

نقش فاکتورهای هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده بر خود مراقبتی سالمندان مبتلا به استئوآرتریت زانو در شهرستان یزد

سکینه گرایلو^۱، محمد علی مروتی شریف آباد^۲، عبدالرحمان چرکزی^{۳*}، زهره کریمیان کاکلکی^۱، انسیه شریفی^۴

چکیده

مقدمه: استئوآرتریت از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم اسکلتی در سنین میانسالی و سالمندی است. این مطالعه با هدف تعیین نقش هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده بر خود مراقبتی در سالمندان مبتلا به استئوآرتریت شهرستان یزد انجام شد. **روش‌ها:** در یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۲ به روش مقطعی ۸۷ نفر از سالمندان مراجعه کننده به مراکز درمانی به صورت تصادفی انتخاب و وارد مطالعه شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ی سه قسمتی که قسمت اول شامل متغیرهای دموگرافیک و قسمت دوم سؤالات هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده و قسمت سوم سؤالات رفتاری بود. پرسشنامه‌ها به روش مصاحبه در طی مدت ۲ ماه تکمیل شده و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS18 و آزمون‌های آماری T-Test و ANOVA و ضریب همبستگی در سطح ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و رفتارهای خود مراقبتی به ترتیب $81/85 \pm 11/40$ از ۱۱۰ نمره، $90/19 \pm 6/19$ از ۱۲۰ نمره، $44/93 \pm 5/84$ از سقف ۶۰ نمره بود. نتایج نشان داد بین هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده و خودمراقبتی با متغیرهای دموگرافیک به جزء تحصیلات و کنترل رفتاری درک شده ($P=0/001$)، بین سابقه‌ی ابتلا و خود مراقبتی ($P=0/001$) و کنترل رفتاری درک شده و وضعیت اقتصادی ($P=0/002$) ارتباط معناداری نبود و همچنین با آزمون پیرسون، همبستگی مستقیم و معناداری بین رفتار خود مراقبتی با کنترل رفتاری درک شده مشاهده گردید ($P=0/008$ ، $r=0/297$). **نتیجه‌گیری:** باتوجه به همبستگی مثبت آماری کنترل رفتاری درک شده و خود مراقبتی، طراحی برنامه‌ی آموزشی در این زمینه جهت عملکرد خودمراقبتی مورد نیاز است و توصیه می‌شود در برنامه‌های مداخله‌ای با توجه به نفوذ بالا و گسترده‌ی رسانه‌های جمعی، به استفاده از این وسایل کمک آموزشی تأکید بیشتری شود.

واژگان کلیدی: استئوآرتریت، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، خود مراقبتی، سالمندان

۱- دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲- مرکز تحقیقات سلامت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۳- مرکز تحقیقات بهداشت محیط، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۴- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

***نشانی:** گرگان، کیلومتر ۵ جاده ساری، مجموعه آموزش عالی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده بهداشت، تلفکس: ۰۱۷۳۲۴۵۶۱۰۷، کد

پستی: ۴۹۱۸۹۳۶۳۱۶ نشانی پست الکترونیک: Charkazi@goums.ac.ir

مقدمه

کنترل وزن، دو راهبرد رفتاری کلیدی برای مدیریت استئوآرتروز مفاصل ران و زانو می‌باشد [۱] و هنجارهای ذهنی عبارتند از برداشت شخصی افراد از فشارهای اجتماعی [۱۸] که تحت تأثیر اعتقادات هنجاری می‌باشد و شدت آن به انگیزه‌ی فرد برای برآوردن انتظارات دیگران وابسته است [۱۹]. کنترل رفتاری درک شده میزان احساسی است که یک فرد در کنترل یا عدم کنترل یک رفتار در خود احساس می‌کند. یعنی در واقع رفتارها در طول یک پیوستار «از کنترل کامل تا عدم کنترل» قرار گرفته‌اند [۲۰] و در واقع اگر مردم انتظار نداشته باشند که قادر به انجام رفتاری باشند، آن‌ها احتمالاً برای تلاش جهت انجام آن رفتار برانگیخته نخواهد شد [۲۱].

با توجه به اهمیت این بیماری که استئوآرتروز زانو جز شایع‌ترین بیماری‌های سیستم اسکلتی در سالمندان بوده که می‌تواند سبب ناتوانی و از کار افتادگی شود و از آنجایی که مطالعه‌ی خاصی در این زمینه صورت نگرفته تا براساس آن بتوان مداخلات آموزشی مؤثری طراحی و برنامه‌ریزی کرد، بنابراین مطالعه‌ی حاضر به منظور بررسی نقش فاکتورهای هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده بر خود مراقبتی در سالمندان مبتلا به استئوآرتروز یزد انجام گرفت.

روش‌ها

مطالعه‌ی پیش رو یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و با توجه به مقدار $SD=0/5$ (ماکزیمم مقدار انحراف معیار حیطه‌ی خود مراقبتی) و خطای برآورد ۲ واحد، تعداد ۸۷ بیمار مراجعه کننده به کلینیک‌های روماتولوژی یزد (که از بین آنها به صورت تصادفی یک بیمارستان، یک مطب و یک کلینیک تخصصی انتخاب شدند) جهت مشارکت در مطالعه، نمونه‌گیری شدند. معیارهای ورود به مطالعه برای افراد شامل ساکن استان یزد، دارای سن بالای ۶۰ سال، دارای بیماری استئوآرتروز اولیه براساس معیارهای انجمن کالج روماتولوژی آمریکا (۲۲)، داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه و معیارهای خروج اولین مراجعه‌ی بیمار و عدم تشخیص توسط پزشک، سکونت در استان‌های دیگر بود. در این تحقیق پرسشنامه‌ی محقق ساخته سه قسمتی شامل قسمت اول سؤالات مربوط به اطلاعات

استئوآرتروز (Osteoarthritis) یا آرتروز یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و از علل اصلی درد و ناتوانی در میان بزرگسالان می‌باشد [۱] و از شایع‌ترین شکل آرتروز است که با زوال پیشرونده و از دست دادن تدریجی غضروف مفصلی [۲، ۳] و تغییرات در ساختارهای مشترک که در نهایت منجر به جایگزینی کل مفصل می‌گردد، مشخص می‌شود [۴]. آرتروز دومین علت عمده‌ی ناتوانی در افراد بعد از بیماری‌های قلبی [۵] و سومین علت پیشرو سال‌های از دست رفته‌ی زندگی با معلولیت است [۶] و یکی از شایع‌ترین محدود کننده‌های فعالیت در میان افراد مسن در کشورهای توسعه یافته می‌باشد [۷]. افزایش بار جهانی بیماری‌های مشترک استخوان و مفاصل سبب شدت تا سازمان ملل متحد به رهبری سازمان جهانی بهداشت، دهه‌ی اول قرن ۲۱ را به عنوان دهه‌ی بیماری‌های استخوان و مفصل در سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۰ اعلام نماید [۸].

شیوع آرتروز در حال افزایش است و انتظار می‌رود که این روند با افزایش سن و امید به زندگی ادامه یابد [۱] به گونه‌ای که شیوع آن از ۴٪ در سنین ۱۸ تا ۲۴ سال به ۸۵٪ در سنین ۷۹-۷۵ سال می‌رسد [۷]. در حال حاضر بیش از ۲۰ میلیون آمریکایی با استئوآرتروز تشخیص داده می‌شوند و تخمین زده می‌شود که خطر ابتلا به استئوآرتروز در سال ۲۰۳۰ با توجه به پیری جمعیت در طول دهه‌های آینده حدود ۷۰ میلیون نفر شود [۹]. در فرانسه، هزینه‌های بهداشت در زمینه‌ی بیماری آرتروز تقریباً در عرض ۱۰ سال از سال ۲۰۰۳-۱۹۹۳ دو برابر شده است [۱۰]. آرتروز، منجر به درد، از دست دادن تحرک، کاهش عملکرد و قدرت عضلات، کاهش فعالیت زندگی روزانه [۱۱] با اثرات قابل توجهی بر روی کیفیت زندگی است [۱۲، ۱۳]. زانو از شایع‌ترین مفاصل مبتلا می‌باشد [۱۴]. بسیاری از افرادی که از آرتروز زانو رنج می‌برند از درد، سفتی و ضعف عضلانی، محدودیت در راه رفتن شکایت می‌کنند [۱۵]، [۱۴]. آرتروز زانو در زنان نسبت به مردان درصد بیشتری تأثیر می‌گذارد [۶]. خود مراقبتی گامی ارزشمند برای کمک به بیماران در کسب استقلال فردی و تسهیل سازگاری آنان با بیماری خود و پیرو آن افزایش کیفیت زندگی است [۱].

رفتار، روشی که فرد عمل می‌کند، سلوک و شیوه برخورد و واکنش نشان دادن تحت شرایط مختلف است [۱۶]. فعالیت بدنی [۱۷] و

به صورت شیفت‌های صبح و عصر در آنجا حضور یافته و بیماران به صورت تصادفی و داوطلبانه انتخاب می‌شدند و پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه با بیماران تکمیل می‌شد. اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت کد وارد رایانه شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS18 و جدول فراوانی و با توجه به نرمال بودن متغیرها آزمون‌های آماری T-Test و ANOVA و ضریب همبستگی در سطح ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

از مجموع ۸۷ بیمار شرکت کننده در این پژوهش، ۷۸ نفر (۸۸/۶٪) زن بودند و میانگین سنی افراد مورد مطالعه $۴۴/۵۹ \pm ۳/۷۲$ و BMI آنها $۲۸/۹ \pm ۴/۴۰$ بود. ۶۱ نفر (۷۰/۱٪) افراد مورد بررسی متأهل و ۷۹ نفر (۹۰/۸٪) شهرنشین بودند. طبق نتایج بیش از نیمی از افراد بی‌سواد ۵۱ نفر (۵۸/۶٪) بوده و ۳ نفر (۳/۴٪) دارای تحصیلات دانشگاهی فوق دیپلم بودند و اکثر افراد مورد مطالعه ۶۵ نفر (۷۴/۷٪) خانه‌دار بودند و بیشتر افراد مورد مطالعه ۵۶ نفر (۶۳/۶٪) وضعیت اقتصادی خود را متوسط گزارش کردند (جدول ۱).

دموگرافیکی، قسمت دوم هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده و سوم عملکرد خودمراقبتی که به صورت گزینه‌های لیکرت ۵ سطحی طراحی شده بود و به هر یک از این پاسخ‌ها امتیاز ۱ تا ۵ داده شد به ترتیب شامل هنجارهای ذهنی منظور نمره‌ای است که شرکت کنندگان از پرسشنامه دریافت می‌کنند، که شامل ۲۲ گویه با نمره‌ای بین ۱۱۰ - ۲۲ است و هرچه بیشتر باشد نشان دهنده‌ی وجود هنجارهای ترغیب کننده‌ی مثبت بیشتر برای خودمراقبتی از آرتروز زانو می‌باشد و کنترل رفتاری درک شده شامل ۲۴ گویه که نمره‌ای بین ۲۴ - ۱۲۰ دارد و هرچه بیشتر باشد نشان دهنده‌ی درک کنترل بیشتر فرد در انجام رفتارهای خودمراقبتی است. و قسمت سوم ۱۲ سؤال حیطه‌ی عملکرد خودمراقبتی با دامنه‌ی نمره‌ی ۶۰-۱۲ مشخص شد که نمره‌ی بالا در این حیطه نیز نشانگر عملکرد بالا بیماران در زمینه خودمراقبتی می‌باشد. 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 در آن ضریب آلفا کرونباخ برای مقیاس هنجارهای ذهنی ۰/۸۷ و کنترل رفتاری درک شده ۰/۷۶ و رفتارهای خودمراقبتی ۰/۶۵ محاسبه گردید. یکی از محققین با توجه به ساعات حضور متخصص در مراکز مربوطه

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک بیماران مورد پژوهش

مشخصات دموگرافیک	تعداد	درصد
جنس		
زن	۷۸	۸۸/۶
مرد	۹	۱۱/۴
وضعیت تاهل		
متأهل	۶۱	۷۰/۱
بیوه	۲۶	۲۹/۹
تحصیلات		
بیسواد	۵۱	۵۸/۶
سیکل	۲۱	۲۳/۹
زیردیپلم و دیپلم	۱۱	۱۲/۵
دانشگاهی	۳	۳/۴
شغل		
خانه‌دار	۶۵	۷۴/۷
بازنشسته	۱۴	۱۵/۹
آزاد	۲	۲/۳
کارگر و کشاورز	۶	۶/۸
وضعیت اقتصادی		
خوب	۹	۱۰/۳
متوسط	۵۵	۶۳/۲
ضعیف	۲۲	۲۵/۳

با استفاده از آزمون تی، نتایج مطالعه میانی نمره‌ی هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و خودمراقبتی (جدول ۲). بیماران درمان منظمی دارند یا خیر، تفاوت معناداری نداشت برحسب جنسیت، وضعیت تأهل، محل سکونت و این که

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و خودمراقبتی با متغیرهای دموگرافیک جنس، وضعیت تأهل، محل سکونت و نوع درمان

متغیر	تعداد	هنجارهای ذهنی		کنترل رفتاری درک شده		خودمراقبتی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جنس							
زن	۷۸	۸۱/۴۷	۱۱/۰۷	۹۰/۳۰	۶/۳۴	۴۵/۱۸	۵/۷۹
مرد	۹	۸۶/۱۴	۱۵/۰۴	۸۹/۰۰	۴/۳۹	۴۰/۰۰	۵/۹۴
آزمون تی تست (T-Test)							
		P=۰/۳۰۲		P=۰/۵۹۸		P=۰/۰۸۶	
وضعیت تأهل							
متأهل	۶۱	۸۱/۴۱	۱۰/۷۴	۸۹/۵۱	۶/۱۴	۴۴/۲۱	۶/۲۶
بیوه	۲۶	۸۲/۹۲	۱۳/۰۶	۹۱/۸۰	۶/۱۲	۴۶/۶۳	۴/۴۹
آزمون تی تست (T-Test)							
		P=۰/۵۸۰		P=۰/۱۲۲		P=۰/۰۹۱	
محل سکونت							
شهر	۷۹	۸۱/۱۸	۱۱/۴۹	۹۰/۱۴	۶/۳۵	۴۵/۰۸	۶/۰۰
روستا	۹	۸۸/۳۸	۸/۶۳	۹۰/۶۳	۴/۶۵	۴۳/۲۹	۴/۲۳
آزمون تی تست (T-Test)							
		P=۰/۰۵۶		P=۰/۸۳۶		P=۰/۴۴۳	
درمان منظم							
بله	۸۳	۸۱/۳۱	۱۱/۲۹	۹۰/۲۰	۶/۱۹	۴۵/۰۵	۵/۹۸
خیر	۴	۸۷/۰۰	۷/۸۳	۹۰/۰۰	۷/۰۷	۴۲/۵۰	۲/۰۸
آزمون تی تست (T-Test)							
		P=۰/۳۲۴		P=۰/۹۵		P=۰/۴۰۱	

جدول ۳ نتایج مطالعه میانی نمره‌ی هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و خودمراقبتی برحسب متغیرهای بررسی شده را با استفاده از آزمون آنالیز واریانس نشان می‌دهد که نشانده‌ی این است که در این متغیرها، بین سطح تحصیلات و کنترل رفتاری درک شده ($P=۰/۰۰۱$)، همچنین سابقه‌ی ابتلا و خودمراقبتی ($P=۰/۰۰۱$) و کنترل رفتاری درک شده و وضعیت اقتصادی ($P=۰/۰۰۲$) ارتباط معناداری وجود دارد و در بین سایر متغیرها تفاوت آماری معناداری دیده نشد (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و خودمراقبتی با متغیرهای دموگرافیک براساس آزمون آنالیز واریانس

متغیر	تعداد	هنجارهای ذهنی		کنترل رفتاری درک شده		خودمراقبتی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحصیلات							
بیسواد	۵۱	۸۳/۳۳	۱۰/۵۴	۹۲/۱۶	۶/۲۰	۴۴/۳۱	۶/۱۳
سیکل	۲۱	۸۲/۳۳	۱۲/۴۴	۸۷/۵۳	۳/۸۰	۴۶/۴۰	۵/۵۵
زیردیپلم و دیپلم	۱۱	۷۷/۳۰	۱۲/۴۴	۸۵/۴۰	۶/۷۰	۴۶/۱۱	۵/۹۲
دانشگاهی	۳	۷۳/۶۷	۱۰/۷۸	۸۹/۳۳	۳/۷۶	۴۱/۶۷	۳/۲۱
ANOVA		P=۰/۲۵۸		P=۰/۰۰۱		P=۰/۳۹۳	
مدت ابتلا							
کمتر از یکسال	۴	۸۶/۰۰	۱۶/۴۶	۸۴/۶۷	۳/۲۱	۳۸/۰۰	۹/۸۹
۱-۳ سال	۱۲	۸۱/۰۰	۱۱/۱۱	۸۹/۷۵	۶/۵۸	۴۵/۱۸	۶/۴۴
۳-۵ سال	۱۵	۷۹/۶۴	۱۱/۹۲	۸۹/۰۷	۴/۸۲	۴۴/۷۱	۳/۶۸
۵-۱۰ سال	۱۸	۸۶/۷۲	۱۰/۷۳	۹۰/۵۹	۷/۰۵	۴۳/۴۷	۶/۳۴
بیش از ۱۰ سال	۳۹	۸۰/۳۳	۱۱/۱۲	۹۱/۰۰	۶/۲۵	۴۵/۹۷	۵/۹۰
ANOVA		P=۰/۲۹۵		P=۰/۴۶۷		P=۰/۲۸۷	
سابقه ابتلا اعضای خانواده							
بله	۵۹	۸۲/۳۳	۱۱/۷۵	۹۰/۱۱	۵/۵۱	۴۵/۹۳	۵/۲۴
خیر	۲۲	۸۱/۵۲	۱۰/۱۳	۹۱/۰۵	۸/۰۳	۴۳/۹۰	۶/۱۵
نمی دانم	۴	۷۶/۰۰	۷/۴۸	۸۷/۵۰	۵/۴۴	۳۳/۳۳	۴/۹۳
ANOVA		P=۰/۵۵		P=۰/۵۶۶		P=۰/۰۰۱	
شغل							
خانه دار	۶۵	۸۲/۰۰	۱۱/۴۳	۹۰/۸۵	۶/۴۲	۴۵/۳۰	۵/۴۵
باز نشسته	۱۴	۸۱/۱۵	۱۲/۸۴	۸۷/۲۳	۴/۳۴	۴۴/۹۲	۶/۹۹
آزاد	۲	۸۳/۵۰	۱۰/۶۰	۹۰/۰۰	۵/۶۵	۴۲/۰۰	۴/۹
کارگر و کشاورز	۶	۷۹/۵۰	۷/۷۷	۸۸/۶۷	۶/۶۵	۳۴/۰۰	۵/۶۵
ANOVA		P=۰/۹۸۰		P=۰/۲۷۶		P=۰/۰۵۶	
وضعیت اقتصادی							
ضعیف	۲۲	۸۴/۳۶	۱۰/۶۸	۹۳/۴۳	۴/۹۳	۴۵/۶۳	۶/۸۱
متوسط	۵۵	۸۱/۰۷	۱۱/۸۷	۸۹/۴۷	۶/۰۷	۴۴/۵۳	۵/۶۸
خوب	۹	۸۱/۰۰	۱۱/۰۶	۸۵/۶۷	۵/۳۱	۴۵/۸۸	۵/۶۴
ANOVA		P=۰/۵۱۴		P=۰/۰۰۲		P=۰/۷۰۴	

براساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، همبستگی مستقیم و معنی داری بین رفتارهای خودمراقبتی و هنجارهای ذهنی وجود نداشت ($P=۰/۱۲۶$ ، $r=۰/۱۷۲$)، ولی بین نمره‌ی رفتار خودمراقبتی با متغیر کنترلی رفتاری درک شده همبستگی مثبت معنادار آماری مشاهده شد ($P=۰/۲۹۷$ ، $r=۰/۰۰۸$)، همچنین نمره‌ی رفتار خودمراقبتی با متغیر کمی زمینه‌ای سن نشان داد که همبستگی مستقیم و معناداری بین خودمراقبتی و سن بیماران ($P=۰/۰۴۷$ ، $r=۰/۲۲۹$) وجود دارد ولی با BMI و رفتار خودمراقبتی رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد (جدول ۴).

براساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، همبستگی مستقیم و معنی داری بین رفتارهای خودمراقبتی و هنجارهای ذهنی وجود نداشت ($P=۰/۱۲۶$ ، $r=۰/۱۷۲$)، ولی بین نمره‌ی رفتار خودمراقبتی با متغیر کنترلی رفتاری درک شده همبستگی مثبت معنادار آماری مشاهده شد ($P=۰/۲۹۷$ ، $r=۰/۰۰۸$)، همچنین نمره‌ی رفتار خودمراقبتی با متغیر کمی زمینه‌ای سن نشان داد که همبستگی مستقیم و معناداری بین خودمراقبتی و سن بیماران ($P=۰/۰۴۷$ ، $r=۰/۲۲۹$) وجود دارد ولی با BMI و رفتار خودمراقبتی رابطه‌ی معناداری مشاهده نشد (جدول ۴).

جدول ۴- ماتریکس ضریب همبستگی در خصوص خودمراقبتی بیماری استئوآرتریت زانو در افراد مورد مطالعه

سازه‌ها	هنجارهای ذهنی	کنترل رفتاری درک شده	خودمراقبتی
هنجارهای ذهنی	۱		
کنترل رفتاری درک شده	۰/۲۲۸**	۱	
خودمراقبتی	۰/۱۷۲	۰/۲۹۷**	۱
	P=۰/۰۳۸	P=۰/۰۰۸	P=۰/۰۰۸

** معنی داری در سطح ۰/۰۱

بحث

باتوجه به نتایج پژوهش اکثر بیماران این مطالعه زن بودند (۸۸/۹٪)، از آنجا که اکثر زنان نیز خانه دار بوده، و بنا به مطالعات مختلف جنسیت از عوامل موثر آرتروز زانو می‌باشد. که زنان بیشتر از مردان دچار این بیماری می‌شوند و در آمارهای مختلف موارد آرتروز زانو در خانم‌ها گزارش شده است [۲۳، ۲۴]، در مطالعه‌ی 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 [۱].

در مطالعه‌ی انجام شده BMI بیماران 28.9 ± 4.4 بود که نتایج مطالعه‌ی حاضر با مطالعه‌ی Griffin که بیانگر ارتباط قوی بین میزان نمایه‌ی توده‌ی بدنی و آرتروز زانو می‌باشد مطابقت دارد [۲۶]. به ازای هر ۲ واحد افزایش BMI میزان بروز آرتروز در زنان ۳۶٪ افزایش می‌یابد [۲۷] و در مطالعه‌ی Yashimura و همکاران در ژاپن در سال ۲۰۰۴ وزن بدنی را از فاکتورهای مهم برای ایجاد استئوآرتریت در زنان ژاپنی ذکر کرد [۲۸].

در این پژوهش بین جنسیت با فاکتورهای مورد بررسی هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و خودمراقبتی ارتباط معناداری مشاهده نشد ولی در مجموع هنجارهای ذهنی در مردان بالاتر از بیماران خانم ولی در رفتارهای خودمراقبتی میانگین رفتار زنان بالاتر از مردان بود که نتایج حاکی از آن می‌باشد که زنان نسبت به عملکرد خودمراقبتی مصمم تر باشند و همچنین می‌توان آن را به بزرگ بودن جامعه زنان در پژوهش نیز مرتبط نمود.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین متغیرهای مورد بررسی هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده و خودمراقبتی با محل سکونت تفاوت معناداری وجود ندارد، با این وجود هنجارهای ذهنی و کنترل رفتاری درک شده در افرادی که در روستا زندگی می‌کنند بیشتر از شهر نشینان می‌باشد ولی رفتارهای خودمراقبتی برعکس در شهر نشینان بالاتر بود که احتمالاً به خاطر امکانات رفاهی موجود در شهر و این که زمان بیشتری را صرف سلامتی خود می‌کنند باشد و می‌توان توجیه کرد که روستایان بیشتر تحت تأثیر عقاید اطرافیان و تأثیر آن بر زندگی خود بوده حتی اگر کنترل رفتاری بالاتری داشته باشند نمی‌توانند عملکرد مناسبی داشته باشند.

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد بین میانگین نمرات متغیرها بر حسب درمان منظم اختلاف معنادار آماری مشاهده نشد ولی رفتار خودمراقبتی در افرادی که درمان منظم دارویی داشتند بیشتر است از آنجایی که

تأثیر داروها را بر بیماری خود می‌بینند مسلماً بر خودمراقبتی خود مصمم تر می‌شوند.

یافته‌ها نشان داد بین میانگین نمره‌ی کنترل رفتاری درک شده با سطح تحصیلات تفاوت معناداری وجود داشت و طبق نتایج توکی در افراد بیسواد بالاتر از سایر بوده و در صورتی که بین هنجارهای ذهنی و خودمراقبتی با سطح تحصیلات تفاوت معناداری وجود ندارد ولی در گروه بی سواد و سیکل بالاتر می‌باشد.

براساس مدت ابتلا با متغیرهای مورد بررسی تفاوت آماری معنادار مشاهده نشد ولی طبق یافته‌ها هرچه مدت زمان سال‌های ابتلا به بیماری افزون شود کنترل رفتاری درک شده بیماران نیز به رفتارهای خودمراقبتی بهتر می‌شود که می‌تواند بیانگر افزایش آگاهی از اطرافیان و دوستان یا پزشک مربوطه بوده که سبب افزایش کنترل درک شده بیماران شود همچنین 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.

براساس سابقه‌ی بیماری در بین افرادی که سابقه‌ی خانوادگی آرتروز زانو دارند و افرادی که سابقه ندارند در رفتار تفاوت معنادار مشاهده شد و رفتار خودمراقبتی در افراد با سابقه خانوادگی بالاتر است، چرا که مسلماً به علت مشاهده‌ی بستگان و تأثیر پذیری از آنها می‌تواند مؤثر واقع گردد.

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد بین میانگین نمرات هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده و خودمراقبتی برحسب شغل تفاوت معناداری وجود ندارد ولی با این وجود در گروه خانه‌دار میانگین نمره بیشتر از گروه‌های دیگر بوده و این نتیجه می‌تواند حاکی از آن باشد افراد بازنشسته و خانه‌دار بیشتر تحت آموزش‌های غیررسمی از طریق رادیو و تلویزیون و... قرار گرفته و فرصت بیشتری جهت انجام فعالیت‌های خودمراقبتی دارند.

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد کنترل رفتاری درک شده در وضعیت اقتصادی تفاوت معناداری دارد به طوری که افرادی که وضعیت خود را ضعیف گزارش نمودند از گروه متوسط و خوب بیشتر بودند ولی نمی‌توان فقط این عامل را مسبب رفتار عملکردی دانست. اما در خصوص وضعیت خودمراقبتی با وجود اینکه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت، ولی در گروهی که وضعیت اقتصادی خوبی دارند بالاتر است، زیرا در این گروه دسترسی افراد به منابع اطلاعاتی و مشاوره‌ای بالا است که مسلماً بر روی رفتار افراد تأثیرگذار می‌باشد، ولی خانواده‌های با درآمد متوسط و کم اغلب دسترسی کمتری به خدمات پزشکی و مشاوره‌ای دارند.

مآخذ

1. 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):1-11.
2. Loew L, Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Kenny GP, Reid R, et al. Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Aerobic Walking Programs in the Management of Osteoarthritis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2012.
3. Knittle K, De Gucht V, Maes S. Lifestyle- and behaviour-change interventions in musculoskeletal conditions. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2012; 26:293-304.
4. Cao Y, Jones G, Cicuttini F, Winzenberg T, Wluka A, Sharman J, et al. Vitamin D supplementation in the management of knee osteoarthritis: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2012; 13(1):131.
5. Turk DC, Cohen MJ, editors. Sleep as a marker in the effective management of chronic osteoarthritis pain with opioid analgesics. *Seminars in arthritis and rheumatism*; 2010: Elsevier.
6. Coleman S, Briffa NK, Carroll G, Inderjeeth C, Cook N, McQuade J. 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):1-14.
7. Yip Y, Sit JW, Fung KK, Wong D, Chong SY, Chung L, et al. Impact of an Arthritis Self-Management Programme with an added exercise component for osteoarthritic knee sufferers on improving pain, functional outcomes, and use of health care services: An experimental study. *Patient education and counseling* 2007; 65(1):113-21.
8. Rana A, Lundborg C, Wahlin Å, Ahmed S, Kabir ZN. The impact of health education in managing self-reported arthritis-related illness among elderly persons in rural Bangladesh. *Health education research* 2008; 23(1):94-105
9. Turk DC, Cohen M, editors. Sleep as a marker in the effective management of chronic osteoarthritis pain with opioid analgesics. *Seminars in arthritis and rheumatism*; 2010.
10. Egloff C, Hugel T, Valderrabano V. Biomechanics and pathomechanisms of osteoarthritis. *Swiss Med Wkly* 2012; 142(w13583):1-14

در پژوهش حاضر براساس نتایج آزمون همبستگی پیرسون، بین هنجارهای انتزاعی و خودمراقبتی در بیماران همبستگی وجود ندارد ولی بین کنترل رفتاری درک شده و رفتار خودمراقبتی همبستگی مثبت آماری وجود دارد. طبق یافته‌ها افراد مورد مطالعه هرچه بیشتر به کارایی و توانایی خود در انجام رفتارهای خودمراقبتی اعتقاد داشتند، رفتار مورد نظر را بیشتر انجام می‌دادند، که با مطالعه‌ی Morowatisharifabad و همکاران [۲۹]، Mccaull و همکاران [۳۰] همخوانی دارد. براساس تئوری شناخت اجتماعی، فردی که خودکارآمدی پایینی دارد بیشتر احتمال دارد که در یک رفتار پرخطر درگیر شود تا فردی که خودکارآمدی بالاتری دارد [۳۱]. بنابراین با افزایش خودکارآمدی می‌توان انجام رفتارهای خودمراقبتی را در افراد افزایش داد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، توصیفی و مقطعی بودن مطالعه و همچنین کم بودن حجم نمونه‌ها می‌باشد که تعمیم‌پذیری آن را محدود می‌کند و با توجه این که گروه مورد بررسی سالمندان بیمار بودند و از طریق مصاحبه اطلاعات جمع آورده شده است و به علت اینکه تعداد زیادی از گروه هدف بی‌سواد بودند ممکن بود در درک سؤالات دچار مشکل باشند، ولی با جلب اعتماد بیماران سعی شد تا جای ممکن محدودیت‌ها کاهش یابد.

نتیجه‌گیری

در راستای یافته‌های این پژوهش با توجه همبستگی مثبت کنترل رفتاری درک شده و خودمراقبتی طراحی برنامه‌ی آموزشی در بیماران، جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی از آرتروز مورد نیاز است و با توجه به نفوذ بالا و گستره‌ی رسانه‌های گروهی و اهمیت موضوع، آموزش‌های مرتبط با این پژوهش از این مسیرها نیز توصیه می‌شود و انجام مطالعات آینده‌نگر در خصوص عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای خودمراقبتی از آرتروز زانو در جهت کاهش درد یا کاهش عود روند بیماری نیز پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

مقاله‌ی پیش رو حاصل بخشی از پایان‌نامه‌ی تحصیلی مقطع کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد می‌باشد. بدین‌وسیله از تمام بیماران شرکت کننده در مطالعه که در تکمیل پرسشنامه همکاری نموده‌اند و عزیزانی که حمایت کننده‌ی مطالعه بودند سپاسگزاری می‌شود.

11. De Luca K, Pollard H, Brantingham J, Globe G, Cassa T. Chiropractic management of the kinetic chain for the treatment of hip osteoarthritis: an Australian case series. *Journal of manipulative and physiological therapeutics* 2010; 33(6):474-9.
12. Bond M, Davis A, Lohmander S, Hawker G. Responsiveness of the OARSIeOMERACT osteoarthritis pain and function measures. *Osteoarthritis and Cartilage* 2012; 20(6):541-7.
13. Loew L, Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Kenny GP, Reid R, et al. Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for aerobic walking programs in the management of osteoarthritis. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 2012; 93(7):1269-85.
14. 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. *Archives of gerontology and geriatrics* 2012; 54(2):317-24.
15. Zhang W, Moskowitz R, Nuki G, Abramson S, Altman R, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis and Cartilage* 2008; 16(2):137-62.
16. Molitor F, Traux SR, Ruiz JD, Sun RK. Association of methamphetamine use during sex with risky sexual behaviors and HIV infection among non-injection drug users. *West Journal of Medicine* 1998; 168 (2):7-93.
17. Ageberg E, Engström G, de Verdier MG, Rollof J, Roos E, Lohmander L. Effect of leisure time physical activity on severe knee or hip osteoarthritis leading to total joint replacement: a population-based prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012; 13(1):1-7.
18. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 1991; 50:179-211.
19. MM. Optimal of reasoned action theory and apply it in education of family planning to Birjand rural men. PhD thesis in the field of health education. *University of Tarbiate Modares Department of Health Education* 2002:P71.
20. Armitage C J, Conner2 M. Efficacy of the Theory of Planned Behavior: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology* 2001;40(4): 471-499
21. Allahverdipour H, AH. *Health behaviors, beliefs and attitudes*. Hamadan University of Medical Sciences Publication, Hamedan. 2002:P55.
22. Abolqasemi SH, Akhlaghi M, et al. *Osteoarthritis (Book)*. Tehran University of Medical Sciences 2012.
23. Mehdinasab SAH, Haddad poor AA , et al., Prevalence and Evaluation of Risk Factors in Primary Knee Osteoarthritis. *Journal of Medical* 2009; 9(2):135-141.
24. Hanna FS, Wluka AE, et al. Osteoarthritis and the postmenopausal woman: epidemiological, magnetic resonance imaging, and radiological findings. in *Seminars in arthritis and rheumatism. Elsevier* 2004; 34:631-636
25. Sudo A, Miyamoto N, et al. Prevalence and risk factors for knee osteoarthritis in elderly Japanese men and women. *Journal of Orthopaedic Science* 2008; 13(5):413-418.
26. Griffin TM, Guilak F. Why is obesity associated with osteoarthritis? Insights from mouse models of obesity. *Biorheology Journal* 2008; 45(3-4):387-98.
27. Lementowski PW, Zelicof SB, Obesity and osteoarthritis. *Am J Orthop* 2008; 37(3): 148-151.
28. 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. *Journal of rheumatology* 2004; 180-188.
29. Morowatisharifabad MA, Rouhani Tonekaboni N, Baghianimoghdam MH. study factors associated with self-care behaviors of diabetic patients referred to Yazd Diabetes Research Center developed based on the health belief model. *Toloo Behdasht* 2007; 10(2):85-96.
30. McCaul KD, Glasgow RE, Schafer LC. Diabetes regimen behaviors. Predicting adherence. *Med Care* 1987; 25(9):868-81.
31. Karimy M, Abedi AR, Amin-Shokravi F, Sadat Tavafian S. Preventing HIV Transmission among the Opiate Dependent Population in Zarandieh: Evaluation of the HBM-Based Educational Programs. *Health Education & Health Promotion* 2013; 1(1):21- 31.

THE ROLE OF SUBJECTIVE NORMS AND PERCEIVED BEHAVIORAL CONTROL ON SELF-CARE AMONG ELDERLY PATIENTS SUFFERING FROM KNEE OSTEOARTHRITIS IN YAZD CITY

Sakineh Gerayllo¹, Mohammad ali Morovati Sharif Abad², Abdorahman Charkazi^{*3}, Zohreh Karimian Kakolaki¹, Ensieh Sharifi⁴

1. Department Faculty of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Science, Yazd, Iran

2. Department of Elderly Health Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

3. Environmental Health Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

4- Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

ABSTRACTS

Background: Osteoarthritis (OA) is the most common joint disorder and the most prevalent cause of joint pain across the spectrum of middle age to elderly. The purpose of this study was to determine the role of subjective norms and perceived behavioral control on self-care among elderly patients with osteoarthritis who are suffering from OA in Yazd city, Iran.

Methods: A cross-sectional study was conducted and 87 elderly who attained to health centers subjects through simple sampling methods. The data collection instrument was a questionnaire designed for the study which the first includes demographic variables, of subjective norms and perceived behavioral control Part II, and self-care behaviors categories of items Part III. The questionnaires completed by interview and data were analyzed by SPSS18 software using T-Test, ANOVA, correlation coefficient tests.

Results: The mean score of the subjective norms, perceived behavioral control and self-care were 81.85 ± 11.40 (The top 110 scores), 90.19 ± 6.19 (The top 120 scores) and 44.93 ± 5.84 (The top 60 scores), respectively. The results showed that between subjective norms and perceived behavioral control and self-care with demographic variables except education and perceived behavioral control ($P = 0.001$), the history of disease of self-care ($P = 0.001$) and perceived behavioral control and economic status ($P = 0.002$) were not a significant relationship, Also The results Pearson's correlation test revealed that there was a significant correlation between self-care behaviors and perceived behavioral control ($P = 0.008$, $r = 0.297$).

Conclusion: As for strong association between behavioral control and self-care that we found in our study and high influence and extension of mass media, it recommends to emphasis on using these methods as educational assistance devices in interventional programs in these medias.

Keywords: Osteoarthritis, Subjective norms, Perceived behavioral control, self-care, Aged people

* Gorgan-Sary Road 5th km, Department Faculty of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. Telfax: +981732456107, Email: charkazi@goums.ac.ir