مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره دوازدهم، شمارهٔ ۱، فروردین – اردیبهشت ۱۳۸۹، صفحه ۷۰-۶۵

تاثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران استئوآرتریت در مراکز توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

زهرا کشتکاران(MS) *[۱]، فریبا قدس بین (MS) [۱]، سعید سلوکی (MD)[۲]، محسن رازقی(PhD)[۳]، نجف زارع(PhD)[۴]

۱- گروه گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۲- گروه ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۳- گروه توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۴- گروه آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دریافت: ۸۸/۶/۹ ، اصلاح: ۸۸/۷/۸، پذیرش: ۸۸/۹/۱۸

خلاصه

سابقه و هدف: بیماری های مزمن از جمله استئوآرتریت به علت سیر پیشرونده ای که دارند اغلب ناتوان کننده بوده و کیفیت زندگی فرد را متاثرمی سازند. لذا این مطالعه به منظور بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران استئوارتریت مراجعه کننده به مراکز توابخشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه شبه تجربی بر روی ۱۱۰ بیمار مبتلا به استئوارتریت که به روش نمونه گیری آسان، بطور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد (۵۵ نفر در هر گروه) قرار گرفتند، انجام شد. مشخصات بیمار و پرسشنامه ۳۶ گزینه ای مشتمل بر هشت حیطه و نمره گذاری، ۱۰۰-۰ بود که برای هر دو گروه پرسشنامه تکمیل شد. نمره بیشتر نشانه کیفیت زندگی بهتر است. به گروه آزمون در فاصله زمانی بین دو مرحله اندازه گیری کیفیت زندگی، آموزش تدوین شده از طریق چهره به چهره و دفترچه آموزشی داده شد. نهایتاً تغییرات کیفیت زندگی در دو گروه مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: از ۱۱۰ بیمار مورد مطالعه در هر دو گروه آزمون و شاهد ۱۰۱ نفر زن با میانگین سنی ۷/۲±۵۶ سال بودند: دو گروه از نظر سطح سواد، تاهل، شغل، وضعیت درآمد و درگیری هر دو مفصل زانو با هم اختلاف معنی داری نداشتند. بین سن، طول مدت ابتلاء و سطح در آمد با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری مشاهده شد (p=۰/۰۱) بطوریکه با افزایش سن و طول مدت ابتلاء به استئوارتریت و سطح درآمد، کیفیت زندگی کاهش و با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی افزایش یافت. در گروه آزمون میانگین تغییرات کیفیت زندگی ۸۷/۵±۲۸۰/۴ و در گروه شاهد ۱۱/۲±۵۲/۸ بود که تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد (p=۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی مبتلایان به استئوارتریت تاثیر مثبت دارد و با آموزش خود مراقبتی می توان نحوه مدارا و تطابق با بیماری را به نحو مؤثرتری فراهم کرد و در بهبود کیفیت زندگی فرد و سطح سلامت جامعه نقش مهمی را ایفاء نمود.

واژه های کلیدی: *آموزش خود مراقبتی، کیفیت زندگی، استئوآرتریت.*

مقدمه

بیماری های مزمن از جمله مشکلات شایع بهداشتی در سراسر جهان به شمار می آیند که عادات و رفتارهای بهداشتی افراد بطور چشمگیری بر میزان ابتلاء و شدت آن ها تأثیر دارند (۱). اخیرا نحوه افکار بشر درباره سلامتی و بیماری تغییر یافته و این تغییر در نتیجه درک افراد از این موضوع است که با اصلاح نحوه زندگی و پیشگیری از بیماری های مزمن و یا کنترل آنها می توانند، بهتر، بطور قابل ملاحظه ای مؤثر باشند (۲). ابتلاء به بیماری می تواند موجب تغییر در کیفیت زندگی افراد گردد (۳). بیماری استخوان و مفاصل از جمله بیماریهای شایع هم در کشورهای پیشرفته و هم درحال توسعه می باشند، به گونه ای که در یک اقدام بین المللی دهه ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ به عنوان «دهه بیماری های استخوان و مفاصل» نامگذاری شده است (۴). استئوارتریت از مهمترین علل منتهی به ناتوانی است که در ایالات متحده تقریباً ۴۳ میلیون نفر را تحت تأثیر قرار داده بطوریکه ۲۴٪ از کل ترخیص های بیمارستانی و ۴ هزار روز مراقبت در

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۵۸۳ طرح مشترک دانشگاه علوم پزشکی شیراز می باشد.
* مسئول مقاله:
آدرس: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری حضرت زینب (س)، گروه پرستاری، تلفن: ۰۷۸۱-۲۲۵۰۳۳۵
e-mail: Zahra_keshtkaran@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.1.9.1]

بیمارستان را بخود اختصاص داده است. این مبتلایان ۳۸/۹ میلیون بار مراجعه به مطب پزشکان، ۲/۹ میلیون بار به درمانگاه ها و ۲/۲ میلیون بار مراجعه به اورژانس ها را دارند (۵). مبتلایان به استئوارتریت بطور تقریبی سالیانه ۸ بار به پزشک مراجعه می کنند که این رقم معادل دو برابر مراجعه مبتلایان به پرفشاری خون است (۶). در ایران بطور کلی از هر ۱۰ بیمار سنین بالاتر از ۳۵–۳۰ سال مراجعه کننده با شکایات اصلی درد زانو، کمر و گردن، ۹ نفر مبتلا به استئوآرتریت می باشند (۷). کیفیت زندگی توانایی خلاقیت و قدرت نفوذ در محیط و موقعیت های مختلف زندگی است و به نوعی رضایت از زندگی را نشان می دهد که با بررسی آن می توان به ارزش های مدنظر هر فرد در زندگی و تعاملات وی پی برد (۸). آموزش خود مراقبتی به این بیماران نظیر برنامه آموزشی بیماران مبتلا به دیابت از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۹). توانمند نمودن بیمار از طریق آموزش خود مراقبتی کمک به ارتقاء خود تدبیری، کاهش درد و پیشگیری از نابودی مفاصل و سایر صدمات می نماید و بیمار دانش و مهارت کافی برای تصمیم گیری و حل مشکلات مربوط به خود را کسب می کند. آموزش راهی کم هزینه به منظور کاهش درد و مصرف داروها بوده و فواید آن نیز سال ها باقی می ماند (۱۰). Lindroth و همکاران طی مطالعه ای متا آنالیز به منظور بررسی تأثیر آموزش به بیماران استئوآرتریت و روماتوتید آرتریت به عنوان مکمل درمانی مفید، نشان دادند که این گروه ها در مقایسه با گروه شاهد، ۳۲ درصد کاهش افسردگی، ۱۶ درصد کاهش درد و ۸ درصد کاهش ناتوانی داشتند (۱۱).

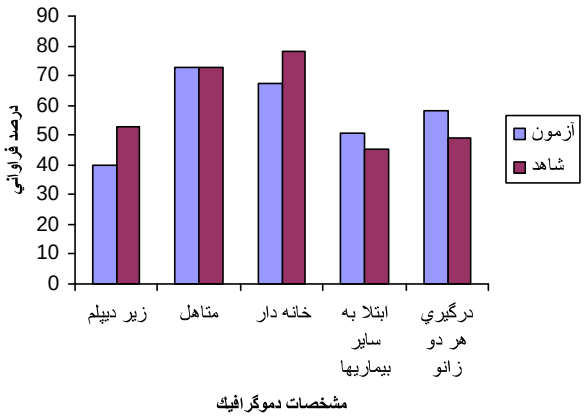
اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه بیان گر این مطلب است، بیمارانی که به خود مراقبتی بهتری پرداخته اند از کاهش درد چشمگیری برخوردار بوده و قدرت توانایی مقابله و تطابق در آن ها تثبیت گردیده است (۱۲). لذا این مطالعه به منظور بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی در بیماران استئوارتریت در مراکز توانبخشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه شبه تجربی بر روی ۱۱۰ بیمار مبتلا به استئوارتریت مفاصل ران و زانو که به مراکز توانبخشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه نمودند، انجام شد. این بیماران با روش نمونه گیری آسان و بطور تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد (۵۵ نفر در هر گروه) تقسیم گردیدند. کلیه افراد تحت مطالعه دارای سن بالاتر از ۴۵ سال، بدون عمل جراحی مرتبط با بیماری (نظیر جایگزینی مفاصل، ترمیم مفصل) و فاقد هر گونه بیماری روحی و روانی بودند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه ۳۶ سئوالی کوتاه (استاندارد) به همراه مشخصات دموگرافیک جمع آوری شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط Ware ساخته شده و فاقد هر گونه بار فرهنگی بوده و بطور وسیعی مورد آزمون روایی محتوایی و پایایی (r=۰/۸) قرار گرفته است (۱۳). ۳۶ سئوال این پرسشنامه در برگیرنده ۸ مفهوم و یا زیر گروه شامل حیطه های عملکرد جسمی، اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش ها و وظایف، درد، سلامت روانی عمومی، محدودیت ایفای نقش مرتبط با وضعیت روحی، انرژی زیستی و درک از سلامت عمومی است. هر سئوال حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل صفر دارد. نمره بیشتر نشانه کیفیت زندگی بهتر است. این پرسشنامه توسط اساتید صاحب نظر به فارسی ترجمه و مجدداً به انگلیسی برگردانده شد و به منظور اعتبار سنجی محتوا در اختیار اساتید و صاحبنظران مربوطه قرار گرفت و پیشنهادات و انتقادات لازم در این زمینه لحاظ گردید. جهت تعیین اطمینان سنجی، پرسشنامه بر روی ۳۰ بیمار، مورد آزمون اولیه و مجدد قرار گرفت که به این منظور پرسشنامه توسط پژوهشگر با استفاده از نمونه های واجد شرایط پژوهش در دو مرحله به فاصله ۱۰ روز مورد آزمون قرار گرفت و درجه توافق برای تک تک سئوالات (۳۶ سئوال) از طریق ضریب کاپا و آزمون مک نمار محاسبه گردید. درصد توافق در این پرسشنامه حداکثر ۱۰۰٪ برای اکثر سئوالات و حداقل ۸۰٪ برای معدودی از سئوالات تعیین گردید. پس از کسب رضایت نامه اخلاقی بصورت کتبی و بیان هدف تحقیق، پرسشنامه برای هر یک از بیماران تکمیل شد. پس از تکمیل پرسشنامه پیش آزمون برای هر واحد مورد پژوهش، در گروه تحت آموزش بمدت ۱۵–۱۰ دقیقه آموزش خود مراقبتی به صورت چهره به چهره داده شد و سپس مطالب مهم آموزشی جهت یادگیری بیشتر به صورت دفترچه آموزشی در اختیار آنها قرار گرفت. در پایان جلسات توانبخشی به فاصله یکماه مجدداً پرسشنامه مذکور (پس آزمون) برای هر یک از واحدها در دو گروه تحت آموزش و شاهد تکمیل گردید. در پایان دفترچه آموزشی مذکور به منظور رعایت موازین اخلاقی در اختیار گروه شاهد نیز قرار گرفت. اطلاعات بدست آمده پس از کد گذاری با استفاده از آزمون های T-Test، من ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد و $p<0/05$ معنی ار تلقی گردید.

یافته ها

از ۱۱۰ نفر بیمار مورد مطالعه، ۱۰۱ نفر زن (در گروه آزمون ۵۰ نفر (۹۰/۹٪) و در گروه شاهد ۵۱ نفر (۹۲/۷٪) بودند، همچنین میانگین توزیع سنی در گروه آزمون ۸/۷±۵۵/۸ سال و در گروه شاهد ۷/۲±۵۶/۱ سال، میانگین طول مدت ابتلاء به استحاله مفاصل در گروه آزمون ۶۹/۹±۶۰ ماه و در گروه شاهد ۶۳/۴±۵۳/۲ ماه بود که با توجه به پراکندگی زیاد داده ها انحراف معیار از میانگین بیشتر بود. اکثریت واحدها در هر دو گروه آزمون ۴۲ نفر (۷۶/۴٪) و شاهد ۵۰ نفر (۸۰٪) از انواع مسکن های غیراستروئیدی استفاده می کردند. از لحاظ خصوصیات دموگرافیک در دو گروه آزمون و شاهد اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت ($p>0/05$). سایر متغیرهای دموگرافیک نظیر سطح سواد، وضعیت تأهل، شغل و درگیری مفصلی نیز در دو گروه اختلاف معنی داری نداشتند (نمودار۱).



نمودار ۱. درصد فراوانی مشخصات دموگرافیک در دو گروه آزمون و شاهد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.1.9.1]

بیشترین فراوانی سطح تحصیلات در هر دو گروه زیر دیپلم، اکثریت متاهل، خانه دار، فاقد بیماریهای زمینه ای و درگیری مفصلی هر دو زانو بودند. با افزایش سن و طول مدت ابتلا به بیماری استئوارتریت، کیفیت زندگی کاهش یافت و بین طول مدت ابتلا به سایر بیماریها و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت (p>۰/۰۵). همچنین با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی افزایش و با افزایش سطح درآمد کیفیت زندگی کاهش یافته است (جدول ۱). در کلیه ابعاد کیفیت زندگی بجز « محدودیت در ایفای نقش» اختلاف آماری معنی دار بود (p=۰/۰۰۱) (جدول ۲).

با توجه به اینکه میانگین نمره کل کیفیت زندگی در گروه آزمون از ۱۲۱۲/۰۹ به ۱۴۹۲/۵ پس از آموزش و در گروه شاهد از ۹۵۰/۰۹ به ۱۰۰۲/۹ افزایش یافت، مشخص شد که اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه وجود دارد (p<۰/۰۰۱).

جدول ۱. مقایسه همبستگی نمره اولیه کیفیت زندگی با متغیرهای سن، طول مدت ابتلاء به استئوارتریت و سایر بیماریها، سطح درآمد و تحصیلات در دو گروه آزمون و شاهد

متغیرهای دموگرافیک نمره کیفیت زندگی	سن	طول مدت ابتلاء به استئوارتریت	طول مدت ابتلاء به سایر بیماری ها	سطح تحصیلات	سطح درآمد
گروه آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن	-۰/۲۱	-۰/۳۲	-۰/۰۰۱	۰/۳۲	-۰/۵۱
pvalue	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۰۱	۰/۰۰۱
گروه شاهد ضریب همبستگی اسپیرمن	-۰/۲۸	-۰/۲۴	-۰/۰۲	۰/۳۵	-۰/۰۷
Pvalue	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۸۸	۰/۰۰۹	۰/۰۰۱

جدول ۲. مقایسه اختلاف میانگین و خطای استاندارد (SE) ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد

گروه ابعاد کیفیت زندگی	آزمون Mean±SE	شاهد Mean±SE	Pvalue
عملکرد جسمی	۳۷/۲±۴/۸۷	۱۳/۶±۲/۹۶	۰/۰۰۳
عملکرد اجتماعی	۲۰/۴۵±۲/۰۹	-۰۶±۲/۱۹	۰/۰۰۱
محدودیت ایفای نقش	۳/۶±۱/۷۹	۹/۰۹±۰/۰۲	۰/۲۴
درد	۱۶/۶±۱/۵۹	-۷/۰۹±۷/۸۵	۰/۰۰۱
سلامت روانی عمومی	۴۱/۴±۴/۷۷	۳/۲±۲/۴۸	۰/۰۰۱
محدویت در ایفای نقش مرتبط با وضعیت روحی	۱۵۲/۷±۱۲/۷	۱۶/۳±۴/۷۷	۰/۰۰۱
انرژی زیستی	۲۹/۸±۰/۰۳	۱/۰۹±۹۹	۰/۰۰۱
درک از سلامت عمومی	۸۲/۱±۴/۹	۵/۴±۱/۶۳	۰/۰۰۱

با توجه به اینکه در حیطه های درد و عملکرد اجتماعی تغییرات در میانگین ها از تفاضل نمره میانگین قبل و بعد به دست آمده و عدد منفی جهت رو به کاهش تغییرات را نشان می دهد (میانگین نمره درد در گروه آزمون از ۲۶۳/۲ به ۷۹/۹ و در گروه شاهد از ۷۰/۱ به ۶۳ تغییر یافته و در حیطه عملکرد اجتماعی در گروه آزمون از ۱۰۳/۱ به ۱۲۳/۶ و در گروه شاهد از ۱۰۶/۳ به ۱۰۵/۴ تغییر داشته است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که تغییر در حیطه عملکرد جسمی در اثر آموزش متأثر از درک فرد از توانایی های خود در جهت ادامه عملکرد و انجام فعالیت های روزمره و کسب استقلال می باشد. در مطالعه Ilen و همکاران نیز مشخص شد که تغییر در حیطه عملکرد اجتماعی به علت ایجاد انگیزه برای رفتارهای سازگارانه، حمایت اجتماعی و خود ارزشی است (۱۴). که با توجه به همکاری و استقبال واحدهای مورد پژوهش در طی تحقیق این نتیجه دور از ذهن نیست. اگر چه در حیطه «محدودیت در ایفای نقش» بهبودی مشاهده گردید اما به لحاظ آماری اختلاف معنی داری بین نتایج قبل و پس از آزمون مشاهده نشد که این موضوع می تواند به بسیاری عوامل نظیر تغییرات فیزیولوژیک ناشی از افزایش سن مرتبط باشد و طبیعتاً فرد به مرور زمان قادر به ادامه کلیه نقش ها و وظایف همیشگی خود نیست. در این مطالعه در حیطه «درد» اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه آزمون و شاهد مشاهده شدکه مشابه نتایج تحقیق Briggs و همکاران می باشد، در مطالعه آنها نیز کاهش درد به وسیله آموزش، مشابه تأثیر مصرف داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی در بیماران مبتلا به استئوارتریت و روماتوئید آرتریت بود (۱۵). از طرفی با آموختن شیوه بهتر مراقبت از خود می توان به موثرتری به مقابله با درد پرداخت.

طبق نتایج این مطالعه در حیطه های «وضعیت روانی عمومی» و «محدودیت در ایفای نقش به علت وضعیت روحی» نیز در دو گروه تفاوت آماری

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.1.9.1]

معنی دار مشاهده گردید، این موضوع به این دلیل می باشد که افراد تحت مطالعه با فراگیری هر چه بیشتر نکات مهم پیرامون بیماری و مراقبت از خود و کسب استقلال بیشتر از حس اعتماد به نفس بیشتری برخودار شده و وضعیت روحی مناسب تری را کسب نمودند و حس توانایی و قدرت مقابله در آن ها تقویت گردید. در این رابطه Molassiotis و همکاران اظهار داشته اند که دریافت حمایت، نگرش مثبت نسبت به بیماری، برخورداری از اعتماد به نفس و کنترل درونی بر سلامتی از نکات مهم مؤثر بر کیفیت زندگی است (۱۶). در حیطه های «انرژی زیستی» و «درک از سلامتی» نیز در دو گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی داری دیده شد که در ارتباط با کسب آگاهی بیمار از توانایی ها و استراتژیهای مطلوب تر مراقبت از خود بود. با توجه به این نتایج مقایسه میانگین تغییرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمون و شاهد نیز دارای اختلاف معنی دار بود. بین سن، طول مدت ابتلاء به استئوارتریت و سایر بیماری ها با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت، بطوری که با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش یافته بود. در این رابطه با توجه به اظهارات Sorushan و همکاران افزایش سن توأم با تغییرات بیوشیمیایی غضروف و مشکلات بیشتری همراه است (۱۷). افزایش سن می تواند توأم با کاهش و نقصان احتمالی در بسیاری از عملکردها و فعالیت های عادی روزمره باشد و احتمال ابتلاء به برخی بیماری های مزمن را افزایش دهد که همین امر می تواند توجیهی برای کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سن در این مطالعه باشد. بین طول مدت ابتلاء به استئوارتریت با کیفیت زندگی نیز ارتباط معنی دار و غیر همسو وجود داشت ($r=-۰/۲۱$، $p<۰/۰۵$) یعنی با افزایش طول مدت ابتلا، کیفیت زندگی کاهش یافت. این مسأله می تواند به این دلیل باشد که با افزایش طول مدت ابتلا به بیماری، عوارض و علایم شدیدتر بوده و همین مسأله کیفیت زندگی را بیشتر متأثر می سازد. بین طول مدت ابتلاء به سایر بیماری ها و کیفیت زندگی در هر دو گروه ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی افزایش یافت. بنابراین افزایش سطح تحصیلات و کسب آگاهی و دانش، حضور هر چه بیشتر در جامعه و کسب اطلاعات، احتمالاً عاملی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی در این مطالعه بوده است.

با افزایش سطح درآمد در دو گروه کیفیت زندگی کاهش یافت که اظهارات Harrison و همکاران نیز مؤید این موضوع بود که برای یک درجه از شدت آسیب شناختی، آنهایی که در رفاه زندگی می کنند بیش از سایرین احتمال علامت دار شدن بیماری را دارند (۱۸). شیوه زندگی در افراد مرفه گاهی منجر به بروز رفتارهای بهداشتی غلط شده که این مسئله کیفیت زندگی را متاثر خواهد ساخت. بین جنس، وضعیت تأهل، شغل و عضو درگیر با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد که این مسأله احتمالا بعلت کم بودن حجم نمونه بود.

نتایج مطالعه نشان داد که آموزش خود مراقبتی در بکارگیری استراتژی های تطابقی و افزایش انگیزه بیماران مبتلا به استئوارتریت در جهت ادامه درمان، انجام رفتارهای بهداشتی نظیر کنترل وزن، نحوه و میزان فعالیت، تغذیه و ... سودمند است. ضمن اینکه بررسی کیفیت زندگی و ارائه نتایج آن به عنوان یکی از بهترین ابزارها جهت تصمیم گیریهای بالینی، بر اساس خصوصیات تک تک بیماران می تواند مورد استفاده قرار گیرد. همچنین این مطالعه به اهمیت نقش پرستاران در مقاطع مختلف مدیریتی، اجرایی و مراقبتی اشاره نموده و گامی در جهت ایجاد مراکز مشاوره های – آموزشی در این زمینه خواهد بود.

در نهایت کادر بهداشتی درمانی قادر خواهند بود که توجه بیشتری به نقش پیشگیری و کنترل بیماری های مزمن نموده و به نقش حمایتی و مؤثر آنها در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران پیش از بیش تأکید نمایند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مسئولین محترم کتابخانه، واحد سمعی بصری دانشکده پرستاری حضرت فاطمه (س) شیراز، مسئولین و همکاران در مراکز توانبخشی بیمارستان های نمازی – حافظ – چمران شیراز و همچنین از آقای دکتر غلامحسین شاهچراغی، خانم نازنین غدیری نژاد و از کلیه بیمارانی که با تمامی مشکلات مشتاقانه همکاری نموده اند، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.1.9.1]

The Impact of Self Care Education on Quality of Life of Those Clients Suffering from Osteoarthritis in Rehabilitation Centers of Shiraz University of Medical Science (Iran)

Z. Keshtkaran (MS) [1*], F. Ghodsbin (MS)[1], S. Solouki (MD)[2], M. Razeghi (PhD)[3], N. Zare (PhD)[4]

1. Nursing Department, Shiraz Univesity of Medical Sciences, Shiraz, Iran
2. Orthopedics Department, Shiraz Univesity of Medical Sciences, Shiraz, Iran
3. Rehabilitation College, Shiraz Univesity of Medical Sciences, Shiraz, Iran
4. Biostatistics Department, Shiraz Univesity of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Received: Aug 31st 2009, Revised: Sep 30th 2009, Accepted: Dec 9th 2009.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Chronic diseases such as ostreoarthritis by the reason of successive progressing are frequently disabling and effect on quality of life of patients. The aim of this study was to assign the impact of self care education on quality of life of those clients suffering from ostreoarthritis in rehabilitation centers of Shiraz University of Medical Science.

METHODS: This pseudo research was done on 110 patients suffering from osteoarthritis by easy sampling and random counting in two multitudes of case and control (55 patients in each group). A medias including 36 short choices questionnaires includes 8 domains and scoring between 0-100 which are completed for both groups in two steps. Case group in time distance between two levels of measuring quality of life received principled education via face to face and educational notebook. Ultimately, alterations in the quality of life in two groups were evaluated and compared.

FINDINGS: In both groups of case and control, among 110 patients that have been under study, 101 women, with average age of 56±7.2 who were illiterate and under educated, married, housewife and with average income had their both knee joints involved and the difference was not significant between two groups. There was a meaningful relationship between age, affection period and amount of incoming with the quality of life (p=0.01) so that by increasing age and the affection period of osteoarthritis and amount of incoming, the quality of life has been decreased and by increasing the level of education, the quality of life has been increased. The average change of the quality of life was 280.4±87.5 in case group and 52.8±11.2 in control group that showed a statistical meaningful difference (p=0.001).

CONCLUSION: According to the results of the study and positive impact of self care education on quality of life of those clients suffering from osteoarthritis, the method of modifying and conformity toward the disease can be provided effectively and play a significant role in recovering the quality of life of the patient and the health level of society.

KEY WORDS: *Self care education, Quality of life, Osteoarthritis.*

[*] **Corresponding Author;**
Address: Nursing Department, Hazrat Zeinab Nursing School of Lorestan, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran
Tel: +98 781 2250335
E-mail: zahra_ keshtkaran @ yahoo. com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.1.9.1]

References

1. Newby NM. Chronic illness and the family life-cycle. J Adv Nurs 1996; 23(4):786-91.
2. Karen G, Frans M, Louis B. Health behavior and health education, theories, research, performance. Translated by: Shafiee F. 1st ed, Ladan Publication 1997; p: 97. (in Persian)
3. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United State. Arthritis Rheum 1998;41(5):778-99.
4. Nolan M, Nolan J. Arthritis and rehabilitation development in the nurse's role. Br J Nurs 1998;7(1): 22-39.
5. Marwick C. Treat arthritis earlier, better. JAMA 1999;281(23):2174.
6. Mccan JM. New choice now available for rheumatoid and osteoarthritis. Drug Topics 1999;143(23):61.
7. Banaee M. Arthritis and principles of rehabilitation, 2nd ed, Mashhad, Ferdosi University Publications 1998; pp: 30-2. (in Persian)
8. Ryan S. Osteoarthritis: symptoms and nursing management. Nurs Times 2001;97(32):34-5.
9. Viven E, Coates S. Education for patients and clients: Routledge essential for nurses, 1st ed, London, New Fetter, Lane 1999; pp: 227-360.
10. Labus J, Lauber A. Patient education and prevention medicine, 1st ed, New Orleans, W.B Saunders Publication 2001; pp: 460-3.
11. Lindroth Y, Bauman A, Brooks PM, Priestley D. A 5 years follow up of a controlled trial of an arthritis education programme. Br J Rheumatol 1995;34(7):647-52.
12. Hill J. Professional development: the diagnosis, assessment and management of complex rheumatic dx. Nursing Times 2002; 98(9):44-9.
13. Ware JE Jr, Sherbourne CD, Davies AR. Developing and testing the MOS 36 item short-form health survey: A general population application. Med Care 1992; 30(6):273-83.
14. Ilen M, Morof L. Chronic illness: impact and interventions, 4th ed, Surbury, Jones Barlet 1998; pp: 207-33.
15. Briggs A, Scott E, Steele K. Impact of osteoarthritis and analgesic treatment on quality of life of elderly population. Ann Pharmacotter 1999;33(11):1154-9.
16. Molassiotis A. A conceptual model of adaptation to illness and quality of life for cancer patients treated with bone marrow transplants. J Adv Nurs 1997;26(3):572-9.
17. Sorushan M. Principles and diagnosis of rheumatoid diseases, 1st ed, Tehran, Asrejadid Publications 1988; pp: 40-6. (in Persian)
18. Harrison T. Diseases of rheumatology and immune system, principles of internal medicine, Translated by Montazeri SM, 15th ed, Tehran, Arjmand Publications 1991; p:356. (in Persian)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.1.9.1]

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.12.1.9.1]