

عوامل تسهیل کننده و ممانعت کننده از ارتقای سلامت در بیماران با

بیماری های مزمن: یک مطالعه کیفی

دکتر نسرين فولادی^۱، دکتر مهوش صلصالی^۲، دکتر فضل الله غفرانی پور^۳

^۱نویسنده مسئول: استادیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل E-mail: foladi_n@yahoo.com

^۲دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران ^۳دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

زمینه و هدف: افزایش روزافزون بار بیماری های مزمن و ناتوانی از درمان قطعی آنها به منظور رفع نیازهای این بیماران از یک طرف و از طرفی هزینه بالای کنترل و اداره این بیماری ها لزوم توجه به ارتقای سلامت در این بیماران را ایجاب می کند. قدم اول برای برنامه ریزی های ارتقای سلامت در این بیماران، بررسی عوامل موثر بر ارتقای سلامت است تا بتوان در برنامه ریزی های کنترل و اداره بیماری های مزمن استفاده کرد.

روش کار: تئوری گراند روش تحقیق قوی برای مطالعه ساختار و فرایندهای اجتماعی می باشد از این روش برای جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات در بیماران مزمن استفاده گردید. مصاحبه های نیمه سازمان یافته برای جمع آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت و با روش مقایسه مداوم آنالیز داده ها انجام شد.

یافته ها: شش مفهوم اصلی به دست آمده از داده ها شامل معنای سلامت، شیوه زندگی، عوامل فردی، اعتقادات معنوی، حمایت و آموزش بودند که بر روند ارتقای سلامت در بیماران موثر بودند.

نتیجه گیری: یافته های تحقیق نشان داد مفاهیم به دست آمده از تحقیق در ارتباط متقابل با یکدیگر بر ارتقای سلامت بیماران مزمن اثر می گذارد. عامل حمایت و آموزش در بین تمامی این عوامل بر عوامل دیگر سایه افکنده و آنها را تحت نفوذ خود قرار می دهند، بنابراین لازم است با تاکید بر نقش این دو عامل در فعالیت های ارتقا دهنده سلامت در بیماران مزمن، افراد را به سمت ارتقای سلامت از طریق افزایش خود اتکالی در کنار ایجاد محیط حمایتی سوق داد.

واژه های کلیدی: بیماری مزمن، ارتقای سطح سلامت.

دریافت: ۸۴/۱/۱۴ اصلاحات نهایی: ۸۴/۸/۱۱ پذیرش: ۸۴/۱۱/۲۳

مقدمه

بار زیادی را بر جامعه تحمیل کرده و میلیون ها انسان مجبور به ادامه زندگی با تمام چالش های همراه با این بیماری تا پایان زندگی خود می باشند.

چالش های موجود در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن همانطور که بانادونا^۱ مطرح می کند شامل پیشگیری و کنترل بحران های پزشکی، کنترل رژیم های درمانی، کنترل علایم و انزوا طلبی ناشی از بیماری می باشد[۳].

بیماری های مزمن بیماری هایی دایمی، ناتوان کننده با پاتولوژی غیرقابل برگشت که درمان آنها غیرمحمول است هستند[۱]. بیماری های مزمن هم اکنون علت ۶۰٪ کل مرگ و میرها در سطح دنیا بوده و ۴۷٪ بار جهانی بیماری ها را به خود اختصاص می دهند. احتمال داده می شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری های مزمن بیش از ۶۰٪ بار جهانی بیماری ها را به خود اختصاص دهند[۲]. آمار نشان می دهد این بیماری ها

^۱ Banadonna

کنند و موجب به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از نمونه ها می شوند در پژوهش استفاده شد [۷]. برای جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش تحقیق گراند تئوری که روش تحقیق قوی و سیستماتیک برای درک و مطالعه ساختارها و فرایندهای اجتماعی می باشد و می تواند واقعیت را به صورتی که روی می دهد نشان دهد استفاده گردید [۸].

۳۵ بیمار مراجعه کننده به مراکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز تحقیقات غدد، ده بیمار دیابتیک، هشت بیمار بعد از انفارکتوس قلبی، هشت بیمار دچار فشار خون بالا و نه بیمار با آنژین صدری مصاحبه های باز و عمیق انجام شد و با روش های دیگر جمع آوری اطلاعات، اطلاعات غنی تر گردید. مصاحبه های نیمه سازمان یافته با راهنمای مصاحبه برای گردآوری داده ها استفاده شد و مصاحبه به صورت باز که هر جلسه مصاحبه بین ۵۰-۳۰ دقیقه طول کشید استفاده شد. مصاحبه ها عموماً در بیش از یک جلسه و در محلی که برای شرکت کنندگان راحت بود انجام گرفت محتوای مصاحبه ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه از روی نوار پیاده شد و به عنوان راهنما برای انجام مصاحبه های بعدی استفاده شد. همچنین از همه شرکت کنندگان خواسته شد صحیح بودن عبارات بیان شده توسط آنها را در طی مصاحبه بعدی مشخص نمایند.

در تحقیق حاضر از شرکت کنندگان خواسته شد موارد دیگری را که به ذهنشان می رسد و در طی مصاحبه اعلام نکرده اند به صورت کتبی یادداشت نموده و در مصاحبه دوم ارائه نمایند. یادداشت های عرصه در طی مصاحبه ها در مطالعه حاضر در مورد عبارات کلیدی و نیز اطلاعات زمینه ای مثل رفتارهای غیرکلامی در طی مصاحبه ثبت و پس از هر مصاحبه محتوای مصاحبه با یادداشت های عرصه تکمیل گردید. قابل ذکر است که از یادآور نویسی در پژوهش برای غنی سازی اطلاعات استفاده گردید و در نهایت

فیتزجرالد^۱ و هاوو^۲ و همکاران مطرح می کنند که بیماران مزمن نیازمند حمایت، مراقبت حفظ عملکرد و همچنین پیشگیری از ناتوانی های بیشتر می باشند، این بیماری ها بر فعالیت های عادی بیماران اثر گذاشته و اگر چه علایم با درمان های پزشکی کاهش می یابند ولی این درمان ها باعث اختلال در الگوی زندگی می گردند [۱، ۴].

با توجه به این مسایل بیماری های مزمن بایستی مورد توجه خاص قرار گرفته و نباید صرفاً بر الگوی پزشکی در مراقبت از این بیماران بسنده کرد [۵]. کومسون^۳ معتقد است که تمرکز درمان در بیماری مزمن بایستی از درمان پزشکی به زندگی معمول فرد هدایت شود و در جهت اعتلای سطح سلامت آنها در حین ابتلا به بیماری جهت دهی شود، برای دستیابی به این هدف ارتقای سلامت در بین بیماران با بیماری مزمن به عنوان استراتژی جهت کنترل هزینه های مراقبتی و افزایش کیفیت زندگی پیشنهاد می شود [۶].

قدم اول برای ارتقای سلامت بیماران مزمن بررسی فرایند اعتلای سلامت و عوامل موثر بر آن در این بیماران می باشد تا مشخص گردد بیماران چه فعالیت هایی را برای ارتقای سلامت خود انجام می دهند؟ و کدام فاکتورها بر ارتقای سلامت بیماران موثر می باشند؟

مطالعات انجام شده قبلی نشان می دهد فرایند اعتلای سلامت و فاکتورهای موثر بر آن در بیماران مزمن قبلاً مورد بررسی قرار نگرفته است در صورتی که با توجه به اهمیت این موضوع در سلامتی افراد و پیشبرد اهداف بهداشت جهانی نیاز به واضح سازی و درک عمیق تر پدیده مورد نظر وجود دارد.

روش کار

با توجه به هدف این مطالعه که درک عوامل موثر بر ارتقای سلامت در بیماران مزمن می باشد از تحقیق کیفی که ابزارهایی را برای بررسی این عوامل ارائه می

¹ Fitzgerald

² Hwu

³ Kuemsun

یافته ها

شش طبقه اصلی از داده ها به دست آمد که هر یک دارای یک تا سه زیر طبقه بودند. این طبقات و زیر طبقات آنها فاکتورهای موثر بر فرایند ارتقای سلامت در بیماران مزمن می باشند.

طبقه اول : معنای سلامت

معنای سلامت با توجه به نتایج شامل نداشتن بیماری محدود کننده جسمی، فقدان استرس و تنش در زندگی روزمره و داشتن توان برقراری ارتباطات معمول با اطرافیان و داشتن ایمان قوی می باشد.

این طبقه دارای سه زیر طبقه سلامت جسمی، سلامت روانی اجتماعی و سلامت روحی می باشد. سلامت جسمی را اکثریت شرکت کنندگان در تحقیق فقدان علایم محدود کننده بالینی می دانستند و از نظر شرکت کنندگان در تحقیق این بعد یکی از ابعاد مهم سلامتی بود و بیشتر شرکت کنندگان به این بعد از سلامتی توجه بیشتری داشتند. بیماران توان انجام فعالیت های روزمره زندگی و ایفای نقش های محوله و داشتن استقلال در انجام امور را نشانه سلامت دانسته و زمانی خود را بیمار به حساب می آوردند که به علت ابتلا به بیماری از نظر جسمی دچار مشکل شوند.

تا زمانی که بیماری باعث ایجاد محدودیت نشده و فرد قادر باشد فعالیت های روزمره را انجام دهد خود را سالم می داند، در غیر اینصورت فرد خود را بیمار محسوب می کند. بنابراین ابتلا به بیماری های مزمن مثل دیابت، فشار خون و غیره تا زمانی که اختلالی در فعالیت های زندگی ایجاد نمایند و محدودیتی را برای فرد فراهم نکنند فرد خود را سالم می داند در غیر این صورت فرد احساس بیماری خواهد کرد.

سلامت روانی اجتماعی زیر رده دیگری از معنای سلامت در بیماران می باشد که تعدادی از شرکت کنندگان، این بعد از سلامتی را نیز در توصیف خود از سلامتی مطرح نموده اند. بیماران توان برقراری ارتباطات مناسب با اطرافیان و فقدان تنش و استرس و وجود آرامش در زندگی روزمره را به عنوان سلامت روانی اجتماعی به حساب می آوردند. بنابر این زمانی

تجزیه و تحلیل داده ها به روش مقایسه مداوم و مطابق روش اشتراوس^۱ و کوربین^۲ انجام گرفت [۹].

هدف از تحلیل داده ها در تئوری گراند کشف متغیرهای اصلی می باشد سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی در این پژوهش استفاده شد. اطلاعات به کدهای مفهومی تبدیل گردید در مرحله کدگذاری محوری داده ها جهت گیری پیدا کرده و براساس الگویی که در بین داده ها آشکار می شد طبقه بندی گردیدند. مقایسه مداوم داده های جدید با داده های قبلی در پژوهش صحت داده ها را تایید و ارزیابی مداوم داده ها و اصلاح آنها، پیش از این که تحقیق به پایان برسد امکان درستی داده ها را افزایش داد [۱۰].

چهار معیار مقبولیت، همسانی، تعیین و انتقال پذیری برای ارزیابی روایی و دقت و پایایی داده های کیفی استفاده شد [۱۱].

در مطالعه حاضر برای افزایش روایی و پایایی داده ها از روش های زیر استفاده گردید. تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده ها و حسن ارتباط با شرکت کنندگان در تحقیق، از تلفیق روش های گردآوری اطلاعات شامل مصاحبه، شرح حال نویسی و یادداشت های عرصه و نیز جمع آوری اطلاعات از شرکت کنندگان و همراهان آنها و نیز استفاده از نظرات تکمیلی همکاران و مرور دست نوشته ها توسط شرکت کنندگان باسواد و نیز از بررسی داده ها توسط سایر محققین برای افزایش مقبولیت یافته ها استفاده گردید. از تلفیق زمانی به صورت بررسی در زمان های مداوم که شامل افزایش دفعات مصاحبه بود استفاده گردید. متن برخی از مصاحبه ها، کدها و طبقات استخراج شده علاوه بر اساتید راهنما و مشاور به پژوهشگرانی که ارتباطی با پژوهش نداشته و به منزله ناظر خارجی بودند ارایه شد و از آنها خواسته شد تا صحت فرآیند کدگذاری را بررسی نمایند جنبه های اخلاقی باکسب رضایت آگاهانه رعایت شد.

¹ Strauss

²Corbin

زندگی خود می نمودند. عوامل فوق در صورت مساعد بودن می توانستند به صورت عوامل پیش برنده عمل کرده و باعث ایجاد تغییرات مطلوب در شیوه زندگی شده و در صورت عملکرد نامطلوب می توانستند به عنوان عوامل مداخله گر اثر کرده و از ایجاد تغییرات مطلوب در شیوه زندگی بیماران ممانعت نمایند.

اظهارات بیماران همچنین نشان داد که تقریباً در اکثر بیماران کنترل اطرافیان به عنوان عامل کلیدی برای تغییر شیوه زندگی بیماران در ابعاد مختلف عمل می کنند.

بنابراین کنترل بیماران از طرف افراد خانواده عامل موثر دیگر بر تغییر شیوه زندگی بیماران بود و توانسته بود بیماران را به سمت ایجاد تغییرات در شیوه زندگی سوق دهد. اعتقادات فرهنگی عامل دیگر موثر بر تغییر شیوه زندگی بود.

طبقه سوم: عوامل فردی

عوامل فردی در این مطالعه شامل مشخصه های فردی بیماران شامل عقاید بیماران در باره توانایی آنها در ایجاد و پیوستگی به تغییرات شیوه زندگی و نیز نحوه مقابله آنها با فشارهای ناشی از بیماری می باشد. عوامل فردی شامل دو زیر طبقه مکانیسم های سازگاری و خودکار آمدی است.

مکانیسم های سازگاری از عناصر مهم مقابله با فشارهای ناشی از بیماری در بیماران مزمن می باشد. اظهارات بیماران نشان داد اکثر مکانیسم های سازگاری به کار گرفته شده توسط بیماران در این تحقیق احساسی محور می باشد. مکانیسم های سازگاری که بیماران اکثراً برای کنترل استرس خود بکار می بردند شامل ارتباط با دوستان و فامیل جهت کسب حمایت عاطفی، مشغول کردن خود با امور فرعی، انحراف فکر و عدم توجه به مشکل اصلی سلامتی در بیماران و دور شدن از محل زندگی به شکل مسافرت و غیره بود. این مکانیسم ها صرفاً برای مدت محدودی قادر به کنترل استرس بیماران بود و باعث حل شدن مشکل اصلی بیماران نمی گردید.

که فرد به علت بیماری نتواند ارتباطات مطلوب با دیگران برقرار نماید و یا دچار تنش و استرس در زندگی گردد خود را بیمار محسوب خواهد کرد.

سلامت روحی نیز به عنوان بعد دیگر سلامتی از نظر تعدادی از شرکت کنندگان در تحقیق مهم بود و بیماران داشتن ایمان قوی را نشانه سلامت روحی در نظر می گرفتند.

طبقه دوم: شیوه زندگی

شیوه زندگی در این تحقیق با توجه به نتایج عبارت است از رفتارهایی که افراد در زمینه تغذیه، فعالیت فیزیکی، کنترل استرس و مراجعه به تیم پزشکی و رژیم دارویی برای کسب تعادل از دست رفته دارند.

شیوه زندگی عامل مستقیم تاثیر گذار بر ارتقای سطح سلامت بیماران می باشد. اظهارات بیماران قویاً از این موضوع حمایت می کند که شیوه زندگی عامل اصلی و حلقه مهم در فرایند ارتقای سلامت بیماران می باشد. بیماران که شیوه زندگی مطلوب و سالمی را بعد از ابتلا به بیماری در پیش گرفته اند توانسته اند به سطح سلامتی بالاتری رسیده و در مقابل بیماران با داشتن شیوه زندگی نامطلوب با افت سطح سلامتی روبرو شده اند.

اکثر شرکت کنندگان به دنبال ابتلا به بیماری و احساس آسیب پذیری ناشی از بیماری که خود را در معرض خطر می دیدند، شیوه زندگی خود را برای ارتقای سطح سلامتشان و برای کاهش خطر احساس شده، در ابعاد مختلف مثل تغذیه، فعالیت فیزیکی، مراجعه به تیم پزشکی و رژیم دارویی تغییر می دادند. طبق اظهارات شرکت کنندگان در تحقیق، بیماران تحت تاثیر عوامل مختلف اقدام به تغییر شیوه زندگی خویش می کردند.

سطح آگاهی بیماران از علت و ماهیت بیماری، شرایط اقتصادی بیماران و بیماری های زمینه ای دیگری که بیماران علاوه بر بیماری حاضر به آن مبتلا بودند همچنین اعتقادات فرهنگی، عوامل بین فردی و مرحله بیماری از عوامل موثر بر شیوه زندگی بیماران بود و بیماران تحت تاثیر این عوامل اقدام به تغییر شیوه

انفعالی در بیماران می شد و این مسئله ضمن افزایش افسردگی در بیماران و کاهش سلامت روانی بیماران، پیوستگی بیماران به رژیم درمانی را کاهش داده و در نتیجه منجر به افت سطح سلامتی بیماران می گردید.

طبقه پنجم: حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی شامل دریافت عشق و علاقه و مورد احترام بودن و دریافت کمک های مادی و رفع نیازهای جسمی و کسب اطلاعات از سوی خانواده، دوستان و تیم درمانی می باشد. این طبقه دارای زیر طبقات حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی می باشد.

یافته ها نشان داد که حمایت اجتماعی از اساسی ترین عوامل موثر در ارتقای سطح سلامت بیماران مزمن بود و می تواند طبقات دیگر حاصل از تحقیق را تحت تاثیر خود قرار دهد. داده های تحقیق حاضر نشان داد که بیماران سه نوع از حمایت اجتماعی شامل حمایت عاطفی، حمایت ابزاری و اطلاعاتی را از منابع مختلف دریافت می کنند.

حجم زیادی از داده ها نشان داد که بیماران حمایت عاطفی را بیشتر از طریق اعضای خانواده و دوستان دریافت می دارند. تامین این بعد از حمایت از یک سو اثر آرام بخشی در بیماران داشته و باعث کاهش استرس و اضطراب بیماران شده و در نتیجه منجر به ایجاد احساس سلامتی در بعد روحی و روانی در بیماران می گشت، همچنین تمایل بیماران را به ادامه رژیم درمانی افزایش داده و موجب پیوستگی بیشتر بیماران به رژیم درمانی و شیوه زندگی متناسب با بیماری را فراهم می نمود.

حمایت ابزاری به شکل تامین نیازهای مادی و درمانی بیماران و مراقبت از آنها و در صورت لزوم بعد دیگری بود که اکثر شرکت کنندگان در تحقیق حاضر خانواده و اساسا سیستم های اجتماعی جامعه را مسئول اصلی تامین آن مطرح نموده اند. سازمان های بیمه گر و انجمن های حمایت کننده از بیماران و کارکرد مطلوب آنها از عوامل اصلی تامین کننده این نوع از حمایت در حوزه اجتماعی بودند.

در تعداد کمی از شرکت کنندگان نیز استفاده از مکانیسم های سازگاری مشکل محور مشاهده می شد، میزان آگاهی بیماران تاثیر بالایی در نوع مکانیسم های به کار گرفته شده توسط آنها داشت.

حجم بالایی از یافته های تحقیق حاضر حاکی از این بود که عقاید خودکارآمدی افراد در مورد توانایی آنها به ایجاد و حفظ تغییرات مطلوب در شیوه زندگی در دو بخش عوامل افزایش دهنده و عوامل کاهش دهنده خودکارآمدی بر فرایند ارتقای سلامت بیماران تاثیر داشت.

تجربه موفق قبلی بیماران از حل مشکلات زندگی، اثرات فیزیولوژیک نتیجه گرفته شده از رعایت رژیم درمانی باعث افزایش خودکارآمدی بیماران شده بود و پیوستگی آنها را به تغییرات شیوه زندگی افزایش داد و در مقابل ابتلا به عوارض و علایم و عدم توان بیماران در کنترل این علائم از عواملی بود که باعث کاهش خودکارآمدی بیماران می گردید.

طبقه چهارم: اعتقادات معنوی

اعتقادات معنوی با توجه به نتایج عبارت از احساس وابستگی به یک نیروی غیبی و قدرتمند و نیز شامل اعتقادات مذهبی بیماران می باشد.

حجم قابل توجهی از یافته های پژوهش بر این مطلب دلالت داشت که اعتقادات معنوی مثبت و منفی بر ارتقای سطح سلامت بیماران موثر بود. یافته ها نشان داد اعتقادات معنوی مثبت از یک سو ضمن تسهیل مواجهه بیماران با اثرات روانی منفی بیماری مزمن باعث کاهش افسردگی بیماران و افزایش رضایت آنها از زندگی شده و باعث احساس سلامتی بیماران در بعد روانی بیماری می گشت، از سوی دیگر داشتن اعتقادات معنوی مثبت با ایجاد احساس هدفمندی امور در بیماران پیوستگی آنها را به رژیم درمانی و شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت افزایش داده و به این ترتیب باعث افزایش سطح سلامت بیماران می گشت.

اعتقادات معنوی منفی در بیماران که می تواند از همان ابتدای بیماری وجود داشته یا به علت طولانی شدن مدت بیماری ایجاد شود باعث ایجاد واکنش

به نیازهای فردی بیماران و اهمیت ندادن به نظرات و تجارب بیماران در آموزش و روند یک طرفه جریان آموزش را به عنوان مشکلات موجود در آموزش توسط پرسنل حرفه ای مطرح کردند، که وجود این عوامل توانسته بود باعث نقص فرایند آموزش توسط پرسنل حرفه ای شده و بر ارتقای سلامت آنها تاثیر بگذارد.

بحث

یافته های این تحقیق در بردارنده شش مقوله اصلی معنای سلامت، شیوه زندگی، حمایت اجتماعی، آموزش، اعتقادات معنوی و عوامل فردی است که این عوامل در ارتباط متقابل با یکدیگر بر ارتقای سلامت بیماران مزمن اثر می گذارند.

نتایج نشان می دهد که توصیف بیماران از سلامتی تاثیر زیادی بر ایجاد احساس آسیب پذیری به علت بیماری و نیز نوع رفتارهای به کار گرفته شده و پذیرش رژیم درمانی توسط بیماران برای کسب تعادل از دست رفته دارد.

یافته های این مطالعه در این زمینه مطابق با مطالعات پولن^۱ و مهسنه^۲ می باشد که مطرح می کنند تعریف افراد از سلامتی قویاً بر رفتارهای ارتقای دهنده سلامت توسط بیماران اثر می گذارد [۱۲، ۱۳].

به نظر مولف نتایج نشان داد که شیوه زندگی تاثیر مهم و مرکزی در ارتقای سلامت بیماران مزمن دارد و تاثیر متغیرهای عمده دیگر حاصل تحقیق بر ارتقای سلامت بیماران از طریق تاثیر این عوامل بر ثبات تغییرات ایجاد شده در شیوه زندگی بیماران می باشد، بنابراین برای افزایش سطح سلامتی بیماران لازم است متغیرهای موثر بر ایجاد و ثبات تغییرات در شیوه زندگی را در برنامه های ارتقای سلامت بیماران مورد توجه جدی قرار داده و سعی کرد با رفع موانع موجود در راه ایجاد و ثبات تغییرات، زمینه را برای ایجاد تغییرات مطلوب و نسبتاً دایمی در شیوه زندگی بیماران

عدم وجود سازمان ها یا انجمن های کمک کننده و یا عدم کفایت کافی آنها در تامین حمایت مالی و نیز کارآمد نبودن سازمان های بیمه گر و عدم امکان دسترسی آسان به تیم درمانی مواردی بودند که از نظر اکثر شرکت کنندگان به عنوان موانع حمایت ابزاری از سوی سیستم های جامعه مطرح شده اند.

حمایت اطلاعاتی طبقه دیگر به دست آمده از داده های تحقیق بود و کسب این نوع از حمایت از سوی اعضای کلیدی بیمار که می تواند شامل اعضای خانواده یا دوستان باشد یا از طریق تیم درمانی، در ارتقای سطح سلامت بیماران نقش مهمی داشته باشد.

طبقه ششم: آموزش

آموزش در این مطالعه شامل تمامی اطلاعات دریافت شده در مورد بیماری و کنترل آن توسط بیمار بود که وی از طریق تیم درمانی به طور رسمی و یا به صورت غیر رسمی از سوی اطرافیان دریافت می کرد.

بررسی مفاهیم و متغیرهای به دست آمده از تحقیق نشان داد آموزش بیمار یکی از عوامل موثر بر ارتقای سطح سلامت بیماران می باشد. آموزش مناسب در کنار محیط حمایتی قادر خواهد بود با افزایش سطح آگاهی بیماران در مورد نحوه کنترل بیماری و عوارض آن و چگونگی برخورد با نیازهای روزمره زندگی و ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب در شیوه زندگی منجر به اعتلای سطح سلامت بیماران شود.

بیماران آگاهی لازم برای کنترل بیماری و عوارض آن را در طی زندگی روزمره خود از منابع مختلف کسب می کردند که این منابع شامل پرسنل حرفه ای، اعضای خانواده، دوستان، بیماران دیگر و بعضاً رسانه های گروهی می بودند.

حجم زیادی از آگاهی بیماران از طریق افراد غیرحرفه ای مثل فامیل و دوستان تامین شده و نقش پرسنل حرفه ای در این زمینه کم رنگ تر بود.

بیماران عواملی چون نحوه آموزش، میزان اطلاعات ارایه شده در زمان آموزش، آموزش کلیشه ای و محتوای یکسان آموزش برای تمام بیماران بدون توجه

¹ Pullen

² Mahasneh

فراهم نمود و از این طریق بیماران را به سمت ارتقای سلامت سوق داد.

نتایج مطالعه نشان داد که خود کارآمدی و مکانیسم های سازگاری به عنوان عوامل موثر بر ایجاد تغییرات در شیوه زندگی بوده و اعتلای سلامت بیماران تحت تاثیر آموزش و حمایت اجتماعی قرار دارند و تاثیر آنها باعث افزایش احساس خودکارآمدی بیماران از طریق افزایش سطح آگاهی بیماران در اثر آموزش و نیز افزایش احساس توانمندی آنها در کنترل بیماری به علت داشتن حمایت اجتماعی می گردد. آگاهی بیماران عامل موثر در استفاده بیماران از مکانیسم های سازگاری اثر بخش برای کنترل بیماری و عوارض آن بود، به طوری که داده های تحقیق نیز حاکی از این است که بیماران با سطح آگاهی زیاد در مورد بیماری بیشتر از مکانیسم های سازگاری مشکل محور استفاده می کردند و این بیماران تمایل به ایجاد تغییرات مناسب در شیوه زندگی خود برای کنترل بیماری را داشتند که با نتایج سایر مطالعات همخوانی دارد [۱۴].

مطالعه بر روی بیماران دیابتیک توسط پینار^۱ و همکاران نشان داد عواملی مثل صمیمیت بین اعضای خانواده، وجود یا عدم وجود تضاد در خانواده و نیز شرایط عاطفی موجود در خانواده بر خودکارآمدی بیماران تاثیر داشته و می تواند باعث افزایش خودکارآمدی و وجود استرس در خانواده باعث کاهش خودکارآمدی بیماران گردد [۱۶].

نتایج مطالعه حاضر مطابق با مطالعه انجام شده توسط پینار و همکاران نشان داد نه تنها تضاد در خانواده بر خودکارآمدی بیماران تاثیر منفی دارد بلکه علاوه بر این بیماران در خانواده هایی که تضاد در آن حاکم می باشد حمایت روحی و عاطفی کمتری نیز دریافت کرده و بنابراین تمایل خود را به ادامه تغییرات در شیوه زندگی از دست می دهند.

توجه به یافته های تحقیق حاضر نشان می دهد که بیماران در مطالعه حاضر بیشتر از مکانیسم های

سازگاری احساسی محور استفاده کرده اند که دارای اثرات مقطعی بوده و نمی تواند در بلند مدت افراد را به سمت ارتقای سلامت هدایت نماید، بنابراین با توجه به نتایج تحقیق و نیز تحقیقات انجام شده توسط دیگران که نشان دهنده تاثیر بالای عقاید خودکارآمدی و نوع مکانیسم های سازگاری به کار رفته توسط ایشان در کنترل فشارهای فیزیولوژیک و روانی اجتماعی ناشی از بیماری می باشد و می تواند زمینه را برای ارتقای سلامت بیماران افزایش دهد. تحقیق انجام شده توسط اندلر^۲ و همکاران نیز حاکی از به کارگیری مکانیسم های سازگاری توسط بیماران مزمن می باشد [۱۷]. لازم است در برنامه های ارتقای سلامت بیماران به این دو عامل توجه کرده و موجبات افزایش خودکارآمدی بیماران را از طریق آموزش و حمایت فراهم نمود و بتوان باعث افزایش تسلط بیماران بر اوضاع و کسب تعادل از دست رفته در بیماران گردید که نتیجه آن نیز ارتقای سلامت می باشد.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که اعتقادات مذهبی در شرکت کنندگان از یک سو اثر حمایتی داشته و به شکل نوعی مکانیسم سازگاری احساسی باعث کاهش سطح استرس در بیماران می گردد، ولی یافته ای که در این مطالعه وجود داشته و متفاوت از نتایج مطالعه انجام شده توسط راول^۳ و همکاران در مورد ارتباط بین روحانیت و توانایی سازگاری با بیماری می باشد این است که با توجه به شرایط فرهنگی اجتماعی خاص ایران اعتقادات مذهبی و روحی علاوه بر تاثیر بر سازگاری بیماران با بیماری، در تغییر شیوه زندگی و پیوستگی به این تغییرات نقش مهمی را ایفا می نماید [۱۸].

حمایت اجتماعی به عنوان یکی از متغیرهای عمده به دست آمده در تحقیق بود که از طرف خانواده، دوستان، تیم درمانی و سازمان های اجتماعی می تواند تامین شود و با تامین حمایت روحی، ابزاری و اطلاعاتی مناسب می تواند موانع موجود بر سر راه ثبات تغییرات

^۲ Endler

^۳ Rowe

^۱ Pinar

درمانی توجیه نماید. سوم اینکه در جامعه ما سیستم های پیگیری و کنترل بیماران وجود ندارد که همین مسئله نیز بر پیوستگی بیماران بر رژیم درمانی و در نهایت سطح سلامت بیماران اثر می گذارد.

بنابراین بیشترین میزان بار بیماری در کشور ما بر دوش خانواده و اطرافیان می باشد که با طولانی شدن مدت بیماری بیماران این منبع حمایتی را نیز از دست می دهند که همین مسئله می تواند بر اعتلای سلامت بیماران تاثیر مهمی بگذارد.

یافته های این مطالعه در توافق با مطالعه نورتون^۴ بوده و نشان می دهد که آموزش قادر است زمینه را برای اداره بیماری توسط خود بیماران فراهم کرده و باعث کنترل مناسب بیماری و کاهش عوارض و دوره های عود بیماری گردد [۲۰].

به نظر مولف آموزش مطلوب قادر است ضمن افزایش آگاهی بیماران موجب افزایش خودکارآمدی و استفاده هر چه بیشتر بیماران از مکانیسم های سازگاری مشکل محور را افزایش داده و به این ترتیب زمینه را برای ایجاد و ثبات تغییرات در شیوه زندگی و در نتیجه اعتلای سلامت بیماران فراهم نماید. بررسی یافته ها حاکی از وجود مشکلاتی در روند آموزش بیماران می باشد و نشان می دهد که برای اعتلای سلامت بیماران مزمن لازم است رویکرد آموزشی کارکنان بهداشتی درمانی به طور کامل تغییر یابد تا بتواند نقش اصلی خود را در فرایند اعتلای سلامت بیماران مزمن ایفا نماید.

آموزش می تواند زمینه را برای ایجاد مهارت در انواع بیماری های مزمن فراهم نموده و باعث کاهش هزینه ها و کاهش میزان استفاده از خدمات مراقبتی شود.

نتیجه گیری

در یک جمع بندی کلی با توجه به نتایج می توان این طور بیان کرد که معمولا حرفه های بهداشتی اعتلای سلامت را به یک موضوع ساده محدود می کنند و آن این است که اگر بیماران به آنچه آنها می گویند عمل

در شیوه زندگی را برداشته و باعث افزایش پیوستگی بیماران به تغییرات شیوه زندگی و رژیم درمانی شده و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد.

مطالعه اسپیک^۱ و همتون^۲ و همکاران اشاره بر این دارد که حمایت اجتماعی عامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران، وابستگی به تغییرات شیوه زندگی و اعتلای سطح سلامت بیماران مزمن می باشد [۱۵، ۱۹].

کومبی^۳ و همکاران بیان می کنند که تمرکز بر خود کنترلی بیمار در بیماری های مزمن اساس مدل مراقبت از این بیماران می باشد و هدایت بیماران از طریق آموزش و حمایت به سمت خود محوری می تواند کنترل این بیماری ها را بهبود بخشیده و باعث کاهش هزینه های مراقبتی شود [۲].

یکی از یافته های مهم مطالعه حاضر در رابطه با حمایت اجتماعی این است که بیماران به اهمیت دریافت حمایت مادی از سوی سازمان های اجتماعی اشاره نموده و حتی بیشتر از اعضای خانواده و اطرافیان وظیفه این سازمان ها دانسته اند که در زمان بیماری حمایت ابزاری از آنها به عمل آورند. ناکفایتی این سازمان ها در حمایت از بیماران به عنوان یکی از عوامل عدم استمرار در رژیم درمانی مطرح شده است. بررسی دلایل این مسئله روشنگر وجود مشکلات زیر در سطح جامعه در ارتباط با حمایت از بیماران می باشد. اول اینکه با توجه به شرایط اجتماعی جامعه ایران تمام افراد جامعه تحت پوشش سازمان های بیمه گر نبوده لذا ابتلا به بیماری مزمن بار مالی زیادی را بر بیمار و خانواده وی تحمیل می کند که در بلند مدت می تواند از پیوستگی بیمار به رژیم درمانی جلوگیری نماید. دوم اینکه سازمان های بیمه گر نیز به حد کافی قادر نیستند نیاز بیماران را برطرف نمایند و خدمات کافی به بیمه شدگان خود ارائه نمی نمایند و همچنین افراد تحت پوشش خدمات بیمه نیز تنها می توانند از بعضی مراکز درمانی و نه همه آنها خدمات دریافت نمایند که همین مسئله نیز می تواند عدم پیوستگی آنها را به رژیم

¹ Speck

² Hampton

³ Cumbie

⁴ Norton

یافته های این مطالعه همچنین توانست باعث روشنتری در مورد علل عدم موفقیت برنامه های مراقبتی توسط حرفه های بهداشتی گردد. نتایج مطالعه نشان داد اعتلای سلامت بیماران تحت تاثیر عوامل متعدد قرار می گیرد و برای ضمانت موفقیت برنامه های مراقبتی لازم است این عوامل به طور کامل در برنامه ریزی های مراقبتی مورد توجه قرار گیرد.

کنند، به سطح سلامت بالاتری خواهند رسید، عمر بیشتر و احساس سلامتی بیشتری خواهند یافت. در صورتی که یافته های مطالعه نشان داد که اعتلای سلامت برای بیماران یک مسئله پیچیده بوده و تحت تاثیر عوامل زیادی قرار می گیرد، بنابراین نتایج این تحقیق به حرفه های بهداشتی در ایجاد زمینه ای که بیماران بتوانند به نحو مناسبی در آن کنترل شوند کمک خواهد کرد.

References

- 1- Fitzgerald MJ. Coping with chronic illness. Philadelphia: Davis, 2000: 201-4.
- 2-Cumbie SA, Conley VMC, Burman ME. Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *Advances in Nursing Science. Nursing Care Management*. 2004, 27(1):70-80.
- 3-Bonadonna R. Meditation's impact on chronic illness. *Holistic Nursing Practice* 2003, 17(6):309-19.
- 4-Hwu YJ, coates VE, Boore JRP. The health behaviors of Chinese people with chronic illness. *International Journal of Nursing Studies*. 2001, 38: 629-41.
- 5-Coates V, Boore J. Self-management of chronic illness: implications for nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 1995, 37(6): 628-40.
- 6 -Kuemsun H, Pyoungsook L, Sookja L, Eunsook P. "Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea." *Journal of Nursing Scholarship Indianapolis*. 2003, 35(2): 139-44.
- 7-Rich M, Ginsburg KR. The reason and rhyme of qualitative research: why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health*. 1999, 25: 371-78.
- 8-Polit Df, Hungler Bp. *Nursing Research*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 2001.
- 9-Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research*. 2nd ed. London: Sage Pub, 1998: 315.
- 10-Morse J, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spires J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. 2001. Available from: www.U.Alberata.ca/ijqm.
- 11- Streubert H J, Carpenter D R. *Qualitative research in nursing*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 2003, 340-55.
- 12-Pullen C, Walker S N, Fiandt K. Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family and Community Health*. 2001, 24(2): 49-72.
- 13-Mahasneh S M. Health perceptions and health behaviors of poor urban Jordanian women. *Journal of Advanced Nursing*. 2001, 36 (1): 58-68.
- 14-Pat R, Mapp DJ. Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition of general and regimen- specific efficacy. *International Journal of Nursing Practice*. 1999, 5 (4): 209.
- 15-Speck B J, Harrell J S. Maintaining regular physical activity in women: evidence to date. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003 18(4):282-93.
- 16- Pinar R, Arslanoglu I, Isgüven P, Cizmeci F , Gunoz H . Self-efficacy and its interrelation with family environment and metabolic control in Turkish adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*. 2003, 4 (4): 168-73.
- 17-Endler N S , Kocovski N L, macrodemitris S D. Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30: 617-25.
- 18-Rowe M, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness, *American journal of Health Studies*. 2004, 19 :62-8.
- 19-Hampton N Z .Disability status, perceived health, social support, self-efficacy, and quality of life among people with spinal cord injury in the People's Republic of China. *International journal of Rehabilitation Research*. 2001, 24(1): 69-71.
- 20-Norton L. Health promotion and health education: what role should the nurse adopt in practice?. *J of advanced nursing*. 1998 (28): 1269-75.