

بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اولسر پپتیک بر اساس الگوی پرسید در شهر سنندج

آرزو فلاحی^{۱*}، حیدر ندریان^۲، سهیلا محمدی^۳، دکتر محمد حسین باقیانی مقدم^۴

چکیده

زمینه و هدف: در بیماری اولسر پپتیک (PUD) که به زخم معده یا دوازدهه اطلاق می‌شود و در بیشتر موارد مزمن و عود کننده است، خطر پایین آمدن کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. مشخص نمودن عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران PUD می‌تواند بعنوان راهنمایی برای طرح ریزی برنامه‌های آموزشی برای این بیماران و انجام مداخله‌های صحیح و مناسب جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنها عمل کند. لذا این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اولسر پپتیک بر اساس مدل پرسید در شهر سنندج طراحی و اجرا گردید.

روش بررسی: این مطالعه تحلیلی- مقطعی بر روی ۱۲۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان بعثت شهر سنندج که طی نمونه گیری تصادفی ساده بدست آمدند انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای بود که بر اساس سازه‌های مدل پرسید تدوین گردیده و مشتمل بر سازه های کیفیت زندگی، وضعیت سلامت، عوامل مستعد کننده (آگاهی و نگرش)، قادرکننده و تقویت کننده همراه با رفتارهای خود مدیریتی بیماری اولسر پپتیک بود و بصورت مصاحبه تکمیل گردید. پایایی و روایی پرسشنامه‌ها تأیید گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با بکار گیری آزمونهای ضریب همبستگی پیرسون، ANOVA، t-test و همچنین تحلیل رگرسیون تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: همبستگی مثبت و معنی داری بین کیفیت زندگی و متغیرهای وضعیت سلامت ($P < 0/01$)، آگاهی ($P < 0/05$) و عوامل قادر کننده ($P < 0/05$) و تقویت کننده ($P < 0/01$) وجود داشت. رفتارهای خود مدیریتی نیز با متغیرهای وضعیت سلامت ($P < 0/05$) و عوامل تقویت کننده ($P < 0/01$) همبستگی معنی دار داشت. در مجموع متغیرهای مدل پرسید ۶۸/۹٪ از واریانس کیفیت زندگی را پیش بینی نمودند و از میان این عوامل، وضعیت سلامت قویترین پیش بینی کننده ($\beta = 0/769$) بود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به توان بالاتر وضعیت سلامت در پیش بینی کیفیت زندگی و توانایی پیش بینی وضعیت سلامت توسط رفتارهای خود مدیریتی، ارائه یک برنامه آموزشی خود مدیریتی برای بیماران مبتلا به PUD و خانواده‌های آنها که تأکید بیشتری روی حمایت اجتماعی بعنوان عوامل تقویت کننده داشته باشد، توصیه می‌شود. با توجه به اینکه الگوی پرسید در اصل یک مدل جهت برنامه‌ریزی است، می‌توان این الگو را در ایران به عنوان چارچوبی جهت برنامه‌ریزی مداخلات در جهت بهبود و ارتقاء رفتارهای خود مدیریتی و نهایتاً کیفیت زندگی بیماران مبتلا به PUD به کار گرفت.

واژه های کلیدی: الگوی پرسید، بیماری اولسر پپتیک، کیفیت زندگی، وضعیت سلامت، رفتارهای خود مدیریتی

* نویسنده مسئول :

آرزو فلاحی :

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم

پزشکی کردستان

Email : arezofalahi @ yahoo. com

- دریافت مقاله : بهمن ۸۷ - پذیرش مقاله : خرداد ۸۸

مقدمه

بیماری زخم پپتیک (Peptic Ulcer Disease ;PUD)

به زخم معده یا دوازدهه اطلاق می‌شود که در بیشتر موارد عود کننده است(۱).

^۱ کارشناس ارشد گروه بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کردستان

^۲ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید

صدوقی یزد

^۴ دانشیار گروه خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

این زخم ضایعه مخاطی معده، پیلور، دوازدهه و مری است که با ایجاد یک حفره به طرف بیرون همراه می‌باشد(۲).

علایم بالینی این بیماری شامل سوء هاضمه به صورت دردی با مرکزیت فوقانی شکم یا نوعی ناراحتی شامل احساس پری، نفخ، تهوع یا اتساع، درد اپی گاستر، کاهش ۶۰-۴۵ درصد از وزن، بی اشتها، آنمی فقر آهن و خون مخفی در مدفوع (Melena) می‌باشد(۳). این بیماری منجر به درد، خونریزی و انسداد معده در افراد می‌شود که از نظر اجتماعی و اقتصادی نیز اهمیت قابل ملاحظه‌ای دارد(۴). اگرچه این بیماری میزان مرگ و میر بالایی را باعث نمی‌شود، اما پیامدهای روانی- اجتماعی، عاطفی و اقتصادی زیادی را به دنبال دارد. از طرف دیگر بسیاری از رویدادهای تنش‌زا بر دوره بالینی این بیماری تأثیر می‌گذارند(۵).

شیوع زخم پپتیک در طول عمر هر فرد ۱۰-۵ درصد می‌باشد(۴). طبق آخرین آمارها شیوع زخم پپتیک در ایالات متحده در بین مردان تقریباً ۱۲ درصد و در بین زنان ۱۰ درصد است. بعلاوه، هر سال در جهان تقریباً ۱۵۰۰۰ مرگ در اثر عوارض زخم پپتیک رخ می‌دهد(۶). این بیماری از نظر میزان شیوع در ایران سی و یکمین بیماری محسوب می‌شود(۷).

بیماری PUD می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا داشته باشد(۸). با افزایش سن، احتمال ابتلا به PUD افزایش می‌یابد و بنابراین باعث افزایش درد و پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود. دانش مرتبط با شرایط زندگی افراد مسن‌تر روز به روز بصورت فزاینده‌ای با اهمیت‌تر می‌شود که مشخصاً بدلیل افزایش تعداد افراد پیر و مسن می‌باشد(۹). با افزایش جمعیت سالمند در جهان انتظار می‌رود که تأثیر چشمگیر این بیماری شایع بر روی کیفیت زندگی آنها ادامه داشته باشد. از طرفی،

مطالعات مختلف نشان داده است که بهبود کیفیت زندگی بیماران اثر رضایت بخشی در درمان زخم پپتیک دارد(۱۰). بدین ترتیب مشخص نمودن عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی در بیماران اولسر پپتیک می‌تواند راهنمایی باشد تا بر اساس آن بتوان برنامه‌های آموزشی مناسبی برای این بیماران طرح ریزی نمود و مداخله‌های صحیح و مناسبی جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنها انجام داد.

مدل برنامه ریزی PRECEDE ()، Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation که بوسیله Green و Kreuter ارائه شد، فرایندی سیستماتیک را جهت برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های ارتقاء سلامت برای یک جمعیت هدف بدست می‌دهد. این فرایند، عوامل مختلفی را در نظر می‌گیرد که وضعیت سلامت را شکل می‌دهند و نیز برنامه ریزان را کمک می‌کند تا به مجموعه‌ای متمرکز از آن عوامل برای اهداف مداخله دستیابی پیدا کنند. فرایند برنامه ریزی پرسید برای محدوده وسیعی از موضوعات ارتقاء سلامت استفاده شده است که کیفیت زندگی بیماران اولسر پپتیک نیز جزء این موضوعات محسوب می‌شود(۱۱).

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیتشان در زندگی در زمینه فرهنگی و سیستمهای ارزشی که در آن زندگی می‌کنند می‌باشد و با درک آنها از اهداف، انتظارات، استانداردها و علایقشان در ارتباط است. کیفیت زندگی یک مفهوم با محدوده وسیع است که به شیوه‌ای پیچیده تحت تأثیر سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، میزان عدم وابستگی و روابط اجتماعی فرد و روابط وی با خصوصیات برجسته محیط اطرافش قرار دارد(۱۲). وضعیت سلامت متمایز از کیفیت زندگی است. وضعیت سلامت بعنوان حضور و یا عدم حضور بیماری و پی آمدهای

رفتار دریافت می‌کند و میتواند تداوم یک رفتار را حمایت یا تضعیف کند. عوامل تقویت کننده ایجاد سبک زندگی (تحمل الگوهای رفتاری) می‌کنند که این سبک زندگی یکی پس از دیگری از طریق هنجارهای اجتماعی، حمایت سیاسی، تقاضای مصرف کننده و یا عملکردهای چندگانه بر محیط تأثیر می‌گذارد (۱۱).

عوامل قادر کننده شامل آن دسته از مهارتها، منابع و موانعی می‌شوند که می‌توانند تغییرات رفتاری و محیطی را کمک یا مانع شوند. میتوان آنها را بعنوان یک حامل و یا یک سری از موانع در نظر گرفت که اساساً بوسیله نیروها یا سیستمهای اجتماعی ایجاد می‌شوند. از آنجائیکه درآمد و یا تأمین سلامت و قوانین و شرایط می‌توانند حمایت کننده یا محدود کننده باشند، تسهیلات و منابع فردی یا جمعی نیز می‌توانند فراوان و یا ناکافی باشند. مهارتهای مورد نیاز برای انجام یک رفتار مطلوب نیز بعنوان عوامل قادر کننده تعریف می‌شوند (۱۵).

بر اساس گفته Green قبل از اجرای یک برنامه آموزشی برای بیماران، باید از مشکلات مرتبط با سلامتی که آنها با آن مواجه هستند و نیز عوامل تعیین کننده این مشکلات آگاهی داشت (۱۱). بنابراین و نیز با توجه به مطالب یاد شده، مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اولسر پپتیک و چگونگی ارتباط آن عوامل با کیفیت زندگی این بیماران، در شهر سنندج انجام شد.

روش بررسی

این بررسی یک مطالعه تحلیلی به روش مقطعی بود که بر روی ۱۲۰ نفر از بیماران مبتلا به اولسر پپتیک مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان بعثت شهر سنندج که طی نمونه گیری تصادفی ساده بر اساس

آن، بیشتر از لحاظ عملکردی، مدنظر قرار می‌گیرد اما کیفیت زندگی به چیزی ماوراء نقص، ناتوانی و معلولیت می‌پردازد و علاوه بر آن به این امر می‌پردازد که چه وضعیتی از سلامت بیماران مانع فعالیت آنها می‌شود و نیز اینکه پاسخ عاطفی آنها به این محدودیت‌ها چیست. کیفیت زندگی همچنین تأثیرات تدابیر و امکانات فردی، اجتماعی و اقتصادی را که یک فرد دارد و راه هایی را که این منابع با وضعیت سلامت تداخل می‌کنند، منعکس می‌کند (۱۳).

این بیماری نیازمند خود مدیریتی همیشگی توسط بیمار به منظور کنترل علائم، حفظ عملکرد طبیعی دستگاه گوارش با تغذیه صحیح و حفظ سطح فعالیت طبیعی می‌باشد. خود مدیریتی به رفتارهایی که افراد مبتلا به بیماریهای مزمن و اعضای خانواده شان جهت کاهش اثر بیماری شان باید انجام دهند اطلاق می‌شود. خود مدیریتی شامل تبعیت از رژیمهای درمانی، همراه با امور پیچیده شناختی- رفتاری خود پایشی، تصمیم گیری و مرتبط نمودن علائم با رژیمهای درمانی می‌باشد (۱۴).

عوامل مستعد کننده مانند آگاهی و نگرش، یک طبقه از سه طبقه کلی عواملی است که مقدم بر تغییر رفتار هستند که دلیل و انگیزه را برای انجام یک رفتار فراهم می‌کنند (۱۵ و ۱۱). عوامل مستعد کننده همچنین شامل باور، ارزش و ادراکات یک فرد یا جمعیت می‌شوند که انگیزش برای تغییر را تسهیل می‌کنند یا مانع می‌شوند. برای بیشتر برنامه‌های بهداشتی تمرکز اولیه روی عوامل مستعد کننده یک امر منطقی می‌باشد. بعنوان مثال مردم اگر آگاهی نداشته باشند که یک خطر وجود دارد یک سری رفتار را جهت کاهش خطر بهداشتی نخواهند پذیرفت (۱۱).

عوامل تقویت کننده مانند حمایت اجتماعی درک شده شامل پادشهای دریافت شده و بازخوردهایی است که فراگیر از دیگران بدنبال سازگاری با یک

جلسه ۳۰-۲۰ دقیقه‌ای در نظر گرفته شد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، one-way ANOVA، *t*-test و همچنین تحلیل رگرسیون و به کمک نرم افزار آماری SPSS v.11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای مورد استفاده شامل:

کیفیت زندگی: برای تأمین این مقیاس، از مقیاس استاندارد کیفیت زندگی MOS-SF-20 (Medical Outcome Survey Short Form20) استفاده شد (۱۷-۱۶).

این مقیاس پیش از این نیز در ایران استفاده شده است (۱۸). یک معیار ۲۰ آیتمی است که برای هر کدام از وضعیت‌های عملکردی و رفاهی دارای سه زیر مقیاس می‌باشد: وضعیت عملکردی شامل عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی و عملکرد نقش و وضعیت رفاهی شامل سلامت روانی، درک از سلامت و درد می‌باشد. در نهایت برای هر زیر مقیاس نمره‌ای بین ۰-۱۰۰ بدست می‌آید، به اینصورت که هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده این است که وضعیت عملکردی و یا رفاه بهتری دارد. تنها مقیاس استثنا، زیرمقیاس درد می‌باشد که در آن هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده درد بیشتر در وی است. اعتبار سنجی پرسشنامه SF-20 در آمریکا و فنلاند انجام گرفته است (۱۷ و ۱۹). با جمع نمودن نمره هر ۶ زیرمقیاس نمره‌ای بین ۰-۶۰۰ بدست می‌آید که ۰ نشانگر کیفیت زندگی ضعیف و ۶۰۰ نشانگر کیفیت زندگی عالی می‌باشد.

وضعیت سلامت: برای تأمین این مقیاس، از مقیاس استاندارد وضعیت سلامت GHQ-28 (General Health Questionnaire-28) استفاده شد (۲۰). این مقیاس یک معیار ۲۸ سؤالی است که جواب همه سؤالات در مقیاس لیکرت و با ۴ طیف از ۰ «اصلاً» تا ۳ «بیشتر از همیشه» می‌باشد. سؤالات در کل با یک

روز مراجعه در سه ماهه اول سال ۱۳۸۸ بدست آمد، انجام شد. تعداد نمونه با توجه به نتایج بررسیهای انجام شده با سطح اطمینان ۰/۹۵ ($\alpha=0/05$) و $d=1/5$ و $S=8$ با استفاده از

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times s^2}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \times (8)^2}{(1.5)^2} \cong 110$$

فرمول:

محاسبه شد که ۱۱۰ نفر برآورد گردید. جهت اطمینان از ۱۲۰ نفر اطلاعات جمع آوری گردید. نمونه‌ها بصورت تصادفی ساده انتخاب شدند. شرکت بیماران در مطالعه بر اساس رضایت آنها و اختیاری بود و قبل از تکمیل پرسشنامه، هدف مطالعه برای آنها توضیح داده می‌شد. بیمارانی جزء نمونه مورد بررسی قرار می‌گرفتند که بیماری آنها توسط پزشک تشخیص داده شده بود. بیمارانی که یک بار مورد بررسی قرار گرفته بودند در صورت مراجعه در روزهای بعدی از شرکت در مطالعه حذف می‌شدند.

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود مبتنی بر سازه‌های الگوی پرسید که شامل کیفیت زندگی، وضعیت سلامت، رفتارهای خود مدیریتی در بیماری PUD، عوامل مستعد کننده مشتمل بر سازه‌های آگاهی و نگرش و عوامل قادرکننده و تقویت کننده به انضمام متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح سواد، میزان درآمد، تعداد سال‌های ابتلا به PUD و سابقه ابتلا به PUD در خانواده بیماران) بود و از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل می‌گردید.

روایی محتوی و صوری پرسشنامه با استفاده از پانل خبرگان تأیید گردید و برای تعیین ثبات درونی، میزان ضریب آلفای کرونباخ در کل نمونه برای کیفیت زندگی ($\alpha=0/95$)، وضعیت سلامت ($\alpha=0/94$)، خود مدیریتی ($\alpha=0/75$)، عوامل تقویت کننده ($\alpha=0/74$)، قادر کننده ($\alpha=0/95$) و نگرش ($\alpha=0/71$) محاسبه شد. برای تکمیل هر پرسشنامه با موافقت آزمودنی یک

رفتارهای خودمدیریتی» با ۵ سؤال و ۲ پاسخ ممکن برای ۲ سؤال و ۵ پاسخ ممکن برای یک سؤال، ۷ پاسخ ممکن برای یک سؤال و ۱۰ پاسخ ممکن برای سؤال دیگر. بیمار می‌بایست برای هر پاسخ جواب «بله» یا «خیر» را انتخاب می‌کرد. یک گزینه «نمی‌دانم» نیز برای هر پاسخ در نظر گرفته شده بود. گزینه انتخابی بیمار توسط مصاحبه‌گر در پرسشنامه درج می‌شد. دامنه نمره قابل کسب برای زیر مقیاس‌های مختلف در جدول ۲ آمده است. در نهایت، نمره بالاتر بیمار در این مقیاس، نشانگر آگاهی بالاتر وی بود.

مقیاس نگرش: نگرش با طرح ۸ سؤال اندازه‌گیری شد. طرح سؤال‌ها به این صورت بود که بیماران درجه موافقت یا مخالفت خود را با ۸ عبارتی که مطرح شده بود اعلام می‌کردند. به عنوان مثال یکی از عبارات به این صورت بود: «افزایش تعداد وعده‌های غذایی با مقدار کم غذا در کنترل بیماری موثر است». جواب‌ها در مقیاس لیکرت و با ۵ طیف از ۰ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) بود. لذا نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده ۰-۳۲ بود.

مقیاس عوامل مستعد کننده: بر اساس اصول مدل پرسید جهت بدست آوردن نمره کل عوامل مستعد کننده باید نمرات بدست آمده آگاهی و نگرش بیماران را با هم جمع نمود، در نتیجه نمره کل عوامل مستعد کننده بین ۰-۸۰ بدست آمد (۱۱).

مقیاس حمایت اجتماعی (بعنوان عوامل تقویت کننده): مقیاس حمایت اجتماعی نیز با ابزاری که توسط محققان فراهم گردید اندازه‌گیری شد. مقیاس حمایت اجتماعی درک شده طی ۹ سؤال وضعیت حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی درک شده فرد را از خانواده، اطرافیان و جامعه مشخص می‌نمود. جوابها در مقیاس لیکرت و با ۴ طیف از ۰ «اصلاً» تا ۳

سؤال کلی وضعیت سلامت شما در طول یکماه گذشته تاکنون چگونه بوده است؟» شروع می‌شد که بدنبال آن ۲۸ سؤال مرتبط با وضعیت سلامت آورده شده بود. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب / بیخوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی شدید می‌باشد که هر کدام از ۷ سؤال تشکیل شده است. در نهایت برای این مقیاس نمره‌ای بین ۰-۸۴ بدست می‌آید بطوریکه ۸۴ نشانه سلامت ضعیف و ۰ نشانه سلامت عالی است.

رفتارهای خود مدیریتی: مقیاس رفتارهای خود مدیریتی با ابزاری که توسط محققین و با توجه به فعالیت‌های خود مدیریتی مطرح شده در مطالعه وارن^۱ و لی^۲ فراهم گردید، مورد سنجش قرار گرفت (۲۱-۲۲). سؤالات خود مدیریتی در کل با یک سؤال کلی «در طول یکسال گذشته جهت بهتر شدن بیماری زخم پپتیک تان تا چه حد فعالیت‌های زیر را انجام داده‌اید؟» شروع می‌شد که بدنبال آن ۱۷ فعالیت خود مدیریتی مانند مصرف منظم داروها طبق دستور پزشک، مراجعه منظم به پزشک خود، خوردن غذای کمتر با تعداد وعده‌های بیشتر و ... آورده شد. جوابها در مقیاس لیکرت و با ۵ طیف از ۰ «اصلاً» تا ۴ «همیشه» بود. لذا نمره قابل اکتساب در این مقیاس در محدوده ۰-۶۸ بود.

مقیاس آگاهی: پرسشنامه‌ای با ۳ زیرمقیاس، ۱۳ سؤال و ۵۵ پاسخ ممکن به دست آمد که وضعیت آگاهی بیماران اولسر پپتیک را در ۳ حیطه می‌سنجید: حیطه «شناخت از بیماری» با ۷ سؤال و ۲ پاسخ ممکن برای ۵ سؤال، ۷ پاسخ ممکن برای ۱ سؤال و ۵ پاسخ ممکن برای سؤال دیگر، حیطه «شناخت از داروها» با ۲ سؤال و ۲ پاسخ ممکن برای یک سؤال و ۶ پاسخ ممکن برای سؤال دیگر و حیطه «شناخت از

^۱. Warren
^۲. Lee

«کاملاً» بود. نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده ۰-۲۷ بود. «اصلاً» تا ۳ «کاملاً» بود. لذا نمره قابل اکتساب در این سازه در محدوده ۰-۲۴ بود.

یافته ها

در این مطالعه ۱۲۰ بیمار مبتلا به بیماری اولسر پپتیک مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان بعثت شهر سئندج مورد بررسی قرار گرفتند. افراد مورد مطالعه در سنین بین ۸۰-۱۴ سال با میانگین سنی ۴۲/۵۰±۱۵/۷ سال قرار داشتند. اکثر آزمودنی ها زن (۷۲/۳٪)، متأهل (۶۶/۷٪) و خانه دار (۵۰/۸٪) بودند. جدول ۱ وضعیت متغیرهای جمعیت شناسی بیماران تحت مطالعه را نشان می دهد.

جدول ۱: وضعیت متغیرهای جمعیت شناسی بیماران مبتلا به زخم پپتیک مراجعه کننده به بیمارستان بعثت سئندج در سال ۱۳۸۸

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
زیر ۳۰ سال	۲۴ (۲۰)	خانه دار	۶۱ (۵۰/۸)
۳۱-۴۵ سال	۵۳ (۴۴/۲)	کارگر و کشاورز	۱۲ (۱۰)
۴۶-۶۰ سال	۲۴ (۲۰)	کارمند	۱۹ (۱۵/۸)
۶۱ سال به بالا	۱۹ (۱۵/۸)	دانشجو	۱۱ (۹/۲)
مرد	۳۳ (۲۷/۵)	سایر	۱۷ (۱۴/۲)
زن	۸۶ (۷۲/۵)	بی سواد	۴۵ (۳۷/۵)
سابقه ابتلا به بیماری در خانواده	۶۹ (۵۷/۵)	ابتدایی	۲۹ (۲۴/۲)
خیر	۵۱ (۴۲/۵)	دبیرستان و دیپلم	۲۸ (۲۳/۳)
مجرد	۲۸ (۲۳/۳)	لیسانس و بالاتر	۱۸ (۱۵)
متاهل	۸۰ (۶۶/۷)		
مطلقه و بیوه	۱۲ (۱۰)		

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار و محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از حداکثر نمره سازه های الگوی پرسید را نشان می دهد. آزمودنیها بطور متوسط ۴۸/۹٪ نمره قابل اکتساب کیفیت زندگی را بدست آوردند. همچنین، آزمودنیها در کیفیت زندگی از لحاظ «درد» (۶۸/۵٪؛ هرچه درصد بالاتر باشد، نشانگر درد

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار و محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از حداکثر نمره سازه های الگوی پرسید را نشان می دهد. آزمودنیها بطور متوسط

بیشتر است) و خصوصاً «درک از سلامت» (۳۰/۲٪)؛ هرچه درصد بالاتر باشد، نشانگر درک بیشتر است) بیشترین ضعف را داشتند و از لحاظ «عملکرد جسمانی» (۷۰/۷٪) وضعیت بهتری داشتند. همانطور که در جدول ۲ دیده می‌شود، سطح آگاهی بیماران در حد پایینتر از متوسط بود. بیماران از لحاظ «شناخت از داروها» آگاهی بسیار کم (۱۰/۲۸٪) و از لحاظ

«شناخت از بیماری»، آگاهی در حد متوسط (۵۰٪) داشتند. بیماران از لحاظ حمایت اجتماعی درک شده (۳۹٪) و نیز زیر مقیاسهای نشانه های جسمانی (۶۴٪) و اضطراب / بیخوابی (۶۰/۷۱٪) از وضعیت سلامت (هرچه نمره کسب شده بالاتر باشد، وضعیت سلامت ضعیفتر است) در حد ضعیف بودند.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار و محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از حداکثر نمره کیفیت زندگی و دیگر سازه‌های الگوی پرسید در بیماران مبتلا به زخم پپتیک مراجعه کننده به بیمارستان بعثت سنندج در سال ۱۳۸۸

سازه ها	میانگین ± انحراف معیار	حداقل	حداکثر	درصد میانگین از ماکزیمم نمره	محدوده نمره قابل اکتساب
		۲۹	۵۲۵		
کیفیت زندگی	۲۹۳/۶ ± ۱۳۰/۳	۰	۸۵	۴۸/۹۳	۰-۶۰۰
درک از سلامت	۳۰/۲ ± ۲۰/۶	۰	۱۰۰	۳۰/۲	۰-۱۰۰
عملکرد جسمانی	۷۰/۷۴ ± ۳۳/۴	۰	۱۰۰	۷۰/۷	۰-۱۰۰
عملکرد نقش	۶۲/۷۷ ± ۴۳/۱	۰	۱۰۰	۶۲/۷	۰-۱۰۰
عملکرد اجتماعی	۴۹/۶۶ ± ۳۷/۱	۰	۱۰۰	۴۹/۶	۰-۱۰۰
سلامت روانی	۴۸/۸ ± ۱۸/۲	۰	۹۶	۴۸/۸	۰-۱۰۰
درد	۶۸/۵ ± ۲۳/۵	۰	۱۰۰	۶۸/۵	۰-۱۰۰
		۷	۸۴		
وضعیت سلامت	۴۹/۲۷ ± ۱۹	۱	۲۱	۵۸/۶	۰-۸۴
نشانه های جسمانی	۱۳/۴۴ ± ۴/۸	۰	۲۱	۶۴	۰-۲۱
اضطراب/بیخوابی	۱۲/۷۵ ± ۵/۹	۰	۲۱	۶۰/۷۱	۰-۲۱
افسردگی شدید	۱۰/۲۸ ± ۷/۳	۰	۲۱	۴۸/۹۵	۰-۲۱
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۲/۲۳ ± ۴/۳	۱	۲۱	۵۸/۲۳	۰-۲۱
		۳	۶۱		
خود مدیریتی	۳۲/۳۵ ± ۱۰	۳	۶۱	۴۷/۵۷	۰-۶۸
قادرکننده	۱۵/۱۱ ± ۴	۴	۲۴	۶۲/۹۵	۰-۲۴
تقویت کننده	۱۰/۵۵ ± ۸/۲	۰	۲۷	۳۹/۰۷	۰-۲۷
مستعد کننده	۴۶/۹۷ ± ۱۱/۸	۱۹	۷۰	۵۸/۷۱	۰-۸۰
		۲	۱۶		
آگاهی	۲۱/۳۳ ± ۷/۴۵	۲	۱۶	۴۴/۵	۰-۴۸
شناخت از بیماری	۸/۵ ± ۳/۱۳	۰	۱۶	۵۰	۰-۱۷
شناخت از داروها	۰/۷۲ ± ۰/۴۴	۰	۱	۱۰/۲۸	۰-۷
شناخت از رفتارهای خودمدیریتی	۱۲/۱۵ ± ۴/۸۳	۳	۲۴	۵۰/۶۲	۰-۲۴
		۱۳	۳۲		
نگرش	۲۵/۶۱ ± ۴/۷۳	۱۳	۳۲	۸۰/۰۳	۰-۳۲

افراد ارتباط معنی دار داشتند. همچنین، متغیرهای کیفیت زندگی ($p=0/000$)، وضعیت سلامت ($p=0/000$)، عوامل مستعد کننده ($p=0/001$) مشتمل بر آگاهی ($p=0/001$) و نگرش ($p<0/05$) نیز با سطح تحصیلات افراد ارتباط معنی دار داشتند.

میانگین این متغیرها در افراد با سطح سواد دیپلم و لیسانس بیشتر از بقیه و در افراد بی سواد کمتر از دیگران بود.

جدول ۳ نیز ماتریس همبستگی بین متغیرهای الگوی پرسید را نشان می‌دهد. همانگونه که در این جدول مشاهده می‌گردد، همبستگی مثبت و معنی داری بین کیفیت زندگی و متغیرهای وضعیت سلامت ($0/01 < P$)، آگاهی ($P < 0/05$) و عوامل قادر کننده ($0/05 < P$) و تقویت کننده ($P < 0/01$) وجود داشت.

با انجام آزمون ANOVA مشخص شد که بین متغیرهای کیفیت زندگی ($p=0/000$) و عوامل مستعد کننده ($p=0/008$)، با سن بیماران رابطه آماری معنی دار وجود دارد. همچنین کیفیت زندگی با سن همبستگی معنی دار معکوس در سطح $0/01$ داشت. بر اساس آزمون t-test متغیرهای آگاهی ($p<0/01$) و نگرش ($p=0/000$) نیز که با هم عوامل مستعد کننده ($p=0/000$) را تشکیل می‌دادند در دو جنس اختلاف معنی داری داشتند. جالب اینکه، میانگین انجام رفتارهای خود مدیریتی در بیمارانی که دارای سابقه ابتلا به PUD در خانواده خود نبودند بطور معنی داری بیشتر از بیمارانی بود که دارای سابقه ابتلا در خانواده خود بودند ($p<0/05$). متغیرهای کیفیت زندگی ($p=0/000$)، وضعیت سلامت ($p=0/000$)، رفتارهای خود مدیریتی ($p<0/05$) و آگاهی ($p<0/05$) با شغل

جدول ۳: ماتریس ضریب همبستگی کیفیت زندگی و دیگر سازه های الگوی پرسید در بیماران مبتلا به زخم پپتیک مراجعه کننده به بیمارستان بصحت سندج در سال ۱۳۸۸

سازه ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱= کیفیت زندگی	۱							
۲= وضعیت سلامت	**۰/۶۷۶	۱						
۳= رفتار خود مدیریتی	۰/۱۱۶	*۰/۲۱۶	۱					
۴= عوامل قادرکننده	*۰/۲۰۷	۰/۱۶۹	۰/۰۷۴	۱				
۵= عوامل تقویت کننده	**۰/۲۳۷	**۰/۳۷۶	**۰/۲۹۸	۰/۱۴۸	۱			
۶= عوامل مستعد کننده	۰/۱۵۴	۰/۱۶۴	۰/۰۶۶	**۰/۳۰۴	۰/۱۳۹	۱		
۷= آگاهی	*۰/۱۹۲	*۰/۲۰۴	۰/۱۱۷	**۰/۲۸۱	۰/۱۳۶	**۰/۹۴۷	۱	
۸= نگرش	۰/۰۶۰	۰/۰۶۰	۰/۰۲۹	**۰/۲۷۱	۰/۱۱۵	**۰/۸۶۳	**۰/۶۵۴	۱
	*معنی دار در سطح $0/05 (P < 0/05)$							
	**معنی دار در سطح $0/01 (P < 0/01)$							

تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که در مجموع متغیرهای الگوی پرسید $68/9\%$ از واریانس کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به PUD پیش بینی نمودند و از میان این عوامل، وضعیت سلامت قویترین پیش بینی کننده

($\beta=0/649$) بود. همچنین، رفتارهای خود مدیریتی نیز $21/6\%$ از واریانس وضعیت سلامت را پیش بینی نمودند (جدول ۴).

تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که در مجموع متغیرهای الگوی پرسید $68/9\%$ از واریانس کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به PUD پیش بینی نمودند و از میان این عوامل، وضعیت سلامت قویترین پیش بینی کننده

جدول ۴: تحلیل رگرسیون کیفیت زندگی و پیش بینی کننده‌های آن در بیماران مبتلا به زخم پپتیک مراجعه کننده به بیمارستان بعثت سنندج در سال ۱۳۸۸

متغیر وابسته	R ²	p.value	t	SE	بتا استاندارد شده	سازه ها
کیفیت زندگی		۰/۰۰۰	۸/۳۶	۰/۵۴۱	۰/۶۴۹	وضعیت سلامت
		۰/۵۸۲	۰/۵۵۲	۰/۹۳۷	۰/۱۵۳	خود مدیریتی
		۰/۰۸۸	۱/۷۲	۲/۳۸	۰/۱۲۷	قادرکننده
		۰/۹۹۲	۰/۰۰۵	۱/۲۴	۰/۰۰	تقویت کننده
		۰/۲۴۴	۱/۱۱۷	۰/۸۸	۰/۰۸۸	مستعد کننده
وضعیت سلامت	۰/۲۱۶	۰/۰۱۸	۲/۳۹	۰/۱۶۷	۰/۲۱۶	رفتارهای خود مدیریتی

بحث

PUD به انجام رساندند نیز میانگین نمرات کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف بسیار مشابه با یافته‌های پژوهش ما بود (۸).

براساس نتایج بدست آمده، وضعیت سلامت آزمودنی‌های مطالعه حاضر که میانگین نمره ۴۹/۲ را از حداکثر نمره ۸۴ بدست آوردند، در حد پایتتر از متوسط قرار داشت. در مطالعاتی که توسط ناگیووا^۳ و همکاران و کرول^۴ و همکاران در کشورهای اروپایی (اسلواکی، فرانسه، هلند، نروژ و سوئد) با استفاده از GHQ-28 بر روی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید انجام شد، میانگین نمره وضعیت سلامت بیماران در همه کشورها پایتتر از میانگین نمره مشاهده شده در مطالعه حاضر بدست آمد که با توجه به اینکه هرچه میانگین نمره بالاتر باشد نشاندهنده وضعیت سلامت ضعیفتر است، می‌توان دریافت که بیماران مبتلا به PUD مطالعه حاضر دارای وضعیت سلامت ضعیفتری می‌باشند (۲۵-۲۴). همچنین بیماران مطالعه حاضر در زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی وضعیت بسیار بدتری داشتند و حدود ۶۴٪ از حداکثر نمره را بدست آوردند

در مطالعه حاضر مشاهده می‌شود که آزمودنی‌ها کیفیت زندگی نسبتاً نامطلوبی داشتند. در مطالعه هانین^۱ و همکارانش که پرسشنامه SF-20 را جهت اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم بکار گرفته بودند، درصد میانگین از حداکثر نمره کیفیت زندگی ۵۷/۵٪ بدست آمد که بالاتر از درصد میانگین از حداکثر نمره کیفیت زندگی در مطالعه حاضر بود (۱۹). بطور کل کیفیت زندگی این بیماران نسبت به بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن دیگر نامطلوبتر است (۱۷ و ۱۹). بر اساس یافته‌های ما و مطالعات مشابه دیگر در میان حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی این بیماران ضعف شدید آنها در حیطه درک از سلامت که به دیدگاه آنها نسبت به وضعیت سلامتشان بر می‌گردد و نیز سطح دردی که آنها گرفتارش هستند بسیار چشمگیرتر است (۲۳ و ۸). احتمالاً نگرانی‌های این بیماران از مزمن بودن بیماری و عودهای مکرر بیماری بر درک آنها از وضعیت سلامتشان تأثیر منفی زیادی می‌گذارد. در مطالعه‌ای که موکروویکا^۲ و همکارانش با بکارگیری پرسشنامه SF-36 بر روی بیماران مبتلا به

^۳. Nagyova
^۴. Krol

^۱. Hanninen
^۲. Mokrowieka

مدیریتی را انجام می‌دهند، اما ناقص و ناکارآمد، و در نتیجه تغییر مثبتی در وضعیت سلامت آنها نمی‌بیند به این نتیجه می‌رسد که انجام این رفتارها کمکی به بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی وی نمی‌کند و نهایتاً از انجام این رفتارها دلسرد شده و آنها را انجام نمی‌دهد. بنابراین پرستاران و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی باید در هنگام طرح ریزی برنامه‌های آموزشی برای این بیماران، بر کامل و جامع انجام دادن رفتارهای خودمدیریتی تأکید کنند و بیماران را از پیامدهای ناقص انجام دادن این رفتارها آگاه سازند.

نتایج نشان داد که سطح آگاهی بیماران در حد پایتتر از متوسط است. بیماران از لحاظ «شناخت از داروها» آگاهی بسیار کمی (۱۰/۲۸٪) داشتند که نشان دهنده این امر است که بیماران PUD در مورد دارو درمانی خود اطلاعات کافی ندارند. مصرف داروها در بیماران مسن و بویژه بیمارانی که بیسواد و یا دارای سواد کمی می‌باشند می‌تواند بسیار مشکل باشد؛ بنابراین باید یک روش مناسب و ویژه جهت مصرف داروها توسط پزشکان و پرستاران به این بیماران آموزش داده شود. بیماران از لحاظ حمایت اجتماعی درک شده در حد ضعیف (۳۹٪) بودند. همچنین ارتباط معنی دار قوی و مستقیم بین رفتارهای خود مدیریتی و عوامل تقویت کننده یافت شد که لزوم ارتقاء حمایت اجتماعی درک شده این بیماران را طی برنامه‌های آموزشی نمایان می‌کند. در رابطه با ارتباط معنی دار قوی و مستقیم بین رفتارهای خود مدیریتی و عوامل تقویت کننده، می‌توان گفت که با افزایش سطح حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به PUD، وضعیت انجام رفتارهای خود مدیریتی در آنها بهتر می‌شود که این یافته ما با نتیجه چن^۲ مطابقت دارد (۲۷). اورم^۳ پیشنهاد می‌دهد که حمایت اجتماعی می‌تواند پیغامها و اطلاعاتی را فراهم کند تا

(هرچه نمره کسب شده بالاتر باشد، وضعیت سلامت ضعیفتر است) که اهمیت توجه به این حیطة از وضعیت سلامت این بیماران را نشان می‌دهد.

در میان حوزه‌های مختلف رفتارهای خود مدیریتی، «ورزش کردن منظم»، «مطالعه یا پرس و جو در رابطه با بیماری» و «خوردن غذای کمتر با تعداد وعده‌های بیشتر» از لحاظ همیشه انجام شدن دارای فراوانی بیشتری بودند. در حالیکه در مورد «مصرف داروها بطور منظم و طبق دستورپزشک»، «اجتناب از خوردن غذاهای تند و ادویه دار و محرک بیماری»، «در میان گذاشتن نشانه‌ها یا علامتهای غیرمعمول با پزشک یا پرستاران» و همچنین «همراه بردن داروها در هنگام مسافرت یا مهمانی» نتیجه برعکس بود. بنابراین، کارشناسان بهداشت و پرستاران باید هنگام طراحی برنامه آموزشی جهت این بیماران اطلاعاتی را در ارتباط با روشها و ابزارهایی که جهت انجام بهتر امور خود مدیریتی کمک کننده است و نیز نحوه صحیح انجام این امور فراهم کنند و یا در برنامه‌های آموزشی خود از نظرات متخصصین و همچنین بیماران PUD موفق در مدیریت بیماری خود نیز بهره بگیرند. در مطالعه حاضر، رفتارهای خود مدیریتی ارتباط معنی دار و مستقیم با وضعیت سلامت داشت. هنسن^۱ و همکارانش نیز دریافتند که بکارگیری استراتژی‌های خود مراقبتی مشخص با بهبود کیفیت زندگی ارتباط دارد (۲۶).

نتایج حاصله از این بررسی نشان داد که خود مدیریتی بیماران PUD با سابقه ابتلاء در خانواده آنها دارای ارتباط معنی دار می‌باشد. نکته جالب توجه، بالابودن معنی دار میانگین انجام این رفتارها در بیماران بدون سابقه ابتلاء در خانواده می‌باشد. شاید بتوان این نکته را اینگونه توجیه نمود که وقتی فرد بیمار، دیگر افراد مبتلا به PUD در خانواده خود را می‌بیند که رفتارهای خود

^۲. Chen

^۳. Orem

^۱. Hansson

بر اساس نتایج مطالعه حاضر ارتباط مستقیم و معنی داری بین کیفیت زندگی و عوامل قادر کننده نیز مشاهده شد. لاویست^۱ و همکارانش در پژوهشی نشان دادند که عوامل ساختاری مانند برخوردار بودن از بیمه شخصی و در دسترس بودن مرکز خدمات بهداشتی درمانی (عوامل قادرکننده) نقش بسیار مهمی در تعیین میزان استفاده از خدمات پیش از زایمان برای زنان و بهبود وضعیت سلامت آنها بازی می‌کنند و در واقع این عوامل قادرکننده می‌توانند بسیار مهمتر از اختلافاهای فرهنگی و رفتاری باشند (۳۵). در مطالعه تودیور^۲ و همکارش نیز، عدم دسترسی به پزشک و عدم داشتن وقت کافی از موانع همیشگی جلوگیری کننده از مراجعه مردان به پزشک تشخیص داده شد که با یافته مطالعه ما مبنی بر اینکه عدم دسترسی به پزشک متخصص یکی از موانع جلوگیری کننده از مراجعه بیماران اولسر پپتیک به پزشک می‌باشد همخوانی دارد (۳۲).

در جدول ۴ ملاحظه می‌شود که متغیرهای مدل پرسید ۶۸/۹ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیش بینی نمودند یعنی افزایش سطح کیفیت زندگی بیماران PUD از طریق افزایش سطح وضعیت سلامت و ارتقاء رفتارهای خود مدیریتی و عوامل مستعد کننده، قادرکننده و تقویت کننده این رفتارها امکانپذیر است و وضعیت سلامت بطور معنی دار سطح کیفیت زندگی را پیش بینی می‌کند. گرین^۳ می‌نویسد اگر چه سلامت ممکن است بعنوان یک وسیله در کاهش خطر ابتلا و مرگ و میر ارزش داشته باشد، اما ارزش کلی آن در ارتباط آن با کیفیت زندگی آشکار می‌شود (۱۱). در مطالعه ما نیز ارزش کلی آن در ارتباط قوی اش ($r = 0.767$) با کیفیت زندگی این بیماران بیش از پیش مشخص می‌شود و اهمیت وضعیت سلامت را در

نیاز تعامل اجتماعی فردی تأمین شود و انگیزش ارتقاء رفتار خود مراقبتی تقویت شود (۲۸). این یافته‌ها این دیدگاه را حمایت می‌کند که وجود حمایت اجتماعی از طریق تعامل اجتماعی بر مشارکت و انجام رفتارهای خود مدیریتی تأثیر می‌گذارد و این حمایت اجتماعی کافی، اعمال و افکار فرد را (جهت انجام رفتار خود مدیریتی) تسهیل می‌کند (۲۹ و ۲۷). بنابراین، اجرای درمان چندگانه از همان مراحل اولیه ابتلا به بیماری از جمله برنامه‌های آموزشی مانند مشاوره تلفنی، شرکت در فعالیتهای اجتماعی، ورزش درمانی و گروه درمانی، آموزش مهارتهای سازگاری با بیماری به منظور جلوگیری از رفتارهای اجتنابی در هنگام فعالیتهای مرتبط با رفتارهای خود مدیریتی منجر به بهبود انجام این رفتارها و در نتیجه وضعیت سلامت بیمار می‌شود. عوامل تقویت کننده علاوه بر ارتباط قوی با رفتارهای خود مدیریتی با همه متغیرهای دیگر نیز، بجز عوامل قادرکننده، همبستگی مستقیم و قوی داشت که نشان دهنده اهمیت حمایت اجتماعی درک شده بیمار در ارتقاء کیفیت زندگی وی می‌باشد. درک حمایت اجتماعی مثبت و کافی می‌تواند تبعیت از رژیمهای درمانی، بازتوانی و پی آمدهای کلی سلامت را ارتقاء و بهبود بخشد (۳۱-۳۰).

پزشکان بعنوان یکی از مؤثرترین عوامل در تصمیم گیری جهت سبک زندگی فردی محسوب می‌شوند (۳۲). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که توصیه پزشکان یک عامل تقویت کننده مهم در دستیابی به مراقبتهای پیشگیرانه و یا سازگاری با رفتار ارتقاء دهنده سلامت می‌باشد (۳۴-۳۳). در پژوهش ما نیز حدود ۵۰ درصد بیماران حمایت اطلاعاتی دریافت شده از پزشک را در حد متوسط به بالا عنوان کرده‌اند. توجه بیشتر پزشکان به بیماران و دادن توصیه‌های بیشتر مرتبط با رفتارهای خود مدیریتی به آنها می‌تواند تأثیر عمیقی بر بیماران جهت انجام این رفتارها داشته باشد.

¹. LaVeist
². Tudiver
³. Green

نتیجه گیری

نهایتاً می‌توان اینطور نتیجه گرفت که افراد مبتلا به اولسر پپتیک مورد بررسی و بالطبع کلیه این بیماران در سطح کشور ما دارای سطح کیفیت زندگی نسبتاً پایینی می‌باشند و تلاشهای مداخله‌ای برای ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مهم و ضروری به نظر می‌رسد. این یافته‌ها در برنامه ریزی‌های آموزشی که برای بیماران مبتلا به PUD انجام می‌گیرد می‌تواند کاربرد مؤثری داشته باشد. باید برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای به منظور ارتقاء رفتارهای خود مدیریتی و وضعیت سلامت در بیماران PUD در بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی از طریق دست اندرکاران طرح ریزی و اجرا شود. جهت تهیه برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای مرتبط با خود مدیریتی در بیماری PUD در بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی می‌توان از کارشناسان آموزش بهداشت و سلامت، پرستاران و نیز همکاری پزشکان متخصص و نیز مشارکت دادن خانواده‌های این بیماران و یا افراد مراقب درجه اول آنها به منظور تهیه برنامه‌های کاربردی بهره برد. در ایران تا به حال الگوی پرسید جهت تعیین اولویتهای برنامه ریزی آموزشی ارتقاء کیفیت زندگی و خود مدیریتی برای بیماری اولسر پپتیک مورد آزمون قرار نگرفته است و این مطالعه در نوع خود اولین می‌باشد. نتایج نشان دهنده آن است که با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی جامعه ایران و با توجه به اینکه الگوی پرسید در اصل یک مدل جهت برنامه ریزی است، می‌توان این الگو را در ایران به عنوان چارچوبی برای برنامه‌ریزی مداخلات در جهت بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران PUD به کار گرفت.

هنگام طراحی مداخله‌های آموزشی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی نشان می‌دهد.

در تحلیل رگرسیون، متغیر رفتارهای خود مدیریتی توان وضعی در پیش بینی سطح کیفیت زندگی این بیماران داشت، اما با توجه به نتیجه بدست آمده در جدول ۴ یعنی توان بالای رفتارهای خود مدیریتی در پیش بینی وضعیت سلامت و نیز همبستگی مستقیم و معنی دار بین رفتارهای خود مدیریتی و وضعیت سلامت ($r=0/216$) در جدول ۳، می‌توان اینطور نتیجه گرفت که تأثیر رفتار خود مدیریتی بر روی کیفیت زندگی بطور غیر مستقیم و از طریق وضعیت سلامت صورت می‌گیرد و این بیماران در صورت داشتن ضعف در این رفتارها، وضعیت سلامت ضعیفتر و در نتیجه کیفیت زندگی پایینتری خواهند داشت. همچنین ارتباط قوی بین وضعیت سلامت و کیفیت زندگی ($r=0/676$) که قبلاً بحث شد و همپوشانی که بین این دو حالت وجود دارد از یک طرف، و ارتباط معنی دار بین وضعیت سلامت و رفتارهای خود مدیریتی ($r=0/216$) از طرف دیگر، هرچه بیشتر وضعیت سلامت را بعنوان یک پل ارتباطی بین رفتارهای خود مدیریتی و کیفیت زندگی مطرح می‌کند و اهمیت مداخله بر روی رفتارهای خود مدیریتی را جهت ارتقاء وضعیت سلامت و نهایتاً کیفیت زندگی نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که در مطالعه مشابهی که وانگ^۱ انجام داد وضعیت سلامت درک شده، حمایت اجتماعی و رفتار خود مراقبتی ۳۳ درصد واریانس رفاه (کیفیت زندگی) را پیش بینی کردند و رفتار خود مراقبتی عامل پیش بینی کننده قویتر بود (۳۶).

^۱. Wang

1. Baron JH. The Relationship between basal and maximum acid output in normal subjects and patients with duodenal ulcer. *Clin Sc* 1963; 24(7): 357.
2. Bahraini H. *Gastrointestinal diseases*. 1st ed. Tehran: Jahad Daneshgahi; 2004. p. 25-26[Book in Persian].
3. Glise H. Quality of life assessment in patient with peptic ulcer during treatment and follow up. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1993; 199(12): 34-5.
4. Broner LS, Sodartha DA. *Gastrointestinal Diseases Nursing*. Translated by Pooran Sami. Tehran: Boshra; 2002. p. 22[Book in Persian].
5. Koloski N, Hons B, Talley N, Boyce P. The Impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(13): 67-71.
6. Khadem H. *Treatment in Ulcer Peptic Diseases* [Monograph on the internet]. 2008 Jun. Available from: <http://daneshnameh.roshd.ir/mavara/mavara-index.php>, Accessed at sep 6, 2008.
7. Kooper BT, Hall MJ, Bari RA. *A Summary in Gastrointestinal Diseases*. Translated by Abrishamkar S, Shojaee M. Tehran: Motarjemin; 1991. p. 70[Book in Persian].
8. Mokrowiecka A, Jurek K, Pińkowski D, Małeczka-Panas E. The Comparison of Health-Related Quality of Life (HRQL) in patients with GERD, peptic ulcer disease and ulcerative colitis. *Advances in Medical Sciences* 2006; 51(4): 142-147.
9. World Health Organization Quality of Life Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2(1): 153-159.
10. Zboralski K, Florkowski A, Talarowska-Bogusz M, Macander M, Gałeczki P. Quality of life and emotional functioning in selected psychosomatic diseases. *Postepy Hig Med Dosw* 2008; 25(6): 36-41.
11. Green LW, Kreuter MW. *Health Program Planning: an educational and ecological approach*. 4th ed. USA: McGraw-Hill; 2005. p. 120-121.
12. Minnock P, Fitzgerald O, Bresnihan B. Quality of life, social support and Knowledge of disease in Women with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 2003; 47(2): 221-227.
13. Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Quality of Life Research* 1999; 8(6): 447-459.
14. Shegog R, Bartholomew LK, Parcel GS, Sockrider MM, Masse L, Abramson SL. Impact of a Computer-assisted Program on Factors related to asthma self-management behavior. *Journal of American Medical Informatics Association* 2001; 81(1): 49-61.
15. Mohammadi N, Rafeefar M. *Comprehensive Planning in Health Education (Basics)*. 1st ed. Tehran: Mehreravosh; 2005. p. 232[Book in Persian].
16. Aalto AM, Aro S, Ohinmma A, Aro AR, Mähönen M. *The validation of the SF-20 instrument for health related quality of life in the Finnish general population*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health; 1997.
17. Robb JC, Young LT, Cooke RG, Joffe RT. Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcome in the medical outcomes survey (SF-20) subscale scores. *Journal of Affective Disorders* 1998; 49(12):189-193.

18. Nadrian H, Morowatisharifabad MA, Soleimansalehabadi H. Model of Rheumatoid Arthritis patients Quality of Life Predictors in Yazd Based on Path Analysis of the PRECEDE Model. *Medical Journal of Hormozgan* 2010; 14(6): 32-44[Article in Persian].
19. Hanninen J, Takala J, Keinanen-Kiukaanniemi S. Quality of life in NIDDM patients assessed with the SF-20 questionnaire. *Diabetes Research and Clinical Practice* 1998; 42(5):17-27.
20. Goldberg DP, Hillier VF. A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(8): 139-45.
21. Warren E. Patients presenting with symptoms of peptic ulcer should receive symptomatic treatment and be offered explanation and reassurance. *Medicine Update* 2009; 16(9): 52-55.
22. Lee J, O'Morain C. Managing dyspepsia in the community. *Int J Gastroenterology* 1997: 13-17.
23. Revicki DA, Wood M, Maton PN, Sorensen S. The Impact of gastro esophageal reflux disease on health-related quality of life. *Am J Med* 1998; 104(16): 252-8.
24. Nagyova I, Krol B, Szilasiova A, Stewart RE, Van Dijk JP, Van den H, et al. General Health Questionnaire-28: psychometric evaluation of the Slovak version. *Studia Psychologica* 2000; 42(4): 351-61.
25. Krol B, Sanderman R, Moum T, Suurmeijer T, Doeglas D, Krijnen, et al. A Comparison of the General Health Questionnaire-28 between patients with rheumatoid arthritis from The Netherlands, France, Sweden, and Norway. *Eur J Psychol Assess* 1994; 10(6): 93-101.
26. Hansson A, Hilleras P, Forsell Y. What Kind of Self-Care Strategies Do People Report using and is there an Association with Well-Being. *Social Indicator Research* 2005; 73(1): 133-139.
27. Chen SY, Wang HH. The Relationship between Physical Function, Knowledge of Disease, Social Support and Self care behavior in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Journal of Nursing Research* 2007; 15(3): 183-191.
28. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. 4th ed. USA: MO: Mosby; 1991. p. 251.
29. Lee I, Wang HH. Menopausal experiences and self-care behaviors among mid-life women. *Nursing Research* 2000; 8(1): 71-84.
30. Lanza AF, Revenson TA. Social support interventions for rheumatoid arthritis patients: The cart before the horse. *Health Educ Q* 1993; 20(6): 97-117.
31. Wallston BS, Alagna SW, DeVillis BM, DeVillis RF. Social support and physical health. *Health Psychol* 1983; 2(2): 367-391.
32. Tudiver F, Talbot Y. Why don't men seek help? Family physicians' perspectives on help-seeking behavior in men. *The journal of family practice* 1999; 48(3): 1, 47-52.
33. Courtenay WH. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science Medicine* 2000; 50(10): 1385-1401.
34. Steele CB, Miller DS, Maylahn C, Uhler RJ, Baker CT. Knowledge, attitudes and screening practices among older men regarding prostate cancer. *American Journal of Public Health* 2000; 90(10): 1595-1600.
35. Laveist TA, Keith VM, Gutierrez ML. Black/White differences in Prenatal Care Utilization: An assessment of predisposing and enabling factors. *Health Service Research* 1995; 30(1): 43-58.
36. Wang HH, Laffrey SC. A Predictive Model of well-being and self-care for rural elderly women in Taiwan. *Research in Nursing Health* 2001; 24(2): 122-132.