



نشریه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۶، شماره ۹۳، تابستان ۱۳۹۵، صفحات ۱۱ تا ۱۹
تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۳۱ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۲۱

بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و همبستگی آن با برخی متغیرهای جمعیت‌شناسی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

علیرضا دشتی دهکردی^۱، حجت اله یوسفی^{۲*}، جهانگیر مقصودی^۳، مسعود اعتمادی فر^۴

۱. کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. استادیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. استادیار، گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴. *نویسنده مسئول) استاد، گروه داخلی اعصاب، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
حجت اله یوسفی Email: yousefi@nm.mui.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف:

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی یکی از معیارهای عمده تعیین کننده سلامت می‌باشد. این مطالعه باهدف بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و همبستگی آن با برخی متغیرهای جمعیت‌شناسی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

مواد و روش‌ها:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی بود که بر روی ۵۱ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به کلینیک ام‌اس مرکز آموزشی درمانی الزهرا اصفهان که به شیوه در دسترس انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، نیمرخ رفتارهای ارتقاء دهنده سبک زندگی نسخه دو بود. آزمون‌های آماری تی مستقل، همبستگی پیرسون و اسپیرمن و آنالیز واریانس یک‌طرفه برای تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها:

میانگین امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بیماران 119.6 ± 12 بود. حیطه‌های معنوی و فعالیت جسمی با میانگین‌های 22.8 ± 3.8 و 15.3 ± 3.5 بیشترین و کمترین امتیاز را به خود اختصاص دادند. امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بین دو جنس اختلاف معنی‌دار نداشت ($P > 0.05$). همچنین امتیاز کلی این رفتارها در بیماران متأهل و بیماران شاغل به‌صورت معنی‌داری بیشتر از بیماران مجرد و بیماران بیکار بود ($P < 0.05$). بین امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و مقیاس درجه ناتوانی همبستگی معنی‌دار و معکوس وجود داشت ($P < 0.05$). بین امتیاز کلی این رفتارها و سطح تحصیلات نیز همبستگی مستقیم معنی‌دار وجود داشت ($P < 0.05$). بین سن و امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی رابطه معنی‌دار مشاهده نشد ($P < 0.05$)

نتیجه‌گیری:

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر نامطلوب بودن انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به‌ویژه در حیطه فعالیت جسمی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد که می‌تواند به خاطر ماهیت خود بیماری مولتیپل اسکلروزیس باشد که قابلیت بهبود را دارد.

واژه‌های کلیدی:

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی؛ مولتیپل اسکلروزیس؛ متغیرهای جمعیت‌شناسی

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن و پیش‌رونده تخریب‌میلین سیستم اعصاب مرکزی است که طیف وسیعی از عملکردهای عصبی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Cameron and Lord, 2010). اپیدمیولوژی بیماری‌ها در مقایسه با گذشته تغییر کرده است و بیماری‌های غیرواگیر رو به افزایش می‌باشد. این بیماری‌ها علاوه بر فاکتورهایی مانند سن و جنس تحت تأثیر فاکتورهای دیگری از جمله فعالیت جسمی، چاقی، رژیم غذایی و غیره هستند که فاکتورهایی قابل تغییر می‌باشند. بیماری‌های غیرواگیر از قبیل دیابت، فشار خون، مولتیپل اسکلروزیس و غیره از طریق اصلاح شیوه زندگی و بهبود مراقبت‌های بهداشتی قابل کنترل هستند (Valery, et al., 2012). در دنیا حدود ۲/۵ میلیون نفر به مولتیپل اسکلروزیس مبتلا هستند (Asche, et al., 2010). در ایران شیوع مولتیپل اسکلروزیس در حدود ۱۵ تا ۳۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر است (Esmaeili and Hosseini, 2008).

از چندین دهه گذشته تاکنون سازمان جهانی بهداشت گرایش خدمات بهداشتی را از تمرکز بر روی بیماری به سمت پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامت تغییر داده است (Mooney, et al., 2011). ارتقاء سلامت شامل تمامی فعالیت‌هایی است که تشویق‌کننده انجام کارهای جسمی، معنوی و ذهنی می‌باشد (Van Leuven and Prion, 2007). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از معیارهای عمده تعیین‌کننده سلامت می‌باشند که به‌عنوان عامل زمینه‌ای در عدم ابتلا به بسیاری از بیماری‌ها شناخته شده‌اند. ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مستقیماً با این رفتارها در ارتباط هستند (Barry, 2000). از نظر سازمان بهداشت جهانی ارتقاء سلامت یعنی فرآیند توانمندسازی مردم برای بهبود و افزایش تسلط بر سلامت خود و از دیدگاه شیوه ارتقاء سلامت یک الگوی چندبعدی از خودکارآمدی و حفظ و نگهداری یا ارتقاء سطح رفاه و خودکوفایی کامل اشخاص می‌باشد (Heles and Mirzaei, 2007, Mohammadi Zeidi and Mohammadi Zeidi, 2012).

هدف از بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی توانمند ساختن مردم است تا شیوه زندگی خود را اصلاح کنند و نیز کنترل بیشتری بر سلامتی خود داشته و به زندگی سالم خود ادامه دهند (Ayaz, et al., 2005). در مطالعه‌ای که توسط Stuijbergen and Roberts (1997) صورت گرفت، مشخص شد بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و برخی از متغیرهای دموگرافیک در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ارتباط وجود دارد و این رفتارها در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، به‌صورت چشمگیری تحت تأثیر بیماری قرار گرفته دارد. همچنین مطالعه Fallah Taher pazir, et al (2012) نیز نشان داد بین رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و برخی از متغیرهای دموگرافیک در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی ارتباط وجود دارد.

متأسفانه در زمینه بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مطالعه جامعی در ایران یافت نشد. از طرفی عوارض بیماری‌های مزمنی از جمله مولتیپل اسکلروزیس از طریق اصلاح شیوه زندگی و بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت قابل کنترل می‌باشد (Valery, et al., 2012). آگاهی از این رفتارها و همبستگی آن‌ها با متغیرهای جمعیت‌شناختی در این بیماران نیز در جهت ارتقاء سلامت بیماران به پرستاران کمک زیادی می‌کند (Edrisi, et al., 2013). از این جهت، این مطالعه باهدف بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و همبستگی آن با برخی مشخصات جمعیت‌شناسی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به کلینیک ام‌اس مرکز آموزشی درمانی الزهرا انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود. ۵۱ نفر از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه‌کننده به کلینیک ام‌اس مرکز آموزشی درمانی الزهرا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۳ جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس

بود و نمونه‌های پژوهش بر اساس تمایل بیماران مراجعه کننده به این کلینیک انتخاب شدند. ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه عبارت بودند از: تأیید تشخیص بیماری ام اس توسط پزشک، مقیاس درجه ناتوانی ۵/۵-۰ که بر اساس مطالعات قبلی و توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب تعیین گردید، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر به غیر از بیماری ام اس، نداشتن اختلالات شناختی و یادگیری محور ۱ و ۲ بر اساس چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ (DSM-IV-TR) از قبیل اختلالات شخصیتی، ذهنی و اختلالات با علائم بالینی، داشتن سواد خواندن و نوشتن. ابزار جمع آوری اطلاعات، نیمرخ رفتارهای ارتقا دهنده سبک زندگی؛ نسخه دوم^۲ و فرم ثبت مشخصات جمعیت‌شناختی شامل: سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، مدت ابتلا به بیماری و ابتلا به بیماری‌های دیگر را در بر می‌گرفت.

نیمرخ که توسط والکر و پندر توسعه یافته است و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد، که در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، خودکوفایی و رضایت مندی فردی عمل می‌کنند، بررسی می‌کند «Mohammadi Zeidi et al, 2012». مطالعه‌ای که Mohammadi Zeidi and Mohammadi Zeidi (2012) باهدف بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت انجام گرفت، ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار را 0.82 و برای زیر شاخه‌ها را از 0.64 تا 0.91 گزارش نمود و نشان داد نسخه فارسی پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت از روایی و پایایی ابتدایی برخوردار است. این پرسشنامه از ۵۲ سؤال شامل ۶ حیطه تغذیه، فعالیت بدنی، مدیریت استرس، روابط بین فردی، مسئولیت پذیری در مورد سلامت و رشد معنوی تشکیل شده و از پاسخگو می‌خواهد تا بر روی طیف پاسخ لیکرتی ۴ نقطه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و به‌طور معمول) مشخص کند که چقدر رفتارهای خاص ارتقاء دهنده سلامت را انجام می‌دهد (Mohammadi Zeidi and

(Mohammadi Zeidi, 2012). محدوده نمره کل رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت حداقل ۵۲ و حداکثر ۲۰۸ می‌باشد. به این ترتیب که با دریافت ۹۷ درصد نمره و بالاتر یعنی ۲۰۲ تا ۲۰۸ جزء دسته خوب، با دریافت ۱۵۰ تا ۲۰۱ جزء دسته‌بندی قابل قبول و کمتر از ۱۵۰ جزء دسته بندی ضعیف قرار می‌گیرد. برای هر حیطه نیز نمره جداگانه‌ای قابل محاسبه است و نمره بیشتر به معنی وضعیت سلامتی بهتر در حیطه مربوطه می‌باشد (Chamroonsawasdi, et al., 2010). پژوهشگر پس از کسب مجوزهای لازم از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز آموزشی درمانی الزهرا به محیط پژوهش مراجعه نمود و پس از معرفی خود و توجیه نمودن واحدهای پژوهش و بیماران شرکت کننده در مطالعه در مورد اهداف پژوهش، در صورت تمایل آن‌ها برای شرکت در پژوهش، نسبت به تکمیل پرسشنامه همراه با رعایت موازین اخلاقی و تحمیلی نبودن تکمیل پرسشنامه به بیماران و محرمانه بودن اطلاعات اقدام نمود. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل آزمون تی مستقل، همبستگی پیرسون، همبستگی اسپیرمن و ANOVA یک‌طرفه برای تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها:

یافته‌های به دست آمده از ۵۱ پرسشنامه تکمیل شده نشان داد که ۱۲ درصد (۶ نفر) از شرکت‌کنندگان در مطالعه مرد و ۸۸ درصد (۴۵ نفر) زن بودند. همچنین ۳۹ درصد (۲۰ نفر) مجرد و ۶۱ درصد (۳۱ نفر) متأهل بودند. ۴۶ درصد دارای مدرک دانشگاهی، ۴۱ درصد دارای مدرک دیپلم و ۱۳ درصد زیر دیپلم و بی‌سواد بودند. ۴۱ درصد از شرکت‌کنندگان شاغل بودند. میانگین سنی آن‌ها 31.1 ± 6.78 بود. میانگین و انحراف معیار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و ۶ حیطه آن در جدول ۱ نشان داده شده است. از میان شش حیطه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت، حیطه معنوی و رشد روحی با میانگین و انحراف معیار 22.8 ± 3.8 بیشترین و حیطه فعالیت جسمی با میانگین و انحراف معیار 15.3 ± 3.52 کمترین امتیاز را به خود اختصاص داد.

($P < 0.05$) و حیطه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت به‌جز حیطه‌های تغذیه ($P > 0.05$) و رشد معنوی ($P > 0.05$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین مقیاس درجه ناتوانی و حیطه‌ی فعالیت فیزیکی ($P < 0.05$) و امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ($P < 0.05$) ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. (جدول ۳). بیماران شاغل و خانه‌دار نسبت به بیماران بیکار در حیطه‌های مسئولیت‌پذیری ($P < 0.05$)، رشد معنوی ($P < 0.001$) و امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی ($P < 0.05$) از امتیازات بیشتری برخوردار بودند و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود.

رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در دو جنس مقایسه شدند و یافته‌ها نشان داد که امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و هیچکدام از حیطه‌های آن بین دو جنس اختلاف معنی‌دار نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۲). مقایسه رفتارهای ارتقاء سلامت برحسب وضعیت تأهل نشان داد که امتیاز بیماران متأهل در حیطه‌های فعالیت جسمی ($P < 0.05$)، مسئولیت‌پذیری ($P < 0.05$)، رشد معنوی ($P < 0.05$) و همچنین امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی ($P < 0.05$) به‌صورت معنی‌داری بیشتر از بیماران مجرد بوده است (جدول ۲). بین سن و حیطه‌های فعالیت جسمی ($P < 0.05$) همبستگی معکوس وجود داشت. بین سطح تحصیلات، امتیاز کلی

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و محدوده‌های امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و حیطه‌های آن

حیطه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی	محدوده امکان‌پذیر	محدوده مشاهده شده	انحراف معیار \pm میانگین
تغذیه	9-36	17-29	22.3 \pm 3.26
فعالیت جسمی	8-32	9-26	15.3 \pm 3.52
مدیریت استرس	8-32	13-26	15.3 \pm 2.84
روابط بین فردی	9-36	14-30	21.6 \pm 3.7
مسئولیت‌پذیری	9-36	13-29	20.8 \pm 4
معنوی و رشد روحی	9-36	14-31	22.8 \pm 3.8
امتیاز کلی رفتار	52-208	95-180	119.6 \pm 12

جدول ۲: مقایسه میانگین رفتارهای ارتقاء سلامت برحسب متغیرهای جمعیت‌شناسی جنسیت، وضعیت تأهل و شغل

متغیرهای جمعیت‌شناسی	سطوح متغیر	انحراف معیار \pm میانگین حیطه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی					
		تغذیه	فعالیت فیزیکی	مسئولیت‌پذیری	مدیریت استرس	روابط بین فردی	رشد معنوی
جنسیت	مرد	21.8 \pm 4	16.5 \pm 3.3	23.2 \pm 3.9	16.3 \pm 1.7	22.3 \pm 1.9	23.5 \pm 4.5
	زن	22.42 \pm 3.2	15.2 \pm 3.3	20.5 \pm 3.9	16.6 \pm 3	21.6 \pm 3.9	22.37 \pm 3.7
نتایج آزمون تی مستقل	T	-0.4	0.9	1.6	-0.2	0.5	0.9
	p	0.6	0.3	0.2	0.8	0.6	0.4
وضعیت تأهل	مجرد و بیوه	20.7 \pm 2.6	16 \pm 4.1	19 \pm 3	15.7 \pm 1.8	20.6 \pm 3.7	20.7 \pm 2.8
	متأهل	23.4 \pm 3.2	14.8 \pm 3.1	21.9 \pm 4.1	17.2 \pm 3.2	22.3 \pm 3.6	24.2 \pm 3.7
نتایج آزمون ANOVA یک‌طرفه	f	1	1.4	7.5	3.5	2.5	12.9
	p	0.003	0.2	0.009	0.07	0.1	0.001
شغل	شاغل	22.4 \pm 3	15.7 \pm 3.2	22.6 \pm 4.2	17.2 \pm 2.5	22.6 \pm 4.2	25 \pm 3.3
	خانه‌دار، بیکار	22.3 \pm 3.4	15.1 \pm 3.8	19.5 \pm 3.03	16.2 \pm 3	20.9 \pm 3.6	21.5 \pm 3.4
نتایج آزمون ANOVA یک‌طرفه	f	0.02	0.3	8.3	1.5	3.1	15.1
	p	0.9	0.6	0.006	0.2	0.08	0

جدول ۳. ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناسی سن، سطح تحصیلات و مقیاس درجه ناتوانی (EDSS) با حیطه‌های رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی

سطح تحصیلات		مقیاس درجه ناتوانی (EDSS)		سن		حیطه‌های رفتاری
P	ضریب همبستگی اسپیرمن (r)	P	ضریب همبستگی پیرسون (r)	P	ضریب همبستگی پیرسون (r)	
0.4	0.1	0.7	0.5	0.4	0.1	تغذیه
0.03	0.3	0.005	-0.4	0.001	-0.5	فعالیت جسمی
0.01	0.3	0.2	-0.2	0.7	-0.06	مسئولیت پذیری
0.002	0.4	0.7	-0.05	0.7	-0.05	مدیریت استرس
0.009	0.4	0.01	-0.3	0.09	-0.2	روابط بین فردی
0.1	0.2	0.5	-0.1	0.9	0.01	رشد معنوی
0.001	0.1	0.03	-0.3	0.1	-0.2	امتیاز کلی رفتارها

Huntley and Ernst (2000)، مطالعه (Hebert, et al., 2011). نیز نشان داد حیطه فعالیت جسمی در این بیماران با انجام مداخلاتی قابل بهبود می‌باشد. در مطالعه حاضر، بالاترین امتیاز رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی، مربوط به حیطه رشد معنوی و روحی بوده است که ممکن است به فرهنگ و اعتقادات مذهبی جامعه ایران برگردد که همسو با نتایج مطالعه Rezaei, et al (2009) که بر روی بیماران مبتلا به سرطان در تهران انجام شد، می‌باشد. در مطالعه مذکور نیز بیماران مورد مطالعه، در بعد سلامت معنوی امتیاز بالایی کسب کرده بودند. میانگین امتیاز رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به‌طور خفیفی در بیماران مرد بیش از بیماران زن بود ولی این تفاوت در امتیاز کلی و هیچ‌کدام از حیطه‌ها رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی تفاوت آماری معنی‌داری نداشت، که همسو با نتایج به دست آمده از مطالعه Pirincci, et al. (2008) است. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که مردان بیش از زنان شیوه زندگی مناسبی برای ارتقاء سلامت در پیش می‌گیرند. امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و حیطه‌های تغذیه، مسئولیت‌پذیری و رشد معنوی در بیماران متأهل نسبت به بیماران مجرد به‌صورت معنی‌داری بیشتر بوده است. این یافته‌ها همسو با یافته‌های مطالعه Joo (2010) می‌باشد که نشان داد وجود همسر، احتمال پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت را در بیماران افزایش می‌دهد. مطالعه Weston (2008) نیز نشان داد افراد

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی میانگین نمره کل رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در بیماران شرکت کننده در پژوهش حاضر 119.6 ± 12 بود که همسو با یافته‌های مطالعه Stuifbergen and Roberts (1997) که باهدف بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده بود می‌باشد. در مطالعاتی‌ای که بر روی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت پرستاران و دانشجویان انجام شد، میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت به ترتیب 135.33 و 130.31 به دست آمده بود (Edrisi, et al., 2013, 2011, 2013). در پژوهش حاضر، پایین‌ترین امتیاز رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی مربوط به حیطه فعالیت جسمی بود که همسو با یافته‌های مطالعه Stuifbergen and Roberts (1997) است.

یافته‌های مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به جمعیت سالم کمتر در فعالیت‌های جسمی شرکت می‌کنند که یکی از علل این موضوع می‌تواند ناتوانی و محدودیت جسمی ناشی از ماهیت بیماری باشد. به‌طور کلی سطح فعالیت‌های جسمی بر روی سلامت بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تأثیر بارز و انکارناپذیری دارد و لازم است در تدوین برنامه‌های درمانی مراقبتی برای این بیماران به این مقوله نیز توجه نمود (Coote, et al., 2009).

داشته‌اند نمرات بیشتری در حیطه‌های فعالیت جسمی و امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت دارا بودند که همسو با یافته‌های مطالعه Bombardier, et al. (2008) می‌باشد. از آنجایی که مطالعه حاضر در جمعیت کمی از بیماران در مکان خاصی صورت گرفته است از تعمیم پذیری یافته‌های این مطالعه به کل جامعه بیماران تا حدی می‌کاهد، لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه با حجم نمونه بیشتر و در استان‌های دیگر نیز انجام شود.

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر نامطلوب بودن انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به‌ویژه در حیطه فعالیت جسمی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌باشد که مطالعات نشان داده‌اند می‌تواند به خاطر ماهیت خود بیماری باشد، که با انجام مداخلاتی می‌توان آن را بهبود بخشید. این امر لزوم توجه و تأکید بر بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در این بیماران را نشان می‌دهد تا بدین وسیله سلامت در این بیماران ارتقاء یابد و از عود و تشدید بیماری در این بیماران جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری به شماره ۳۹۳۵۸۹ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده و تیم تحقیق وظیفه خود می‌داند که از کلیه بیماران عزیز که باوجود مشکلات فراوان ناشی از بیماری در این پژوهش شرکت کردند و همچنین از مسئولین محترم مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی الزهرا وابسته به این دانشگاه سپاسگزاری نماید.

مجرد و افرادی که تنها زندگی می‌کردند موانع بیشتری در پیروی از رفتارهای ارتقاء سلامت داشتند.

امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در بیماران شاغل و خانه‌دار در مقایسه با بیماران بیکار بیشتر بود که همسو با نتایج مطالعه Volkens, et al. (2007) می‌باشد که نشان داد افراد شاغل و کارمند و افراد با طبقه شغلی بالاتر در مقایسه با افراد بیکار و دارای طبقه شغلی پایین‌تر بیشتر از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی پیروی می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد بین سن و امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و حیطه‌های آن به‌جز حیطه فعالیت جسمی رابطه‌ای وجود ندارد. بین سن و امتیاز حیطه فعالیت جسمی رابطه معکوس وجود دارد به‌طوری که با افزایش سن، امتیاز حیطه جسمی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی به‌صورت معنی داری کاهش می‌یابد که با نتایج مطالعه Esmaeili and Hosseini (۲۰۰۸) همخوانی دارد.

بین مقیاس درجه ناتوانی با امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و حیطه‌های فعالیت جسمی و روابط بین فردی همبستگی منفی وجود دارد. به‌طوری که با افزایش مقیاس درجه ناتوانی در بیماران مورد مطالعه امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی بیماران کاهش می‌یابد. همچنین بین سطح تحصیلات و امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی ارتباط مستقیم وجود دارد. این یافته‌ها با یافته‌های مطالعه Joo (2010) و همچنین مطالعه Volkens, et al. (2007) همخوانی دارد.

همچنین بین مقیاس درجه ناتوانی و حیطه‌های فعالیت فیزیکی و امتیاز کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت ارتباط یافت شد. به این معنی که بیمارانی که مقیاس درجه ناتوانی پایین‌تری

REFERENCES

- Asche C V, Singer M E, Jhaveri M and Miller H C A (2010) All-cause health care utilization and costs associated with newly diagnosed multiple sclerosis in the United States. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 16 (9) 703-12.
- Ayaz S, Tezcan S and Akıncı F (2005) Health promotion behavior of students at the Nursing College. *Cumhuriyet University Journal of Nursing School*. 9 26-34.
- Barry P P (2000) An overview of special considerations in the evaluation and management of the geriatric patient. *The American Journal of Gastroenterology*. 95 (1) 8-10.

- Bombardier C H, Cunniffe M, Wadhvani R, Gibbons L E, Blake K D and Kraft G H (2008) The efficacy of telephone counseling for health promotion in people with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 89 (10) 1849-1856.
- Cameron M H and Lord S (2010) Postural control in multiple sclerosis: implications for fall prevention. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 10 (5) 407-12.
- Chamroonsawasdi K, Phoolphoklang S, Nanthamongkolchai S and Munsawaengsub C (2010) Factors Influencing Health Promoting Behaviors among the Elderly Under the Universal Coverage Program, Buriram Province, Thailand. *Asia Journal of Public Health*. 1 (1) 1519.
- Coote S, Garrett M, Hogan N, Larkin A and Saunders J (2009) Getting the balance right: a randomised controlled trial of physiotherapy and Exercise Interventions for ambulatory people with multiple sclerosis. *BMC Neurology*. 9 (1) 34.
- Edrisi M, Khademloo M, Ghorban A A, Gooran F, Khalili-Azandehi H, Bahrami B and Hesamzadeh A (2013) [Self Report of Health Promoting Behaviors of Nurses Working in Teaching Hospitals]. *Journal of Mazandaran University Medicine Science*. 23 (105) 52-9. (Persian)
- Esmaeili M and Hosseini F (2008) [Multiple sclerosis and stressful thought habit]. *Iranian Journal of Nursing Research*. 3 (10-11) 25-31. (Persian)
- Fallah Taher pazir E, Zeighami Mohammadi S and Fahidy F (2012) [Perception of patients with cardiovascular disease about barriers and benefits of health promotion behaviors]. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 1 (2) 16-23. (Persian)
- Hebert J R, Corboy J R, Manago M M and Schenkman M (2011) Effects of vestibular rehabilitation on multiple sclerosis-related fatigue and upright postural control: a randomized controlled trial. *Physical Therapy*. 91 (8) 1166-1183.
- Heles D and Mirzaei E (2007) [Healthy Living Guidelines]. S. Ahmadi, S. \Azeri and H. Efteghar Ardebili. 1th. Tehran, Iranian Publishers Co. (Persian)
- Huntley A and Ernst E (2000) Complementary and alternative therapies for treating multiple sclerosis symptoms: a systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*. 8 (2) 97-105.
- Joo K S (2010) Factors affecting health-promoting behaviors of community-dwelling Korean older women. *Journal of Gerontological Nursing*. 36 (10) 42.
- Mohammadi Zeidi I P H, Amir and Mohammadi Zeidi B (2012) [Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 22 103-113. (Persian)
- Mooney B, Timmins F, Byrne G and Corroon A M (2011) Nursing students' attitudes to health promotion to: Implications for teaching practice. *Nurse Education Today*. 31 (8) 841-848.
- Motlagh Z, Mazloomi-Mahmoodabad S and Momayyezi M (2011) [Study of Health-promotion behaviors among university of medical science students]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 13 (4) 29-34. (Persian)

- Pirincci E, Rahman S, Durmuş A and Erdem R (2008) Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public health*. 122 (11) 1261-3.
- Rezaei M, Seyedfatemi N and Hosseini F (2009) [spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy]. *Hayat*. 14 (4) 33-39. (Persian)
- Stuijbergen A K and Roberts G J (1997) Health promotion practices of women with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 78 (12) S3-S9.
- Valery P C, Ibiebele T, Harris M, Green A C, Cotterill A, Moloney A, Sinha A K and Garvey G (2012) Diet, physical activity, and obesity in school-aged Indigenous youths in northern Australia. *Journal of Obesity*. 2012
- Van Leuven K and Prion S (2007) Health promotion in care directed by nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*. 3 (7) 456-461.
- Volkers A C, Westert G P and Schellevis F G (2007) Health disparities by occupation, modified by education: a cross-sectional population study. *BMC Public Health*. 7 (1) 196.
- Weston N M (2008). Identifying perceptions of health promotion barriers and benefits in individuals at risk for coronary heart disease Montana State University-Bozeman, College of Nursing.

Health promotion behaviors and its correlation with some of the demographic factors in patients with multiple sclerosis

Alireza Dashti–Dehkordi¹, Hojatolah Yousefi^{2*}, Jahangir Maghsoudi³, Masoud Etemadifar⁴

1. MSc in Medical-Surgical Nursing, Alzahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. (*Corresponding Author) Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nursing and Midwifery School, Isfahan University Of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, Nursing and Midwifery School, Isfahan University Of Medical Sciences, Isfahan, Iran
4. Professor, Department of Neurology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: yousefi@nm.mui.ac.ir

Abstract

Background and Aim:

The health promotion behaviors are effective factors in prevention of diseases. The aim of this study was to determine, the health promotion behaviors and their relationship with demographic factors in people with multiple sclerosis.

Materials and Methods:

This study was a descriptive cross-sectional survey assessing health-promoting behaviors among patients with multiple sclerosis. 51 patients with multiple sclerosis referred to MS clinic of Al-Zahra Hospital were randomly selected. The health-promoting behaviors were measured using HPLP-II (Health Promotion Lifestyle profile-II) and *Expanded Disability Status Scale* (EDSS). Data were analyzed by independent t-test, Pearson Correlation, Spearman correlation and One-Way ANOVA.

Findings:

The overall health-promoting behaviors' profile had a mean \pm SD of 119.6 ± 12 . The highest mean in the sub-scales was for “spiritual growth” ($22.8 \pm 3/8$) and the lowest was for “physical activity” (15.3 ± 3.52). The results indicated that there was not a significant difference between two genders. Pearson's correlation indicated a negative relationship between Expanded Disability Status Scale with mean of overall health-promoting behaviors' profile. There were also significant correlations between the levels of education with mean of overall health-promoting behaviors' profile.

Conclusion:

Regarding the situation of health-promoting behaviors, especially in physical activity sub-scale, providing programs to improve health promotion behaviors in people with multiple sclerosis are recommended.

Keywords:

Health Behavior; Multiple sclerosis; Demographic Factors