

بررسی کیفیت خودمراقبتی در اعضای بیمار خانواده‌های دارای هپاتیت B

تک‌موردی و چندموردی

سوسن سمیعی^۱ زهرا منجمد^۱ عباس مهران^۲ زهرا طاهری از برمی^۳

^۱ مربی پرستاری^۲ کارشناس ارشد آمار^۳ کارشناس ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

حیات مجله دانشکده پرستاری و مامایی تهران دوره ۱۱ شماره ۴-۳ پاییز و زمستان ۱۳۸۴ صص ۷۲-۶۳

چکیده

زمینه و هدف: ابتلای یکی از اعضای خانواده به ویروس هپاتیت B یکی از مهم‌ترین راه‌های انتقال بیماری به دیگر اعضای خانواده در ایران محسوب می‌شود. بنابراین توجه به کیفیت خودمراقبتی اعضای بیمار خانواده‌های دارای هپاتیت B در پیشگیری و کنترل بیماری از ارزش بالایی در کاهش انتقال بیماری برخوردار است.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع پیمایشی - مقطعی است. نمونه‌ها شامل ۲۵۰ نفر بیمار که ۱۵۰ نفر از خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی و ۹۰ نفر از خانواده‌های دارای هپاتیت B چندموردی و از بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه محیط پژوهش جهت کنترل بیماری از سال ۱۳۷۶ تا زمان انجام پژوهش از سراسر استان گیلان انتخاب شدند. در این پژوهش داده‌ها با استفاده از پرسشنامه شامل مشخصات فردی و مشخصات بیماری و سؤالات مربوط به کیفیت خودمراقبتی بیماران شامل رعایت رژیم دارویی، رژیم غذایی، به‌کارگیری احتیاطات استاندارد، اعتیادات، پیگیری بیماری و انجام آزمایشات تشخیصی جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون‌های مجذور کای و تست دقیق فیشر استفاده شد. برای کلیه آزمون‌ها $p < 0/005$ معنادار تلقی شده است.

یافته‌ها: نتایج بررسی نشان داد بیشترین درصد بیماران در خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی (۶۴/۴٪) و چندموردی (۸۵/۶٪) از کیفیت خودمراقبتی نامطلوب برخوردارند، همچنین در پاسخ به فرضیه (بین کیفیت خودمراقبتی عضو بیمار خانواده و تعدد HBSAg مثبت در خانواده‌های دارای هپاتیت B ارتباط وجود دارد) یافته‌ها نشان داد که ارتباط معناداری بین خودمراقبتی در زمینه هپاتیت B و تعدد HBSAg مثبت در خانواده‌ها وجود دارد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت خودمراقبتی بیماران در زمینه رعایت رژیم دارویی، غذایی، اعتیاد و پیگیری بیماری نامطلوب است، بنابراین برای مهار بیماری در خانواده‌های مبتلا پیشنهاد می‌شود بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر برای آموزش خودمراقبتی در زمینه‌های مذکور تلاش بیشتری شود.

^۱ نویسنده مسؤول

مقاله: دانشکده

پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی

تهران

e-mail:

ssamiee@tums.ac.ir

- تاریخ دریافت مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۴ - تاریخ پذیرش مقاله: تیر ماه ۱۳۸۴

مقدمه

یک روند تازه در مراقبت‌های بهداشتی، مراقبت از خود است. مراقبت از خود به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که افراد برای ارتقای

سلامتی، پیشگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ سلامت خود انجام می‌دهند. (۱) به عقیده Orem مراقبت از خود مجموعه فعالیت‌هایی است که انسان‌ها به طور فردی

برای وجود خود آن را انجام می‌دهند تا به طور دایم احساس خوب بودن داشته باشند. این نوع مراقبت به ارایه مراقبت شخصی برای خود محدود نمی‌شود بلکه به ارایه آن توسط اعضای خانواده یا خارج از محدوده خانواده نیز اشاره دارد، تا این که شخص قادر به مراقبت از خود شود. (۲) مراقبت یکی از اصول فلسفی پرستاری است و به عنوان اساس و شالوده پرستاری توصیف گردیده است. (۳) همه پرستاران جهت کیفیت مراقبت پرستاری که ارایه می‌دهند و مهم‌تر از همه برای کیفیت کلی مراقبت بهداشتی که مددجویان با آن برخورد می‌کنند، مسؤولیت دارند (۴)، که پرستاری کودکان نیز از این قاعده جدا نیست.

آموزش پرستاری امروزه، خود را با تمرکز بر جامعه و پرستاری بهداشت خانواده تطابق داده است. همچنین خانواده کودکان با بیماری مزمن مسؤولیت‌های مراقبتی پیچیده و همه‌جانبه‌ای را به عهده دارند. از آنجایی که درمان واقعی برای وضعیت مزمن بیماری وجود ندارد، پرستاران کودکان باید تلاش‌های خودشان را بر مراقبت از این کودکان تمرکز دهند. (۵) یکی از بیماری‌هایی که به عنوان مشکل در جامعه گریبان‌گیر خانواده‌ها می‌باشد و در بیشتر موارد به صورت مزمن اعضای خانواده را درگیر می‌سازد بیماری هپاتیت B می‌باشد. بیماری هپاتیت B در حال حاضر به عنوان یکی از مشکلات جدی بهداشتی در جهان باقی مانده است.

طبق بررسی‌های به عمل آمده حدود ۲ میلیون نفر حامل HBV= Hepatitis B Virus در ایران وجود دارد (۶)، با در نظر گرفتن

پیامدهایی که برای این دسته از بیماران به وجود می‌آید نظیر بیماری مزمن کبدی، خستگی، سرطان کبد و ... توجه به گروه‌های پرخطر به منظور پیشگیری زودرس، حمایت از بیمار و کنترل بیماری ضروری به نظر می‌رسد. (۵) کنترل کیفیت مراقبت از این بیماران در خانواده، موجب پیشگیری، مهار و بهبودی دیگر اعضای خانواده می‌گردد. مهم‌ترین راه انتقال بیماری در ایران با توجه به مطالعات انجام شده، انتقال بیماری از مادر آلوده به هپاتیت B به نوزاد و تاریخچه‌ی خانوادگی از ابتلای افراد در خانواده به ویروس می‌باشد، به همین دلیل به دنبال شناسایی یک مورد در خانواده، تعداد قابل توجهی از خواهر و برادرهای فرد مبتلا نیز شناسایی می‌شوند. اگر در خانواده یک فرد ناقل هپاتیت B وجود داشته باشد، امکان انتقال بیماری به سایر اعضای خانواده وجود دارد ولی این امر نیاز به تماس مداوم و طولانی دارد و نحوه انتقال از طریق تماس خون فرد ناقل هپاتیت B با مخاط و یا خون فرد سالم است. (۶) بررسی عوامل خطرزای همراه با بیماری هپاتیت B بر روی ۱۵۸۰ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۹ ساله چینی نشان داد پسرانی که در ناحیه اندمیک (Endemic) بیماری متولد شده بودند و تاریخچه‌ی خانوادگی آنها وجود یک مورد ناقل مزمن هپاتیت B را نشان می‌داد شیوع بالاتری از هپاتیت را نسبت به سایرین داشتند، یافته‌های این مطالعه نشان داد که تاریخچه‌ی خانوادگی از ناقل بودن و زندگی در نواحی اندمیک بیماری از عوامل خطرزای مهم در انتشار بیماری محسوب می‌شوند. (۷) همچنین بررسی انتقال افقی ویروس هپاتیت B در بین بازیکنان

یک تیم فوتبال آمریکایی نشان داد که وجود یک مورد ناقل هپاتیت B باعث بروز هپاتیت B حاد در ۵ بازیکن و بروز علائم تحت بالینی عفونت در ۶ بازیکن دیگر شده بود. ابتلای به بیماری در ۱۱ بازیکن از اعضای یک تیم ۶۵ نفره در مدت ۱۹ ماه نشان داد که انتقال افقی ویروس هپاتیت حتی در اعضای یک تیم ورزشی که مدت محدودی با هم در تماس هستند رخ داده است. علت انتقال ویروس از یک مورد به چند مورد در چنین گروهی به واسطه عدم رعایت احتیاطات لازم در تماس با زخم‌های باز در موقع صدمات ورزشی بوده است. (۸)

در بررسی فراوانی عوامل خطر ساز در استان سیستان و بلوچستان بر روی ۳۱۹۹ بیمار مبتلا به هپاتیت B مشخص شد که بیشترین موارد آلودگی سابقه‌ی هپاتیت در اطرافیان بود. (۹) خودمراقبتی در این بیماران شامل کنترل و پیگیری بیماری، آموزش به اعضای خانواده و دوستان در مورد خطر انتقال بیماری در خانواده و لزوم پیشگیری با انجام واکسیناسیون و تزریق ایمونوگلوبولین، رعایت رژیم غذایی می‌باشد. (۱۰) بررسی تأثیر خودمراقبتی طبی خانواده‌ها بر انجام مراقبت اولیه بهداشتی آنها نشان داده است که مداخلات ساده خانواده‌ها می‌تواند مدیریت خودمراقبتی طبی آنها را توسعه داده، به طوری که با مشکلات درمانی سازگاری بیشتری داشته و از لحاظ صرف زمان و هزینه نیز برای خانواده مقرون به صرفه است. (۱۱) بنابراین توجه به شیوه‌های خودمراقبتی خانواده‌های مبتلا به هپاتیت B ضروری به نظر می‌رسد. پژوهشگر طی چندین سال کار با این بیماران و

خانواده‌های آنان در محیط درمانگاه هپاتیت، به اهمیت مراقبت از خود در این خانواده‌ها پی برده و در مشاهدات خود عدم مراقبت کافی و پیگیری مناسب را موجب انتشار عفونت از یک عضو خانواده به سایر اعضا می‌داند، چون خانواده‌هایی که به صورت تک‌موردی درگیر بیماری شده بودند در اثر عدم مراقبت کافی به خانواده‌های چندموردی تبدیل شده و به طوری که کل خانواده درگیر بیماری و عواقب ناشی از آن شده‌اند. هم‌چنین بی‌توجهی به برنامه درمانی این بیماران، نبود آموزش کافی در زمینه‌ی رعایت احتیاطات عمومی از سوی مراجع مربوطه، واکسیناسیون نامنظم و عدم کنترل سطح آنتی‌بادی، عدم رعایت رژیم غذایی مناسب و بی‌توجهی به مسایل روانی ناشی از بیماری در اکثریت مواقع منجر به بدتر شدن وضعیت جسمی بیمار و وضعیت بیماری در خانواده‌ها می‌شود. در چنین مواردی اگر خانواده دارای مادر حامله، فرزند شیرخوار، کودک خردسال و جوان در آستانه ازدواج داشته باشند وظایف مراقبین بهداشتی اهمیت بیشتری می‌یابد. کشور ایران نیز با توجه به توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی جزء کشورهای با شیوع متوسط هپاتیت B می‌باشد. (۶)

با توجه به اهمیت این موضوع و آمار بالای خانواده‌های مبتلا در محیط پژوهش که از سال ۱۳۷۶ تاکنون بالغ بر هزار مورد پرونده درمانی موجود است، پژوهش حاضر تدوین شد، تا شاید نتایج حاصل از این پژوهش بتواند با توجه به راه‌های انتقال مشترک بیماری‌های پرخطر در این برهه از زمان نظیر ایدز، هپاتیت C و سایر عفونت‌های منتقله از راه خون

همراه با ویروس هپاتیت B برای این دسته از بیماران نیز کاربرد داشته باشد.

روش بررسی

مطالعه حاضر پیمایشی از نوع مقطعی شامل ۲۵۰ بیمار که ۱۵۰ بیمار مربوط به خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی و ۹۰ نفر بقیه به خانواده‌های دارای هپاتیت B چندموردی از بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه محیط پژوهش از سراسر استان گیلان از سال ۱۳۷۶ تا زمان پژوهش سال ۱۳۸۳ تعلق داشتند. نمونه‌گیری به روش سیستماتیک (تقسیم هزار پرونده موجود در درمانگاه به دسته‌های ده‌تایی و سپس انتخاب خانواده‌های دارای مشخصات پژوهش از بین آنها) انجام شد و پس از کسب رضایت، بیماران در پژوهش شرکت می‌کردند. خصوصیات واحدهای مورد پژوهش عبارت بود از: ۱- عدم ابتلای اعضای خانواده بیمار به بیماری روانی ۲- نبودن در گروه‌های در معرض خطر مثل افراد هموفیل (به دلیل احتمال انتقال بیماری از طریق استفاده از فاکتورها (۸ و ۹) و تزریق فرآورده‌های خونی) ۳- دارا بودن سابقه‌ی تشخیص بیماری هپاتیت B بیش از ۶ ماه.

داده‌ها از طریق مصاحبه با بیمار در محیط درمانگاه و کسب اطلاعات با مراجعه به پرونده بیمار موجود در درمانگاه جمع‌آوری شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه بود که اعتبار علمی ابزار از طریق اعتبار محتوی صورت گرفت و برای پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد، ضریب همبستگی ($r=0/98$) محاسبه شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از

نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. پرسشنامه شامل شش قسمت بود. قسمت اول: مشخصات فردی بیماران (بزرگسال و کودک)، قسمت دوم: مشخصات بیماری، قسمت سوم: سؤالات مربوط به کیفیت خودمراقبتی بیماران در مورد رعایت رژیم دارویی (نحوه‌ی مصرف دارو، پایش عوارض مصرف دارو، خودمراقبتی حین مصرف داروها)، قسمت چهارم: سؤالات مربوط به کیفیت خودمراقبتی در مورد رعایت رژیم غذایی (نحوه مصرف غذاهای اساسی و غیر اساسی، طریقه پخت غذا، مصرف غذاهای آماده) و سؤالات مربوط به کیفیت خودمراقبتی در زمینه اعتیادات (مصرف مواد مخدر، نوشابه‌های الکلی)، قسمت پنجم: سؤالات مربوط به کیفیت خودمراقبتی در زمینه رعایت احتیاطات استاندارد (به‌کارگیری اصول احتیاطی در مواقع تماس با خون و ترشحات خونی، مصرف مشترک وسایل بُرنده مثل تیغ، تزریق ایمونوگلوبولین در مواقع تماس مشکوک و...) و قسمت ششم: سؤالات مربوط به کیفیت خودمراقبتی در زمینه پیگیری بیماری و انجام آزمایشات تشخیصی (برنامه زمان‌بندی شده برای مراجعه بیمار به درمانگاه، انجام روش‌های تشخیصی مورد نیاز بیمار، کنترل دقیق‌تر بیمار در مواقع فعالیت بیماری و...) بود. پرسشنامه از طریق مصاحبه تکمیل می‌شد. در پایان جهت تعیین کیفیت خودمراقبتی در هر یک از این زمینه‌ها به هر کدام از واحدهای مورد پژوهش که به ۸۰ درصد سؤالات جواب صحیح داده بودند مطلوب و کسانی که به ۶۰ تا ۸۰ درصد

نشان داد که ۷۸/۸ درصد ناقل سالم و بیشترین درصد (۹۹/۹ درصد) بیش از سه سال از تشخیص بیماری آنها گذشته بود، همچنین ۴۷ درصد یک دوره درمان ضد ویروس شده بودند، ۶۸/۵ درصد از بیماران به دلیل هپاتیت B در بیمارستان بستری نشده بودند، ۶۴/۹ درصد دچار عوارضی غیر از سیروز کبد و نفروپاتی بودند.

در رابطه با کیفیت خودمراقبتی اعضای بیمار در خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی و چندموردی نتایج نشان داد در رابطه با کیفیت خودمراقبتی از نظر رعایت رژیم دارویی ۶۰ درصد اعضای بیمار خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی و چندموردی (۰/۶۸) از کیفیت خودمراقبتی (رژیم دارویی) نامطلوب برخوردارند. نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین کیفیت خودمراقبتی (رژیم دارویی) و نوع خانواده دارای هپاتیت B (تک‌موردی و چندموردی) ارتباط معنادار آماری وجود ندارد (جدول شماره ۱).

همچنین در ارتباط با کیفیت خودمراقبتی از نظر رعایت رژیم غذایی در اعضای بیمار نتایج نشان داد، ۴۴/۴ درصد اعضای بیمار خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی از کیفیت خودمراقبتی رعایت رژیم غذایی در حدود مطلوب برخوردارند حال آن که ۴۷/۸ درصد اعضای بیمار خانواده‌های چندموردی دارای کیفیت خودمراقبتی رعایت رژیم غذایی نامطلوب بودند، نتیجه آزمون آماری مجذور کای نشان داد که بین کیفیت خودمراقبتی مربوط به رعایت رژیم غذایی و نوع خانواده دارای هپاتیت B (تک‌موردی و

سؤالات جواب صحیح داده بودند نسبتاً مطلوب و آنهایی که زیر ۶۰ درصد جواب صحیح داده بودند نامطلوب محسوب گردیدند. همچنین برای دستیابی به بعضی اطلاعات نظیر مشخصات بیماری، عوارض جانبی به پرونده بیماران که در درمانگاه از زمان تشخیص بیماری موجود بود، مراجعه می‌شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه در ۲۵۰ نفر از بیماران دارای هپاتیت B تک‌موردی و چندموردی بیانگر آنست که بیشترین درصد (۴۲/۸ درصد) بیماران در گروه سنی ۲۹-۴۴ سال بودند. ۶۷/۲ درصد مذکر ۶۴/۴ درصد متأهل، ۳۵/۲ درصد دارای تحصیلات دبیرستانی، ۷۲/۸ درصد شاغل، ۴۰/۴ درصد بیماران پدر خانواده بودند، ۷۰ درصد دارای بیمه و ۶۶/۶ درصد اظهار داشتند که تاحدودی از کفایت سطح درآمد برخوردارند.

اکثریت واحدهای مورد پژوهش پدر خانواده سرپرست خانواده (۸۸ درصد) بود و ۳۲/۵ درصد از واحدهای مورد پژوهش بیمار فوتی در خانواده داشتند، بیشترین درصد (۸۱/۵ درصد) در شهر زندگی می‌کردند همچنین بیشترین درصد (۸۰ درصد) از توالت بهداشتی و بیشترین درصد (۷۸/۴ درصد) از دوش در منزل استفاده می‌نمودند.

اکثریت بیماران (۹۲ درصد) در مورد بیماری هپاتیت B اطلاعاتی کسب نموده بودند، همچنین ۵۵/۲۱ درصد بیماران از پرستاران اطلاعات کسب کرده بودند. یافته‌های پژوهش

چندموردی) ارتباط معنادار آماری وجود دارد (جدول شماره ۲).

نتایج پژوهش در ارتباط با کیفیت خودمراقبتی از نظر اعتیادات در اعضای بیمار خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی و چندموردی نشان داد که بیشترین درصد به ترتیب در خانواده‌های تک‌موردی (۶۹/۴ درصد) و چندموردی (۸۴/۴ درصد) دارای هپاتیت B از کیفیت خودمراقبتی (در زمینه اعتیادات) از وضعیت نامطلوبی برخوردارند. نتیجه آزمون مجذور کای نشان داد بین کیفیت خودمراقبتی (در زمینه اعتیادات) و نوع خانواده دارای هپاتیت B تک‌موردی و چندموردی ارتباط معنادار وجود دارد.

نتایج پژوهش در ارتباط با کیفیت خودمراقبتی از نظر به‌کارگیری احتیاطات استاندارد در اعضای بیمار به تفکیک در خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی و چندموردی نشان داد که بیشترین درصد اعضای بیمار در خانواده‌های تک‌موردی (۷۱/۳ درصد) و چندموردی (۶۶/۷ درصد) از کیفیت خودمراقبتی نامطلوب برخوردار بودند. نتیجه آزمون مجذور کای نشان داد که بین کیفیت خودمراقبتی به‌کارگیری (احتیاطات استاندارد) و نوع خانواده دارای هپاتیت B (تک‌موردی و چندموردی) ارتباط معنادار آماری وجود ندارد.

نتایج پژوهش در رابطه با کیفیت خودمراقبتی از نظر پیگیری بیماری و انجام آزمایشات تشخیصی در اعضای بیمار خانواده‌های تک‌موردی و چندموردی دارای هپاتیت B نشان داد که ۴۷/۲ درصد از

خانواده‌های تک‌موردی دارای کیفیت خودمراقبتی در حدود مطلوب بودند. در حالی که ۵۲/۲ درصد خانواده‌های چندموردی دارای کیفیت خودمراقبتی نامطلوب می‌باشند، نتیجه آزمون آماری مجذور کای نشان داد که بین کیفیت خودمراقبتی (پیگیری بیماری و آزمایشات تشخیصی) و نوع خانواده دارای هپاتیت B (تک‌موردی و چندموردی) ارتباط معنادار وجود دارد (جدول شماره ۳).

در ارتباط با کیفیت کل خودمراقبتی در اعضای بیمار خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی و چندموردی مراجعه‌کننده به محیط پژوهش، نتایج نشان داد که اعضای بیمار خانواده‌های دارای هپاتیت B به ترتیب تک‌موردی ۶۴/۴ درصد و چندموردی ۸۵/۶ درصد از کیفیت خودمراقبتی کلی دارای وضعیت نامطلوبی بودند. نتیجه آزمون مجذور کای نشان داد بین کیفیت خودمراقبتی کلی و نوع خانواده دارای هپاتیت B (تک‌موردی و چندموردی) ارتباط معنادار وجود دارد ($p < 0.0001$) (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی کیفیت خودمراقبتی از نظر رژیم دارویی در اعضای بیمار به تفکیک در خانواده‌های دارای هیپاتیت B تک‌موردی و چندموردی مراجعه‌کننده به درمانگاه مشاوره مرکز انتقال خون شهر رشت در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون*	چندموردی		تک‌موردی		نوع خانواده
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	فراوانی
$p=0/19$	۱۷	۶۸	۳۰	۶۰	کیفیت خودمراقبتی: رژیم دارویی نامطلوب
	۳	۱۲	۲	۴	نسبتاً مطلوب
	۵	۲۰	۱۸	۳۶	مطلوب
	۲۵	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	جمع*

* کاهش تعداد مربوط به عدم استفاده از دارو می‌باشد.

* آزمون دقیق فیشر

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی کیفیت خودمراقبتی از نظر رعایت رژیم غذایی در اعضای بیمار به تفکیک در خانواده‌های دارای هیپاتیت B تک‌موردی و چندموردی مراجعه‌کننده به درمانگاه مشاوره مرکز انتقال خون شهر رشت در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	چندموردی		تک‌موردی		نوع خانواده
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	فراوانی
$p<0/0001$	۴۳	۴۷/۸	۳۷	۲۳/۱	کیفیت خودمراقبتی: رژیم غذایی نامطلوب
	۳۲	۳۵/۶	۷۱	۴۴/۴	نسبتاً مطلوب
	۱۵	۱۶/۷	۵۲	۳۲/۵	مطلوب
	۹۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	جمع

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی کیفیت خودمراقبتی از نظر پیگیری بیماری و انجام آزمایشات تشخیصی در اعضای بیمار به تفکیک در خانواده‌های دارای هیپاتیت B تک‌موردی و چندموردی مراجعه‌کننده به درمانگاه مشاوره مرکز انتقال خون شهر رشت در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	چندموردی		تک‌موردی		نوع خانواده
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	فراوانی
$p<0/0001$	۴۷	۵۲/۲	۶۸	۴۲/۹	کیفیت خودمراقبتی: پیگیری بیماری نامطلوب
	۴۲	۴۶/۷	۷۶	۴۷/۲	نسبتاً مطلوب
	۱	۱/۱	۱۶	۹/۹	مطلوب
	۹۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	جمع

جدول شماره ۴ - توزیع فراوانی کیفیت کل خودمراقبتی در اعضای بیمار خانواده‌های دارای هیپاتیت B تک‌موردی و چندموردی مراجعه‌کننده به درمانگاه مشاوره مرکز انتقال خون شهر رشت در سال ۱۳۸۳

نتیجه آزمون	چندموردی		تک‌موردی		نوع خانواده
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	فراوانی
$p<0/0001$	۷۷	۸۵/۶	۱۰۲	۶۴/۴	کیفیت کل خودمراقبتی بیماران نامطلوب
	۱۳	۱۴/۴	۵۷	۳۵/۶	نسبتاً مطلوب
	-	-	-	-	مطلوب
	۹۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰	جمع

بحث

در این مطالعه ۲۵۰ بیمار مبتلا به هپاتیت B از خانواده‌های تک‌موردی و چندموردی، مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه در مورد بررسی کیفیت خودمراقبتی این بیماران از لحاظ رژیم دارویی در خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی و چندموردی، نشان داد که هر دو گروه از کیفیت خودمراقبتی نامطلوب برخوردارند، شاید نتایج فوق به دلیل کاهش تعداد اعضای مصرف‌کننده دارو باشد زیرا واحدهای مورد پژوهش به علت قیمت بالای داروها اکثر مواقع قدرت خرید نداشته و همین امر باعث وقفه در طول درمان می‌شد.

در ارتباط با کیفیت خودمراقبتی این بیماران از لحاظ رژیم غذایی در دو گروه خانواده نتایج پژوهش نشان داد کیفیت خودمراقبتی رژیم غذایی در خانواده‌های دارای هپاتیت B چندموردی نامطلوب است. به نظر می‌رسد بالا بودن درصد بی‌کاری در بین خانواده‌های چندموردی (۱۸/۹ درصد) و خانه‌دار بودن اغلب آنها (۵۲/۸ درصد) و به طور کلی بنیه‌ی ضعیف خانواده از نظر مالی موجب وضعیت نامطلوب خود مراقبتی از لحاظ رژیم غذایی شده است. در خانواده‌های تک‌موردی بیماران با رعایت رژیم غذایی توصیه شده فعالیت بیماری و صدمه به بافت کبدی محدود، در نتیجه دچار مراحل عود بیماری و فعالیت بیشتر ویروس که منجر به انتشار ساده‌تر بیماری می‌شود، نمی‌شوند.

در ارتباط با کیفیت خودمراقبتی در زمینه اعتیادات بیمار در دو گروه خانواده‌ها نتایج مطالعه بیانگر کیفیت خودمراقبتی نامطلوب

خانواده‌های چندموردی می‌باشد و وجود اعتیاد در خانواده‌های باعث تعدد موارد HBSAg شده است. مطالعه Stark نیز بر روی زندانیان مصرف‌کننده مواد در برلین نشان داد که سابقه اعتیاد زندانیان در زندان با اکتساب عفونت HBV ارتباط معنادار داشته است. (۱۲)

در ارتباط با کیفیت خودمراقبتی در زمینه به‌کارگیری احتیاطات استاندارد در دو گروه از خانواده‌ها، نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت خودمراقبتی در زمینه رعایت احتیاطات استاندارد در هر دو گروه از خانواده‌ها نامطلوب است. در حالی که اکثریت هر دو گروه (تک‌موردی و چندموردی) اطلاعات در زمینه هپاتیت B را کسب نموده‌اند که این نتایج می‌تواند به علت صحیح و کافی نبودن اطلاعات و یا مؤثر نبودن روش‌های آموزش به آنها باشد. حال آن که مطالعه Hill James بیانگر آنست که با به‌کارگیری احتیاطات استاندارد می‌توان از عفونت هپاتیت B سایر اعضای خانواده از جمله شیرخواران جلوگیری نمود. (۱۳)

در ارتباط با کیفیت خودمراقبتی در زمینه پیگیری بیماری و انجام آزمایشات تشخیصی در دو گروه از خانواده‌ها نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت خودمراقبتی در این زمینه در خانواده‌های چندموردی نامطلوب می‌باشد به عبارتی دیگر خانواده‌های دارای هپاتیت B تک‌موردی به پیگیری بیماری بیشتر اهمیت می‌دهند. در مجموع در ارتباط با کیفیت خودمراقبتی کلی اعضای بیمار در دو گروه از خانواده‌ها آزمون آماری مجذور کای نشان داد که بین کیفیت خودمراقبتی کلی در دو گروه از

بازدید از منازل بیماران داشته و در حین بازدید مفاهیم خودمراقبتی را در قالب کتابچه‌های راهنما در اختیارشان قرار داده و از اثربخشی آموزش‌های خود مطمئن گردند. با توجه به نتایج این تحقیق پژوهشگر پیشنهاد می‌کند تا تحقیقات بیشتری با حجم بیشتر نمونه و وسعت بیشتر در مورد عوامل مؤثر بر انتقال، درمان پیامدها، عوامل خطر ساز و کمیت و کیفیت ارائه خدمات بهداشتی به خانواده‌های مبتلا به هپاتیت B و بیماری‌های مشابه و همچنین تأثیر آموزش خودمراقبتی در این بیماران بر کیفیت خودمراقبتی انجام شود.

تشکر و قدردانی

از زحمات معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مدیریت و کارکنان محترم سازمان انتقال خون به خصوص همکاران درمانگاه مشاوره مرکز انتقال خون شهر رشت و کلیه بیمارانی که با شرکت در این پژوهش ما را یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

خانواده‌ها ارتباط معنادار وجود دارد که این مسأله نیز می‌تواند ناشی از ضعف مالی و اقتصادی خانواده‌های چندموردی باشد.

مطالعه Ordog و همکارانش نیز بیانگر آنست که به دلیل خودمراقبتی نامطلوب زنان باردار در زمینه کنترل بیماری، بیماری به سایر اعضای خانواده به راحتی انتشار یافته و همین امر موجب شیوع بیماری در جامعه شده است (۱۴) مطالعه Tobe و Matura نیز نشان داد عدم خودمراقبتی مناسب یک بازیکن آلوده به HBV در تیم ورزشی ۶۵ نفره به سرعت در مدت زمان محدودی، عفونت HBV را به ۱۱ بازیکن دیگر منتقل نموده است. (۱۱)

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد عدم توجه به ابعاد خودمراقبتی اعضای بیمار در خانواده‌های آلوده سیر انتشار بیماری به سایر اعضای خانواده را تسهیل نموده و باعث افزایش ابتلای به HBSAg در خانواده‌ها شده است. احتمال می‌رود ضعف اعضای خانواده در خودمراقبتی مناسب از خود و هزینه بالای درمان و کنترل بیماری هپاتیت B موجب خودمراقبتی نامطلوب خانواده‌ها شده باشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود که کلیه مسئولین بهداشتی جهت پوشش بیمه‌ای بهتر این بیماران گام برداشته و پرستاران در برخورد با مبتلایان و در هر جایی که خدمت می‌کنند مفاهیم خودمراقبتی این بیماران را با شیوه‌های مناسب و به شکل عینی و عملی برای این دسته از بیماران روشن نمایند و جهت اطمینان از عملکرد مناسب بیماران، کنترل بیشتری بر روی مسایل درمانی آنها با

References

- ۱- حیدری سیده اشرف. پرستاری جامعه نگر، بهداشت خانواده، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۲: ۱۷-۱۸.
- 2 - Meleis. Theoretical nursing: development & progress. Philadelphia: Lippincott Co; 1997.
- 3 - Huber Diane. Leadership & nursing care management. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 2000.
- 4 - Ellis Janic Rider. Managing & coordinating nursing care. Philadelphia: Lippincott Co; 2000.
- 5 - Wong's. A textbook of pediatric nursing. Philadelphia: Mosby Co; 2003.
- ۶ - علویان سید موید. هیپاتیت B، تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۱: ۹-۱۰.
- 7 - Albert lee, Frances FK cheng, Cynthia sy chan, et al. Sero-epidemiology and risk factor of positive hepatitis B surface antigen among chinese adolescents. Asia Pac J Public Health. 2001; 13(1): 30-36.
- 8 - Tobe K, Matsuura K, Ogura T, et al. Horizontal transmission of hepatitis B virus among players of an American Football team. Archives of Internal Medicine. Chicago 2000; 160(16): 2541-2546.
- ۹ - صانعی مقدم اسماعیل، بررسی عوامل خطر ساز هیپاتیت B و C در استان سیستان و بلوچستان در سال‌های ۱۳۷۶-۱۳۸۳. مجموعه مقالات سمینار تازه‌های هیپاتیت، تهران: دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، ص ۳.
- 10 - Smeltzer S, Bare BG. A textbook medical surgical nursing. Philadelphia: W.B. Lippincott Co; 2004.
- 11 - Marklund B, Almroth B, Schaffrath A, et al. Promoting medical self care: evaluating of family intervention implemented in the primary health care by pharmacies. Family Practice. 1999; 16(5): 522-527.
- 12 - Stark K, Bienzle U, Vonk R, Holzman G. History of syringe in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. International Journal of Epidemiology. 1997; 26:1359-1366.
- 13 - Hill Jams B, Sheffield Jeanne S, Kim Matthew J, et al. Risk of hepatitis B transmission in breast-fed infants of chronic hepatitis B carriers. Obstetrics & Gynecology. 2002; 99(6): 1049-1052.
- 14 - Ordog K, Szendroi A, Szarka K, et al. Prenatal and interfamily transmission of hepatitis B virus in three generation of a low-prevalence population. Journal of Medical Virology. 2003; 70(2): 194-204.