرتریت زانو از شایعترین علل درد مفصل زانو وابسته به سن می‌باشد که باعث ناتوانی، از کار افتادگی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی سطح نگرش و رفتارهای خودمراقبتی بیماران استئوآرتریت زانو مراجعه کننده به سه کلینیک روماتولوژی شهرستان یزد می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-تحلیلی بر روی ۲۳۵ بیمار مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان یزد که بصورت تصادفی و داوطلبانه انتخاب شدند، انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه شامل متغیرهای دموگرافیک، سوالات نگرش و رفتارهای خودمراقبتی بود که روایی و پایایی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و با آزمون‌های آماری پارامتریک t-test، ANOVA، ضریب همبستگی، χ^2 در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۵۴/۹±۹/۱۵ سال و BMI آنها ۲۸/۸±۴/۶ بود. میانگین نمره نگرش بیماران نسبت به خودمراقبتی ۴۷/۴۱±۳/۹۵ از ۵۵ نمره و نمره خودمراقبتی بیماران ۴۳/۱۱±۵/۷۵ از ۶۰ نمره بود که هر دو امتیاز در سطح متوسط می‌باشد. همچنین رابطه آماری معنی دار مثبتی بین نگرش و رفتارهای خودمراقبتی مشاهده گردید ($P=۰/۰۱$). در بین رفتارهای مختلف خودمراقبتی، نگرش بیماران به تاثیر مثبت استفاده از عصا در خودمراقبتی بیماری در کمترین میزان بود و مطابق با اعتقاد بیماران، در بین رفتارهای خودمراقبتی استفاده از عصا در حین راه رفتن کمترین عملکرد را دارا بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مبنی بر متوسط بودن میزان نگرش و رفتارهای خودمراقبتی بیماران و نیز همبستگی مثبت بین آنها با بهبود نگرش، خودمراقبتی بیماران نیز افزایش می‌یابد؛ بعلاوه با توجه به این که در بین رفتارهای خودمراقبتی نگرش استفاده از عصا، استخر رفتن و کاهش وزن در سطح پایین تر بود، بنابراین توصیه می‌شود در برنامه‌های مداخله‌ای بر موارد مذکور تاکید بیشتری شود.

واژه‌های کلیدی: استئوآرتریت زانو، خودمراقبتی، نگرش، عملکرد

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه تحصیلی مقطع کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

طوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره: پنجم

آذر و دی ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۲/۳/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۴/۱۲



مقدمه

امروزه بیماری‌های مزمن به عنوان بزرگ‌ترین چالش فراروی سلامت جامعه مطرح می‌باشند (۱) و از مسائل اصلی بهداشتی-درمانی در جوامع جدید هستند (۲)، ۴۷٪ بار کل بیماریها در خاورمیانه را شامل می‌شوند و ۸۰٪ مرگ و میر در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط را به خود اختصاص می‌دهند (۳،۴). بیماری استخوان و مفاصل از جمله بیماری‌های مزمن و شایع هم در کشورهای پیشرفته و هم در حال توسعه می‌باشند (۵)، افزایش بار جهانی بیماری‌های مشترک استخوان و مفاصل سبب شد تا سازمان ملل متحد به رهبری سازمان جهانی بهداشت دهه اول قرن ۲۱ را به عنوان دهه بیماری‌های استخوان و مفاصل در سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۰ اعلام نماید (۵،۶).

استئوآرتریت (Osteoarthritis) یا آرتروز به دو نوع اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود. نوع اولیه که در جریان آن فرآیند دژنراسیون و تخریب غضروف مفصل بدون ناهنجاری زمینه‌ای قبلی روی می‌دهد و علت اصلی آن نامعلوم است معمولا در افراد ۴۰ سال به بالا با سیرآهسته پیشرونده و چند مفصلی دیده می‌شود و در اثر فشارهای مکرر طبیعی یا فشارهای غیرطبیعی بر مفصل ضعیف ایجاد می‌شود. استئوآرتریت ثانویه به دنبال یک علت قبلی و زمینه‌ای همچون شکستگی و صدمات استخوانی، مفصلی، عفونت، آرتريت روماتوئید، تومورها، بیماریهای مادرزادی و متابولیک بوجود می‌آید (۷). این بیماری شایعترین اختلال مفصلی و درد مفصل وابسته به سن و از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم اسکلتی است که می‌تواند در سنین میانسالی و بالا مهم‌ترین علت

روماتولوژیک ناتوانی (۷،۸) و از کار افتادگی اجتماعی-اقتصادی باشد (۹). تأثیر اقتصادی اختلالات اسکلتی عضلانی به عنوان بزرگترین پیامدهای اقتصادی همسان با سرطان برآورد شده است (۱۰) و سومین علت پیشرو سال‌های از دست رفته زندگی با معلولیت می‌باشد (۱۱). این بیماری‌های ناتوان‌کننده با افت کیفیت زندگی همراه است (۱۲) و در حال حاضر، شیوع بیماری در حال افزایش است و انتظار می‌رود که این روند با افزایش امید به زندگی و شیوع چاقی ادامه یابد (۱۳،۱۲). تخمین زده می‌شود که خطر ابتلا به استئوآرتریت در آمریکا در سال ۲۰۳۰ با توجه به پیری جمعیت در طول دهه‌های این ده سال حدود ۷۰ میلیون بیمار شود (۱۴). استئوآرتریت از مهم‌ترین علل منتهی به ناتوانی است که در ایالات متحده تقریباً ۴۳ میلیون نفر را تحت تأثیر قرار داده است (۵). همچنین آرتروز در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (۱۲) بطوری که حدود دوسوم تا سه چهارم مبتلایان در آمریکا زن هستند (۷). مبتلایان به استئوآرتریت بطور تقریبی سالیانه ۸ بار به پزشک مراجعه می‌کنند که این رقم معادل دو برابر مراجعه مبتلایان به پرفشاری خون است. در ایران به طور کلی از هر ۱۰ بیمار سنین بالاتر از ۳۵-۳۰ سال مراجعه‌کننده با شکایات اصلی درد زانو، کمر و گردن، ۹ نفر مبتلا به استئوآرتریت می‌باشند (۵). در بین مفاصل بزرگ بدن، زانو شایعترین محل ابتلا به بیماری است که میزان ابتلا به آن در سمت داخلی زانو ۱۰ برابر بیشتر از سمت خارجی می‌باشد (۱۵) و نسبت به سایر مفاصل، ایجاد ناتوانی و علائم کلینیکی بیشتری نموده (۱۳) و آرتروز آن یکی از ۵ علل اصلی معلولیت جسمی در افراد مسن محسوب می‌شود (۷،۱۵).



عواملی از قبیل دانش، انگیزش، نگرش، عملکرد و مهارت، اعتقادات فردی و فرهنگ جامعه است (۲،۲۳). مطالعات انجام شده حاکی از کمبود آگاهی و فقدان نگرش و عملکرد مناسب بیماران در مورد بیماری‌ها و در نتیجه عدم رعایت اقدامات درمانی می‌باشد (۴). نظر به این که استئوآرتریت زانو جز شایعترین بیماری‌های سیستم اسکلتی در انسان بوده که می‌تواند سبب ناتوانی و از کارافتادگی شده و عوارض مختلف اقتصادی اجتماعی را به دنبال داشته باشد، از آنجا که در مطالعات مختلف نتایج متفاوتی از میزان آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران گزارش شده و با توجه به اهمیت این بیماری، مطالعه حاضر به منظور بررسی نگرش و رفتارهای خودمراقبتی بیماران استئوآرتریت زانو مراجعه کننده به مراکز کلینیکی شهرستان یزد انجام شد.

روش بررسی

این یک مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۱ انجام شد. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و با توجه به مقدار $sd=0/5$ (ماکزیمم مقدار انحراف معیار حیطه خود مراقبتی) و خطای برآورد ۲ واحد تعداد نمونه ۲۳۵ بیمار مراجعه کننده به کلینیکهای روماتولوژی یزد که از بین آنها بصورت تصادفی یک بیمارستان، یک مطب و یک کلینیک تخصصی انتخاب شدند، معیارهای ورود به مطالعه برای افراد شامل ساکن استان یزد دارای بیماری استئوآرتریت اولیه براساس معیارهای انجمن کالج روماتولوژی آمریکا، سن افراد زیر ۷۰ سال، داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه و معیارهای خروج اولین مراجعه بیمار و عدم تشخیص توسط پزشک می‌باشد. محقق با توجه به

بسیاری از افرادی که از آرتروز زانو رنج می‌برند از درد، سفتی و ضعف عضلانی، محدودیت در راه رفتن از پله و کوهنوردی شکایت می‌کنند (۱۶،۱۷). این بیماری یکی از دلایل اصلی نقص عملکردی بوده و تاثیر بسزایی در زندگی افراد شامل تحرک، استقلال و فعالیت‌های روزمره گذاشته است و منجر به محدود شدن فعالیت‌های تفریحی، ورزشی و شغلی می‌گردد (۷). در مورد آرتروز زانو عوامل خطر متعددی همچون چاقی، افزایش سن، آسیب دیدگی، نژاد، میزان تراکم استخوان، مسائل هورمونی، شغلی، ضربه مطرح است و از طرفی به دلیل فرهنگ و عادات رایج از جمله: نشستن روی زمین، استفاده از توالت سنتی به خصوص در افراد مسن، شایع می‌باشد (۷)، همچنین عادات و رفتارهای بهداشتی افراد، بطور چشمگیر بر میزان ابتلا و شدت آنها تاثیر دارند (۵). خودمراقبتی گامی ارزشمند برای افزایش آگاهی و کمک به بیماران در کسب استقلال فردی و تسهیل سازگاری آنان با بیماری خود و پیرو آن افزایش کیفیت زندگی است (۱۸) و در کاهش هزینه‌ها موثر است و با پیگیری مداوم آن می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری پیشگیری کرد (۱۹). تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن، از اهمیت بسزایی برخوردار است (۲۰،۲۱). بیماران می‌توانند، با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود تاثیرگذار باشند (۲۲). اصل مهم در خود مراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مربوطه به آن، بسیاری از عوارض بیماری قابل کنترل شود (۲۲). طبق بررسی‌های موجود، مراقبت از خود تابعی از



۱۸۸ نفر (۸۰٪) افراد مورد بررسی متاهل و ۲۱۱ نفر (۸۹/۸٪) شهرنشین بودند. یافته‌ها نشان داد که اکثریت بی‌سواد ۱۰۶ نفر (۴۵/۱٪) بوده و تحصیلات دانشگاهی نمونه‌ها ۲۱ نفر (۸/۹٪) بود و اکثر افراد مورد مطالعه ۱۷۳ نفر (۷۳/۶٪) خانه‌دار بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق ونسی مشخصات مراجعین مورد

پژوهش		
مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
جنس		
زن	۲۱۸	۹۲/۸
مرد	۱۷	۷/۲
وضعیت تاهل		
مجرد	۲	۰/۹
متاهل	۱۸۸	۸۰
همسر مرده و مطلقه	۴۵	۱۹/۱
تحصیلات		
بیسواد	۱۰۶	۴۵/۱
سیکل	۶۸	۲۸/۹
زیردیپلم و دیپلم	۳۹	۱۶/۶
دانشگاهی	۲۱	۸/۹
شغل		
خانه‌دار	۱۷۳	۷۳/۶
کارمند	۱۲	۵/۱
بازنشسته	۲۷	۱۱/۵
آزاد	۱۱	۴/۷
کارگر و کشاورز	۱۲	۵/۱

نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین فراوانی نمره کلی نگرش و عملکرد رفتارهای خود مراقبتی در گروه متوسط قرار دارند (جدول ۲).

ساعات حضور متخصص در مراکز مربوطه بصورت شیفت‌های صبح و عصر در آنجا حضور داشته و بر روی بیماران که بصورت نمونه‌گیری تصادفی و داوطلبانه انتخاب شدند مطالعه انجام شد و پرسشنامه‌ها بصورت مصاحبه تکمیل شد. پرسشنامه محقق ساخته شامل سه قسمت بود که عبارتند از: قسمت اول سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک، قسمت دوم ۱۱ سوال حیطة نگرش با دامنه نمره ۵۵-۱۱ و قسمت سوم ۱۲ سوال در حیطة رفتارهای خودمراقبتی با دامنه نمره ۶۰-۱۲ مشخص شد که هر دو حیطة بصورت گزینه‌های لیکرت ۵ سطحی طراحی گردید، بعد از جمع‌آوری داده‌ها برای کمی کردن نتایج، حیطة نگرش در سه گروه ضعیف امتیازات ۴۰-۳۳، متوسط امتیاز ۴۸-۴۱ و خوب امتیاز ۵۵-۴۹ و در حیطة رفتار در سه گروه ضعیف امتیاز ۳۵-۲۵، متوسط ۴۷-۳۶ و عملکرد خوب امتیاز ۵۸-۴۸ در نظر گرفته شد. روایی محتوی و صوری پرسشنامه با استفاده از پانل خبرگان تأیید گردید. برای پایایی پرسشنامه نیز تعداد ۳۵ نفر از بیماران مورد مطالعه مقدماتی قرار گرفتند که این تعداد جزء حجم نمونه محاسبه نشدند و در آن مقیاس نگرش میزان آلفا ۰/۷۲ و رفتارهای خودمراقبتی در مطالعه ابتدایی ۰/۶۵ محاسبه گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری ANOVA، t-test، ضریب هم بستگی، χ^2 در سطح ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

براساس نتایج این مطالعه، میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۵۴/۹±۹/۱۵ سال و BMI آنها ۲۸/۸±۴/۶ بود. ۲۱۸ نفر (۹۲/۸٪) نمونه‌های مورد بررسی را زن و بقیه را مردان تشکیل می‌دادند.



جدول ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد مورد مطالعه برحسب نمره کلی نگرش و رفتارهای خودمراقبتی

نمره کلی نگرش	تعداد	درصد	نمره کلی رفتار خودمراقبتی	تعداد	درصد
خوب (۴۹-۵۵)	۹۵	۴۰/۴	خوب (۴۸-۵۸)	۵۱	۲۱/۷
متوسط (۴۱-۴۸)	۱۲۸	۵۴/۵	متوسط (۳۶-۴۷)	۱۵۵	۶۶
ضعیف (۳۳-۴۰)	۱۲	۵/۱	ضعیف (۲۵-۳۵)	۲۹	۱۲/۳
جمع	۲۳۵	۱۰۰	جمع	۲۳۵	۱۰۰
انحراف معیار \pm میانگین	۴۷/۴۱ \pm ۳/۹۵		انحراف معیار \pm میانگین	۴۳/۱۱ \pm ۵/۷۵	

جدول ۳: توزیع فراوانی نگرش از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران استوارتریت زانو مورد پژوهش

سوالات نگرش	کاملاً موافق	موافق	بی نظر	مخالف	کاملاً مخالف	میانگین نمره	میانگین رتبه
۱- به نظر من استفاده از عصا در حین راه رفتن برای کاهش درد ناشی از بیماری مفید است.	۳۷	۶۱	۱۱۴	-	۱۸	۴۴/۳	۳/۲۵
۲- به نظر من استفاده از استخر برای کاهش درد ناشی از بیماری موثر است.	۷۰	۴۹	۱۰۴	۱	۶	۷۶/۳	۴/۱۵
۳- به نظر من انجام ورزش های توصیه شده توسط پزشک برای کنترل بیماری مفید است.	۹۴	۹۲	۳۹	-	۵	۱۶/۴	۵/۴۱
۴- به نظر من کاهش وزن برای بهبود درد ناشی از بیماری و عوارض آن مفید است.	۱۲۸	۵۴	۳۸	-	۱۰	۲۶/۴	۶
۵- به نظر من مکمل های دارویی برای تسکین بیماری مفید هستند.	۱۰۴	۱۰۸	۱۷	-	۱	۳۷/۴	۵/۹
۶- به نظر من نماز خواندن بصورت نشسته برای کاهش درد ناشی از بیماری مفید است	۱۳۹	۷۱	۱۱	۱	۷	۴۶/۴	۶/۵۷
۷- به نظر من استفاده از کفش های مناسب برای کنترل درد بیماری و عوارض آن خوب است.	۱۴۴	۶۵	۱۳	۱	۶	۴۸/۴	۶/۶۳
۸- به نظر من مراجعه منظم به پزشک و استفاده از توصیه های او برای کنترل بیماری خوب است.	۱۴۳	۷۲	۱۴	-	۱	۵۵/۴	۶/۷
۹- به نظر من استفاده از توالت فرنگی برای کاهش درد ناشی از بیماری مفید است.	۱۷۰	۳۵	۲۳	۱	۱	۶۲/۴	۷/۰۹
۱۰- به نظر من برای خودمراقبتی بیماری جلوگیری از ایستادن طولانی مدت مفید است.	۱۶۱	۵۶	۸	-	۴	۶۳/۴	۷/۱
۱۱- به نظر من جلوگیری از دوزانو نشستن برای کنترل درد زانو مفید است.	۱۶۷	۵۵	۵	-	۳	۶۷/۴	۷/۲۱



همچنین نتایج توزیع فراوانی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مورد پژوهش نیز به ترتیب از کمترین نمره تا بیشترین نمره نشان داد که کمترین میانگین نمره و رتبه مربوط به استفاده از عصا در حین راه رفتن بود و بیشترین نمره مربوط به استفاده از کفش مناسب در کنترل رفتار خودمراقبتی بود و نتایج آزمون کندال نیز اختلاف معنی داری را به لحاظ آماری بین رفتارها نشان داد (P=۰/۰۰۰) (جدول ۴).

جدول ۳ نتایج توزیع فراوانی پاسخ‌های سازه نگرش از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مورد پژوهش را به ترتیب از کمترین نمره تا بیشترین نمره را نشان می‌دهد که کمترین میانگین نمره و رتبه مربوط به این که استفاده از عصا در خودمراقبتی بیماری موثر می‌باشد و بیشترین نمره مربوط به موثر بودن دو زانو نشستن در رفتار خود مراقبتی بود، همچنین آزمون کندال اختلاف معنی داری بین میانگین رتبه پاسخ گویی به سوالات نگرش نشان داد (P=۰/۰۰۰).

جدول ۴: توزیع فراوانی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران استئوآرتریت زانو مورد پژوهش

میانگین رتبه	میانگین نمره	همیشه	بیشتر اوقات	گاهی اوقات	بندرت	اصلا	در طول دوره بیماری جهت بهتر شدن مشکلات تا چه حد فعالیت‌های زیر را انجام داده‌اید:
۲/۲۲	۱/۳۱	۱۴	۲	۵	۸	۲۰۵	۱- برای کاهش درد خود در حین راه رفتن یا ایستادن از عصا استفاده می‌کنید.
۲/۵۵	۵/۱	۱۰	۷	۱۵	۲۷	۱۷۵	۲- از استخر استفاده می‌نمایید.
۵/۳۸	۳/۱۹	۴۶	۵۴	۶۲	۴۶	۲۵	۳- ورزش توصیه شده توسط پزشک را انجام می‌دهید.
۵/۶۷	۳۸/۳	۵۹	۷۷	۲۸	۱۹	۴۵	۴- از خانواده یا افراد نزدیک دیگر در موقع نیاز کمک می‌گیرید.
۵/۹۸	۳/۵۴	۶۳	۶۷	۴۶	۴۷	۱۲	۵- از ایستادن طولانی مدت جلوگیری می‌کنید.
۶/۴۳	۳/۷۲	۸۱	۸۷	۱۸	۱۶	۳۳	۶- برای نشستن از مبل و صندلی استفاده می‌کنید.
۶/۷۹	۹۴/۳	۸۹	۷۷	۴۱	۲۳	۵	۷- به موقع و در صورت نیاز استراحت می‌کنید.
۷/۹۵	۴/۱۲	۱۷۰	۶	۷	۷	۴۵	۸- از توالی فرنگی استفاده می‌کنید.
۸/۰۸	۴/۲۲	۱۷۱	۱۱	۵	۱۰	۳۷	۹- نماز را بصورت نشسته می‌خوانید.
۸/۷۴	۴/۶۵	۱۸۱	۳۰	۱۰	۷	۳	۱۰- داروهایتان را طبق دستور پزشک و به طور منظم استفاده می‌کنید.
۸/۸۵	۴/۷۱	۱۸۱	۳۹	۷	۳	۱	۱۱- به طور مرتب به پزشک خود مراجعه می‌نمایید.
۹/۳۶	۴/۸۴	۲۱۲	۱۵	۲	۲	۴	۱۲- از کفش‌های مناسب استفاده می‌کنید.



جدول ۵: ارتباط نگرش و عملکرد خودمراقبتی با متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	تعداد	نگرش		عملکرد	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وضعیت تاهل					
مجرد	۲	۵۱	۴/۲۴	۵۰/۵	۵/۸۳
متاهل	۱۸۸	۴۷/۵۴	۳/۷۵	۴۲/۵	۴/۹۱
همسر مرده و مطلقه	۴۵	۴۶/۷۱	۴/۶۸	۴۵/۰۵	۵/۷۵
		$p=۰/۱۹$		$p=۰/۰۰۶$	
وضعیت سکونت					
صاحبخانه	۲۱۶	۴۷/۴۱	۳/۸۶	۴۳/۰۹	۵/۵۳
مستاجر	۱۲	۴۸/۵	۴/۴۶	۴۰	۸/۶۶
با فرزندان	۷	۴۵/۶۳	۵/۸۴	۴۸/۱۴	۴/۱۴
		$p=۰/۳۱$		$p=۰/۰۲۳$	
تحصیلات					
بیسواد	۱۰۶	۴۶/۶۷	۳/۸۵	۴۲/۸۹	۵/۶۸
سیکل	۶۸	۴۷/۱۸	۳/۷۹	۴۳/۹۳	۵/۶۹
زیردیپلم و دیپلم	۳۹	۴۸/۷۶	۴/۳۰۲/۹۵	۴۲/۵۳	۶/۱۴
دانشگاهی	۲۱	۴۹/۴۷		۴۲/۶۸	۵/۸۶
		$p=۰/۰۰۰$		$p=۰/۰۰۰$	
شغل					
خانه‌دار	۱۷۳	۴۷/۱۱	۳/۷۵	۴۳/۴۷	۵/۶۶
کارمند	۱۲	۴۹/۵۸	۳۷/۴	۴۱/۹۴	۵/۱۴
بازنشسته	۲۷	۴۹/۳۱	۳/۹۵	۴۴/۷۱	۵/۹۵
آزاد	۱۱	۴۸/۶۳	۴/۱۲	۴۱/۵۸	۵/۴۲
کارگر و کشاورز	۱۲	۴۴/۱۶	۳/۵۸	۳۷/۰۹	۳/۹۸
		$p=۰/۰۰۲$		$p=۰/۰۵۶$	
وضعیت اقتصادی					
ضعیف	۴۱	۴۶/۹۳	۴/۴۶	۴۳/۰۱	۶/۵۸
متوسط	۱۴۱	۴۷/۱۱	۳/۷۶	۴۳/۱۸	۵/۶۰
خوب	۴۸	۴۸/۷۲	۴/۰۱	۴۲/۸۸	۵/۸۴
		$p=۰/۰۳۷$		$p=۰/۰۹۵$	



میانگین رفتار خودمراقبتی برحسب این که درمان دارویی منظم داشتند یاخیر؛ اختلاف معنی داری از لحاظ آماری مشاهده شد ($P=0/02$).
در بررسی میانگین نمرات نگرش و عملکرد افراد مورد بررسی بر حسب برخی متغیرهای کیفی زمینهای و متغیرهای مربوط به بیماری از آزمون ANOVA استفاده شد که نتایج در جدول ۵ و ۶ آمده است.

با استفاده از آزمون تی، نتایج مطالعه میانگین نمره نگرش ($P=0/27$) و رفتارهای خودمراقبتی ($P=0/23$) برحسب جنس، تفاوت معنی داری مشاهده نشد. همچنین میانگین نمره نگرش ($P=0/07$) و رفتارهای خود مراقبتی ($P=0/42$) برحسب محل سکونت تفاوت معنی دار نشان نداد. همچنین میانگین نمره نگرش رفتارهای خودمراقبتی برحسب این که درمان منظم دارویی داشتند یاخیر؛ تفاوت معنی داری نداشت ($P=0/96$) ولی

جدول ۶: ارتباط نگرش و عملکرد خودمراقبتی با متغیرهای بیماری

متغیرهای بیماری	تعداد	نگرش انحراف معیار \pm میانگین	عملکرد انحراف معیار \pm میانگین
سابقه ابتلا			
بله	۱۶۰	۴۷/۸۲ \pm ۳/۶۹	۴۳/۵۶ \pm ۵/۵۹
خیر	۶۰	۴۶/۳۷ \pm ۴/۲۲	۴۲/۷۶ \pm ۵/۹۳
نمی دانم	۱۰	۴۶/۳۴ \pm ۴/۴۸	۳۷/۴۱ \pm ۵/۹۶
		$p=0/034$	$p=0/004$
مدت ابتلا			
کمتر از یکسال	۱۲	۴۴/۷۵ \pm ۴/۱۸	۴۱/۸۵ \pm ۶/۳۱
۱-۳ سال	۳۹	۴۷/۵۸ \pm ۳/۹۱	۴۳/۷۱ \pm ۶/۰۲
۳-۵ سال	۴۲	۴۶/۹۲ \pm ۳/۵۷	۴۲/۰۵ \pm ۴/۶۹
۵-۱۰ سال	۶۸	۴۸/۷۳ \pm ۳/۱۹	۴۲/۳۰ \pm ۵/۲۸
بیشتر از ۱۰ سال	۷۴	۴۶/۸۲ \pm ۴/۴۴	۴۴/۳۷ \pm ۶/۳۲
		$p=0/003$	$p=0/120$
رضایت از درمان			
اصلا	۱۷	۴۵/۴۳ \pm ۳/۴۴	۴۲/۲۰ \pm ۷/۱۵
کمی	۹	۴۵/۳۳ \pm ۲/۶۴	۴۵/۴۴ \pm ۴/۸۷
تا حدی	۸۱	۴۶/۶۵ \pm ۳/۷۷	۴۱/۸۶ \pm ۵/۸۳
زیاد	۵۳	۴۸/۶۴ \pm ۳/۵۵	۴۳/۷۳ \pm ۶/۰۱
خیلی زیاد	۶۸	۴۸/۱۵ \pm ۴/۳۸	۴۴/۲۴ \pm ۵/۱۸
		$p=0/002$	$p=0/068$



براساس نتایج این مطالعه، میانگین سنی افراد مورد مطالعه $54/9 \pm 9/15$ سال بود. با توجه به آمارهای موجود که بیماران علامت‌دار اغلب در سنین ۶۱-۵۵ سالگی مراجعه می‌کنند بنظر شروع آرتروز زانو در بیماران ما درسین پایین‌تر نسبت به سایر جوامع باشد (۷). سن به عنوان یک عامل مهم در بروز استئوآرتریت زانو مطرح شده است بطوری که با افزایش سن، شیوع و شدت بیماری افزایش می‌یابد بطوری که در افراد زیر ۴۰ سال کمتر از ۵٪ تا بیش از ۵۰٪ زنان ۸۵ ساله و بالاتر را مبتلا می‌کند (۲۶). با توجه به این که در مطالعه حاضر، با افزایش سن BMI کمتر شده است می‌توان نتیجه گرفت که عامل سن به تنهایی از ریسک فاکتورهای این بیماری است و سبب ناتوانی و از کار افتادگی می‌شود که این یافته تاییدی بر مطالعات دیگر نیز می‌باشد.

چاقی بعنوان یک عامل خطر شایع در پیدایش و یا تشدید OA زانو در نظر گرفته می‌شود، در مطالعه انجام شده BMI آنها $28/8 \pm 4/6$ بود که با مطالعه Griffin که بیانگر ارتباط قوی بین میزان شاخص توده بدنی و OA زانو می‌باشد مطابقت دارد (۲۷). مطالعات دیگر نیز همگی برافزایش وزن و BMI و بروز OA زانو اشاره دارند (۷) که به ازای هر ۲ واحد افزایش BMI میزان بروز OA در زانو تا ۳۶٪ افزایش می‌یابد (۲۸) و در مطالعه Yashimura در ژاپن در سال ۲۰۰۴ وزن بدنی را از فاکتورهای مهم برای ای جاد استئوآرتریت در زنان ژاپنی ذکر کرد (۲۹) که با کنترل وزن می‌توان از بروز این بیماری پیشگیری و یا آن را کنترل کرد.

براساس یافته‌های این مطالعه بیشتر افراد از نظر تحصیلات در گروه

در میانگین نمره نگرش بر حسب متغیرهای سطح تحصیلات، شغل بیمار، سابقه ابتلاء به بیماری، مدت ابتلاء و رضایت از درمان اختلاف معنی داری به لحاظ آماری دیده شد در حالی که در میانگین رفتار وضعیت تاهل، وضعیت سکونت، شغل بیمار، سابقه ابتلا و رضایت از درمان اختلاف معنی‌دار آماری مشاهده گردید.

براساس نتایج آزمون همبستگی، همبستگی مثبتی بین نگرش و رفتارهای خودمراقبتی وجود داشت ($P=0/01$)، همچنین نمره رفتار خودمراقبتی با متغیرهای کمی زمینه‌ای نشان داد که همبستگی مثبت معنی‌داری بین رفتار و سن بیماران ($P=0/00$) و رفتار با BMI ($P=0/02$) وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که اکثر بیماران زن هستند (۹۲/۸٪)، از آنجایی که که اکثر زنان نیز خانه‌دار بوده، و همچنین توجه بیشتری به وضعیت سلامتی خود دارند در مقایسه با مردان فرصت بیشتری را برای صرف گذراندن در مراکز درمانی می‌کنند و همچنین بنا به مطالعات مختلف جنسیت از عوامل موثر OA زانو می‌باشد. که زنان بیشتر از مردان دچار این بیماری می‌شوند و در آمارهای مختلف حدود یک سوم تا دو سوم موارد OA زانو در خانم‌ها گزارش شده است (۷، ۲۴)، در مطالعه SUDO و همکاران زنان دو برابر مردان دچار OA زانو بودند (۲۵) طی مطالعات انجام شده طی ۲۰ سال گذشته شیوع بیماری در زنان بیشتر از مردان بوده است (۱۸).



در این پژوهش بین جنسیت با نگرش و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی معنی داری مشاهده نشد ولی در مجموع نتایج میانگین نگرش مردان بالاتر از زنان و در رفتارهای خودمراقبتی میانگین رفتار زنان بالاتر از مردان بود که نتایج حاکی از آن می باشد که زنان نسبت به عملکرد خودمراقبتی مصمم تر باشند. همچنین از نظر محل سکونت نیز با نگرش ارتباط معنی داری مشاهده شد بطوری که نگرش افرادی که در شهر زندگی می کنند بیشتر از روستائینان بود ولی در رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معنی داری مشاهده نشد با این وجود میانگین رفتارهای خودمراقبتی در افرادی که در شهر زندگی می کنند بیشتر از روستائینان می باشد که احتمالاً به خاطر امکانات رفاهی موجود در شهر و این که فرصت بیشتر را صرف سلامتی خود دارند باشد. در بررسی انجام شده بین میزان رضایت از درمان بانگرش و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی معنی دار مشاهده شد که می توان نتیجه گرفت با درمان های مناسب توسط متخصصین و همچنین میزان روابط آنها با بیماران از لحاظ برخورد عاطفی و آموزش های لازم مربوطه و همچنین تحسین آنها به ادامه درمان و این که بیماران بیشتر از همه در درمان خود موثر می باشند می توان تاثیر مثبتی بر بیماران گذاشت.

نتایج نشان داد که بین نگرش از رفتارهای خودمراقبتی با تحصیلات همبستگی مثبت معنی دار وجود دارد یعنی با افزایش سواد نگرش افراد نسبت به رفتارهای خودمراقبتی مثبت می شود ولی با عملکرد رفتارها همبستگی مشاهده نشد با این وجود میانگین رفتار خودمراقبتی در گروه تحصیلات دانشگاهی نسبت به سایر گروهها بالاتر که مشابه تحقیقات دیگر می باشد، Shojae بیان

بیسواد و سیکل قرار داشتند که می توان میزان آگاهی افراد بر حسب تحصیلات را عامل محافظت کننده در برابر آرتروز زانو به دلیل رعایت موارد ایمنی، کنترل وزن، داشتن روش زندگی سالم، عدم انجام فعالیت های مثل چمباتمه زدن در حین فعالیت ها دانست که با مطالعه Dahaghin و همکاران مطابقت دارد (۱۲).

براساس نتایج این پژوهش، نگرش بیماران نسبت به رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط و خوب بود می توان برداشت کرد تقریباً تمام بیماران نگرش مثبتی به خودمراقبتی در برابر این بیماری دارند، باوجود این ۲۱/۷٪ از بیماران رفتارهای خودمراقبتی مناسب داشتند و بیش از سه چهارم بیماران در حد متوسط و ضعیف از این رفتارها پیروی می کردند که عوامل متعددی در کاهش عملکرد بیماران می تواند دخیل باشد نظیر محدودیت های جسمی، ابتلا به بیماری های مزمن دیگر و... که همه موارد رفتارهای خودمراقبتی را تا حد زیادی در آنها تحت تاثیر قرار می دهد (۲۲). بنابراین برنامه ریزی های منظم آموزشی جهت ارتقای آگاهی و تغییر نگرش افراد که مسبب عملکرد خوبی در بیماران می شود ضروری به نظر می رسد و باتوجه به پرمشغله بودن متخصصان این حیطه پیشنهاد بکارگیری روش های نوین می تواند سبب رفع نیازهای آموزشی بیماران گردد.

نتایج مطالعه نشان داد در نگرش از رفتارهای خودمراقبتی نگرش استفاده از عصا، استخر رفتن و کاهش وزن به ترتیب در سطح پایین تر بودند؛ شاید به این دلیل که استفاده از عصا را بعنوان ناتوانی جسمی خود تلقی می کردند و موانع و مشکلاتی برای رفتن به استخر داشتند.



فعالیت‌های عادی روزمره مختل می‌شود و علایم و عوارش بیماری تشدید می‌شود که این امر توجیهی برای انجام رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران است که در گروه سنی ۶۰-۷۰ سال میانگین رفتارهای خودمراقبتی از گروه‌های دیگر بیشتر می‌باشد ولی با نتایج مطالعه شجاعی که بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام داده بود مغایرت دارد (۲۲) و در مطالعه حاضر بین BMI و نگرش ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ولی در رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد بطوری که با افزایش BMI میانگین رفتارها بیشتر می‌باشد که احتمالاً نتایج حاکی از آن باشد که افراد با اضافه وزن بعزت ترس از عوارض شدید بیماری فعالیت‌های خودمراقبتی را بهتر انجام می‌دهند.

با توجه به نتایج این مطالعه همبستگی معنی‌داری بین نگرش با رفتارهای خودمراقبتی مشاهده شد یعنی بهبود نگرش نسبت به رفتارهای خودمراقبتی سبب افزایش عملکرد می‌شود همچنین در یک مطالعه کیفی درباره بررسی موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی، در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مشخص شد که بسیاری از بیماران اصولاً نگرش مثبت نسبت به رفتارهای خودمراقبتی بر روی تسکین علایم بیماری‌شان نشان ندادند که این امر بر روی رفتارهای خودمراقبتی تأثیرگذار بوده و بیماران انگیزه‌ای جهت انجام این رفتارها ندارند (۲۲).

یافته‌های حاصل این پژوهش نشان داد که میزان نگرش و رفتارهای خودمراقبتی بیماران نسبت به بیماری استوآرتريت زانو در حد متوسط می‌باشد و با بهبود سطح نگرش، خودمراقبتی بیماران نیز افزایش می‌یابد؛ با توجه به این که در بین رفتارهای خودمراقبتی

می‌کند که بیماران دارای تحصیلات بیشتر، قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری برای انجام رفتار خودمراقبتی دارند (۲۲).

بین شغل گروه مطالعه با نگرش و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی معنی‌دار مشاهده شد. بطوریکه عملکرد گروه بازنشسته و خانه‌دار نسبت به بقیه بالاتر بود این نتیجه می‌تواند حاکی از آن باشد افراد خانه‌دار بیشتر تحت آموزش‌های غیررسمی از طریق رادیو و تلویزیون و... قرار گرفته و فرصت بیشتری جهت انجام فعالیت‌های خودمراقبتی دارند.

براساس سابقه بیماری همبستگی معنی‌داری بین نگرش و رفتارهای خودمراقبتی مشاهده شد که با مطالعه‌ای که بر روی نگرش با سابقه بیماری قلبی-عروقی در فامیل درجه یک سابقه ابتلا به دیابت و فشارخون معنی‌دار بوده است در مطالعه سبزواری نیز بین نگرش و سابقه فشارخون بالا ارتباط معنی‌دار وجود دارد (۳۰). براساس مدت ابتلا با نگرش نیز همبستگی معنی‌دار دیده شد بطوری که هرچه مدت زمان سالهای ابتلا به بیماری افزون شود، نگرش بیماران نیز به رفتارهای خودمراقبتی بهتر می‌شود که می‌تواند بیانگر افزایش آگاهی از اطرافیان و دوستان یا پزشک مربوطه بوده که سبب افزایش نگرش بیماران شود. با توجه به نتایج همبستگی معنی‌داری بین مدت زمان ابتلا به بیماری با عملکرد مشاهده نشد ولی با این وجود با افزایش مدت زمان ابتلا به بیماری رفتارهای خودمراقبتی در بیماران افزایش دارد، می‌توان نتیجه گرفت که تأثیر رفتارهای خودمراقبتی را بر بیماری خود موثر می‌دانند.

در این پژوهش بین رفتارهای خودمراقبتی با سن ارتباط مستقیم معنی‌داری نشان داد به این دلیل که با افزایش سن بسیاری از



که پرسش‌های طرح شده در راستای یک کار تحقیقاتی می‌باشد سبب شد تا بیماران پاسخ صادقانه‌ای به سوالات بدهند در این پژوهش، ارتباط نمره کلی نگرش و رفتارهای خودمراقبتی با متغیرهای زمینه‌ای سنجیده شد ولی به نظر می‌رسد در پژوهش‌های دیگر، ارتباط هر یک از رفتارها با متغیرها سنجیده شود.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه تحصیلی مقطع کارشناسی ارشد تحت عنوان «بررسی تعیین کننده‌های خودمراقبتی در بیماران استئوآرتریت زانو براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در شهر یزد سال ۹۱» می‌باشد. بدین وسیله از ریاست محترم دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی یزد و مشارکت بیماران در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

نگرش استفاده از عصا، استخر رفتن و کاهش وزن در سطح پایین‌تر بودند، بنابراین توصیه می‌شود در مطالعات آتی با برنامه‌ریزی‌های منظم به نقش مثبت کلیدی آموزش به منظور ارتقای آگاهی و تغییر نگرش افراد که مسبب عملکرد خوبی در بیماران می‌شود تأکید کرد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، مقطعی بودن مطالعه بود که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند برای دستیابی به نتایج کامل‌تر و دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود در سطح وسیع‌تر در داخل کشور انجام شود و با توجه به این که جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه با بیمار بود، بعلاوه این که تعداد زیادی از گروه هدف بی‌سواد بودند ممکن است در درک سوالات دچار مشکل باشند و براساس تحقیقات، روش خودگزارش دهی همیشه روش قابل اعتمادی برای بررسی خودمراقبتی نیست ولی با جلب اعتماد بیماران به این

References

- 1- Habibzade H, Davarpanah M, Khalkhali H. The study of the effect of orem Self care model on self efficacy in hemodialysis patients in urmia medical science hospitals during 2011. J Urmia Nurs Midwifery Faculty 2012; 10(2): 190-9.
- 2-Baghaei P, Zandi M., et al. Diabetes Care at Diabetes Center in Kashan in 1384. J Res Feiz 2008; 12(1): 88-93.
- 3-Rafii F, Soleimani M, Seyedfatemi N. A model of patient participation with chronic disease in nursing care. koomesh J 2011; 12(3): 293-304.
- 4- Goudarzi M, Ebrahimzadeh A, et al., The relationship between knowledge, attitude and self-efficacy in patients with type II diabetes in Karaj. Iran J Diabet Lipid Disorder 2011; 11(3): 269-81.
- 5- Keshtcarran Z, Ghodsbin F, et al. Study of Self-care education on quality of life of osteoarthritis patients in rehabilitation centers, Shiraz University of Sciences. JBUMS J Babol Uni Med Sci 2010; 12(1): 65-70.



- 6- Rana AK, Lundborg CS, Wahlin Å, Ahmed SM, Kabir ZN. The impact of health education in managing self-reported arthritis-related illness among elderly persons in rural Bangladesh. *Health edu res* 2008; 23(1): 94-105.
- 7- Mehdinasab SAH, Haddad poor AA, et al. Prevalence and Evaluation of Risk Factors in Primary Knee Osteoarthritis. *J Med* 2009; 9(2): 135-41.
- 8- Yegane A, Mottaghi A, Moghimi GH. Correlation of quantified MRI, physical exam and knee radiography in patients with knee osteoarthritis. *Tehran Uni Med Sci(TUMS)* 2011; 69(3): 185-90.
- 9- Mehrabian H, Shojaedin SS, Barati AH, Ghasemi M. Effects of aquatic exercise on the pain, symptoms, motor performance and quality of life of elderly women with knee osteoarthritis. *Res Rehabilitation Sci* 2012; 8(2): 337-45.
- 10- Thomas KS, Miller P, Doherty M, Muir KR, Jones AC, O'Reilly SC. Cost effectiveness of a two year home exercise program for the treatment of knee pain. *Arthritis Care Res* 2005; 53(3): 388-94.
- 11- Coleman S, Briffa NK, Carroll G, Inderjeeth C, Cook N, McQuade. A randomised controlled trial of a self-management education program for osteoarthritis of the knee delivered by health care professionals. *Arthritis Res Ther* 2012; 14(1): 21.
- 12- Dahaghin S, Tehrani Banihashemi SA, et al. Risk factors of knee osteoarthritis, WHO-ILAR-COPCORD study. *Tehran Uni Med Sci(TUMS)* 2009; 66(10): 721-8.
- 13- Egloff C, Hugle T, Valderrabano V. Biomechanics and pathomechanisms of osteoarthritis. *Swiss Med Wkly* 2012; 19: 142(0).
- 14- Turk DC, Cohen MJ. Sleep as a marker in the effective management of chronic osteoarthritis pain with opioid analgesics. *Semin arthritis rheumatism* 2010; 39(6): 477-90.
- 15- Bahramian H, Heydarian K. Effects of orthoses in the treatment of pain in patients with osteoarthritis of the knee. *Iranian Journal of Ageing*, 2009. 4(14): p. 59-65.
- 16- Kao MJ, Wu MP, Tsai MW, Chang WW, Wu SF. The effectiveness of a self-management program on quality of life for knee osteoarthritis (OA) patients. *Archiv gerontol geriatric* 2012; 54(2): 317-24.
- 17- Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008; 16(2): 137-62.



- 18- Allen KD, Bosworth HB, Brock DS, Chapman JG, Chatterjee R, Coffman CJ, et al. Patient and provider interventions for managing osteoarthritis in primary care: protocols for two randomized controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012; 13(1): 60.
- 19- Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *Birjand Uni Med Sci* 2007; 15(4): 91-100.
- 20- Mohammad Mohseni M, Farahani B, et al. Study Self-care of Based on Orem's theory in patients with coronary heart disease. *Iran J Critical Care Nurs* 2010; 3(2): 87-91.
- 21- Shahryari M, Jalalvand F, et al. Effect a self-care program on the quality of life in patients with permanent pacemaker. *Iran J Edu Med Sci* 2005; 5(1): 45-52.
- 22- Shojaei F, Assemi S, Najaf Yarandi A, Hosseini F. Self-care behavior in patients with heart failure. *Quarterly Payesh pashoheshkade Health Sci Uni Jahad* 2009; 8(4): 361-9.
- 23- Hamadani Zadeh F, Mahmoud Zadeh F. Effect Orem's self-care performance of headache indicators in Migraine patients. *Kowsar Med J* 2010; 15(3): 155-61.
- 24- Hanna FS, Wluka AE, Bell RJ, Davis SR, Cicuttini FM. Osteoarthritis and the postmenopausal woman: epidemiological, magnetic resonance imaging, and radiological findings. *Semin iarthritis rheum Elsevier* 2004; 34(3):631-6.
- 25- Sudo A1, Miyamoto N, Horikawa K, Urawa M, Yamakawa T, Yamada T, et al. Prevalence and risk factors for knee osteoarthritis in elderly Japanese men and women. *J Orthopaedic Sc* 2008; 13(5): 413-8.
- 26- Zamani B, Ebadi A, Gholam Abbas Moosavi, Noushin Bayat. Assessment of the incidence of osteoarthritis and its risk factors in patients with Knee join pain referring to out patient Departments of Kashan. *Feyz J Kashan Uni Med Sci* 2006; 10(3): 36-9.
- 27- Griffin TM, Guilak F. Why is obesity associated with osteoarthritis? Insights from mouse models of obesity. *Biorheol J* 2008; 45(3-4): 387-98.
- 28- Lementowski PW, Zelicof SB, Obesity and osteoarthritis. *Am J Orthop*, 2008. 37(3): p. 148-151.
- 29- Yashimura N. Risk factors for knee osteoarthritis in Japanese women heavy weight, previous Joint injuries, and occupational activities—departments of public health, wakayama medical university school of medicine. *J rheumatol* 2004; 31(1): 157-62.



30- Mazloomi mahmodabadi SS, Shahbazi H, et al. The Study of Knowledge, Attitude and Practice of Yazd Restaurant Chefs in Preventing Cardiovascular Diseases Risk Factors in 2010. J Shaeed Sdoughi Uni Med Sci Yazd 2011; 10(1): 14-27.



Attitudes and Self-Care Behaviors of Patients with Knee Osteoarthritis Referred to Rheumatology Clinical Centers in Yazd

Morowatisharifabad MA (Ph.D)¹, Gerayllo S (M.Sc)², Dehghan A (MD)³, Fallahzade H (Ph.D)⁴, Karimian kakolaki Z (M.Sc)⁵

1. Prof, Department of Disease Control, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Corresponding Author: MS.c Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
3. Associate Professor, Department of Rheumatology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
4. Department of Biostatistics, Research Center of Prevention and Epidemiology of non-Communicable disease, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
5. MS.c Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: Knee Osteoarthritis is the most common age-related causes of knee pain which can induce disability, disablement and reduced quality of life. Therefore, the present study aimed to determine attitudes and self-care behaviors of knee osteoarthritis patients referred to three Rheumatology Clinical Centers in Yazd.

Methods: This descriptive-analytical study was carried out on 235 patients referred to Health Care Centers of Yazd who were selected randomly. In order to glean the study data, a researcher-designed questionnaire was utilized probing into demographic variables as well as patients' attitudes and self-care behaviors. The reliability and validity of the questionnaire were approved, as well. The study data were analyzed applying SPSS software (ver. 18) via T-Test, ANOVA, Pearson correlation coefficient at 0.05 of the significant level.

Results: The participants' mean age and Mean BMI were reported 54.90 ± 9.15 and 28.8 ± 4.61 , respectively. Mean score of patients' attitude toward self-care was 47.4 ± 3.95 out of 55 and the mean score of their self-care behaviors was 43.11 ± 5.75 out of 60, which the both scores were at a moderate level. Furthermore, a positive significant correlation was detected between attitude and self-care behaviors ($p=0.01$). Within different self-care behaviors, participants' attitude towards the positive effect of using crutches while walking was at the lowest level. Meanwhile, according to the patients' attitude, using crutches was demonstrated to have the least performance within the self-care behaviors.

Conclusion: Based on the findings of the present study, the attitude level can cause an increase in the patients' self-care behaviors. Moreover, since the participants' attitude towards such behaviors as using crutches, using pool and weight loss were at a low level, interventional programs are recommended to emphasize the mentioned issues.

Keywords: Attitude; Knee osteoarthritis; Performance; Self-care behaviors