

## تبیین عوامل مؤثر در خود مراقبتی زنان مبتلاء به پوکی استخوان: مطالعه ای کیفی با رویکرد تحلیل محتوا

آرزو فلاحی: استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران- نویسنده رابط:  
arezofalahi91@gmail.com

سیامک درخشان: استادیار، گروه رادیولوژی و پزشکی هسته ای، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

طاهره پاشایی: استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

پروانه تیموری: دانشیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۶

### چکیده

زمینه و هدف: با وجود اینکه خود مراقبتی بیماران در کنترل و درمان پوکی استخوان اثر گذاشته اما هنوز عوامل مؤثر بر خود مراقبتی از دیدگاه مبتلایان به این بیماری مورد کاوش قرار نگرفته است. هدف از این پژوهش تبیین عوامل مؤثر در خود مراقبتی از دیدگاه زنان مبتلاء به پوکی استخوان می باشد.

روش کار: این مطالعه در سال ۱۳۹۳ و به روش کیفی با رویکرد آنالیز محتوی انجام شد. ۱۵ زن مراجعه کننده به مراکز سنجش تراکم استخوان شهر سنندج بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف در این پژوهش شرکت داشتند. معیارهای ورود شرکت کنندگان مورد مطالعه شامل: زنان ۵۰ سال به بالای مبتلا به بیماری پوکی استخوان، گذشت شش ماه از زمان تشخیص قطعی بیماری، شاخص T-Score پایین تر از ۲/۵- در استخوان پشت یا ران، مصرف دارو توسط بیمار با تجویز پزشک، توانایی صحبت کردن و تمایل به شرکت در مطالعه بود. داده‌ها از طریق مصاحبه های عمیق فردی و گروهی نیمه ساختار یافته جمع آوری و به روش تحلیل محتوی تجزیه و تحلیل گردید. جهت حمایت از صحت و استحکام داده‌ها، معیار مقبولیت، تأیید پذیری و انتقال پذیری لحاظ شد.

نتایج: از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۵ طبقه "عوامل زمینه ساز بیماری"، "ناتوانی و امید در برابر بیماری"، "نقش‌های متقابل پزشک"، "نقش خانواده" و "سازمانها و مراکز اجرایی" و ۱۱ زیر طبقه شامل "مسائل فرهنگی"، "عدم آگاهی"، "عدم اولویت سلامت"، "ناتوانی و ترس"، "امید به آینده"، "نقش مثبت پزشک"، "نقش منفی پزشک"، "نقش فعال خانواده"، "نقش غیر فعال خانواده"، "نقش رسانه ها" و "مراکز اطلاع رسانی" استخراج گردید.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد مسئولیت پذیری زنان مبتلا به پوکی استخوان در قبال سلامت خودشان تک عاملی نبوده بلکه چند بعدی می باشد. افزایش امید به زندگی در بیماران، توجه پزشک به خواسته های بیمار، افزایش برنامه های ارتقاء سلامت در رسانه ها و پر رنگ کردن نقش خانواده بویژه مردان موجب فراهم نمودن شرایط و زیر ساخت هایی جهت توانمند سازی زنان برای انجام رفتارهای خود مراقبتی می شود.

واژگان کلیدی: زنان، پوکی استخوان، خودمراقبتی، تحلیل محتوا.

## مقدمه

پوکی استخوان، شایع ترین بیماری متابولیک استخوان است که با کاهش مواد معدنی و ماتریکس (Matrix) استخوان همراه می باشد (Gallagher 2007). امروزه این بیماری به عنوان معضل مهم بهداشتی و درمانی جامعه و یکی از دلایل ناتوانی و مرگ شناخته شده، بدون علامت بوده، بیماری خاموش قرن نام گرفته، روی کیفیت زندگی افراد اثر داشته و عوارض آن (شکستگی) می تواند خسارات مالی و جسمی زیاد و جبران ناپذیری را به جامعه و بیماران تحمیل نماید (Brown and Josse 2002; Shari and Sarah 2006).

حدود ۱/۵ میلیون مورد شکستگی استخوان ناشی از پوکی استخوان هر ساله در ایالت متحده اتفاق می افتد و ۱۷ میلیارد دلار هزینه صرف آن می شود (Faulkner and Bailey 2007). هزینه های مرتبط با درمان شکستگی ناشی از استئوپروز (Osteoporosis) در امریکا معادل هزینه های بیماری قلبی و عروقی است و تحقیقات نشان داده است پوکی استخوان باعث افزایش طول مدت بستری بیش از بیمارهای سکتة قلبی و سرطان سینه می شود (Kai and Anderson 2003).

در ایران نیز یافته های برنامه ی ملی پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان حاکی از آن است که ۷۰٪ زنان و ۵۰٪ مردان بالای ۵۰ سال از استئوپروز و استئوپنی رنج می برند (Pajouhi et al. 2004) و شیوع آن در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال در زنان ۳۲/۴٪ می باشد (Soltani et al. 2002). سالیانه ۴۰۰-۲۰۰ هزار مورد شکستگی در کشور رخ داده که درصد زیادی از آن ناشی از پوکی استخوان است و از این تعداد ۱۷۰۰-۱۵۰۰ نفر به علت عوارض جانبی می میرند (Abdoli 2003). در این میان خود مراقبتی بیماران در کنترل و درمان بیماری اثر بسیار دارد. خودمراقبتی، اعمالی آموخته شده، آگاهانه و هدف دار، قسمتی از زندگی روزانه است که توسط افراد برای تأمین،

حفظ و ارتقای سلامت شان انجام می شود تا نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند و از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند. خود مراقبتی موجب افزایش امید به زندگی، کیفیت زندگی، کاهش هزینه ها و بروز بیماریها شده از عوارض حاد و مزمن آنها پیشگیری می کند. بهبود پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی، اولین قدم برای کمک به بیماران جهت مراقبت و مدیریت بهتر بیماریشان می باشد (Yamaguchi et al. 2003) اما انجام این رفتارها متأثر از عوامل مختلفی است. مطالعات در سایر کشورها به نقش موانعی مانند ترس از بیماری، کمبود اعتماد به پزشکان، کمبود آگاهی، عدم درک صحیح از مفهوم بیماری، نبود ارتباط درمانی مناسب بین پزشک و بیمار، عدم اعتماد به پزشک و شرایط زندگی نامساعد برای پیشگیری و کنترل بیماری پوکی استخوان اشاره کرده اند (Baheiraei et al. 2006; Nielsen et al. 2013). بررسی ها در ایران نیز نشان می دهد که خود مراقبتی تحت تأثیر عوامل فرهنگی، اقتصادی، درک افراد از کنترل بر بیماری، اولویت داشتن سلامت و مدیریت بدن می باشد (Albert 2008; Crotty et al. 2009). اما هیچ یک از این مطالعات عوامل مؤثر بر خود مراقبتی را از دیدگاه زنان مبتلا به پوکی استخوان در قالب رویکرد کیفی بررسی نکرده اند. در کشورهای مختلف جهان خود مراقبتی صرفاً در بیماریهایی مانند بیماریهای قلبی و عروقی (Albert 2008)، آرتریت (Crotty et al. 2009)، دیابت (Maizlish et al. 2004) و دیس منوره (Hansen et al. 2014) مورد کاوش قرار گرفته است. در ایران نیز همانند سایر کشورها خود مراقبتی در بیماران مبتلا به پوکی استخوان مورد بررسی قرار نگرفته است. عوامل مؤثر در خود مراقبتی زنان مبتلا به پوکی استخوان از نگاه آنان چیست سوالی است که در این مطالعه به آن جواب داده شده است.

اهمیت رفتارهای خود مراقبتی در افزایش کیفیت زندگی و پیشگیری از بیماریها (Yamaguchi et al. 2003)، در اولویت بودن بیماری پوکی استخوان به

در اختیار آن ها قرار داده شود. معیارهای ورود شرکت کنندگان مورد مطالعه شامل: زنان ۵۰ سال به بالای مبتلا به بیماری پوکی استخوان، گذشت شش ماه از زمان تشخیص قطعی بیماری، شاخص T-Score پایین تر از  $-2/5$  در استخوان پشت یا ران، مصرف دارو توسط بیمار با تجویز پزشک، توانایی صحبت کردن و تمایل به شرکت در مطالعه بود. جمع آوری داده ها سال ۱۳۹۳ در شهر سنندج با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف و از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته فردی و گروهی (انعطاف پذیری و عمیق بودن این نوع مصاحبه و ضرورت استفاده از آن در تحقیقات کیفی (Polit and Tatano 2006) از میان بیماران حایز معیارهای بالا انجام گرفت. بود. ابتدا پرسشهای کلی برای شروع مصاحبه مطرح و بر اساس پاسخ شرکت کنندگان روند مصاحبه هدایت می شد. سئوالات اولیه شامل این دو بود: "جهت درمان بیمارتان با چه مسائل و مشکلاتی برخورد گردید؟" و "با توجه به تجاربتان از بیماری پوکی استخوان چه نیازها و خواسته هایی جهت مراقبت از خود دارید؟" در طی مصاحبه‌ها از شرکت کنندگان خواسته شد که برای توصیف موضوع مطرح شده مثال‌هایی ارائه داده و یا اینکه دلایل پاسخ‌های خود را شرح دهند. مدت زمان مصاحبه‌ها از ۲۵-۱۵ دقیقه بود. محقق تا آنجا نمونه گیری را ادامه داده که به ایده جدیدی دست نیافته یا به عبارتی نمونه گیری تا رسیدن داده ها به اشباع ادامه، به طوری که اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌های موجود به دست نیامد (Polit and Beck 2006) و در نهایت ۱۵ زن مبتلا به پوکی استخوان با شرایط اجتماعی-اقتصادی متفاوت در این مطالعه مشارکت کردند. برای تجزیه و تحلیل داده های حاصل از ۷ مصاحبه فردی و ۲ بحث گروهی (در هر گروه ۴ نفر)، از روش آنالیز محتوی گرانهیم و لاندمن (Granheim and Lundman) بهره گیری شد (Graneheim and Lundman 2004) به این صورت که از مصاحبه هایی ضبط و نگارش شده، کدهای اولیه بدست آمد. این کدها از کلمات خود مشارکت کنندگان

عنوان یکی از مسائل مهم بهداشتی (Shirazi et al. 2007) و شیوع بالای آن (Soltani et al. 2002; Speroff 2005; Besser et al. 2012) عدم تأثیر برنامه های آموزشی جهت تغییر رفتار و نیاز به تعیین کننده-های ساختاری و روانی جهت درک و مدیریت بیماری پوکی استخوان (Hansen et al. 2014)، طراحی مداخلات بر پایه شناخت ویژگی‌های روانی افراد از طریق مصاحبه‌های عمیق و بررسی‌های کیفی (Besser et al. 2012)، شناخت پدیده‌های رفتاری و انسانی مرتبط با پدیده یا بیماری از طریق افرادی که به طور مستقیم یا غیرمستقیم آن را تجربه نموده‌اند (Mullen and Reynolds 1978) و کمبود مطالعاتی با رویکرد کیفی در حیطه‌ی عوامل مؤثر در خود مراقبتی در مبتلایان به پوکی استخوان در ایران از دلایل انجام پژوهش حاضر با عنوان تبیین عوامل مؤثر در خود مراقبتی از دیدگاه زنان مبتلا به پوکی استخوان بود.

## روش کار

مطالعه حاضر بر پایه روش کیفی، تحلیل محتوا، که ابزاری برای به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از مشارکت کنندگان می باشد انجام گرفت. تحلیل محتوا روش تخصصی در پردازش داده های علمی بوده که شناخت، بینشی نو، تصویری از واقعیت، راهنمای عمل و تفسیری ذهنی از محتوای اطلاعات متنی از طریق روند طبقه بندی منظم را فراهم می‌آورد (Hsieh and Shannon 2005). محققان پس از اخذ مجوز از شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان، به مراکز سنجش تراکم استخوان مراجعه و پس از کسب اجازه از مسؤولان مربوط و آگاهی کامل مشارکت کنندگان به بیان هدف مطالعه مبادرت نمودند. همچنین به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه است و در صورت تقاضا اطلاعات ضبط شده و متن مصاحبه های تایپ شده

عوامل زمینه ساز بیماری: عوامل زمینه ساز بیماری در سه زیر طبقه شامل "مسائل فرهنگی"، "عدم آگاهی" و "عدم اولویت سلامت" قرار گرفت. به اعتقاد بسیاری از مشارکت‌کنندگان، یکی از مهمترین دلایل ایجاد بیماری پوکی استخوان، مسائل فرهنگی و سبک زندگی آنان بود. انتظار خانم‌ها از حمایت دیگران، باور به درد داشتن و مراجعه به پزشک، کمبود دریافت ویتامین دی به علت پوشش کل بدن و مسائل فرهنگی، زندگی مشقت بار و بدون امکانات آنان، فرهنگسازی در زمینه توجه به جایگاه زن در خانواده و پذیرش حقوق زنان توسط خود زنان از جمله کدهایی بود که در زیر طبقه مسائل فرهنگی قرار گرفته و مشارکت‌کنندگان به آن تأکید داشتند. یکی از مشارکت‌کنندگان ناراحتی خود را از فراهم نبودن وسایل رفاه و راحتی برای انجام امورات منزل اینگونه بیان می‌کرد: "به خدا خیلی کار داشتم. زمان قدیم بود ۶ تا بچه داشتم لباس شستن با دست با بدبختی، زانوم آخرش منحرف شده... من خیلی بدبختی کشیدم مته حالا نبود که جارو برقی و وسیله باشه، هیچی نبود، همش با دست و زحمت خودمون بود. فرش شستن بیچارگی، مال ایناست. پله داشتیم... این پله ها منو به این روز انداخت" (مشارکت‌کننده ۳ خانم ۷۵ ساله).

همچنین زنان شرکت‌کننده از خود گذشتگی، مراقبت از بچه‌ها و کمبود وقت برای ورزش کردن، عدم توجه به سلامت و در اولویت قرار ندادن آن و رسیدگی به امورات کار و منزل را از دلایل عدم مراجعه به پزشک و پیگیری درمان بیان کردند: "بچه داشتم و نمی‌تونستم ورزش کنم، کارای خونیه رو انجام می‌دادم لباس شستن، مرتب کردن و .... واقعا نمی‌تونستم برسم" (مشارکت‌کننده ۶ خانم ۶۹ ساله).

عدم آگاهی از بیماری و علل بیماری، عدم اطلاع از راههای پیشگیری از پوکی استخوان و درمان آن از دیگر عوامل مؤثر در انجام رفتارهای خود مراقبتی بوده که افراد مورد مطالعه بارها آن را در مصاحبه‌ها تکرار کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه اظهار می‌داشت:

و کدهای دلالت‌کننده‌ی (برداشت‌های پژوهشگران از گفته‌ها) تیم تحقیق که عکس‌العمل‌های غیر کلامی شرکت‌کنندگان را نیز ثبت می‌کردند، استخراج و سپس مصاحبه‌های بعدی انجام شد. با کد گذاری، واحدهای معنایی از بیان و تجارب مشارکت‌کنندگان حاصل شده و پس از کد بندی و خلاصه نمودن داده‌ها بر اساس تشابهات و اختلافات، طبقه بندی کدها انجام و طبقات طی فرایند چرخشی مقایسه مداوم شدند و از تحلیل و تفسیر این داده‌ها درون مایه‌ها یا مقوله‌های انتزاعی تر استخراج گردید جهت ارزیابی مقبولیت داده‌ها (Credibility) کدهای حاصل از مصاحبه مجدداً توسط مشارکت‌کنندگان بازنگری شد. از هماهنگی و نظرات تکمیلی اساتید متخصص در زمینه‌ی تحقیق کیفی جهت قابلیت تعیین-تأیید (Confirmability)، از آنالیز مقایسه‌ای مداوم داده‌ها و آنالیز موارد منفی جهت اطمینان یا ثبات یافته‌ها (Dependability) و از نمونه‌گیری با حداکثر واریانس جهت ارزیابی انتقال پذیری (Transferability) استفاده گردید. (Glaser 2002).

## نتایج

در مجموع ۱۵ زن در مطالعه شرکت کردند. مشخصات افراد شرکت‌کننده در جدول ۱ آمده است. از تجزیه و تحلیل داده‌ها ۵ طبقه اصلی و ۱۱ زیر طبقه بدست آمد. طبقات اصلی شامل "عوامل زمینه ساز بیماری"، "ناتوانی و امید در برابر بیماری"، "نقشهای متقابل پزشک"، "نقش خانواده" و "سازمانها و مراکز اجرایی" و ۱۱ زیر طبقه شامل "مسائل فرهنگی"، "عدم آگاهی"، "عدم اولویت سلامت"، "ناتوانی و ترس"، "امید به آینده"، "نقش مثبت پزشک"، "نقش منفی پزشک"، "نقش فعال خانواده"، "نقش غیر فعال خانواده"، "نقش رسانه‌ها" و "مراکز اطلاع رسانی" استخراج گردید (شکل ۱).

فردی دیگر عجز و ناتوانی خود را در عدم کنترل ناراحتی‌ها و مشکلات اینگونه بیان می‌کرد: "وقتی درد دارم، چه کار از دست من بر می‌آید، هیچی، تحمل می‌کنم، ... وقتی خیلی درد دارم کاری نمی‌کنم فقط مسکن می‌خورم کمی دردم ساکت میشه کاری از دستم بر نمی‌آید چه کار کنم؟! ... نمی‌تونم غصه نخورم، ناراحتی اعصاب و غم و غصه باعث بیماری من شده" (مشارکت کننده ۱۳ خانم ۵۹ ساله).

با وجود اینکه تعدادی از مشارکت کنندگان اظهار می‌کردند کنترلی بر شرایط و بیماریشان ندارند برخی دیگر از آنان امید به آینده، توکل به خدا و بهبود درد و ناراحتی خود را عاملی برای انجام رفتارهای درمانی و پیگیری کننده دانسته و در انتظار سلامت مجدد و بازگشت به زندگی عادی بودند. "خوب آینده رو خدا می‌دونه بنده چه می‌دونه فکر بیماریمو می‌کنم و ان شاءالله با داروها حالم بهتر بشه، هیچ ناراحتی خانوادگی هم ندارم شکر بهترین زندگی را دارم" (مشارکت کننده ۶ خانم ۶۹ ساله).

افراد مورد مطالعه ترس را عامل اختلالی مهم در فعالیتهای روزانه و انجام رفتارهای خود مراقبتی در برابر بیماری می‌دانستند. ترس از دستگاه سنجش تراکم استخوان، ترس از جواب آزمایش، ترس از شکستن استخوان و سربار دیگران شدن و محدود شدن روابط و فعالیت‌های اجتماعی از جمله کدهایی بود که مشارکت کنندگان به آن اشاره داشتند. مشارکت کننده‌ای ترس را اینگونه توصیف می‌کرد: "معمولا آدم که میره مرکز برای سنجش خیلی استرس داره فکر می‌کنه چون چیزی شبیه MRI انجام می‌ده و سر و صدای دستگاه زیاده رو روحیشون تأثیر می‌داره و بنابراین وقتی اونجا میره خیلی استرس داره. دست و پاهام می‌لرزه یا فکر می‌کنم مشکلی دارم و اینکه جواب تستم چی میشه اونم رو اضطرابم تأثیر داره" (مشارکت کننده ای ۱۵ خانم ۵۲ ساله).

بسیاری از بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر اظهار داشتند یکی از دلایل عدم کنترل بر بیماری، مشکل مالی و عدم توانایی خرید مواد غذایی می‌باشد. هزینه‌های بالای

"به خدا نمی‌دونم چی بگم نمی‌دونم چه عاملی باعث شده که پوکی استخوان بگیرم d3.... من فکر می‌کنم آرتروز همون پوکی استخوانه. من نمی‌دونم چه کار کنم (با ناراحتی)" (مشارکت کننده ۱۴ خانم ۶۲ ساله)

دو مشارکت کننده عدم توجه به سلامت خود را عامل عدم انجام رفتارهای پیشگیری کننده از پوکی استخوان دانسته و بیان می‌کردند: "من احساس می‌کنم خودم برای خودم کوتاهی کردم، زمانی که پر بودم و یا زایمان کردم به خودم نرسیدم شوهرم خیلی گفت برو دکتر مقصر خودم بودم خودم نرفتم، در شیر دهی مواظب خودم نبودم" (مشارکت کننده ۹ خانم ۶۰ ساله) "حقیقتا خانم من اصلا به فکر سلامت خودم نبودم، همش به فکر این بودم به بچم برسم، شوهرم یه شهر دیگه کارمند بود... با وجود تمام اینا حتی اینقدر به فکر خودم نبودم که بگم یه ساعت استراحت کنم همش به فکر این بودم که به کارهای خونم برسم" (مشارکت کننده ۱۱ خانم ۵۲ ساله).

ناتوانی و امید در برابر بیماری: "ناتوانی و ترس" و "امید به آینده" زیر طبقات ناتوانی و امید در برابر بیماری بودند. برخی از شرکت کنندگان در مطالعه بیماری پوکی استخوان را خارج از کنترل خود دانسته، فرایند درمان را بی نتیجه و بی فایده پنداشته، عقب نشینی روحی و روانی در آنان عیان و با احساس ناامیدی و ناتوانی در مشارکت اجتماعی، فقدان انگیزه و امید، بی‌علاقگی و افسردگی و افکار مایوس کننده و یاس مطلق رو به رو بودند. ناراحتی و ناتوانی در زندگی به علت بیمار شدن، ایجاد افسردگی، عدم توانایی جهت انجام اقدامات پیشگیرانه و ناتوانی در کنترل سایر مشکلات و ناراحتی‌های زندگی از جمله کدهایی بودند که مشارکت کنندگان به آن اشاره داشتند. مشارکت کننده ای در رابطه با مطالب فوق اظهار می‌کرد: "فکر می‌کنم من بهتر نمیشم بیماری پوکی استخوان بیماریه که فرد خوب نمیشه. مگر اینکه پیشگیری کنی از این بیشتر نشه. فکر می‌کنم که بیماریم بدتر بشه" (مشارکت کننده ۷ خانم ۶۱ ساله).

یکی از افراد در مطالعه اینگونه ناراحتی خود را توصیف می کرد: "دکتر داریم وقتی میری پیشش تو بیمارستان اصلا توجه به آزمایش و عکست نمی کنه محلت نمی ذاره من حاضریم که حتی اگر بمیرم، دیگه نرم پیش اون دکتره" (مشارکت کننده ۶ خانم ۶۹ ساله).

یکی از مشارکت کنندگان انتظار از پزشک معالجش را با این توصیف اظهار می کرد: "انتظار دارم قرص بهم بده و دردم کمتر بشه و حالم بهتر بشه. کمکم کنه" (مشارکت کننده ۴ خانم ۶۵ ساله).

یکی دیگر از زنان شرکت کننده در مطالعه خواسته ها و حقوق خود را اینگونه بیان می کرد: "انتظار اونو داریم به صحبتامون گوش بده، وقتی ما می گوییم این دردمونه اون هم به ما به چیزایی بگه... بیماریو توضیح بدن، محبت داشته باشن با زبان خوش با مریض صحبت کنن" (مشارکت کننده ۹ خانم ۶۰ ساله).

علاوه بر اینکه بیماران خواستار توجه پزشکان به حقوقشان بودند از آنان نیز انتظار برآورد نیازهایشان را داشتند. شرکت کنندگان در سایه این دو مقوله یعنی توجه به حقوق بیمار و برآورد خواسته های او رضایت از پزشک را بیان می کردند.

نقش خانواده: نقش خانواده دو زیر طبقه "نقش فعال خانواده" و "نقش غیر فعال خانواده" را شامل شد. زنان شرکت کننده در مطالعه همراهی خانواده بویژه همسرانشان را در پیگیری بیماری و ایجاد آرامش روحی بسیار تأثیر گذار دانسته بطوریکه این همراهی توانسته بود در رضایت بیماران از فرایند درمان مؤثر باشد. حمایت، تشویق و همراهی همسر در امورات منزل، حمایت مالی همسر در زمان بیماری و تهیه مواد غذایی کلسیم دار برای کنترل بیماری توسط او، اهمیت همسر به سلامت اعضای خانواده و سابقه خانوادگی عاملی برای پیگیری از بیماری و انجام مراقبتهای بهداشتی بود.

یکی از شرکت کنندگان در خصوص حمایت خانواده اظهار کرده بود: "این چند ساله هر چه که تو تهران و جاهای

داروها و انجام تست یکی از دغدغهها و نگرانی هایشان محسوب شده و این عدم تأمین مالی آنان را از مراجعه مجدد به پزشک و پیگیری درمان منصرف کرده بود.

یکی از مشارکت کنندگان نارضایتی از هزینه های بالای داروها را اینگونه اظهار می کرد: "واقعاً به علت هزینه، هزینه بالاست هر بار که می ری ۲۰۰-۱۵۰ تومنی هزینش میشه دیگه نتونستم برم. داروهاش گرونه" (مشارکت کننده ای ۱ خانم ۶۱ ساله).

نقشهای متقابل پزشک: در پژوهش حاضر "نقش مثبت پزشک" و "نقش منفی پزشک" دو زیر طبقه نقشهای متقابل پزشک بودند. مشارکت کنندگان اظهار می داشتند که پزشک نمادی از اعتماد، قدرت و انگیزه بوده که توصیه ها و راهنمایی های او را به کار بسته و او نیز آنان را از درد نجات داده و زندگی دوباره می بخشید. پزشک صاحب دانش و آگاهی های لازم برای درمان بیماری بوده بطوریکه بیمار تصمیم گیری درباره سلامتی اش را به او می سپارد. پزشک با داشتن مهارت های لازم در ارتباط با بیمار، او را به ادامه مراقبت های پزشکی تشویق کرده تا فرایند درمانی بهتر و تغییر رفتار مناسبتر را به ارمغان آورد. مشارکت کنندگان به برخورد صمیمی و همدلانه پزشک، توجه به حقوق بیمار و خواسته ها و نیازهای او، تسکین درد، حفظ حریم شخصی و ایجاد آرامش در بیمار، ارائه توصیه های پیشگیرانه برای کنترل بیماری، ایجاد امید و انگیزه در بیمار و شناخت از ویژگی های مریض و خانواده او به کرات اشاره داشتند.

مشارکت کننده ای اینگونه نقش مثبت و ایجاد رابطه مناسب پزشک با بیمار را بیان می کرد: "اگر دکتر خیلی خوب شرح حال بگیره، رو مریض خیلی تأثیر می ذاره اگر اونارو راهنمایی کنه از نظر تغذیه از نظر دارو و ... بیمار روحیش تضعیف نمیشه" (مشارکت کننده ۵ خانم ۵۰ ساله). کمبود وقت پزشکان، و عدم ایجاد درک و مفهوم یکسان از بیماری بین بیمار و پزشک و عدم توضیح دقیق از بیماری توسط پزشکان از جمله گلایه های بیماران از پزشکان بود.

زنان شرکت کننده در مطالعه به نقش شهرداریها، مجلس، آموزش و پرورش و مراکز بهداشتی- درمانی جهت اطلاع رسانی در مورد بیماری اشاره داشتند. آنان نقش مراکز بهداشتی- درمانی که از سالها پیش با آن در ارتباط بوده و اولین مراقبتهای مرتبط با سلامت را از این مراکز دریافت کرده اند- در پیشگیری، بهبود و کنترل بیماریشان مؤثر دانسته و بیان می کردند برای خدمت رسانی هر چه بهتر این مراکز دسترسی به پزشک و ارتباطی مداوم و لحظه ای میان آنان و بیماران باید وجود داشته باشد. مراجعه بسیار پایین به مراکز بهداشتی- درمانی جهت کسب اطلاعات، عدم اعتماد و اعتقاد به توصیه های ارائه شده از سوی مراکز بهداشتی- درمانی و توجه و اهمیت بیشتر به متخصصان نسبت به کارشناسان سلامت از دیگر گفته های مشارکت کنندگان در مطالعه بود. شرکت کننده ای در این رابطه اظهار می داشت: "مردم اطلاعات نادرست دارن و این بر می گرده به اون قضیه که باید یک نفر باشه بهداشت خانواده یا همون مراکز بهداشتی و یا هر کس دیگه ای این اطلاعات را ایجاد کنن که پوکی استخوان مریضی هستش" (مشارکت کننده ی ۱۴ خانم ۶۲ ساله).

## بحث

مطالعه حاضر اولین بررسی است که عوامل مؤثر در خود مراقبتی را از دیدگاه زنان مبتلا به پوکی استخوان در قالب رویکرد کیفی بررسی میکند. با انجام این مطالعه، درک و بینش ما از تبیین کننده های رفتارهای خود مراقبتی در زنان مبتلا به پوکی استخوان افزایش یافته و بایست هایی که می توان در پژوهش های آینده مورد توجه و دقت قرار داد شناسایی شدند. این پژوهش دو تفاوت عمده با پژوهش های پیشین در زمینه عوامل مؤثر در کنترل و پیشگیری از بیماری پوکی استخوان داشت. اول، بر خلاف مطالعات پیشین که عمدتاً بر پژوهش های کمی استوار بوده اند این مطالعه با روش کیفی و فن مصاحبه عمیق انجام گرفت. دوم اینکه مطالعات گذشته

دیگه خرج کردن همش مال همسرم بوده. خیلی ازش راضی هستم، خیلی بهم کمک کردن. دخترام و پسرام همشون خوب بودن. تو تهران همشون پیشم بودن. هر هفته یکیشون می اومدن پیشم. بچه هامون خیلی خوبین خدا ازشون راضی باشه" (مشارکت کننده ۲ خانم ۵۲ ساله).

برخی از مشارکت کنندگان کدهایی مانند عدم توصیه والدین به ورزش در دوران گذشته، کمبود حمایت همسر در مراقبت از فرزندان به علت مشغله کاری و عدم اطلاع رسانی و تشویق از سوی همسر را از جمله نقشهای غیر فعال و منفی خانواده بیان کردند: مشارکت کننده ای نیز نقش غیر فعال خانواده بویژه نقش غیر حمایتی همسرش را اینگونه توصیف می کرد: "کاش حداقل شوهر من به من می گفت برم سالی یکبار آزمایش بدم من هم دیگه ولش کردم و به سلامتیم اهمیت نادم. شوهرم اصلاً به من نگفته برو به سلامتیت برس و اگر زمانی می رفتم دکتر به من می گفت چقدر مواظب خودتی" (مشارکت کننده ی ۸ خانم ۵۹ ساله).

سازمانها و مراکز اجرایی: زیر طبقات "نقش رسانهها" (به علت تکرار مکرر شرکت کنندگان در رابطه با اهمیت رسانهها بویژه رادیو و تلویزیون این زیر طبقه به این نام اختصاص داده شد) و "مراکز اطلاع رسان" در طبقه سازمانها و مراکز اجرایی قرار گرفت.

در پژوهش حاضر مشارکت کنندگان برخی اطلاعات و آگاهیها را در مورد بیماری پوکی استخوان، راههای پیشگیری و کنترل آن را از تلویزیون و رسانه های چاپی بدست آورده بودند: "همیشه به رادیو گوش می دم به دکترهایی که تو رادیو صحبت می کنن. همه برنامه های سلامت تلویزیون را گوش می دم همه ی صحبت هایی که دکتر تو رادیو و تلویزیون می گن با دقت گوش می دم و به کار می بندم من انتظارم از رادیو و تلویزیون اینه که حرف های خوب برای ما بزنه" (مشارکت کننده ۹ خانم ۶۰ ساله).

بعد از به خطر افتادن سلامت شان، به خودمراقبتی روی می‌آورند. از دیگر عوامل موثر در خود مراقبتی بیماران مبتلا به پوکی استخوان آگاهی آنان از بیماری است. زمانی که فرد از بیماری خود آگاه شده فرایند شناختی درک و ترس در او ایجاد و درصدد تطابق با بیماری، تغییر رفتار و شرایط و پذیرش زندگی همراه با بیماری بر می‌آید. در برخی موارد نیز مشاهده شده که با وجود اینکه فرد از بیماری خود آگاه بود اما با اختلال در مدیریت درمان و فعالیت‌های اجتماعی مواجه بوده است. فرد بر این واقف است که عدم آگاهی و رفتارهای پیشگیری کننده موجبات بیماری در او را فراهم آورده و به سمت کسب آگاهی‌های بیشتر و انجام رفتارهای مناسب بهداشتی کشیده می‌شود (Baheiraei et al. 2006; Nielsen et al. 2013). بنابراین از آنجایی که پوکی استخوان بیماری بدون علامتی است آگاهی از علل بیماری، راههای پیشگیری و درمان، ایجاد حساسیت و شدت درک شده در افراد بویژه زنان که بیشتر مستعد ابتلا می‌باشند باید در برنامه‌های آموزشی مد نظر قرار گرفته تا افراد خودشان در تلاش برای افزایش آگاهی، تغییر و مدیریت رفتار برآیند. ایجاد انجمن‌ها، آموزشگاه‌ها و مراکز پیشگیری از بیماری‌های مزمن از جمله پوکی استخوان جهت توانمند سازی افراد و طراحی بحث‌های گروهی در رابطه با خود مدیریتی و کنترل بیماری از جمله روش‌های ارائه آموزش‌ها می‌باشد (Nielsen et al. 2008; Nielsen et al. 2010; Nielsen et al. 2013).

یافته‌های مطالعه نشان داد که برخی از مشارکت کنندگان عدم کنترل بر بیماری، ایجاد مشکلات جسمی و روحی ناشی از آن را زمینه ساز ناتوانی در انجام رفتارهای خود مراقبتی را دانسته و در نهایت افسردگی و اختلال در زندگی روزانه را برای خودشان رقم زده بودند. از طرفی بعضی از افراد شرکت کننده در مطالعه نیز امید به درمان بیماری و توکل به خدا را عامل انگیزشی در انجام رفتارهای پیشگیری کننده می‌دانستند. در بررسی Hansen و همکارانش شرکت کنندگان بیان کرده

عوامل مؤثر بر خود مراقبتی در سایر بیماری‌های مزمن را مورد بررسی قرار داده اند اما در مبتلایان به پوکی استخوان مورد کنکاش نبوده است. یافته‌ها بررسی اخیر نشان داد که رفتارهای پیشگیری کننده و انجام فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران مبتلا به پوکی استخوان مفهومی منحصر به فرد نبوده، تحت تأثیر عوامل متعددی است. از دیدگاه بیماران یکی از این عوامل که از سایر دلایل پررنگتر جلوه کرده نقش عوامل زمینه ساز بیماری شامل عدم آگاهی، در اولویت نبودن سلامت و مسائل فرهنگی بود.

مطابق با این یافته مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف دلایل فرهنگی (Fisher-Owens et al. 2007; Hilton et al. 2007) و کمبود آگاهی را از علل عمده عدم انجام رفتارهای پیشگیری کننده از پوکی استخوان گزارش کرده‌اند (Love 2002; Baheiraei et al. 2006; Hansen et al. 2014). نقش مسائل فرهنگی از جمله باور به عدم درد یعنی عدم بیماری، باور به آب و هوا عامل بیماری پوکی استخوان، فرهنگ فداکاری و از خود گذشتگی مادران ایرانی و بی توجهی به سلامت خود، شرایط زندگی آپارتمان نشینی و عدم استفاده از نور آفتاب به علت پوشش کامل بدن در بیرون از خانه که به عنوان سدی در برابر کسب آگاهی‌های بهداشتی عمل می‌کند نباید از نگاه دور نگه داشته شود و کارشناسان و متخصصان سلامت جهت آموزش به افراد از فرهنگ‌های مختلف لازم است حایز صلاحیت فرهنگی بوده و سپس به ارائه آموزش‌های مورد نظر اقدام کنند (Baheiraei et al. 2006). باید این نکته را مد نظر داشت که افراد بیمار تا چه حد برای سلامت خود ارزش قائل هستند آیا آن را جزء اولویتهای اولیه زندگی به شمار آورده و در ردیف سایر ارزشها نظیر: آزادی، هیجان خواهی و... قرار می‌دهند. فردی که سلامتش را در جایگاه بالاتری قرار داده به طبع به خودمراقبتی بیشتری می‌پردازد. متأسفانه، در جامعه و فرهنگ ما، تهدید سلامت ارزش آن را عیان کرده و بسیاری از افراد



آن اشاره کرده، آن را مؤثر بر انجام رفتارهای خود مراقبتی دانسته و عدم استطاعت مالی را عامل درماندگی و ناراحتی خود می‌دانستند. وضعیت اقتصادی جامعه بر رفتارهای مراقبتی افراد تأثیر گذار بوده و با تغییر توان مالی آنان، مراقبت‌ها از پیشگیری به سمت معاینات علامتی سیر می‌کند (Jung, Philip et al. 2010). Jung و همکارانش در سال ۲۰۱۱ گزارش کردند که با افزایش رفاه و رایگان بودن خدمات بهداشتی رفتارهای مرتبط با سلامت افزایش پیدا کرده و اکثر جامعه اعم از افراد مرفه و غیر مرفه از آن استفاده خواهند کرد (Jung et al. 2010). بررسی نشان داد که افراد با وضعیت اقتصادی پایین رفتارهای خود مراقبتی کمتری دارند. از طرفی انجام رفتارهای خود مراقبتی در کاهش هزینه‌ها مؤثر بوده و از عوارض حاد و مزمن بیماری‌ها پیشگیری کرده، موجب ارتقای کیفیت زندگی می‌گردد (Abaszade et al. 2013). ایجاد بیمه تمامی زنان بالای ۶۰ سال و رایگان بودن معاینات دوره‌ای و داروهای آنان می‌تواند تا حدی این ناتوانی را تعدیل کند. زنانی که سالها متحمل کار و زحمت زیاد برای نگهداری و حفظ کانون خانواده شده‌اند و دیگر توانایی چندانی برای ادامه‌ی مسیر همیشگی ندارند این حق را دارند که برای درمان دردهایشان از یک منبع مالی حمایت شوند و شاید بیمه‌ی آنان و پرداخت هزینه‌های درمانی و پیشگیری از وخیم تر شدن بیماری از طریق سیستم بهداشتی-درمانی یکی از انتخاب‌های تأمین این منبع باشد.

رضایت از پزشک، توجه به حقوق و خواسته‌های بیمار و نیاز به همدلی و درک بیشتر بیمار توسط پزشک، اختصاص وقت و زمان به بیمار، ارائه توصیه‌هایی در رابطه با بیماری و کاهش درد و شروع دوباره‌ی زندگی بدون درد از گفته‌های مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر بود که بارها مورد تأکید قرار گرفت. مطالعه Peggy و همکارانش در سال ۲۰۰۲ که همسو با یافته‌های ما بود نشان داد فراهم نمودن فضای عاطفی مناسب و ارتباط صحیح بین پزشک و بیمار موجبات ایجاد انگیزه در بیماران را در فرایند درمان و تغییر رفتار فراهم

بودند که با وجود اینکه درمانی برای بیماریشان وجود ندارد اما آنان به درمان در آینده امیدوار هستند. آنان در مطالعه شان گزارش کردند برخی از افراد مشارکت‌کننده اظهار ناراحتی روحی و روانی کرده و بیماری را دلیل چالش عاطفی و ذهنی می‌دانستند (Hansen et al. 2014). در دیگر مطالعه‌ای ترس از افتادن و شکستگی استخوان و وابسته شدن به دیگران، ترس از کم شدن وزن و خمیدگی پشت از جمله دلایل اضطراب شدید و ناراحتی در افراد است (Besser et al. 2012). این ترس‌ها باعث ناتوانی در جهت تغییر رفتار شده و سبب درماندگی، عدم کنترل بر بیماری و ناراحتی می‌گردد (Baheiraei et al. 2006). درماندگی را می‌توان با تعیین و تجدید اولویت‌ها در عرصه فعالیت‌های فردی و اجتماعی، جلب حمایت و وقت گذاشتن برای خود از بین برد. زمانی که فرد احساس می‌کند از نظارت کمتری برای کنترل رویدادها و حوادث به وجود آمده برخوردار است، احساسی از نوع بی‌قدرتی و عدم کنترل بر شرایط و رفتار را دارد. افزایش کنترل درک شده در جهت حفظ سلامت جسمی، افزایش آگاهی و آشنایی بیشتر با انواع روش‌های مختلف مراقبتی باید مورد توجه قرار گیرد. یکی از چالش‌های بحث‌انگیز در این رابطه، نحوه طراحی و ارائه آموزش سلامت و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به پوکی استخوان می‌باشد به گونه‌ای که نتوانسته است افرادی خودجوش و با انگیزه، پیگیر و توانمند را در جهت حفظ سلامت خود بوجود آورد. از طرفی بیماران از اطمینان و توانایی کافی برای اتخاذ رفتارهای سالم و پیشگیری از پوکی استخوان برخوردار نیستند چرا که درک واقعی از عوامل زمینه‌ساز بیماری نداشته و آن را خارج از حیطه‌ی کنترل و توانایی خود می‌دانند و در نتیجه در کنترل و مدیریت بیماری دچار مشکل می‌شوند.

با توجه به یافته‌های مطالعه وضعیت اقتصادی یکی از عواملی بود که افراد شرکت‌کننده در مطالعه به کرات به

در خصوص کنترل و پیشگیری بیماری از سازمان‌های اجرایی و رسانه‌های گروهی از جمله رادیو و تلویزیون بودند. در سال ۲۰۱۰ Sinha و Gupta در هند گزارش کردند که درصد بالایی از برنامه‌های رادیو و تلویزیون به افزایش آگاهی‌های بهداشتی اختصاص دارد (Gupta and Sinha 2010) که این با یافته‌های ما مطابقت ندارد. زیرا در ایران رسانه‌ها مدت زمان کمی را به برنامه‌های مربوط به سلامت، کنترل و پیشگیری از بیماری پوکی استخوان اختصاص داده که این برنامه ریزی سیاست‌گذاران را در این زمینه به شدت مورد تأکید قرار می‌دهد. رسانه‌ها در جامعه به عنوان عامل مشوق بیرونی باعث ترغیب و تشویق افراد در جهت رفتارهای خود مراقبتی شده و بهبود عملکرد بهداشتی را در آنان به دنبال خواهند داشت (Birang et al. 2007). Baheiraei و همکارانش در سال ۲۰۰۶ در بررسی‌شان بیان کردند که افراد اعتماد بالایی به آموزش‌های ارائه شده رسانه‌ها در مورد بیماری پوکی استخوان داشته و اهمیت رسانه‌ها را در افزایش آگاهی مورد خطاب قرار داده بودند (Baheiraei et al. 2006).

اگر چه یافته‌های این بررسی اطلاعات و دانش ما را در رابطه با عوامل تبیین‌کننده رفتار خود مراقبتی از دیدگاه زنان مبتلا به پوکی استخوان افزایش داد اما این مطالعه دارای محدودیت‌هایی می‌باشد: اول اینکه در این بررسی از رویکرد کیفی تحلیل محتوا استفاده شد که یافته‌های آن قابل تعمیم به سایر شرایط نیست. دوم اینکه عوامل مؤثر در خود مراقبتی از دیدگاه زنان مبتلا و مسن تبیین شده و شاید این عوامل از دیدگاه مردان و زنان جوان متفاوت باشد. سوم اینکه زنان شرکت‌کننده داوطلبانه در مطالعه وارد شده و ممکن است دیدگاه افرادی که تمایلی به شرکت در مطالعه نداشتند با این افراد متفاوت باشد. بنابراین انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه در گروه‌های مختلف جمعیتی برای تحقیقات آینده پیشنهاد می‌گردد. همچنین تبیین علل تمکین دارویی، بررسی دیدگاه مبتلایان در باره‌ی بیماری پوکی استخوان و زندگی

آورده و تمکین دارویی را سبب می‌شود (Peggy et al. 2002). Hansen و همکارانش نیز بیان کردند عدم اختصاص وقت برای مشاوره با پزشک، ارتباط ضعیف بیمار با پزشک، عدم ارائه توصیه‌های آگاه‌دهنده به بیمار، دغدغه و نگرانی مبتلایان به پوکی استخوان در رابطه با مصرف دارو و تغییر رفتار بود. ارتباط مناسب بین بیمار و پزشک منجر به پیروی بیمار از دستورات او شده و ایجاد مداخلات بیشتر و مؤثرتر برای متخصصان سلامت و دانشجویان، کاهش ترس و دغدغه‌های بیماران درباره بیماری پوکی استخوان و ایجاد انگیزه در بیماران را به همراه خواهد داشت (Besser et al. 2012). می‌توان از نتایج مطالعه اینگونه برداشت کرد که حمایت‌های اجتماعی خانواده با پیشگیری از عود بیماری، کنترل و پیگیری آن در ارتباط بوده و به انجام رفتارهای خود مراقبتی در بیماران منجر می‌شود. Bernson و همکارانش در سال ۲۰۱۱ گزارش کردند خانواده پایه‌گذار بخش مهمی از سرنوشت انسان، مهمترین کانونی است که جامعه از آن تغذیه می‌کند. همراهی خانواده یا فردی از تیم درمان فراهم‌کننده نتایج درمانی مثبت و کاهش ترس و درماندگی از بیماری می‌باشد (Bernson et al. 2011). Luzzi و Spencer نیز در سال ۲۰۰۸ گزارش کردند که خانواده عامل مهمی در قصد و انجام رفتار بهداشتی است (Luzzi and Spencer 2008). حمایت‌های اجتماعی از جمله خانواده نقش حیاتی در انجام رفتارهای مرتبط با پیشگیری و کنترل پوکی استخوان دارد. البته باید این نکته را مد نظر قرار داد که حمایت اجتماعی می‌تواند مفید(همراهی و تأکید اعضای خانواده و پزشک به مصرف دارو) و غیر مفید (مانند تأکید در عدم مصرف دارو) نیز باشد (Besser et al. 2012).

برخی از مشارکت‌کنندگان ارائه اطلاعات و آگاهی در مورد بیماری پوکی استخوان، راه‌های پیشگیری و کنترل آن را از مراکز بهداشتی‌درمانی، آموزش و پرورش، رسانه‌ها بویژه تلویزیون انتظار داشته و خواستار افزایش برنامه‌هایی

را در پی داشته و افزایش اطمینان و خودکارآمدی را سبب گردد. ایجاد برنامه های آموزشی برای بیماران، تقویت ارتباط مناسب و صمیمی بین پزشک و بیمار، پایش و پیگیری بیماران و ارائه بازخوردهای تراکم استخوان به آنان، درگیر کردن بیماران در تصمیمات درمانی و دارویی و ایجاد راهنماهایی برای عمل از جمله پیشنهادات جهت انجام رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به پوکی استخوان می باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره ۹۳/۸۱ می باشد. لذا محققین بر خود لازم می دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه که هزینه های اجرای طرح را بر عهده داشته و از کلیه مادران و زنان شرکت کننده در مطالعه که تجربیات و دیدگاه های ارزنده خود را در اختیار محققین قرار دادند نهایت تشکر و قدردانی را ابراز نماید.

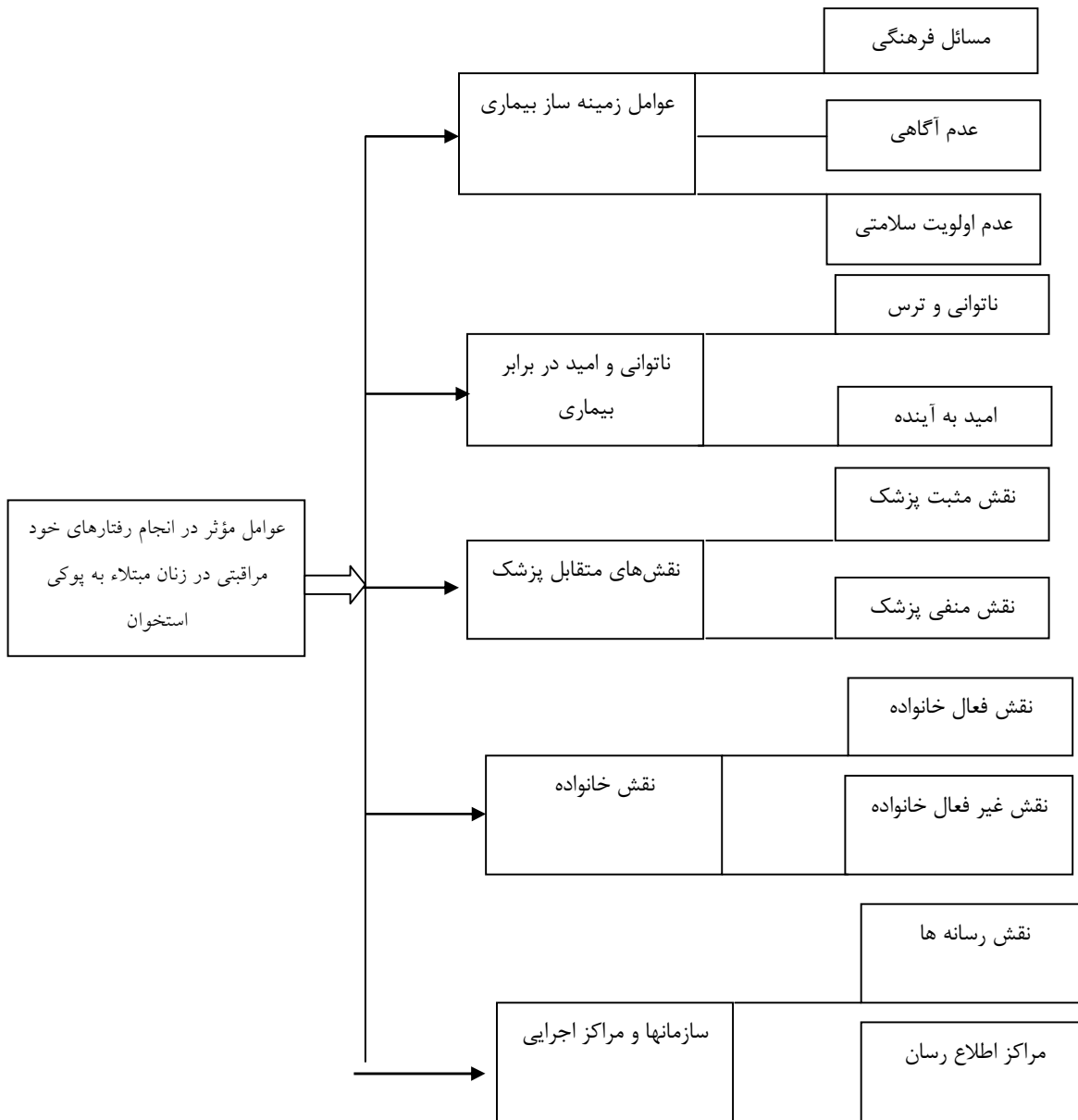
کردن با بیماری و راهبردهای مقابله با آن، تعیین ویژگی های ساختاری و روانی-اجتماعی در عدم تغییر رفتار و تبیین عدم کارایی مداخلات آموزشی می تواند مورد اهتمام محققان در بررسی های آینده باشد. یافته های این مطالعه می تواند مورد استفاده پزشکان و متخصصان سلامت جهت طراحی مداخلات آموزشی، کارشناسان مراکز بهداشتی، مراکز بیماری های غیر واگیر، صدا و سیما و سایر رسانه ها و سیاست گزاران امور سلامت قرار گیرد.

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که انجام رفتارهای خود مراقبتی در زنان مبتلا به پوکی استخوان چند عاملی می باشد بنابراین آموزش های مناسب باید به گونه ای ارائه گردد که نقش فرد پر رنگ تر شده، ارزش سلامت خود را درک و برای سلامت خود برنامه ریزی و به خودمراقبتی در زمان سلامت اقدام نماید؛ به طوری که افزایش قدرت و کنترل بر سلامت

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک زنان مبتلا به پوکی استخوان مراجعه کننده به مراکز سنجش تراکم استخوان شهر سنندج-۱۳۹۳

| مشارکت کنندگان | سن به سال | T-Score | تعداد فرزندان | فراوانی آزمایش تراکم استخوان | شغل مشارکت کنندگان | تحصیلات مشارکت کنندگان | شغل همسران مشارکت کنندگان | تحصیلات همسران مشارکت کنندگان | درآمد مشارکت کنندگان |
|----------------|-----------|---------|---------------|------------------------------|--------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------|----------------------|
| P1             | ۶۱        | ۲/۵     | ۳             | ۲                            | کارمند<br>بازنشسته | دیپلم                  | کارمند<br>بازنشسته        | دیپلم                         | خوب                  |
| P2             | ۵۲        | ۲/۵     | ۷             | ۲                            | خانه دار           | ابتدایی                | کارمند<br>بازنشسته        | سوم<br>راهنمایی               | متوسط                |
| P3             | ۷۵        | ۲/۶     | ۶             | ۲                            | خانه دار           | ابتدایی                | کارمند<br>بازنشسته        | ابتدایی                       | متوسط                |
| P4             | ۶۵        | ۲/۵     | ۸             | ۲                            | خانه دار           | بی سواد                | کشاورز                    | بی سواد                       | بد                   |
| P5             | ۵۰        | ۲/۵     | ۲             | ۲                            | کارمند             | دیپلم                  | کارمند                    | دیپلم                         | متوسط                |
| P6             | ۶۹        | ۲/۵     | ۴             | ۲                            | خانه دار           | سوم ابتدایی            | کارمند                    | ششم<br>ابتدایی                | خوب                  |
| P7             | ۶۱        | ۳       | ۱             | ۲                            | خانه دار           | دیپلم                  | کارمند(فوت شده)           | دیپلم                         | بد                   |
| P8             | ۵۹        | ۲/۵     | ۲             | ۲                            | خانه دار           | سوم<br>راهنمایی        | آزاد                      | دیپلم                         | متوسط                |
| P9             | ۶۰        | ۲/۷     | ۶             | ۲                            | خانه دار           | بی سواد                | راننده                    | ابتدایی                       | متوسط                |
| P10            | ۷۵        | ۲/۶     | ۴             | ۳                            | خانه دار           | بی سواد                | کارمند                    | لیسانس                        | متوسط                |
| P11            | ۵۲        | ۲/۵     | ۷             | ۲                            | خانه دار           | ابتدایی                | کارمند                    | سوم<br>راهنمایی               | متوسط                |
| P12            | ۵۶        | ۲/۵     | ۲             | ۲                            | خانه دار           | دیپلم                  | کارمند باز<br>نشسته       | دیپلم                         | متوسط                |
| P13            | ۵۹        | ۲/۷     | ۱۱            | ۲                            | خانه دار           | بی سواد                | کشاورز                    | بی سواد                       | بد                   |
| P14            | ۶۲        | ۲/۵     | ۳             | ۲                            | خانه دار           | دیپلم                  | کارمند(فوت شده)           | دیپلم                         | بد                   |
| P15            | ۵۲        | ۲/۷     | ۲             | ۳                            | خانه دار           | دیپلم                  | کارمند باز<br>نشسته       | دیپلم                         | متوسط                |



شکل ۱- عوامل مؤثر در انجام رفتارهای خود مراقبتی در زنان مبتلاء به پوکی استخوان مراجعه کننده به مراکز سنجش تراکم استخوان شهر سنندج-۱۳۹۳

## References

Abaszade, M., Alizade, M., Badri, R. and Vadadhir, A., 2013. Suervy effective social and cultural factors on life style of self-care of citicien. *Journal of studies of*

*cultural-social development* 2, pp. 120-141.  
 Abdoli, S., 2003. Evaluation of the amount of preventive factors function from osteoporosis in menopausal women referring

- to the health care centers of Tehran University of Medical Sciences in 2002. MSc Nursing thesis, Tehran: Tehran Univ of Med Sci. pp. 221-230 [In Persian].
- Albert, N., 2008. Promoting self-care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* **23**(3), pp. 277-284.
- Baheiraei, A., Ritchie, JE., Eisman, JA. and Nguyen, TV., 2006. Exploring factors influencing osteoporosis prevention and control: A qualitative study of Iranian men and women in Australia. *Maturitas*. **54** (12), pp. 134-137.
- Bernson, J., Hallberg, L.M., Hallberg, LR., Elfström, ML. and Hakeberg, M., 2011. Making dental care possible a mutual affair. A grounded theory relating to adult patients with dental fear and regular dental treatment. *Eur J Oral Sci*. 119, pp. 373-380.
- Besser, S., Anderson, J. and Weinman, J., 2012. How do osteoporosis patients perceive their illness and treatment? Implications for clinical practice. *Arch Osteoporos*. **7**(1-2), pp. 115-124.
- Birang, R., Shakerian, K., Yazdanpanah, F. and Nadimi, M., 2007. The effect of education by visual medical media on oral health promotion of students. *Arak Medical University Journal*. 6, pp. 1-6.
- Brown, V. and Josse, R., 2002. Clinical practice guidelines the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAG*. 107, pp. 1-34.
- Crotty, M., Prendergast, J., Battersby, MW., Rowett, D., Graves, SE., Leach, G. and Giles, LC., 2009. Self-management and peer support among people with arthritis on a hospital joint replacement waiting list: a randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. **17**(11), pp. 1428-1433.
- Faulkner, R. and Bailey, D., 2007. Osteoporosis: a pediatric concern. *Med Sport Sci*. 51, pp. 1-12.
- Fisher-Owens, S., Gansky, S., Palatt, L., Weintraub, JA., Soobader, MJ., Bramlett, M. and Newacheck, P., 2007. Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. *Pediatrics*. 120, pp. 510-520.
- Gallagher, J., 2007. Effect of early menopause on bone mineral density and fractures. *Menopause*. **14**(5), pp. 67-71.
- Glaser, B., 2002. Conceptualization: on theorizing using grounded theory. *International journal of qualitative method*. **1**(2), pp. 1-3.
- Graneheim, U.H. and Lundman, B., 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. **24**(2), pp. 105-112.
- Gupta, A. and Sinha, A.K., 2010. Health Coverage in Mass Media: A Content Analysis. *J Communication*. **1**(1), pp. 19-25.
- Hansen, C., Konradsen, H., Abrahamsen, B. and Pedersen, BD., 2014. Women's experiences of their osteoporosis diagnosis at the time of diagnosis and 6 months later: A phenomenological hermeneutic study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 9, pp. 22438-22448.
- Hilton, I.V., Stephen, S., Barker, JC. and Weintraub, JA., 2007. Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of carers of young children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 35, pp. 429-423.
- Hsieh, H. and Shannon, S., 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. **15**(9), pp. 1277-1288.
- Jung, S., Tsakos, G., Sheiham, A. and Watt, JI., 2010. Socio-economic status and oral health-related behaviours in Korean adolescents. *Soc Sci Med*. **70**(11), pp. 1780-1788.
- kai, C. and Anderson, M., 2003. Exercise interventions: defusing the world's osteoporosis time bomb. *Bull World Health Organ*. **81**(11), pp. 827-830.

- Love, C., 2002. The role of diet in the prevention of osteoporosis. *J Orthop Nurs.* 6, pp. 101-110.
- Luzzi, L. and Spencer, A., 2008. Factors influencing the use of public dental services: An application of the Theory of Planned Behavior. *BMC Health Services Research.* 8, pp. 93-107.
- Maizlish, N., Shaw, B. and Hendry, K., 2004. Glycemic control in diabetic patients served by community health centers. *American Journal of Medical Quality.* 19, P. 172.
- Mullen, P.D. and Reynolds, R., 1978. The potential of grounded theory for health education research: linking theory and practice. *Health Educ Monogr.* 6, pp. 280-294.
- Nielsen, D., Huniche, L., Brixen, K., Sahota, O. and Masud, T., 2013. Handling knowledge on osteoporosis a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 27, pp. 516-524.
- Nielsen, D., Ryg, J., Nielsen, V., Knold, B., Nissen, N. and Brixen, K., 2010. Patient education in groups increases knowledge of osteoporosis and adherence to treatment: a two-year randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 81, pp. 155-160.
- Nielsen, D., Ryg, J., Nielsen, B., Knold, N., Nissen, K. and Brixen, K., 2008. Multidisciplinary patient education in groups increases knowledge on osteoporosis: a randomized controlled trial. *Scand J Public Health.* 36, pp. 346-352.
- Pajouhi, M. and Komeylian, Z., 2004. Efficacy of educational pamphlets for improvement of knowledge and practice in patients with Osteoporosis. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research.* 3, pp.67-74 [In Persian].
- Peggy, J. and Ginger, C., 2002. Physician s emotional intelligence and patient satisfaction. *Fam Med Sport Sci.* 34(10), pp. 750-754.
- philip, V., Sussex, P.V. and Fitzgerald, R.P., 2010. Understanding the 'epidemic' of complete tooth loss among older New Zealanders. *Gerodontology.* 27, pp. 85-95.
- Polit, D. and Beck, C., 2006. Essential of nursing research Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins Co.
- Polit, D. and Tatano, C., 2006. The content validity index: are you sure know what's being reported? Critique and recommendation. *Res Nurs Health.* 29, pp. 489-497.
- Shari, M. and Sarah, S., 2006. The Silent Thief: Osteoporosis and Women's Health Care across the Life Span. *Health and Social Work.* 31(1), pp. 44-53.
- Shirazi, K., Wallace, L., Niknami, S., Hidarnia, A., Torkaman, G., Gilchrist, M. and Faghihzadeh, S., 2007. A home-based, transtheoretical change model designed strength training intervention to increase exercise to prevent osteoporosis in Iranian women aged 40-65 years: a randomized controlled trial. *Health Educ Res.* 22, pp. 305-317.
- Soltani, A., Larijani, B., Sadeghi, M., Adibi, H., Hamidi, Z., Shenazandi, H., Khalilifard, A. and Hasannejad, A., 2002. Risk factor analysis of osteoporosis in women referred to bone densitometry unit of Endocrinology and Metabolism Research Center of Tehran University of Medical Sciences. *Iranian South Medical Journal.* 5, pp. 82-91 [In Persian].
- Speroff, L., 2005. Clinical cynecology endocrinology and infertility. Newyork, Lippincott Co.
- Yamaguchi, Y., Miura, S. and Satoshi, N., 2003. The effectiveness of a multicomponent program for nutrition and physical activity change in clinical setting: Short-term effects of PACE+ Japan. *International Journal of Sport and Health Science.* 1, pp. 229-237.

## Factors affecting self-care in women with osteoporosis: a qualitative study with the content analysis approach

**Fallahi, A., Ph.D.** Assistant Professor, Department of public health, School of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran -Corresponding author: arezofalahi91@gmail.com

**Derakhshan, S., MD.** Assistant Professor, Department of Nuclear Medicine and Radiology, School of Paramedical, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

**Pashae, T., Ph.D.** Assistant Professor, Department of public health, School of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

**Taymoori, P. Ph.D.** Associate Professor, Department of Public Health, School of Health, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Received: Jan 26, 2015

Accepted: jun 20, 2015

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Although self-care is known to affect favorably the control and treatment of osteoporosis, the effective factors from the patients' viewpoint have not been investigated. The aim of this study was to explore factors affecting self-care from the viewpoint of women suffering from osteoporosis.

**Materials and methods:** This was a qualitative study conducted with a content analysis approach in 2014, including 15 women consulting the bone mass *densitometry centers in Sanandaj, Iran, selected* by purposeful sampling. The *inclusion criteria were women aged  $\geq 50$  years* suffering from osteoporosis diagnosed definitively at least 6 months before, a T-score index  $> -2.5$  (lower back or hip bone), taking drugs upon a physician's advice, ability to speak, and willingness to participate in the study. Data were collected through face-to-face and group semi-structured in-depth interviews and analyzed using the content analysis method. The accuracy and rigor of the data were confirmed based on such criteria as credibility, confirmability and transferability.

**Results:** Five main categories were extracted including "background factors of the disease", "hope and weakness in confrontation with the disease", "role of the physician", "role of the family", and "administrative centers and organizations". Based on further analysis of the data, 11 subcategories were emerged including "cultural issues", "lack of knowledge", "non-priority of health", "weakness and fear", "hope for the future", "positive role of the physician", "negative role of the physician", "active role of the family", "passive role of the family", "role of the media", and "information centers".

**Conclusion:** The finding of the study show that the responsibility of women suffering from osteoporosis towards their health is not a single-factor, but rather a multifactorial, phenomenon. Pre-requisites for empowering women to adopt self-care behaviors include increasing their hope to live longer, physician's attention to the patient's needs, increasing health promotion programs in the media, and strengthening role of the family (particularly role of men).

**Keywords:** Women, Osteoporosis, Self-Care, Content Analysis