

ارتباط آگاهی، نگرش و رفتارهای خودمدیریتی مبتلایان به آسم با کنترل بیماری آسم

سید سعید مظلومی،^۱ اشرف عباسی مقدم نیاسر،^۲ محمدعلی صبا،^۳ محمدعلی مروتی،^۱ حسین فلاحزاده^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۱۰/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۱۱/۲۶

۱. دانشیار آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت

۲. کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت

۳. استادیار بیماری‌های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

چکیده

زمینه و هدف: میزان شیوع بیماری آسم در ایران در کل جمعیت حدود ۵/۵ درصد برآورد گردید. از عوامل مؤثر در کنترل علائم، خودمدیریتی همیشگی توسط خود بیمار می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی عوامل تأثیرگذار در رفتارهای خودمدیریتی و کنترل بیماری آسم است.

مواد و روش کار: این مطالعه مقطعی تحلیلی بر روی ۱۰۲ نفر از بیماران مبتلا به آسم شهر کاشان انجام شد. نمونه‌گیری به روش آسان و ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌هایی مشتمل بر متغیرهای آگاهی، نگرش، رفتارهای خودمدیریتی و تست کنترل آسم بود. پایایی و روایی پرسشنامه مورد سنجش و تأیید قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری ANOVA، رگرسیون و همبستگی انجام شد.

یافته‌ها: آزمون‌های به‌طور متوسط ۸۷/۴۶ درصد نمره قابل اکتساب از آگاهی و ۸۲/۲ درصد از نمره نگرش را به‌دست آوردند و با به‌دست آوردن ۵۷/۷۲ درصد از حداکثر نمره رفتارهای خودمدیریتی در سطح متوسط قرار گرفتند، نمره کنترل بیماری آسم به‌دست آمده توسط بیماران ۴۰/۲۸ می‌باشد که در گروه بیماران آسمی ضعیف کنترل شده می‌باشند. همبستگی مثبت و معنی‌داری بین رفتار خودمدیریتی و آگاهی و نگرش و هم‌چنین بین رفتار خودمدیریتی و کنترل آسم مشاهده شده و بین آگاهی و کنترل آسم رابطه منفی مشاهده گردید.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که هر چه عوامل نگرش و رفتارهای خودمدیریتی بیمار قویتر باشد وضعیت کنترل آسم در آن‌ها بهتر خواهد بود. درمورد ارتباط منفی بین آگاهی و کنترل بیماری آسم مطالعات بیشتری باید با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی جامعه انجام شود. [م ت ع پ ز، ۱۳۹۱؛ ۱(۱): ۵۵-۴۹]

کلیدواژه‌ها: آگاهی، نگرش، رفتار خودمدیریتی، آسم

مقدمه

آسم نوعی بیماری التهابی مزمن مجاری هوایی است که با تنگی گسترده‌ی مجاری هوایی همراه است و با علائم سرفه، ویزینگ و حمله‌های تنگی نفس مشخص می‌شود. طبق بررسی‌های انجام شده ۵ درصد از کل جمعیت جهان مبتلا به آسم بوده^{۱،۲} و در ایالات متحده آسم ششمین علت بستری شدن در بیمارستان می‌باشد^۳ و هم‌چنین آسم موجب بیش از ۲۷ میلیون بار مراجعه به پزشک و ۶ میلیون روز غیبت از کار در سال در ایالات متحده شده و سالیانه باعث صرف هزینه‌ای به میزان ۱۸ درصد از درآمد خانواده‌های مبتلا به آسم گردیده است.^۴ مرگ و میر ناشی از آسم از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۷، ۳۱ درصد افزایش یافته است.^۵

در گزارش سازمان جهانی آسم که در سال ۲۰۰۳ منتشر شد میزان شیوع بیماری آسم در کل جمعیت ایران حدود ۵/۵ درصد و میزان شیوع آسم در دوران کودکی حدود ۱۰ درصد گزارش شد.^۶ در گزارش دوم کمیته‌ی راهبردی طرح بین‌المللی مطالعه‌ی آسم و آلرژی در سال ۲۰۰۴ شیوع آسم در اطفال ایران ۱۳/۲ درصد برآورد گردید که مؤید افزایش سالانه آن می‌باشد.^۷ درمان آسم نیاز به خودمدیریتی روزانه دارد که در مرتبط با کسب آگاهی ویژه آسم و مهارت‌های مربوط به آن می‌باشد.^۸ خودمدیریتی به هر رفتاری که افراد مبتلا به آسم و اعضای خانواده‌شان جهت کاهش اثر این بیماری مزمن باید انجام دهند اطلاق می‌شود که شامل پذیرش رژیم‌های درمانی، همراه با امور پیچیده شناختی، رفتار خودپایشی و ایجاد ارتباط بین

رژیم‌های درمانی و علائم می‌باشد.^۹ در زمینه خودمدیریتی در آسم نیز مطالعات فراوانی انجام شده که بسیاری از مطالعات عدم تمکین دارویی توسط بیماران و استفاده غلط از دارو را علت اصلی شکست در درمان آسم ذکر کرده‌اند.^{۱۰} برخی مطالعات دیگر نیز به ارتباط عدم تبعیت از مصرف داروهای پیشگیری‌کننده، چگونگی درک افراد از بیماری‌شان و اعتقادات افراد نسبت به داروها پرداخته‌اند.^{۱۱-۱۶} تأکید بر روی مشکل عدم تبعیت دارویی در آسم باعث محو شدن تجربه مدیریت بیماری از چشم‌انداز خود بیمار شده^{۱۷} و اطلاعات کمی در مورد مدیریت بیماری توسط خود بیمار و نیز تلاش هایش جهت کنترل علائم بیماریش در دسترس می‌باشد.^{۱۸}

با توجه به این که شیوع علائم آسم در کودکان شهر کاشان ۱۰ درصد بوده^{۱۹} و علائم ۵۰-۳۰ درصد این کودکان بهبود یافته و علائم آسم در حدود ۷۰ درصد این کودکان تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند،^{۲۰} این مطالعه جهت بررسی فاکتورهای مستعدکننده (آگاهی و نگرش)، که رفتار بهداشتی را تسهیل نموده یا مانع از انجام آن‌ها می‌شوند و در الگوی پرسید یکی از سه طبقه کلی مرحله چهارم آن بوده^{۲۱} و در انجام و تداوم رفتارهای خودمدیریتی در بیماران آسمی مؤثر هستند و هم‌چنین برای بررسی ارتباط آن با کنترل آسم در شهر کاشان انجام شد که می‌تواند به‌عنوان راهنمایی جهت ارتقای رفتارهای خودمدیریتی در بیماران آسمی مؤثر باشد.

روش کار

این مطالعه مقطعی تحلیلی بر روی ۱۰۲ نفر از بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به دو مرکز منتخب از مراکز درمانی بیماری آسم شهر کاشان، طراحی شد. برای تعیین حجم نمونه یک مطالعه‌ی مقدماتی بر روی ۲۵ بیمار صورت گرفت که در این مطالعه‌ی مقدماتی، میانگین رفتارهای خود مدیریتی $51/2 \pm 8/5$ به دست آمد نمونه مورد نظر ۷۰ نفر محاسبه گردید که به علت در دسترس بودن نمونه‌ها و اعلام همکاری بیماران بیشتری در این طرح، (۱۰۲ نفر) وارد شدند. طی هفته به دو مرکز مراجعه و پرسشنامه فراهم شده را در اختیار بیمارانی که بیماری آن‌ها توسط پزشک معالج تایید شده بود، قرار گرفت.

هم چنین بیمارانی که به علت داشتن سطح سواد پایین تر و خسته شدن به هنگام تکمیل پرسشنامه، تمایل به تکمیل پرسشنامه توسط فرد دیگری داشتند پرسشنامه توسط پرسشگری که فاقد اطلاعات تخصصی در زمینه رفتارهای خود مدیریتی و عوامل مؤثر بر آسم بود (عدم تأثیر نظر مصاحبه گر) به روش مصاحبه تکمیل می شد. بیمارانی که یک بار مورد بررسی قرار گرفته بودند در روزهای بعدی از شرکت در مطالعه حذف می شدند.

معیارهای ورود به نمونه عبارت بودند از: سن بیماران مبتلا به آسم بین ۶۵-۱۵ سال (به علت مشکل در پاسخ دهی به سؤالات و ایجاد ارتباط)، دارا نبودن علائم پیشرفته در قلبی و عروقی، کانسریه و سایر بیماری‌ها که به نوعی در انجام رفتارهای خود مدیریتی بیمار تأثیر دارند، رضایت جهت شرکت در مطالعه و عدم سابقه رفتارهای خود مدیریتی داشتند.

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود که مقیاس عوامل آگاهی و نگرش را همراه رفتارهای خود مدیریتی و کنترل بیماری آسم به انضمام متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، شغل، سطح سواد، سابقه ابتلا به آسم در فامیل‌های درجه یک) ارزیابی می نمود. برای تعیین اعتبار صوری و محتوی پرسشنامه، تعداد ۴ عدد از پرسشنامه در اختیار ۲ نفر دکترای آموزش بهداشت و ۱ نفر فوق تخصص آسم و ۱ نفر کارشناس ارشد پرستاری گذاشته شد و از آن‌ها خواسته شد که باتوجه به هدف پژوهش که بررسی آگاهی، نگرش و رفتارهای خود مدیریتی مبتلایان به آسم شهر کاشان ۱۳۸۹ اظهار نظر نمایند براساس نظرات و پیشنهادات خبرگان تغییراتی در ابزارها اعمال گردید و در نهایت اعتبار ظاهری و محتوی پرسشنامه فراهم شده مورد تأیید قرار گرفت.

هم چنین ثبات درونی سازه‌ها نیز با به دست آمدن ضریب آلفای کرونباخ برای مجموعه سؤالات آگاهی و نگرش و خود مدیریتی ($\alpha = 0/71$) تأیید گردید.

اطلاعات جمع آوری شده به کمک نرم افزار آماری SPSS-14 و با استفاده از آزمون آماری (ANOVA، t)، رگرسیون، همبستگی پیرسون) بررسی گردید. برای بررسی وضعیت آگاهی، با همکاری محققان پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۳ زیرمقیاس و ۳۲ سؤال طراحی گردید که وضعیت آگاهی بیماران مبتلا به آسم را در ۳ حیطه می سنجید.

زیرمقیاس شناخت از بیماری با ۸ سؤال، زیرمقیاس شناخت از داروها با ۸ سؤال و زیرمقیاس عوامل محرک بیماری آسم با ۱۶ سؤال سنجیده شد که در

نهایت نمره‌ای بین ۰-۳۲ برای هر بیمار به دست آمد که نمره بالاتر نشان دهنده میزان آگاهی بیشتر بیمار بود. نحوه پاسخ دهی به سؤالات نیز با آوردن سه گزینه صحیح، غلط و نمی دانم مشخص گردید. برای هر پاسخ صحیح نمره یک و برای جواب نمی دانم یا غلط نمره صفر در نظر گرفته شد. نگرش بیماران با طرح ۷ سؤال اندازه گیری شد. طرح سؤال‌ها به این صورت بود که بیماران درجه موافقت یا مخالفت خود را با ۷ عبارتی که مشخص شده بود اعلام می کردند. جواب‌ها در مقیاس لیکرت و از ۱ "کاملاً مخالف" تا ۵ "کاملاً موافق" بود. نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده ۷-۳۵ بود. برای جواب کاملاً موافق نمره ۵ و برای کاملاً مخالف نمره ۱ در نظر گرفته شد.

مقیاس رفتارهای خود مدیریتی نیز با ابزاری که توسط محققین و با توجه به فعالیت‌های خود مدیریتی مطرح شده در مطالعه Shegog^۹ و با استفاده از قسمت‌هایی از پرسشنامه دکتر مروتی که در یزد انجام شده بود،^{۱۳} مورد سنجش قرار گرفت. سؤالات خود مدیریتی با یک سؤال کلی "در طول یکسال گذشته جهت بهتر شدن بیماری آسم تان تا چه حد فعالیت‌های زیر را انجام داده اید؟" شروع می شد که به دنبال آن ۱۹ فعالیت خود مدیریتی مانند مراجعه منظم به پزشک متخصص، استفاده از دستگاه بازدم سنج جهت کنترل بیماری، ورزش کردن جهت بهتر شدن بیماری، مصرف منظم داروها طبق دستور پزشک، استفاده از مکمل‌های غذایی و اجتناب از غذاهای تحریک کننده بیماری آورده شد. جواب‌ها در مقیاس لیکرت و با ۵ طیف از ۱ "اصلاً" تا ۵ "همیشه" بود. لذا نمره قابل اکتساب برای این مقیاس نیز در محدوده ۹۵-۱۹ قرار گرفت.

مقیاس تست کنترل آسم: برای اندازه گیری این مقیاس از تست استاندارد کنترل بیماری آسم استفاده شده است. آزمون کنترل آسم برای اندازه گیری کنترل آسم در افراد ۱۲ سال و بالاتر است که در هر سوال به بهترین موقعیت از نظر پزشکی نمره ۵ و به بدترین موقعیت از نظر پزشکی نمره ۱ تعلق می گیرد. اگر نمره بیمار بالاتر یا مساوی ۲۰ باشد آسم بیمار در گروه خوب کنترل شده، اگر نمره بیمار ۱۹-۱۶ در گروه خوب کنترل نشده و اگر نمره بیمار بالاتر یا مساوی ۱۵ باشد در گروه خیلی ضعیف کنترل شده قرار می گیرد.^{۲۲}

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۲ نفر با میانگین سنی $44/84 \pm 14/91$ سال قرار داشتند و اکثریت بیماران ۶۵-۴۵ ساله و ۵۶/۹ درصد زن و ۴۳/۱ درصد مرد بودند و شغل ۴۹ درصد آن‌ها خانه دار بود. حدود ۷۳/۵ درصد از افراد مورد مطالعه سطح سواد راهنمایی و پایین تر داشتند. تنها ۴۳/۱ درصد آن‌ها دارای سابقه ابتلا در خانواده درجه یک بودند.

فراوانی و درصد فراوانی متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به آسم تحت مطالعه در جدول ۱ آورده شده است. برای مقایسه میانگین نمره آگاهی، نمره خود مدیریتی و کنترل بیماری آسم براساس جنسیت با استفاده از آزمون t نشان داد که ارتباط معنی داری بین جنسیت با نمره آگاهی و رفتارهای خود مدیریتی و کنترل بیماری آسم وجود نداشت.

جدول ۲: میانگین نمره آگاهی و نگرش و رفتارهای خودمدیریتی و کنترل بیماری

آسم در بیماران		
مقیاس	Mean±SD	محدوده نمره قابل اکتساب
آگاهی	۱۵±۳/۷۶	۰-۳۲
شناخت عوامل محرک بیماری	۹/۸۵±۲/۷۰	۰-۱۶
شناخت از بیماری	۲/۵۵±۱/۲۸	۰-۸
شناخت از داروها	۲/۶۱±۱/۸۷	۰-۸
نگرش	۲۸/۷۷±۳/۱۲	۷-۳۵
رفتارهای خودمدیریتی	۵۴/۸۴±۱۰/۵۶	۱۹-۹۵
کنترل بیماری آسم	۱۰/۰۷±۲/۵۸	۵-۲۵

در میان حوزه‌های مختلف رفتارهای خودمدیریتی، مصرف داروها به‌طور منظم و طبق دستور پزشک و همچنین مراجعه منظم و مرتب به پزشک خود، تهیه دارو طبق دستور پزشک (بدون توجه به ارزانی یا گرانی آن) و در دسترس قرار دادن داروها دارای فراوانی بیشتری بودند. ۲۸/۴ درصد بیماران از نحوه صحیح استفاده از اسپری اطلاع نداشتند. از لحاظ وضعیت کنترل بیماری آسم نمره به‌دست آمده توسط بیماران ۴۰/۲۸ بود که در گروه بیماران آسمی ضعیف کنترل شده می‌باشند.^{۱۴} آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی مثبت و معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ بین رفتار خودمدیریتی و آگاهی و نگرش وجود دارد و همچنین همبستگی مثبت و معنی‌داری بین رفتارهای خودمدیریتی و نگرش و کنترل بیماری آسم وجود دارد. ولی بین آگاهی و کنترل بیماری آسم رابطه منفی وجود داشت.

تحلیل رگرسیون نشان داد که در مجموع ۱۴ درصد تغییرات مربوط به رفتارهای خودمدیریتی مربوط به بیماری آسم را می‌توان از روی عوامل آگاهی و نگرش افراد پیش‌بینی نمود. هم چنین ۷ درصد تغییرات کنترل بیماری آسم را می‌توان از روی عوامل آگاهی، نگرش، رفتارهای خودمدیریتی پیش‌بینی نمود که در این میان عوامل نگرش با $(\beta=0.164)$ قدرت پیش‌بینی‌کنندگی بیشتری برای کنترل بیماری آسم داشتند. نتایج نشان می‌دهد که هرچه وضعیت عوامل آگاهی، نگرش در بیماران مبتلا به آسم بهتر باشد، وضعیت رفتار خودمدیریتی آن‌ها بهتر خواهد بود و هر چه عوامل نگرش، رفتارهای خودمدیریتی در بیماران قوی‌تر باشد وضعیت کنترل بیماری آسم در آن‌ها بهتر خواهد بود.

بحث

تعداد زنان مبتلا به آسم در مطالعه ما از تعداد مردان بیشتر است و این نسبت جنسی به‌دست آمده با سایر مطالعات همسو می‌باشد.^{۲۵،۲۳،۲۲} با توجه به اینکه اکثریت بیماران مبتلا به آسم را زنان خانه‌دار تشکیل می‌دهند و به علت ضعف آن‌ها در انجام رفتارهای خودمدیریتی، باید در هنگام طراحی برنامه‌های مداخله‌ای به این گروه توجه خاصی نمود.

میانگین نمره آگاهی بیماران، کمتر از ۵۰ درصد کل نمره بود که مشابه درصد میانگین از حداکثر نمره آگاهی بیماران در مطالعه Kolbe (۵۵/۲) درصد) می‌باشد.^{۳۳} آزمودنی‌های مطالعه حاضر از لحاظ "شناخت از داروها"

جدول ۱: فراوانی متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به آسم تحت مطالعه

متغیر	تعداد/درصد
سن	۱۵ تا ۲۹ سال ۱۲(۱۱/۸)
	۳۰ تا ۴۴ سال ۲۹(۲۸/۴)
	۴۵ تا ۶۵ سال ۶۱(۵۹/۸)
جنس	مرد ۴۴(۴۳/۱)
	زن ۵۸(۵۶/۹)
شغل	کارگر و کشاورز ۱۸(۱۷/۶)
	کارمند ۱۵(۱۴/۷)
	خانه دار ۵۰(۴۹)
	آزاد ۱۳(۱۲/۷)
	دانشجو و دانش آموز ۶(۵/۹)
سطح سواد	بیسواد ۱۵(۱۴/۷)
	ابتدایی ۴۱(۴۰/۲)
	سیکل ۱۹(۱۸/۶)
	دیپلم ۱۹(۱۸/۶)
	بالتر از دیپلم ۸(۷/۸)

با استفاده از آزمون ANOVA مشخص شد که ارتباط معنی‌داری بین نمره‌های (آگاهی، نگرش، خودمدیریتی، کنترل آسم) بر حسب شغل و سن وجود ندارد. ولی بین خودمدیریتی و تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p=0.001$). با استفاده از آزمون توکی مشخص شد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره خودمدیریتی افراد دیپلم با میانگین نمره خودمدیریتی افراد با سطح سواد سیکل و ابتدایی و بیسواد وجود دارد و همچنین تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره خودمدیریتی افراد بالاتر از دیپلم با میانگین نمره خودمدیریتی افراد با سطح سواد ابتدایی و بیسواد وجود دارد و به عبارت ساده‌تر میانگین نمره خودمدیریتی افراد با سطح سواد سیکل و ابتدایی و بیسواد همگن بوده و در یک دسته قرار می‌گیرد.

آزمودنی‌ها به‌طور متوسط ۴۶/۸۷ درصد نمره قابل اکتساب از آگاهی را به‌دست آوردند که آگاهی شامل سه زیر مجموعه شناخت عوامل محرک بیماری، شناخت از بیماری، شناخت از داروها می‌باشد این درصد برای شناخت عوامل محرک بیماری ۶۱/۵۶ درصد، شناخت از بیماری ۳۱/۸۷ درصد، شناخت از داروها ۳۲/۶۲ درصد بود، آزمودنی‌ها هم چنین ۸۲/۲ درصد از نمره نگرش را به‌دست آوردند نمره نگرش بیماران از نمرات سازه‌های دیگر بسیار بالاتر بود.

جدول ۲ توزیع میانگین و انحراف معیار و محدوده نمره قابل اکتساب عوامل آگاهی و رفتارهای خودمدیریتی و کنترل بیماری آسم را نشان می‌دهد. نمره آگاهی بیماران کمتر از ۵۰ درصد کل نمره می‌باشد. در بین ۳ زیر مجموعه آگاهی، بیماران از لحاظ "شناخت از بیماری‌ها" آگاهی کمتر (۳۱/۸۷٪) و از لحاظ "شناخت از عوامل محرک بیماری" آگاهی (۶۱/۵۶٪) بیشتری را داشتند. از لحاظ وضعیت انجام رفتارهای خودمدیریتی نیز بیماران با به‌دست آوردن ۵۷/۷۲ درصد از ماکزیمم نمره قادر به کسب نیمی از نمره شدند.

دارودرمانی خود کمتر توجه می‌کنند. کارشناسان سلامت باید در برنامه‌های آموزشی خود که برای بیماران مبتلا به آسم طراحی می‌کنند تأکید بیشتری بر افزایش آگاهی بیماران از لحاظ عوامل محرک بیماری و به ویژه نحوه صحیح دارودرمانی که عامل بسیار مهمی در کنترل بیماری می‌باشد داشته باشند. در میان حوزه‌های مختلف رفتارهای خودمدیریتی، مصرف داروها به طور منظم و طبق دستور پزشک و همچنین مراجعه منظم و مرتب به پزشک، تهیه دارو طبق دستور پزشک (بدون توجه به ارزانی یا گرانی آن)، مصرف منظم داروها دارای فراوانی بیشتری بودند.

درحالی که درمورد استفاده از دستگاه بازدم‌سنج برای کنترل بیماری، مطالعه و کسب اطلاعات در رابطه با آسم به علت پایین بودن سطح سواد جهت کسب اطلاع در ارتباط با عوارض جانبی دارو هنگام دریافت داروی جدید، درمیان گذاشتن هرگونه نشانه یا علامت غیرمعمول در خود با پزشک یا پرسنل بهداشتی و پرهیز از مصرف غذاهای تحریک‌کننده نتیجه برعکس می‌باشد. بنابراین، کارشناسان بهداشت باید هنگام طراحی برنامه آموزشی جهت این بیماران اطلاعاتی را نیز در ارتباط با روشها، ابزارها و وسایلی که جهت انجام بهتر امور خودمدیریتی کمک‌کننده است، چگونگی کسب اطلاعات مرتبط با یک دارو در هنگام دریافت آن برای اولین بار و اطلاعاتی راجع به بیماری آسم و نحوه کنترل آن فراهم کنند و در برنامه‌های آموزشی خود از نظرات کارشناسان و متخصصان این بیماری نیز بهره بگیرند. در محیط بیمارستان نیز جهت بیماران آسمی بستری می‌توان با ارائه برنامه‌های آموزشی، تداوم انجام امور خودمدیریتی و تا حدی از پیشگیری از بدتر شدن بیماری را تضمین نمود.

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که در بیماران مبتلا به آسم متغیرهای آگاهی و نگرش به طور مثبت و معنی‌داری با رفتارهای خودمدیریتی در ارتباط می‌باشند به این معنی که هرچه آگاهی و نگرش بیماران مبتلا به آسم نسبت به امور خودمدیریتی بیشتر و مثبت‌تر باشد، وضعیت بهتری از لحاظ انجام امور خودمدیریتی خواهند داشت. اما نکته قابل توجه تفاوت بین درصد نمره آگاهی و نگرش با درصد نمره رفتارهای خودمدیریتی است که می‌توان آن را بعنوان تأییدی بر یافته‌های مطالعه Kolbe^{۲۶، ۲۳} و مقاله دکتر مروتی^{۲۷} دانست که داشتن آگاهی و نگرش جهت داشتن رفتار مطلوب خودمدیریتی آسم کافی نیست و یک سری عوامل دیگر وجود دارد که با وضعیت انجام رفتارهای خودمدیریتی در ارتباط است و می‌توان این طور نتیجه گرفت که اگر چه داشتن آگاهی و نگرش مثبت در ارتباط با آسم یک بخش مهم از مدیریت آسم است اما به تنهایی نمی‌تواند ایجاد رفتار خودمدیریتی آسم را به صورت مطلوب همراه داشته باشند. در مطالعه ما سطح تحصیلات با وضعیت انجام رفتارهای خودمدیریتی بطورمستقیم در ارتباط بودند. با توجه به سایر مطالعات مروتی شریف آباد و همکاران، Kolbe و همکاران از عوامل موثر بر رفتار خودمدیریتی سطح سواد پایین ذکر شده که این عامل خود می‌تواند نشانگر شیوع بیشتر این بیماری در سطوح پایین‌تر اجتماع (از لحاظ سطح تحصیلات و وضع اقتصادی) باشد.^{۲۳، ۲۶، ۲۷} به علت مواجهه زیاد با عوامل اتیولوژیک و عوامل تشدیدکننده بیماری، مراقبت‌های بهداشتی

ناکافی باید مورد توجه قرار گیرد که با نتایج مطالعات مشابه همسو می‌باشد.
۲۸-۳۰

در مطالعه حاضر نیز بیماران در جهت آگاهی از دستگاه بازدم‌سنج بسیار ضعیف بودند و آموزش خودمدیریتی آسم که مشتمل بر پایش نمودن علائم با استفاده از دستگاه بازدم‌سنج باشد باید مورد توجه قرار گیرد که در مطالعات مشابه انجام شده، دسترسی به دستگاه بازدم‌سنج، داشتن یک اکشن پلان نوشتاری و داروی کافی با رفتار خودمدیریتی بطور مستقیم در ارتباط می‌باشند.^{۳۱، ۳۲}

در مطالعه حاضر آگاهی بیمار با کنترل بیماری آسم رابطه منفی دارد. با توجه به این موضوع که آگاهی بیمار از داروها و عوارض آن می‌تواند باعث تصمیم‌گیری‌های اشتباه بیمار مبنی بر عدم مصرف دارو به طور منظم به جهت عوارض جانبی آن و ایجاد اختلال در امر درمان شود که یکی از این موارد، پیشینه ذهنی نادرست بیماران مبنی بر این که استفاده از داروهای استنشاقی آسم نوعی از اعتیاد در آنها ایجاد کرده و باعث می‌شود که بیماران تحمل علائم را به صورت دائم یا متناوب بر مصرف دارو ترجیح بدهند که این موضوع باعث عدم کنترل خوب بیماری آسم خواهد شد که با توجه به نتایج مطالعات قبلی که آگاهی از اکشن پلن‌های آسم رابطه‌ای با کنترل درک شده بیماری آسم نداشت می‌تواند تا حدودی تأیید بر یافته‌های حاضر باشد.^{۳۳}

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که در بیماران مبتلا به آسم تنها ۷ درصد از کنترل بیماری آسم را می‌توان از روی رفتارهای خودمدیریتی پیش بینی کرد. و انجام مهارت‌های خودمدیریتی کمتر خواهد توانست کنترل بیماری آسم را بهبود ببخشد البته در مطالعه Thomas و همکاران نیز علی‌رغم آموزش و افزایش مهارت‌های خودمدیریتی وضعیت سلامتی بیمار افزایش نیافت که این موضوع یافته‌های ما را تأیید می‌کند.^{۱۳} از آنجایی که در تحلیل رگرسیون در مجموع (۱۴٪) تغییرات مربوط به رفتارهای خودمدیریتی مربوط به بیماری آسم را می‌توان از روی عوامل آگاهی و نگرش افراد پیش‌بینی نمود و هم چنین (۷٪) تغییرات کنترل بیماری آسم را می‌توان از روی عوامل آگاهی، نگرش، رفتارهای خودمدیریتی پیش‌بینی نمود که خود می‌تواند نشانه تأثیر عوامل دیگری علاوه بر عوامل فوق در کنترل بیماری باشد که در جهت کنترل و درمان بیماری آسم باید به آن‌ها پرداخته باشد.

بدیهی است انتخاب داروی مناسب و روش درمانی صحیح توسط پزشک به‌همراه مصرف صحیح و منظم دارو توسط بیمار و انجام فعالیت‌های خودمدیریتی است که می‌تواند باعث کنترل مؤثر بیماری آسم گردد که باید در امر درمان مورد توجه قرار بگیرد.

از آنجایی که بخشی از فعالیت‌های خودمدیریتی بیماران آسمی مربوط به استفاده از اسپری و برونکودیلاتورها به هنگام حمله‌های آسم می‌باشد که اگر این داروهای کوتاه‌اثر به مدت طولانی و دفعات مکرر توسط بیمار استفاده شود باعث از کنترل خارج شدن بیماری گردیده و سبب می‌شود تا از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی فعالیت‌های خودمدیریتی در کنترل آسم کاسته شود.

Green هنگام بحث بر روی اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر رفتار، برای بیشتر برنامه‌های بهداشتی تمرکز اولیه روی عوامل مستعدکننده (آگاهی و نگرش)

فراهم نماید. نکته سومی که باید به آن اشاره کرد این که علاوه بر آگاهی و نگرش، عوامل دیگری همچون ارزش ها و ادراکات و عقاید یک فرد یا جمعیت نیز می توانند به عنوان عوامل مستعد کننده در رفتارهای خودمدیریتی تأثیر گذار باشند که در این مطالعه مورد توجه قرار نگرفته اند. لذا انجام مطالعاتی با در نظر گرفتن سایر عوامل تأثیر گذار در رفتارهای خودمدیریتی و همچنین بررسی ارتباط رفتارهای خودمدیریتی با تست های اسپرومتری و عملکردی ریه پیشنهاد می گردد.

سپاسگزاری

این مقاله با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است و از نظر مادی و معنوی وابسته به هیچ ارگان و سازمان دولتی نیست.

References

- Peter J, Anthony S, Fauci Braunwald. Kasper, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw-Hill, c;2008:1596-1607
- Lewis H. Text book of medical surgical assessment and management of clinical problem. 5th ed Sydney: Mosby; 2000: 660.
- Carroll P. How to intervene before asthma turns deadly. RN 2001; 64(5): 52-8.
- Hodgkin J. Pulmonary rehabilitation guidelines to success. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Press; 1993: 4-5.
- Wilkins S. Fundamentals of respiratory care 7th ed. Philadelphia: Lippincott Press; 1999: 450.
- Masoli M, Fabian D, Holt S, editors. The global burden of asthma. Chest 2006; 130: 4S-12S.
- Asher V, Montefort S, Björkstén B, et al. Worldwide time trends in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhino conjunctivitis, and eczema in childhood: ISAAC phases one and three repeat multi country cross-sectional surveys. Lancet 2006; 368: 733-43.
- National heart, lung, and blood institute, national asthma education and prevention program. Expert panel report 2: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Available at biological, and adherence outcomes in asthma. Am J Med 2003; 115(8): 620-6.
- Horne R. Treatment perceptions and self-regulation. In: Cameron LD, Leventhal H. The self-regulation of health and illness behaviour. New York: Routledge; 2003: 138-53.
- Le TT, Bilderback A, Bender B, et al. Do asthma medication beliefs mediate the relationship between minority status and adherence to therapy? J Asthma 2008; 45(1): 33-37.
- Loignon C: [Représentations de la maladie, des traitements et conduits thérapeutiques: l'expérience de l'asthme] French [Abstract] [dissertation]. Montreal: University of the Montreal; 2006.
- Clark NM, Partridge MR. Strengthening asthma education to enhance disease control. Chest 2002; 121: 1661-1669.
- Heidarnia MA, Entezari A, Mehrabi Y, et al. Prevalence of asthma symptom in Iran: A meta-analysis. J Shaheed Beheshti Univ Med Sci 2007; 31(3): 217-225.
- http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf
- Shegog R, Bartholomew LK, Parcel GS, et al. Impact of a computer-assisted education program on factors related to asthma self-management behavior. JAMA 2001; 8(1): 49-61
- Salmeron S, Liard R, Elkharrat D, et al. Asthma severity and adequacy of management in accident and emergency departments in France. Lancet 2001; 358: 629-35.
- Hilton S, Sibbald B, Anderson HR and Freeling P. Controlled evaluation of the effects of patient education on asthma morbidity in general practice. Lancet 1986; 1: 26-29.
- Abdulwadud O, Abramson M, Forbes A, et al. Evaluation of a randomized controlled trial of adult asthma education in a hospital setting. Thorax 1999; 54: 493-500.
- Perneger TV, Sudre P, Muntner P, et al. Effect of patient education on self-management skills and health status in patients with asthma: A Randomized Trial. Am J Med 2002; 113: 7-14.
- Janson SL, Fahy JV, Covington JK, et al. Effects of individual self-management education on clinical,
- Alfred P, Fishman JA, Elias J, editors. Fishman's pulmonary diseases and disorders. 4th ed. New York: McGraw Hill Press; 2008: 797.
- Green L, Krauter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
- Expert panel report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, National Asthma Education and Prevention Program. NIH Item. 2007. No 08-4051. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>.
- Kolbe J, Vámos M, Fergusson W, et al. Differential influences on asthma self-management knowledge and self-management behavior in acute severe asthma. Chest 1996; 110(6): 1463-1468.
- Spirić VT, Bogić M, Janković S, et al. Assessment of asthma quality of life questionnaire (AQLQ):

را یک امر منطقی می داند.^{۲۱} بنابراین و نیز بنابر یافته های ما در این رابطه اهمیت عوامل آگاهی و نگرش به عنوان عوامل مقدم بر رفتار خودمدیریتی آشکار است ولی نیاز به تأکید بر این امر وجود دارد که عوامل دیگری همچون عوامل اجتماعی، اقتصادی هستند که می توانند وضعیت رفتار و بیماری فرد را تحت الشعاع خود قرار دهند.^{۲۳}

در انجام این مطالعه چند محدودیت وجود داشت که باید مورد توجه قرار گیرد. اولاً از آنجایی که به دلیل عدم همکاری همه مراکز درمانی آسم، امکان نمونه گیری به صورت تصادفی وجود نداشت. لذا این بیماران نمی توانند نماینده بیماران آسمی شهرستان باشند. ثانیاً، تمامی داده های این مطالعه بر مبنای خود گزارش دهی می باشند. طراحی مطالعاتی که داده هایی را بر مبنی شواهد دقیق تر فراهم کند می تواند نتایج محکم تری را برای طراحی مداخلات

- Serbian Translation. Croat Med J 2004; 45(2): 188-194.
26. George MR, O'Dowd LC, Martin I, et al. A comprehensive educational program improves clinical outcome measures in inner-city patients with asthma. Arch Intern Med 1999; 159: 1710-1716.
27. Kolbe J, Garrett J, Vamos M, et al. Influences on trends in asthma morbidity and mortality the New Zealand experience. Chest 1994; 104(4): 211-215.
28. Morowatisharifabad H, Nadrian A, Falahi A. [Predictors of self-management behaviors in patients with asthma based on Green's model of health Education Planning in Yazd] Persian. J Sch Public Health Inst Public Health Res 1388; 3(7): 37-49.
29. Adler NE, Boyce T, Chesney M, et al. Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. Am Psychol 1994; 49(1): 15-24.
30. Kaplan GA, Lynch JW. Whither studies on the socioeconomic foundations of population health? Am J Public Health 1997; 87: 1409-11.
31. Gibson K. Respiratory diseases in minorities-issue of access, race and ethnicity. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149: 570-571.
32. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cochrane Database Syst Rev 2003; (1): CD001117.
33. Calfee CS, Katz PP, Yelin EH, et al. The influence of perceived control of asthma on health outcomes. Chest 2006; 130: 1312-1318

The Relation of Knowledge, Attitude and Self-Management Behaviors in Asthmatic Patients with Controlling Asthma

S. Saeed Mazloomi,¹ Ashraf Abbacimoghaddam-Niasar,² Mohammad A. Saba,³ Mohammad A. Morovati,¹ Hossein Fallahzadeh¹

Received: 9/Jan/2011

Accepted: 15/Feb/2011

Background: Incidence of asthma is 5.5% in Iran. Patients with asthma need frequent self-management in order to control the symptoms maintaining natural lung activity. The aim of this study is to study the effective factors of self-management behaviors, and its relation with controlling asthma in asthmatic patients in Kashan.

Materials and Method: Simple sampling was employed to recruit 102 asthmatic patients referring to asthmatic therapeutic centers of Kashan, Iran. A descriptive, cross-sectional design was conducted and the data were collected using a survey questionnaire based on knowledge and attitude factors and self-management behavior constructions and asthma control test. SPSS software for Windows was used for analyzing data (*t*-test, ANOVA, correlation and regression).

Results: The respondents acquired 46.8% of total asthma knowledge score, 82.2% of attitude score. Respondents with acquisition 57.7% of total asthma self-management behavior score placed in middle class. The acquired score in asthma control is low class (40.28%). Negative relation between knowledge and asthma control was observed.

Conclusion: The results showed that if the situation of knowledge and attitude factors are better, the self-management behaviors in asthmatic patients will be better and if the situation self-management behavior be better, asthma control will be better, too. Negative relation between knowledge and asthma control needs more researches. [ZJRMS, 2012; 14(1): 49-55]

Keywords: Knowledge, attitude, self-management behaviors, asthma

1. Professor of Health Education, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
2. MSc of Health Education, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
3. Assistant Professor of Internal Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

Please cite this article as: Mazloomi SS, Abbacimoghaddam-Niasar A, Saba MA, Morovati MA, Fallahzadeh H. The relation of knowledge, attitude and self-management behaviors in asthmatic patients with controlling asthma. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2012; 14(1): 49-55.