



بررسی عوامل مرتبط با خود مراقبتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) شهر

یزد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

نویسندگان: محمدعلی مروتی شریف آباد^۱، زینت مومنی^۲، محمدحسن اسلامی^۳، عباسعلی دهقانی^۴

علی حکیم زاده اردکانی^۵

۱. استاد، مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، گروه خدمات بهداشتی 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: ۰۹۱۳۹۷۱۵۱۵۵ Email:zinat.momeni@yahoo.com

۳. استادیار گروه مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۴. استادیار، خدمات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۵. دانشجوی کارشناس ارشد مشاوره گروه راهنمایی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی یزد

چکیده

مقدمه: خودمراقبتی یکی از جنبه‌های مهم درمان در بیماران مولتیپل اسکلروزیس است. نظر به لزوم توجه به نیازها، حقایق و تعیین‌کننده‌های یک رفتار و جهت به حداکثر رساندن تاثیر برنامه‌های آموزشی، مطالعه حاضر با هدف تعیین خودمراقبتی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و عوامل مرتبط با آنها، بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. ۱۲۰ بیمار به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین بیماران عضو انجمن MS شهر یزد وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای بود که عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماری MS مشتمل بر درک بیماران از علایم و سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی را همراه با رفتارهای خودمراقبتی ارزیابی می‌نمود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی پیرسون، آنالیز رگرسیون چندگانه، t مستقل، همبستگی اسپیرمن و آنالیز واریانس یک طرفه در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: آزمودنی‌ها به طور متوسط ۵۱/۴۷٪ از رفتارهای خودمراقبتی را انجام می‌دادند و در میان حوزه‌های مختلف رفتارهای خودمراقبتی، استفاده از وزنه‌های کوچک برای کاهش ناهماهنگی حرکتی و لرزش دست‌ها و پاها، اختصاص زمان منظمی برای دفع ادرار و انجام ورزش‌های مناسب دارای کمترین فراوانی بود قدرت پیش‌بینی‌کنندگی شدت درک‌شده و راهنما برای عمل در پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی معنی‌دار بود که در این میان شدت درک‌شده پیشگویی‌کننده قوی‌تر بود. در ضمن کل سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ۹/۸٪ تغییرات رفتارهای خودمراقبتی را پیش‌بینی می‌کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه مهمترین عوامل مرتبط با خودمراقبتی شدت درک‌شده و راهنما برای عمل مشخص گردید. بنابراین لازم است در برنامه‌های مداخله‌ای بر موارد فوق تاکید بیشتری شود. از سوی دیگر با توجه به قدرت پیش‌بینی‌کنندگی پایین مدل اعتقاد بهداشتی پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از مدل‌های دیگر استفاده شود

واژه‌های کلیدی: مولتیپل اسکلروزیس، رفتارهای خودمراقبتی، مدل اعتقاد بهداشتی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال پانزدهم

شماره: دوم

خرداد و تیر ۱۳۹۵

شماره مسلسل: ۵۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۳/۶/۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۷/۵



مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS: Multiple Sclerosis) یک بیماری مزمن، پیشرونده و تخریب‌کننده میلین سیستم عصبی مرکزی می‌باشد که عملکرد حسی و حرکتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱). علت آن به درستی شناخته نشده است ولی مطالعات نشان داده اند که فاکتورهای محیطی، ایمونولوژیک و ژنتیک نقش مهمی در بروز MS دارند (۲). شایع‌ترین سن ابتلا به مولتیپل اسکلروزیس ۲۰ تا ۴۰ سال می‌باشد و زنان را بیشتر از مردان گرفتار می‌سازد (۳-۵) و از لحاظ جغرافیایی در نواحی که از خط استوا دورتر هستند، بیشتر دیده می‌شود (۶-۸). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸) به طور میانگین شیوع بیماری MS در جهان ۳۰ در ۱۰۰ هزار نفر (از ۵ تا ۸۰ در صد هزار نفر) تخمین زده شده است (۷). در ایران نیز شیوع این بیماری در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد (۹، ۱۰).

این بیماری اغلب در مرحله مولد زندگی افراد رخ می‌دهد و استقلال و توانایی فرد را برای شرکت موثر در خانواده و جامعه تهدید می‌کند و آنها را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد (۱۱-۱۳). MS یک بیماری مزمن بوده و بهبودی کامل ندارد، لذا برای تسکین نشانه‌های بیماری و تامین حمایت مداوم، یک برنامه درمانی انفرادی، سازماندهی شده و مستعد با هدف به تاخیر انداختن پیشرفت بیماری و توانمندسازی افراد برای ارتقاء خودمراقبتی و غلبه بر مشکلات لازم است (۱۴). مراقبت از خود توسط اورم به عنوان فعالیت‌هایی که افراد به طور شخصی به منظور حفظ، بازگرداندن یا ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند، تعریف شده

است و زمانی به دست می‌آید که عامل مراقبت از خود، نیازهای خودمراقبتی را به حد کافی برطرف کرده باشد (۱۵، ۱۶). خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری MS شامل برنامه‌هایی همانند تمرینات آرام‌سازی و هماهنگی می‌باشد که در آن فرد بیمار با تکنیک‌های لازم جهت ارتقاء سلامت خود آشنا شده و سعی در بکارگیری آنها دارد، این برنامه‌ها سبب تقویت عضلات، بهبود راه رفتن، ارتقاء فعالیت‌های روزمره، کاهش خستگی، تنظیم و تعادل بین فعالیت‌ها و استراحت، پیشگیری از سقوط، تقویت عملکرد حسی، حرکتی و ذهنی، رفع اختلال ادرار و مدفوع، کاهش اختلالات روحی روانی و نهایتاً ارتقاء کیفیت زندگی فرد بیمار می‌شود (۱۷).

برنامه‌ریزی آموزشی برای افزایش آگاهی و مداخلات آموزشی باید منطبق بر حقایق و نیازهای زندگی بیماران و متناسب با ویژگی‌های گروه‌های مختلف اجتماعی انجام شود. لذا ضروری به نظر می‌رسد تا تعیین‌کننده‌های مشکل مرتبط با سلامتی را بررسی نماییم. رویکردها و نظریه‌های متعددی برای بررسی این پدیده در نظر گرفته شده‌اند که یکی از این رویکردها، الگوی اعتقاد بهداشتی است. این الگو، یکی از الگوهای اجتماعی- روان شناختی است که جهت درک رفتار بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۸). لذا با توجه به اینکه اکثر مطالعات انجام شده به بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی بر متغیرهای متعدد پرداخته و کمتر تعیین‌کننده‌های رفتار خودمراقبتی را بررسی نموده‌اند و همچنین بر اساس توجه به نیازها، حقایق و تعیین‌کننده‌های یک رفتار جهت به حداکثر رساندن تاثیر برنامه، مطالعه حاضر با هدف تعیین خودمراقبتی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شهر یزد و عوامل مرتبط با این رفتار مبتنی بر الگوی اعتقاد



بهداشتی را ارزیابی می نمود. روایی محتوا و صوری پرسشنامه با استفاده از پانل خبرگان تایید گردید و برای تعیین پایایی درونی آن، ۱۲ نفر تحت مطالعه مقدماتی قرار گرفتند. در مطالعه مقدماتی، میزان ضریب آلفای کرونباخ برای سوالات رفتارهای خودمراقبتی، موانع درک شده، منافع درک شده، حساسیت درک شده و شدت درک شده به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹/۸۶، ۰/۷۶، ۰/۷۵ و ۰/۷۵ محاسبه گردید. قابل ذکر است که نحوه پاسخگویی به سوالات به روش مصاحبه و تکمیل پرسشنامه توسط یکی از محققین بود و در صورتی که افراد در مورد سوالات، پرسشی داشتند به پرسش آنها به دقت پاسخ داده می شد. مدت زمان لازم برای تکمیل هر پرسشنامه به طور میانگین ۴۵ دقیقه بود و به شرکت کنندگان نیز اطمینان داده شد که اطلاعات مربوط به آنها به صورت محرمانه حفظ خواهد گردید. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها کدبندی و وارد نرم افزار گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و با کمک آزمون‌های همبستگی پیرسون، همبستگی اسپیرمن، آنالیز رگرسیون چند گانه، t مستقل، و آنالیز واریانس یک طرفه صورت پذیرفت.

یافته‌ها

در مطالعه انجام شده ۱۲۰ بیمار مبتلا به MS مورد بررسی قرار گرفتند که اطلاعات دموگرافیک آنها در جدول ۱ ارائه شده است. میانگین سنی افراد مورد مطالعه 35.2 ± 8.5 سال و مدت بیماری از ۲ ماه تا ۲۲ سال با میانگین 6.3 ± 5.6 سال بود. بیشترین فراوانی در زمینه تحصیلات مربوط به مقطع دیپلم (۳۵/۸٪) بود. در خصوص تاثیر بیماری بر روند تحصیل بیماران، ۸۸/۳ درصد اذعان داشتند که بیماری تاثیری بر سطح تحصیلات آنها نداشته

بهداشتی صورت گرفت تا نتایج آن جهت انجام مداخلات آموزشی، ارتقاء رفتارهای سلامتی و سیاست‌گذاری‌های لازم در اختیار ذی‌ربطان قرار گیرد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با فرض اینکه حداقل ضریب همبستگی بین نمره رفتار خودمراقبتی با نمره هر یک از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی ۰/۲۵ باشد ۱۲۰ نفر برآورد گردید که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین بیماران عضو انجمن MS شهر یزد انتخاب شدند. شرایط پذیرش نمونه در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

۱. سن بین ۱۵ تا ۵۰ سال
 ۲. تشخیص و تایید بیماری MS توسط متخصص مغز و اعصاب
 ۳. رضایت فرد جهت شرکت در مطالعه و در خصوص نوجوانان رضایت خانواده جهت شرکت در مطالعه
- ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش بود. بخش اول مربوط به مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، وضعیت مسکن، مدت ابتلا به بیماری MS، میزان درآمد خانواده و استفاده از درمان‌های توانبخشی) و درک بیمار از علائم بیماری، که قسمت درک بیمار از علائم بیماری از پرسشنامه تعدیل شده درک از بیماری موس موریس و همکاران (۱۹) که برای اولین بار توسط جدید میلانی و همکاران (۲۰) به فارسی ترجمه شده بود مورد استفاده قرار گرفت. بخش دوم شامل ۲۲ سوال در مورد رفتارهای خودمراقبتی و بخش سوم سازه‌های مدل اعتقاد



است. ۷۶/۷ درصد بیماران متأهل و ۵۷/۵ درصد قبل از شروع بیماری ازدواج کرده بودند. اکثر بیماران (۶۰٪) خانه‌دار بودند و ۱۲/۵ درصد بیماران سابقه خانوادگی بیماری MS داشتند. محدوده نمره رفتار خودمراقبتی در بیماران مورد بررسی بین ۱۲ تا ۷۴ با میانگین ۴۵/۳±۱۰/۸، محدوده نمره موانع درک شده بین صفر تا ۵۱ با میانگین ۱۵/۲±۸/۱، محدوده نمره منافع درک شده بین ۳۳ تا ۱۰۰ با میانگین ۸۶/۸±۱۴/۵، محدوده نمره حساسیت درک شده بین ۴۶ تا ۱۰۰ با میانگین ۷۹/۶±۱۲/۹، محدوده نمره شدت درک شده بین ۳۷ تا ۱۰۰ با میانگین ۸۰/۲±۱۳/۸، محدوده نمره راهنما برای عمل بین ۱ تا ۸ با میانگین ۴/۴۶±۱/۴۷ و محدوده نمره درک بیماران از علائم بیماری بین ۵ تا ۸۹ با میانگین ۴۲/۸±۲۰/۳ محاسبه گردید. اکثر بیماران در قسمت راهنما برای عمل پرسشنامه نمره بالایی را به خود اختصاص دادند و غالباً از پزشک یا پرسنل بهداشتی درمانی مطالبی را در خصوص مراقبت از خود در بیماری MS دریافت کرده بودند.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک (جمعیت‌شناختی) بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مورد مطالعه

متغیر	گروه	فراوانی	درصد	
جنسیت	مرد	۲۲	۱۸/۳	
	زن	۹۸	۸۱/۷	
تحصیلات	بی سواد	۱	۰/۸	
	ابتدایی	۱۵	۱۲/۵	
	راهنمایی	۱۶	۱۳/۳	
	دیپلم	۴۳	۳۵/۸	
	لیسانس	۳۹	۳۲/۵	
وضعیت تاهل	بالتر از لیسانس	۶	۵	
	مجرد	۲۲	۱۸/۳	
	متاهل	۹۲	۷۶/۷	
	متارکه	۳	۲/۵	
	فوت همسر	۳	۲/۵	
	شغل	کارمند	۹	۷/۵
		خانه دار	۷۲	۶۰
		دانشجو/ محصل	۹	۷/۵
		آزاد	۶	۵
		بازنشسته	۹	۷/۵
وضعیت مسکن	بیکار	۶	۵	
	سایر	۹	۷/۵	
	مستاجر	۳۵	۲۹/۲	
	مالک	۸۵	۷۰/۸	
میزان درآمد	زیر ۵۰۰ هزار تومان	۱۹	۱۵/۸	
	بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان	۷۲	۶۰/۸	
سابقه خانوادگی بیماری MS در اعضای خانواده	بالای یک میلیون تومان	۲۸	۲۳/۳	
	پدر	۰	۰	
	مادر	۲	۱/۷	
	خواهر	۳	۲/۵	
	برادر	۱	۰/۸	
	هیچکدام از اعضای خانواده	۱۰۵	۸۷/۵	
سایر	۹	۷/۵		



بیشترین رفتارهای خودمراقبتی گزارش شده مربوط به مصرف داروها مطابق دستور پزشک و به همان مقدار تجویز شده، تهیه به موقع داروها و حفظ ارتباطات شخصی با دیگران و کمترین رفتارهای خود مراقبتی نیز مربوط به استفاده از وزنه‌های کوچک برای کاهش ناهماهنگی حرکتی و لرزش دست‌ها و پاها، اختصاص زمان منظمی برای دفع ادرار و انجام ورزش‌های مناسب بود (جدول ۲).

در جدول ۳ موانع درک شده مربوط به هر رفتار جداگانه مشخص شده است. لازم به ذکر است در جدول موانع قسمت‌هایی که خط تیره گذاشته شده است نشان‌دهنده عدم ارتباط آن مانع با رفتار خودمراقبتی مربوطه می‌باشد که در حین مصاحبه از بیمار در این خصوص سوال نشده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره هر یک از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مورد بررسی

ردیف	رفتارهای خودمراقبتی	انحراف معیار \pm میانگین
۱	داروهایم را مطابق دستور پزشک، به مقدار تجویز شده استفاده می‌کنم.	۳/۴۲ \pm ۱/۰
۲	مراقب هستم داروهایم را به موقع تهیه کنم تا بدون دارو نباشم.	۳/۱۸ \pm ۱/۲۶
۳	برای کنار آمدن بهتر با بیماری، ارتباطات شخصی‌ام را با دیگران حفظ می‌کنم.	۲/۷۸ \pm ۱/۱۸
۴	محیط زندگی خود را خنک نگه می‌دارم.	۲/۵۵ \pm ۱/۱۹
۵	از رژیم غذایی حاوی فیبر فراوان نظیر میوه و سبزیجات زیاد استفاده می‌کنم.	۲/۳۳ \pm ۱/۰۵
۶	از غذاهایی با چربی بالا مثل گوشت قرمز یا مواد لبنی پرچرب به میزان کم استفاده می‌کنم.	۲/۲۷ \pm ۱/۱۰
۷	برای پیشگیری از سقوط از کفش‌های مناسب استفاده می‌کنم.	۲/۱۸ \pm ۱/۳۳
۸	در جلسات گروهی انجمن MS شرکت می‌کنم.	۲/۰۵ \pm ۱/۴۹
۹	از حمام گرفتن‌های طولانی با آب داغ خودداری می‌کنم.	۲/۰۵ \pm ۱/۴۲
۱۰	برای تامین کمبود ویتامین D، در طول روز مدتی زیر نور مستقیم خورشید قرار می‌گیرم.	۱/۸۴ \pm ۱/۲۸
۱۱	برای اینکه زیاد خسته نشوم کارهایم را در طول روز تقسیم می‌کنم.	۱/۸۲ \pm ۱/۳۵
۱۲	از معاشرت با افرادی که بیماری عفونی دارند، خودداری می‌کنم.	۱/۷۵ \pm ۱/۴۴
۱۳	برای جلوگیری از عفونت ادراری، مایعات فراوان به اضافه ویتامین C استفاده می‌کنم.	۱/۷۳ \pm ۱/۱۱
۱۴	اگر احساس خستگی مفرط (بیش از ۶ هفته) داشته باشم، با پزشک خود تماس می‌گیرم.	۱/۵۸ \pm ۱/۶۳
۱۵	برای کاهش استرس از تکنیک فکر کردن به مسائل مثبت استفاده می‌کنم.	۱/۵۵ \pm ۱/۲۸
۱۶	مطالب مهم را ثبت و ضبط می‌کنم تا مشکل حافظه من را به دردمر نیندازد.	۱/۵۵ \pm ۱/۴۴
۱۷	برای کاهش استرس از تکنیک پیاده روی در مکان آرام و تنفس عمیق استفاده می‌کنم.	۱/۴۶ \pm ۱/۲۶
۱۸	در جلسات ورزشی ویژه (مثل شنا، پیاده روی، دوچرخه سواری) شرکت می‌کنم.	۱/۳۳ \pm ۱/۳۱
۱۹	از وسایل کمکی نظیر نرده‌های اطراف تخت یا دستگیره‌های موجود در حمام استفاده می‌کنم.	۱/۰۱ \pm ۱/۳۷
۲۰	هفته‌ای دو بار استخر می‌روم.	۰/۷۵ \pm ۱/۰۵
۲۱	زمان منظمی را برای دفع ادرار در نظر می‌گیرم	۰/۳۳ \pm ۰/۶۹
۲۲	ناماهنگی حرکتی و لرزش دست‌ها خود را با بستن وزنه‌های کوچک به انتهای آنها کاهش می‌دهم.	۰/۳۰ \pm ۰/۷۱



ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که تحصیلات با نمره شدت درک شده رابطه معکوس داشت ولی با بقیه متغیرها رابطه معنی داری نداشت. آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره حساسیت درک شده در جنس مرد به طور معنی داری از جنس زن ($p=0/02$) بیشتر و میانگین نمره درک از علائم بیماری در خانمها به طور معنی داری بیشتر از آقایان ($p=0/04$) بود. اما میانگین نمره بقیه متغیرها (رفتار خودمراقبتی، موانع درک شده، منافع درک شده و شدت درک شده) بین خانمها و آقایان تفاوت معنی داری نداشته است. آزمون t مستقل همچنین نشان داد که میانگین نمره منافع درک شده ($p=0/04$) و میانگین نمره شدت درک شده ($p=0/02$) در افراد متأهل به طور معنی داری بیشتر از افراد مجرد بوده است.

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره رفتار خود مراقبتی با نمره حساسیت درک شده رابطه مستقیم ($r=0/183, p=0/04$) و با نمره موانع درک شده رابطه معکوس ($r=-0/149, p=0/049$) و با منافع و شدت درک شده و راهنما برای عمل رابطه معنی دار وجود ندارد (جدول ۴).

آزمون آنالیز رگرسیون نشان داد که قدرت پیش بینی کنندگی شدت درک شده و راهنما برای عمل در پیش بینی رفتارهای خودمراقبتی معنی دار است. همچنین قدرت پیش بینی کنندگی شدت درک شده قوی تر از راهنما برای عمل می باشد. در ضمن کل سازه های مدل اعتقاد بهداشتی تنها ۹/۸ درصد تغییرات رفتارهای خود مراقبتی را پیش بینی می کنند (جدول ۵).

جدول ۳: توزیع میانگین نمره موانع درک شده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مورد بررسی

میانگین نمره موانع										
رفتارهای خودمراقبتی	کمبود وقت	بی پولی	خستگی	مشکلات جسمی	تفریحات و مهمانی ها	فقدان حمایت خانواده	بی میلی غذایی	عادات غذایی	احساس بی فایده بودن این کار	فقدان آگاهی
استفاده از رژیم حاوی فیبر فراوان	۰/۴۰	۰/۴۱	۰/۷۶۶	-	-	۰/۳۳	۰/۵۵۸	۰/۵۰	۰/۲۰	۰/۲۸
پرهیز از مصرف غذاهایی با چربی بالا	-	-	-	-	۰/۷۷	۰/۳۰	۰/۶۱	۰/۴۸	۰/۳۰	۰/۴۳
شرکت در جلسات ورزشی (شنا، پیاده روی،)	۰/۷۷	۰/۴۴	۱/۱۰	۰/۹۵	۰/۶۷	۰/۳۱	۰/۵۱	-	۰/۲۳	۰/۲۳
اجتناب از حمام گرفتن طولانی با آب داغ	-	-	-	۰/۵۵	-	-	۰/۵۴	-	۰/۱۸	۰/۲۶
استفاده از نرده اطراف تخت / دستگیره در حمام	-	۰/۱۵	-	۰/۲۱	-	-	۰/۲۵	-	۰/۳۰	۰/۲۵
توجه به تهویه مناسب محیط زندگی	-	۰/۳۱	-	-	-	۰/۲۳	۰/۲۳	-	۰/۱۵	۰/۱۹
اختصاص زمان منظمی برای دفع ادرار	۰/۰۶	-	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۲۰	-	۰/۰۶	-	۰/۳۰	۰/۵۰
پرهیز از معاشرت با افراد دارای بیماری عفونی، شرکت در جلسات گروهی، انجمن MS	-	-	-	-	۰/۴۳	-	-	-	۰/۲۶	۰/۴۸
استفاده از تکنیک های کنترل استرس	۰/۲۸	-	۰/۳۷	۰/۲۶	۰/۲۵	۰/۱۴	۰/۲۳	-	۰/۳۳	۰/۳۳
مصرف دارو مطابق دستور پزشک و سر وقت تهیه به موقع دارو	۰/۱۱	۰/۲۱	۰/۲۰	۰/۰۸	۰/۱۰	۰/۱۱	۰/۰۹	-	۰/۱۴	۰/۰۲
	۰/۰۵	۰/۱۹	۰/۱۰	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۱۳	۰/۰۶	-	۰/۱۱	۰



جدول ۴: ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره رفتار خودمراقبتی با نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بیماران مورد بررسی

نمره رفتار خود مراقبتی		سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی
p	r	
۰/۰۴	-۰/۱۴۹	نمره موانع درک شده
۰/۶۲	۰/۰۴۶	نمره منافع درک شده
۰/۰۴	۰/۱۸۳	نمره حساسیت درک شده
۰/۴۳	-۰/۰۷	نمره شدت درک شده
۰/۰۵	۰/۱۷۶	نمره راهنما برای عمل

جدول ۵: آنالیز رگرسیون پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی بیماری MS توسط سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بیماران مورد بررسی

R ²	p	t	β استاندارد شده	سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی
	۰/۱۸۴	-۱/۳۳	-۰/۱۲۲	نمره موانع درک شده
	۰/۶۶۲	-۰/۴۳۸	-۰/۰۴۷	نمره منافع درک شده
۰/۰۹۸	۰/۰۲۸	۲/۲۲۱	۰/۲۳۳	نمره حساسیت درک شده
	۰/۴۴۳	-۰/۷۷۰	-۰/۰۷۳	نمره شدت درک شده
	۰/۰۳۵	۲/۱۳۲	۰/۱۹۱	نمره راهنما برای عمل

بحث و نتیجه‌گیری

نیز مصرف داروها مطابق توصیه پزشک را بیشتر اوقات بیماران رعایت می‌کردند (۲۱). همچنین Ni و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که ۷۴٪ بیماران داروهای خود را به موقع و طبق تجویز پزشک مصرف می‌کردند (۲۲). در توجیه این مطلب می‌توان گفت که تغییر رفتارهایی مانند فعالیت بدنی و تغذیه به مراتب دشوار می‌باشد؛ چرا که این رفتارها تحت تاثیر فرایندهای پیچیده‌ای مانند شرایط بیمار، علایق فردی، فرهنگ و رسوم قرار می‌گیرند (۲۳). در حالی که بیماران برای مصرف دارو کمتر تحت تاثیر فرایندهای مورد نظر قرار می‌گیرند. یکی دیگر از دلایلی که می‌توان برای عملکرد قابل قبول بیماران در بعد مصرف داروهای تجویز شده ذکر کرد، اعتقاد بیماران به شیوه کنترل بیماری می‌باشد. اغلب مردم اعتقاد دارند، وقتی بیمار می‌شوند باید برای درمان بیماری دارو مصرف کنند در حالی که نسبت به ایجاد برخی تغییرات در سبک زندگی برای غلبه بر بیماری اعتقاد ضعیفی دارند (۲۴).

در مطالعه حاضر مشاهده شد که آزمودنی‌ها رفتار خودمراقبتی را در حد متوسط انجام می‌دهند و میانگین نمره خودمراقبتی در محدوده قابل اکتساب ۰-۸۸، ۴۵/۳ بود؛ یعنی آزمودنی‌ها به طور متوسط ۵۱/۴۷٪ از رفتارهای خودمراقبتی را انجام می‌دادند. در میان حوزه‌های مختلف رفتارهای خودمراقبتی، مصرف داروها مطابق دستور پزشک و به همان مقدار تجویز شده، تهیه به موقع داروها، حفظ ارتباطات شخصی با دیگران و کنترل دمای محیط دارای فراوانی بیشتری بود. در حالی که در مورد استفاده از وزنه‌های کوچک یا وسایل سنگین برای کاهش ناهماهنگی حرکتی و لرزش دست‌ها و پاها، اختصاص زمان منظمی برای دفع ادرار و انجام ورزش‌های مناسب (شنا، پیاده‌روی، دوچرخه سواری و ...) برعکس بود؛ بنابراین لازم است در این زمینه آموزش‌های بیشتری داده شود. در مطالعه Artinian با عنوان "بررسی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی"



فقدان آگاهی و بی میلی مطرح شده است؛ با توجه به موانع اصلی مطرح شده در خصوص رفتارهای خودمراقبتی که کمترین فراوانی را در بیماران مورد مطالعه داشته اند می توان گفت که فقدان آگاهی و نگرش منفی نسبت به رفتارهای خودمراقبتی از دلایل اصلی عدم انجام رفتار مورد نظر می باشد؛ بنابراین می توان نتیجه گیری نمود که در صورت ارتقای آگاهی و نگرش بیماران وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی نیز در این بیماران بهبود خواهد یافت و به دنبال آن وضعیت سلامت و کیفیت زندگی آنها نیز ارتقاء خواهد یافت: کارشناسان سلامت باید در برنامه های آموزشی خود که برای بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس طراحی می کنند، تاکید بیشتری بر اهمیت و افزایش آگاهی بیماران در خصوص نحوه انجام رفتارهای خود مراقبتی داشته باشند.

طبق نتایج مطالعه حاضر با کاهش موانع درک شده، انجام رفتارهای خودمراقبتی افزایش می یابد که این یافته می تواند در انجام برنامه خودمراقبتی و کنترل بیماری MS بسیار موثر باشد. در مطالعه Brownlee و همکاران در خصوص بیماری دیابت نیز این یافته مشاهده گردید (۲۶). از طرفی این نکته بسیار منطقی است که با کاهش موانع انجام یک رفتار، میزان به کارگیری رفتار افزایش یابد.

با توجه به قدرت پیش بینی کنندگی پایین سازه های مدل اعتقاد بهداشتی در پیش بینی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به MS پیشنهاد می شود که از سایر مدل ها استفاده گردد و یا در صورت استفاده از این مدل بر شدت درک شده و راهنما برای عمل به منظور پیش بینی و تغییر رفتار در بیماران تاکید بیشتری شود.

موانع درک شده برای انجام رفتارهای خودمراقبتی در جمعیت مورد مطالعه با میانگین نمره $15/2 \pm 8/1$ در محدوده ۰ تا ۵۱ مشاهده گردید که میزان آن نسبتاً پایین می باشد. این بدان معنی است که موانع چندانی برای انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماری MS وجود ندارد. به علاوه ذکر این نکته ضروری است که افراد مبتلا به MS مورد مطالعه ممکن است به طور واقعی موانعی در جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی داشته باشند ولی معتقدند که آن موانع در آن حد نیستند که بتوانند در انجام رفتارهای خودمراقبتی خللی ایجاد کنند. یکی از نقاط قوت این مطالعه، تفکیک نمرات موانع درک شده در هر کدام از رفتارهای خودمراقبتی می باشد؛ در خصوص رفتار خودمراقبتی شرکت در جلسات ورزشی (شنا، پیاده روی و ..) موانع مطرح شده توسط بیماران به ترتیب عبارتند از: خستگی، مشکلات جسمی، کمبود وقت که موارد مطرح شده با نتایج حاصل از مطالعه Asano و همکاران با عنوان "ترجیحات و موانع ورزش در بین زنان و مردان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس" کاملاً یکسان می باشد (۲۵).

همچنین سه مانع اصلی در خصوص عدم استفاده از تکنیک های کنترل استرس (پیاده روی در مکان آرام، تنفس عمیق و فکر کردن به مسائل مثبت) در بیماران مورد بررسی به ترتیب خستگی، احساس بی فایده بودن این کار و فقدان آگاهی مطرح گردید. همچنین در خصوص عدم اختصاص زمان منظمی برای دفع ادرار موانع اصلی عبارتند از فقدان آگاهی و احساس بی فایده بودن این کار و در مورد رفتار خود مراقبتی استفاده از وسایل کمکی نظیر نرده های اطراف تخت یا دستگیره های موجود در حمام موانع اصلی احساس بی فایده بودن این کار،



قرار دارند و از طرفی مانع اصلی در رفتارهای خودمراقبتی که از فراوانی کمتری بین بیماران برخوردار بودند آگاهی بود، باید دست اندرکارانی که بر امور برنامه‌ریزی، اجرا و پیگیری برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی MS فعال هستند از قبیل انجمن‌های MS و نیز پرستاران که نقش بسیار مهمی در ارتقای خودمراقبتی این بیماران ایفا می‌کنند، تلاش‌های خود را بیشتر به سمت برنامه‌های آموزش خود مراقبتی هدفمند، تکرار منظم برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی و پیگیری منظم بیماران از نظر رعایت منظم خودمراقبتی متمرکز کنند. همچنین به جنبه‌های از خود مراقبتی از قبیل اختصاص زمان منظمی را برای دفع ادرار، ورزش و فعالیت فیزیکی مناسب، استفاده از وسایل کمکی نظیر نرده‌های اطراف تخت یا دستگیره‌های موجود در حمام برای تغییر حالت و کاهش خطر افتادن و استفاده از تکنیک‌های کاهش استرس که در این پژوهش مشخص شد که بیماران کمتر به آنها توجه دارند بیشتر پردازند.

همچنین به مسئولین پرستاری و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد می‌گردد که تمامی اثرات بیماری را مدنظر قرار داده و هنگام تخصیص بودجه، تصمیمات مقتضی را در جهت ایجاد و تقویت انجمن‌های آموزشی و حمایتی به عمل آورده و آنها را در امر کمک‌رسانی بویژه اقدامات خودمراقبتی تشویق نمایند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست و پرسنل محترم انجمن MS شهر یزد به ویژه سرکار خانم عاطفی که نهایت مساعدت و همکاری را با ما نمودند و همچنین از بیماران عزیزی که با صبر و حوصله در این تحقیق وارد شدند تشکر و قدردانی می‌شود.

در این پژوهش بین مردان و زنان از نظر رفتارهای خودمراقبتی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت؛ اما مردان از حساسیت بالاتری نسبت به زنان برخوردار بودند. اصولاً مردان، چون باید در سطح جامعه فعالیت نمایند و هرگونه عوارض بیماری مانعی است برای فعالیت روزانه و اجتماعی آنها، بنابراین در ابتلا به عوارض این بیماری حساسیت بیشتری از خود نشان می‌دهند. حساسیت درک شده شرکت‌کنندگان در خصوص پیامدهای منفی مرتبط با سلامت، بیشتر بر روی کنترل استرس ناشی از رویدادهای زندگی و مصرف غذاهایی با چربی بالا تمرکز داشت. در مطالعه Maria & Susan در سال ۲۰۱۲ نیز حساسیت درک‌شده شرکت‌کنندگان در خصوص پیامدهای منفی مرتبط با سلامتی بیشتر بر روی شرایط و عملکرد جسمانی خود بیمار نسبت به شرایط عمومی تمرکز داشت (۲۷).

یکی از محدودیت‌های اصلی این مطالعه مربوط به جمعیت مورد بررسی بود، شرکت‌کنندگان در این مطالعه از بین بیماران تحت پوشش انجمن MS انتخاب شدند، بنابراین سوگیری داوطلب (Volunteer bias) ممکن است وجود داشته باشد.

از طرف دیگر در این مطالعه اطلاعات بدست آمده با استناد به بیان بیمار جمع‌آوری شده است و امکان مشاهده رفتار برای محقق وجود نداشته است بنابراین ممکن است بررسی عینی‌تر و پیگیری مدت دار، نتایج متفاوتی را بدست دهد. در ضمن عبارت‌های پرسش‌نامه پژوهش زیاد بود و تکمیل آن برای بیمار مبتلا به MS با توجه به شرایط خاص این بیماری خسته‌کننده بود.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر نشان داد که اکثر بیماران مبتلا به MS از نظر انجام رفتارهای خودمراقبتی در وضعیت متوسطی



References

- 1- Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. *Pejouhesh* 2008; 32(1): 45-53. [Persian].
- 2- Madainaval. Relationship with depression, fatigue and disability in patients with multiple sclerosis [M.Sc thesis], Mashhad University of Medical Sciences; 2005. [Persian].
- 3- Alonso A, Herbasin MA. Temporal trends in the incidence of multiple sclerosis: a systematic review. *Neurol* 2008; 71(2): 129-35.
- 4- Murray TJ. Multiple sclerosis: The History of a Disease. New York: Demos Health; 2005; 134, 197-202.
- 5- Mandysova P. Knowing the course of multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 1998; 28(10): 12-6.
- 6- Multiple Sclerosis International Federation, What is MS? Available from :<http://www.msif.org/about-ms/what-is-ms-1.aspx> . Up to date Nov-26-2013.
- 7- Atlas multiple sclerosis resources in the world 2008. Available from: http://www.who.int/mental_health/neurology/Atlas_MS_WEB.pdf. Access 2013.
- 8- Brenda B, Amit B, Douglas L, Sridar N, Melissa MG, Julia O, et al. Clinical, environmental, and genetic determinants of multiple sclerosis in children with acute demyelination: a prospective national cohort study. *Lancet Neurol* 2011; 10(5): 436-45.
- 9- Beiske G, Svensson E, Sandanger I, et al. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Eur J Neurol* 2008; 15(3): 239-45.
- 10- Esmaeili M, Hosseini F. Multiple sclerosis and stressful thought habit Persion. *J Nurs* 2008; 3(10,11): 25-31. [Persian].
- 11- McCabe PM. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosomat Res* 2005; 59: 161-6.
- 12- Mitchell A, Benito-Leon J, Morales Ganzalez MJ, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neural* 2005; 4: 556-66.
- 13- Morganet L. Hope in multiple sclerosis: A nursing perspective. *Int J MS Care* 2000; 2(2): 3-7.
- 14- Smeltzer S, Bare B. Brunner and Suddarths Textbook of Medical-Surgical Nursing. 11th ed. Philadelphia: W.B. Lippincotte Co; 2008.



- 15- Zandi M. The effect of self care program on quality of life in patients with liver cirrhosis admitted in hospitals of Tehran, [M. Sc thesis]. University of TarbiatModarres. Tehran. 2002. [Persian].
- 16- Meemarian R. Application of nursing concepts and theories. Tehran: TarbiatModarres University Center publishing works; 1999: 78. [Persian].
- 17- Madani H. The effect of self care program on the self-esteem of patients with multiple sclerosis, [M. Sc thesis]. Tarbiat Modarres University. 2001. [Persian].
- 18- Heidarnia E. Discussions In the process of health education. Tehran, ZamaniNaser publishing 2003: 92-109. [Persian].
- 19- Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*. 2002 Jan 1; 17(1): 1-6.
- 20- Jadid Milani M, Ashktorab T, Abed Saeedi J, AlaviMajd H. Effect of Peer Support Groups on promotion of Physical Health Status in Multiple Sclerosis: Testing Reed's Self-Transcendence Theory. *JHPM* 2012; 1(1): 34-45.
- 21- Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange P, Michigan D. Self care behaviors among patient with heart failure. *Heart & Lung: J Critic Care* 2002; 31: 161-72.
- 22- Ni H, Nauman P, Burgess D, Wise K, Cris Pell K, Hershberger RE. Factor influencing knowledge of and adherence to self care among patient with heart failure *Archives of Internal Medicine* 1999; 159: 1613-19.
- 23- Reuben DB. Organizational interventions to improve health outcomes of older persons. *Med Care* 2002; 40(5): 416-28.
- 24- Clancy DE, Huang P, Okonofua E, Yeager KM. Group visits: promoting adherence to diabetes guidelines. *J Gen Int Med* 2007; 22(5): 620-4.
- 25- Asano M, Duquette P, Andersen R, Lapierre Y, Mayo NE. Exercise barriers and preferences among women and men with multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2013 Mar; 35(5): 353-61.
- 26- Brownlee-Duffeck M, Peterson L, Simonds JF, et al. The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults mellitus. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55(2): 139-44.
- 27- Susan LK, Maria K. Health beliefs and physical activity behavior in adults with multiple sclerosis. *Disability Health J* 2012; 5(4): 261-8.



Study of Factors Associated with Self-Care Behaviors in Patients with Multiple Sclerosis in Yazd City Based on Health Belief Model

MorowatiSharifabad MA(Ph.D)¹, Momeni Z (MS.c)², Eslami MH (MA)³, DehghaniTafti A (M.Sc)⁴, Hakimzadeh A(M.Sc)⁵

1. Professor, Elderly Health Research Center, ShahidSadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Corresponding author: MSc Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd Iran
3. Assistant Professor, Department of Neurology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd Iran
4. Assistant Professor, Department of Health Education and Promotion, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd Iran
5. Department of Counseling, Faculty of Humanities Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: Self-care is one of the important aspects of treatment in Multiple Sclerosis. So, regarding the necessity of attention to facts, and the determinants of one behavior for the purpose of maximizing the effect of interventional program, the study was conducted aimed to determining self-care status of Multiple Sclerosis and related factors to these behaviors based on the health belief model.

Methods: The design of the study was descriptive correlational. One hundred and twenty patients were selected by simple random sampling from patients who were the member of MS assembly of Yazd. The instrument of data collection was a questionnaire which evaluated factors related to self-care behaviors in MS disease which was included the patient's perception of the signs and constructs of health belief model and self-care behaviors. Data were analyzed using Pearson Correlation, ANOVA, t-test, Spearman correlation, and multiple regression analysis in SPSS software 20.

Results: On average, participants performed 51.47 percent of self-care behaviors. Among different fields of self-care behaviors, the use of small weights for the decrease in ataxia and shake hands and feet, devoted regular time to urination, and the performance of proper exercises were of less frequency. The predictive power of perceived severity and cues to action was significant and the perceived severity was the strongest predictor. Meanwhile, all the constructs of health belief model predicted 9.8 percent changes in the self-care behaviors.

Conclusion: With regard to the fact that the most important factors related to the self-care were identified perceived severity and cues to action, it is essential to be emphasized more on perceived severity and cues to action intervention programs. In other words, with regard to the low predictive power of health belief model, it is recommended to be used of other models in next studies.

Keywords: Multiple Sclerosis, Self-care Behaviors, Health Belief Model