

Comparison of Health Promoting Lifestyle of Female Rheumatoid Arthritis Patients with Healthy Women and It's Relationship with Demographic Factors

Esmail Kheirjoo. Ph.D.

Islamic Azad University, Karaj Branch

Farhad Jomehri. Ph.D.

University of Allameh Tabatabaei

Hasan Ahadi. Ph.D.

University of Allameh Tabatabaei

Farnaz Farshbaf Manisefat

University of Mohaghegh Ardebili

مقایسه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید با زنان سالم و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی

اسماعیل خیرجو*

دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

فرهاد جمهری

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

حسن احدی

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

فرناز فرشباغ مانسی‌صفت

گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی

Abstract

The main purpose of this research was to study health-promotion lifestyle (HPL) of female rheumatoid arthritis patients in comparison with healthy women and to determine the relationship between demographic factors and lifestyles of these patients. With available sampling in 2011 (1389 s.c.) in the city of Tabriz, 105 female rheumatoid arthritis patients and 105 healthy women participated in the research. Research instruments included a researcher made demographic questionnaire and Health Promoting Lifestyles Profile (Walker, Sechrist & Pender, 1987). The data were analyzed by applying t-test for independent groups and multiple analysis of regression. The data indicated that the healthy women had higher overall scores on the total HPL and six subscales than rheumatoid arthritis patients. Furthermore, based on t-test result, significant differences were observed between the overall rheumatoid arthritis patients HPL scores and healthy females except in stress management dimension ($P < 0.01$). According to the results of regression analysis, 0.28 percent of the variance in the patients PHL can be explained by the demographic factor of education.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Health promoting Lifestyle, Demographic factors.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه سبک ارتقاءدهنده سلامت (HPL) در بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید با زنان سالم و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی (سن، مدت بیماری، درآمد، و تحصیلات) اجرا شد. روش پژوهش پس‌رویدادی و جامعه آماری پژوهش، زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید و زنان سالم در شهر تبریز بودند، که از میان آنها دو گروه ۱۰۵ نفری با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار سنجش شامل پرسشنامه محقق ساخته جمعیت‌شناختی و مقیاس سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (والکر و همکاران، ۱۹۸۷) بود. داده‌ها از طریق آزمون t گروه‌های مستقل و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل گردید. نتایج نشان داد که زنان سالم، در مقایسه با بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، نمرات کلی بالاتری در کل HPL و خرده‌مقیاس‌های آن داشتند. افزون بر این مشخص شد که بین مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (بجز مدیریت فشار روانی)، شامل مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت بدنی، تغذیه، خودشکوفایی و حمایت بین‌فردی در زنان سالم با زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز نشان داد که تحصیلات، به تنهایی ۰۲۸ درصد از واریانس سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را در بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید تبیین می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: آرتریت روماتوئید، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، عوامل جمعیت‌شناختی.

مقدمه

بارداری توسط مانک، فیفر، مایرز، اسلوان، ترین و همکار^{۱۸} (۲۰۰۰) و در کاهش درد صبحگاهی مفاصل و افزایش دامنه حرکت مفاصل توسط گیل، آلیسون، ماتکل، ریدر، استانگ و همکاران^{۱۹} (۲۰۰۵) نشان داده شده است. پژوهش رودی، زانگ، دورتی، آردن، بارلو و همکاران^{۲۰} (۲۰۰۵) نشان داد در زنانی که ورزش‌های هوازی و استقامتی را انجام می‌دهند، احتمال ابتلای به استئوآرتریت به‌طور چشمگیری کاهش می‌یابد.

تاکنون نقش تغذیه و رژیم غذایی به‌عنوان مؤلفه‌هایی از سبک زندگی سلامت، در سلامتی و بیماری افراد به‌خوبی تأیید شده است. برای مثال، تأثیر نوع تغذیه و رژیم غذایی در پیشگیری از بروز و درمان انواع سرطان را عرفانی (۱۳۸۶)، ارتباط اضافه‌وزن با افسردگی، وزن ذهنی و ارزشیابی قیافه را گل‌پرور، کامکار و ریسمان‌چیان (۱۳۸۸) و ارتباط سبک زندگی با شاخص توده بدنی را ال-کاندری، ویدال و توماس^{۲۱} (۲۰۰۸) گزارش کرده‌اند. همچنین اهمیت توجه به تغذیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به‌منظور کاهش درد، التهاب، جلوگیری از آسیب بیشتر مفاصل، کمک به افزایش عملکرد فردی و ارتقای سلامت این بیماران را اسملتزر، بار، هینکل و چیور (۲۰۰۸) نشان داده‌اند.

معنویت نیز به‌عنوان مؤلفه دیگری از سبک زندگی، مورد توجه برخی از پژوهشگران است. برای مثال، نقش مذهب به‌عنوان یک منبع حمایتی در رویارویی با مشکلات (سجادیان و اکرمی، ۱۳۸۶) و رابطه باورها و فعالیت‌های دینی از قبیل دعا، شرکت در مراسم مذهبی و برقراری ارتباط با خداوند، با سلامت و بهبود وضعیت روانی افراد تاکنون به‌خوبی مورد تأیید قرار گرفته است (هالز^{۲۲}، ۱۳۷۶). آن‌گونه که دالمن، کاکلمن کوب و فری^{۲۳} (۲۰۰۱) بیان کرده‌اند، در زمینه‌های پزشکی، باورهای معنوی ممکن است عادات و رفتارهای بهداشتی افراد را تحت تأثیر قرار دهند. براساس یافته‌های سوراجاکول، آجا، چیلسون، رامیریز - جانسون و ارل^{۲۴} (۲۰۰۸)

آرتریت روماتوئید^۱ (التهاب روماتیسمی مفاصل) بیماری مزمن، التهابی و خودکار نظام ایمنی با درگیری چند نظام بدنی است که علت آن تا حدودی ناشناخته است. میزان شیوع آرتریت روماتوئید در جمعیت عمومی تقریباً یک درصد است (فریستین^۲، ۲۰۰۱). زنان دو تا سه برابر مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند (کاسپر، بران‌والد فوسی و هوسر^۳، ۲۰۰۵). علایم بالینی آرتریت روماتوئید بسته به مرحله و شدت بیماری متنوع است، با این حال علایم شایع آن شامل؛ درد، تورم، گرمی و قرمزی مفاصل و از دست دادن عملکرد آنهاست (اسملتزر، بار، هینکل و چیور^۴، ۲۰۰۸). در کنار بیماری آرتریت روماتوئید، رفتارهای ارتقادهنده سلامت شامل فعالیت‌هایی است که سطح بهزیستی و توان بالقوه سلامت افراد، خانواده‌ها و اجتماع را بهبود می‌بخشد و بالا می‌برد (پندر^۵، ۱۹۸۷). به باور والکر، سچریست^۶ و پندر (۱۹۸۷) این رفتارها در حفظ و ارتقای سطح بهزیستی، خودشکوفایی و تکامل افراد تأثیر دارند. رفتارهای ارتقادهنده سلامت همچنین شامل مؤلفه‌های مسؤولیت‌پذیری سلامت^۷، فعالیت بدنی^۸، تغذیه^۹، خودشکوفایی^{۱۰} (رشد معنوی)، حمایت بین‌فردی^{۱۱} (روابط بین فردی) و مدیریت فشار روانی^{۱۲} بوده و به افزایش بهزیستی، خودشکوفایی و تکامل افراد منجر می‌شوند (والکر، ولکان^{۱۳}، سچریست و پندر، ۱۹۸۸؛ دافی^{۱۴}، ۱۹۹۳؛ پندر، ۱۹۹۶). سودمندی این رفتارها در ارتقای سلامت افراد در پژوهش‌های مختلفی تأیید شده است. برای مثال، کسانی که مسؤولیت‌پذیر هستند و وظیفه‌شناسی بالایی دارند، داروهای تجویز شده را مطابق دستور مصرف می‌کنند و برخی معاینه‌های بالینی را براساس برنامه پیشنهادی انجام می‌دهند (سارافینو، ۱۳۸۴؛ استیوفبرگن و رابرتز^{۱۵}، ۱۹۹۷). اثربخشی ورزش در کاهش درد مفاصل در بیماران مبتلا به استئوآرتریت^{۱۶} (نوعی آرتریت) زنانو توسط ماریر، استرن، کینوسین، کوک و شوماخر^{۱۷} (۱۹۹۹)، در سلامت دوران

1. Rheumatoid Arthritis (RA)
3. Kasper, Braunwald, Fauci & Hauser
5. Pender
7. health responsibility
9. nutrition
11. interpersonal support
13. Volkan
15. Stuijbergen & Roberts
17. Maurer, Stern, Kinossian, Cook & Schumacher
19. Gail, Allison, Matekel, Ryder, Stang et al.
21. Al-Kandari, Vidal & Thomas
23. Kuckelman Cobb & Frey

2. Firestein
4. Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever
6. Walker & Sechrist
8. physical activity
10. self actualization
12. stress management
- 14 . Duffy
16. Osteoarthritis
18. Monk, Fifer, Myers, Sloan, Trien et al.
20. Roddy, Zhang, Doherty, Arden, Barlow et al.
22. Hales
- 24 . Sorajjakool, Aja, Chilson, Ramirez-Johnson & Earll

با انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد سالم رابطه دارد. پندر، والکر، سچریست و استرومبورگ (۱۹۹۰) و دافی، راسو و هرناندز^{۱۱} (۱۹۹۶)، بین سن و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت به همبستگی مثبت دست یافتند. نیوبرگر، کاسال، اسمیت، حسنین و دوینی^{۱۲} (۱۹۹۴) نیز نشان دادند، مدت ابتلا در مبتلایان به آرتروز تأثیر مستقیمی بر شرکت در فعالیت‌های ورزشی ندارد. سامپونیو^{۱۳} (۱۹۹۶) در مطالعه‌ای بر روی بیماران دارای فشارخون بالا نشان داد، مدت ابتلای به بیماری با سبک زندگی و عادات بهداشتی ارتباطی ندارد. یافته‌های سامپونیو (۱۹۹۶) با نتایج پژوهش لتراگول^{۱۴} (۱۹۹۸) بر روی ۱۲۰ زن باردار ناقل هیپاتیت B، همسو است. نتایج مطالعه چایسری^{۱۵} (۱۹۹۸) بر روی بیماران دارای فشارخون بالا نشان می‌دهد، مدت ابتلا به بیماری با انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت رابطه دارد. پژوهش سیتانایوتین^{۱۶} (۲۰۰۰) بر روی زنان شاغل نشان داد که تحصیلات، وضعیت زناشویی و سن از عوامل شخصی است که با رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت رابطه دارد. بسر، باهار و بیوک‌کایا^{۱۷} (۲۰۰۷) نشان دادند با افزایش میزان درآمد کارگران، نمرات سبک زندگی آنان نیز افزایش می‌یابد.

مجموعه پژوهش‌های گسترده‌ای که به برخی از آنها اشاره شد، نشان می‌دهد که سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت همراه با برخی از عوامل جمعیت‌شناختی می‌تواند در شدت و وضعیت بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید نقش داشته باشند. به هر حال این مهم در پژوهش‌های داخلی چندان که شایسته است، مورد توجه قرار نگرفته است. در همین راستا و با توجه به آنچه درخصوص اهمیت توجه به سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی عنوان شد، پژوهش حاضر، با هدف تعیین تفاوت سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در بیماران زن مبتلا به آرتروز روماتوئید با زنان سالم و ارتباط آن با عوامل جمعیت‌شناختی به مرحله اجرا در آمد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش پس‌رویدادی (مقایسه زنان سالم و بیمار) و جامعه آماری آن را

و دالمن و کافمن^۱ (۲۰۰۶) معنویت نقش عمده‌ای در کاهش افسردگی افراد دارد. در حوزه روابط بین‌فردی، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بهزیستی انسان‌ها به توانایی آنها در همسویی با دیگران بستگی دارد. برای نمونه به باور ویلسون^۲ (۱۹۹۱)، مهمترین عامل مؤثر بر شادکامی، برقراری رابطه موفقیت‌آمیز با دیگران است. از لحاظ نظری روابط مطلوب با دیگران که با سلامت روانی و جسمانی رابطه دارد، ممکن است یک نیاز فطری برای برقراری ارتباط نزدیک با دیگران باشد (ویلسون، ۱۹۹۱؛ کایوند، شفیع‌آبادی و سودانی، ۱۳۸۸). فشار روانی^۳ و تعامل آن با نظام ایمنی بدن نیز نقش محوری را در روند آرتروز روماتوئید بازی می‌کند. با توجه به اینکه بیشتر مبتلایان به آرتروز روماتوئید، فشار روانی را عاملی در بدتر شدن علائم ذکر می‌کنند (خیرجو، ۱۳۸۶)، به نظر می‌رسد که مدیریت فشار روانی در این بیماران مؤلفه‌ای مرتبط با وضعیت بیماری آنها باشد. در این خصوص تاکنون اثربخشی مدیریت فشار روانی در کاهش فشار روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس را محمدی، آقایی، گل‌پرور و اعتمادی‌فر (۱۳۸۶)، کاهش اضطراب و علائم جسمانی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی را میرزایی، نشاط‌دوست، کلانتری، نعمت‌الله‌زاده، جیل‌عاملی و همکار (۱۳۹۰) و کاهش آثار منفی فشار روانی بر عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان را هاوکیوز، ردی و بانکر^۴ (۲۰۰۷) گزارش کرده‌اند.

رابطه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، مدت ابتلا به بیماری، میزان درآمد و تحصیلات نیز با رفتارهای معطوف به سلامتی و بهداشت، در برخی از مطالعات بررسی شده است (اسین^۵، ۱۹۹۴؛ لاسک، کرر و رانیز^۶، ۱۹۹۵؛ هابکونگلک^۷، ۲۰۰۰). ویتزل^۸ (۱۹۸۹) در بررسی رابطه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با سن، بین سن و ورزش همبستگی منفی و بین مسئولیت‌پذیری بهداشتی و تغذیه همبستگی مثبتی را گزارش کرد. بسر، استرومبورگ^۹، پندر، والکر و سچریست (۱۹۹۰) نشان دادند که سن، درآمد و تحصیلات پیش‌بینی‌کننده خوبی برای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بیماران مبتلا به سرطان است. جانسون، راتنر، بوتورف و هایداک^{۱۰} (۱۹۹۳) با استفاده از تحلیل مسیر نشان دادند که سن، درآمد و تحصیلات

1. Daaleman & Kaufman
3. stress system
5. Esin
7. Habkonglek
9. Beser, Stromborg
11. Rossow & Hernandez
13. Sumpunya
15. Chaisri
17. Beser, Bahar & Buyukkaya

2. Wilson
4. Hawkins, Reddy & Bunker
6. Lusk, Kerr & Ronis
8. Weitzel
10. Johnson, Ratner, Bottorff & Hayduk
12. Neuberger, Kasal, Smith, Hassanein, & Deviney
14. Leetheerragul
16. Sinthanayothin

همیشه) دارد. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان‌دهنده سبک زندگی سلامت بیشتر است. والکر و همکاران (۱۹۹۰) روایی^۴ این پرسشنامه را بر پایه تحلیل عاملی اکتشافی^۵ مستند ساخته و پایایی^۶ آن را برحسب آلفای کرونباخ برای مسؤلیت‌پذیری سلامت برابر با ۰/۸۶، برای فعالیت بدنی ۰/۸۵، برای تغذیه ۰/۸۰، برای خودشکوفایی ۰/۸۶، برای حمایت بین‌فردی برابر با ۰/۸۷، برای مدیریت فشار روانی برابر با ۰/۷۹ و برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند (والکر و همکاران، ۱۹۹۰). روایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر از طریق روایی صوری با استفاده از نظر دو متخصص و سه دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت تأیید شد. در گام بعدی برای اطمینان بیشتر همبستگی بین نمرات خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل پرسشنامه محاسبه شد. از لحاظ نظری نمرات خرده‌مقیاس‌ها باید با نمره کل پرسشنامه همبستگی قابل توجهی داشته باشند، زیرا فرض بر این است که همه آنها بر روی هم حوزه واحدی را اندازه‌گیری می‌کنند (دلاور، ۱۳۸۲). در این ارتباط به ترتیب ضریب همبستگی بین نمره کل پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با مسؤلیت‌پذیری، فعالیت بدنی، تغذیه، خودشکوفایی، حمایت بین‌فردی و مدیریت فشار روانی برابر با ۰/۷۸، ۰/۷، ۰/۶۵، ۰/۷۱، ۰/۷۳ و ۰/۸۴ به‌دست آمد ($P < ۰/۰۱$). همچنین در پژوهش حاضر طی مطالعه مقدماتی بر روی ۲۸ بیمار، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۱ به‌دست آمد. در نمونه نهایی پژوهش نیز آلفای کرونباخ به ترتیب برای مسؤلیت‌پذیری سلامت ۰/۷۶، برای فعالیت بدنی ۰/۸۳، برای تغذیه ۰/۶۲، برای خودشکوفایی ۰/۷۷، برای حمایت بین‌فردی ۰/۸۲، برای مدیریت فشار روانی ۰/۶۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ به‌دست آمد. نمونه‌ای از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از: «مشکلات و نگرانی‌هایم را با نزدیکانم مطرح می‌کنم و به اندازه کافی می‌خوابم.»

روش اجرا و تحلیل

برای اجرای پژوهش با حضور در درمانگاه روماتولوژی شیخ‌الرئیس و بیمارستان سینا در شهر تبریز و با همکاری متخصص روماتولوژی و در نظر گرفتن معیارهای انتخاب، نمونه مورد نظر از بیماران مراجعه‌کننده به این درمانگاهها انتخاب و پس از ارائه توضیحات لازم پرسشنامه‌ها تکمیل شد. در خصوص آن‌دسته از بیمارانی که تحصیلات سطح پایینی

زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید و زنان سالم در شهر تبریز در سال ۱۳۸۹ تشکیل دادند. از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۰۵ زن سالم (از جمعیت عمومی در دسترس و همراهان بیماران که از نظر سن و سطح تحصیلات با گروه بیمار همسان انتخاب شدند) و ۱۰۵ بیمار زن مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به درمانگاههای روماتولوژی شیخ‌الرئیس و بیمارستان سینا در شهر تبریز (دو مرکز اصلی درمان بیماران روماتیسمی شهر تبریز)، با در نظر گرفتن معیارهای بزرگسال بودن، سپری شدن حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری آنان توسط روماتولوژیست (برای اطمینان از تشخیص قطعی بیماری)، دارا بودن سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسشنامه‌ها و تمایل به شرکت در پژوهش انتخاب شدند. توضیح اینکه علت انتخاب زنان به‌عنوان نمونه، ابتلای بیشتر زنان به بیماری آرتریت روماتوئید است. از آنجا که در طول ۶ ماه، اجرای پژوهش فقط بر روی ۱۰۵ بیمار مقدور گردید (به دلیل همکاری نکردن بیماران) بنابراین حجم نمونه ۱۰۵ نفر از هر دو گروه انتخاب شدند. همچنین به علت در دسترس نبودن آمار دقیق بیماران روماتیسمی و اینکه امکان استفاده از سایر روش‌های نمونه‌گیری وجود نداشت، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. در هر دو گروه زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید و زنان سالم، ۴۹ نفر تحصیلات ابتدایی، ۲۸ نفر تحصیلات راهنمایی، ۱۷ نفر تحصیلات متوسطه و ۱۱ نفر تحصیلات دانشگاهی داشتند. دامنه سنی بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید ۲۲ تا ۶۵ سال با میانگین ۴۴/۱۷ و دامنه زمانی ابتلای به بیماری ۱ تا ۳۳ سال با میانگین ۷/۶ سال بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه عوامل جمعیت‌شناختی^۱: این پرسشنامه محقق‌ساخته بوده و عوامل سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و مدت ابتلای به بیماری را در بر گرفته است.

پرسشنامه نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت^۲: برای سنجش سبک زندگی سلامت از پرسشنامه والکر، کرر^۳، پندر و سچریست (۱۹۹۰) استفاده شد. این پرسشنامه ۴۸ سؤال و شش خرده‌مقیاس شامل مسؤلیت‌پذیری سلامت، فعالیت بدنی، تغذیه، خودشکوفایی، حمایت بین‌فردی و مدیریت فشار روانی و مقیاس پاسخگویی چهاردرجه‌ای (۱=هیچ‌وقت تا ۴=

1. demographic factors questionnaire

2. Health-Promoting Lifestyle Profile Questionnaire (HPLPQ)

4. validity

6. reliability

3. Karr

5. Exploratory Factor Analysis (EFA)

داشتند، برحسب نیاز توضیحات لازم داده شد. در گروه نمونه زنان غیربیمار نیز پس از ارائه توضیحات مشابه با گروه نمونه بیماران، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آنها قرار گرفت تا پاسخ گویند. داده‌ها از طریق ضرایب همبستگی پیرسون و کندال، آزمون t گروههای مستقل و رگرسیون چندگانه، و با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی نسخه 16¹ (SPSS16) تحلیل گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید در جدول 1 ارائه شده است. نتایج آزمون t گروههای مستقل برای مقایسه مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید و زنان سالم همراه با شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) در جدول 2 ارائه شده است.

جدول 1- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید

ویژگی جمعیت‌شناختی	زیرگروهها	فراوانی	درصد فراوانی
تحصیلات	ابتدایی	49	46/66
	راهنمایی	28	26/66
	متوسطه	17	16/19
	دانشگاهی	11	10/47
وضعیت تأهل	مجرد	5	4/76
	متأهل	100	95/23
درآمد	کم	44	41/9
	متوسط	38	36/19
	خوب	23	21/9

جدول 2- نتایج آزمون t گروههای مستقل همراه با میانگین و انحراف معیار نمرات در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید و زنان سالم

ردیف	سبک زندگی و مؤلفه‌های آن	گروه زنان سالم M (SD)	گروه زنان بیمار M (SD)	آماره t
1	مسئولیت‌پذیری سلامت	2/85(0/46)	2/66(0/52)	2/82*
2	فعالیت بدنی	2/08(0/51)	1/68(0/54)	5/58**
3	تغذیه	2/81(0/27)	2/59(0/36)	5/19**
4	خودشکوفایی	2/92(0/31)	2/68(0/51)	4/10**
5	حمایت بین فردی	2/95(0/22)	2/77(0/51)	3/31**
6	مدیریت فشار روانی	2/44(0/37)	2/39(0/47)	0/72
7	سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت کلی	2/67(0/17)	2/46(0/36)	5/52**

* P<0/05 ** P<0/01

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بیشترین همبستگی بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و مؤلفه‌های آن با تحصیلات به دست آمده است ($P < 0/01$). در جدول ۴، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه درباره رابطه ترکیبی عوامل چهارگانه جمعیت‌شناختی با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کلی ارائه شده است.

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، از بین چهار عامل جمعیت‌شناختی، فقط تحصیلات با توان ۲۸ درصد تبیین واریانس، قادر به پیش‌بینی سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کلی در بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید بوده است.

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، زنان بیمار (مبتلا به آرتریت روماتوئید) با زنان سالم در مسئولیت‌پذیری سلامت ($P < 0/05$)، فعالیت بدنی ($P < 0/01$)، تغذیه ($P < 0/01$)، خودشکوفایی ($P < 0/01$)، حمایت بین‌فردی ($P < 0/01$)، و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کلی ($P < 0/01$) تفاوت معناداری دارند، اما در مدیریت فشار روانی بین زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید و زنان سالم تفاوت معناداری وجود نداشته است ($P > 0/05$). در جدول ۳ نتایج مربوط به همبستگی بین عوامل جمعیت‌شناختی و مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید ارائه شده است.

جدول ۳- همبستگی بین مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقادهنده سلامت با عوامل جمعیت‌شناختی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

ردیف	سبک زندگی و مؤلفه‌های آن	سن	مدت ابتلا	درآمد	تحصیلات
۱	مسئولیت‌پذیری سلامت	-۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۳۲**	۰/۳۸**
۲	فعالیت بدنی	-۰/۲۲*	-۰/۲۷	۰/۳۱**	۰/۴۵**
۳	تغذیه	-۰/۱۴	۰/۰۵	۰/۲۶**	۰/۲۸**
۴	خودشکوفایی	-۰/۱	۰/۱۱	۰/۲۶	۰/۳۵**
۵	حمایت بین فردی	-۰/۲۵*	۰/۰۲	۰/۱۷	۰/۴۱**
۶	مدیریت فشار روانی	-۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۳۸**
۷	سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کلی	-۰/۲۴*	۰/۰۲	۰/۳۳**	۰/۵۳**

** $P < 0/01$ * $P < 0/05$

جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه درباره رابطه بین عوامل جمعیت‌شناختی با سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید

ردیف	متغیرهای پیش‌بین	b	SE	β	t
۱	سن	-۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	-۰/۰۹	-۰/۹۸
۲	مدت ابتلا به بیماری	۰/۰۰۴	۰/۰۰۵	۰/۰۷	۰/۷۶
۳	درآمد	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۹	۰/۹۹
۴	تحصیلات	۰/۱۵	۰/۰۴	۰/۴۴	۴/۱۷*
۵	R^2			۰/۲۸	
۶	F			۹/۷۷*	

* $P < 0/05$

بحث

این پژوهش که با هدف مقایسه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید با زنان سالم و تعیین ارتباط عوامل جمعیت‌شناختی با سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید اجرا شد، نشان داد که بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید در مؤلفه حمایت بین‌فردی بیشترین و در مؤلفه فعالیت بدنی کمترین امتیاز را به‌دست آوردند (جدول ۲). در بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه سبک زندگی، هم در افراد سالم و هم در افراد دارای وضعیت‌های مزمن، امتیاز بالا در مؤلفه حمایت بین‌فردی گزارش شده است (والکر و همکاران، ۱۹۸۸؛ دافی، ۱۹۹۳). در تبیین پایین بودن امتیاز مؤلفه فعالیت بدنی در بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌توان گفت، به‌دلیل ماهیت ناتوان‌کننده این بیماری و به واسطه درد و التهاب شدید مفاصل که پژوهش‌های مختلفی آن را تأیید کرده‌اند (کاسپر و همکاران، ۲۰۰۵؛ اسملتزر و همکاران، ۲۰۰۸)، مبتلایان به این نوع بیماری از انجام فعالیت بدنی و ورزش اجتناب می‌کنند. همچنین پایین بودن امتیازهای سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در بیماران زن در مقایسه با زنان سالم نیز ممکن است به ماهیت ناتوان‌کننده آرتریت روماتوئید مربوط باشد. بخش دیگر نتایج نشان داد که زنان سالم و زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید، در سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و مؤلفه‌های آن، بجز در مؤلفه مدیریت فشار روانی در بقیه مؤلفه‌ها تفاوت معناداری دارند (جدول ۲). معنادار نبودن تفاوت بین دو گروه در مؤلفه مدیریت فشار روانی به دور از انتظار نبود، چرا که لازمه مدیریت فشار روانی آشنایی با روش‌هایی است که نیاز به طی دوره‌های آموزشی مرتبط دارد. معناداری تفاوت‌های دو گروه زنان سالم و زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید را در دیگر مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت (مسئولیت‌پذیری سلامت، فعالیت بدنی، تغذیه، خودشکوفایی و حمایت بین‌فردی) را نیز می‌توان به ماهیت بیماری آرتریت روماتوئید نسبت داد. این یافته با اظهارات پندر (۱۹۸۷) مبنی بر اینکه وضعیت سلامت افراد بر فراوانی شرکت در رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت تأثیر می‌گذارد و همچنین با یافته‌های استیوینگر و رابرتز (۱۹۹۷) که گزارش کردند، زندگی با وضعیت‌های مزمن بر ارتقای سلامت زنان تأثیر می‌گذارد، همسو است.

در بررسی رابطه بین عوامل جمعیت‌شناختی با مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت نیز مشخص گردید که سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و مؤلفه‌های آن با متغیر با مدت ابتلا

به بیماری رابطه معنی‌داری ندارد، ولی در مقابل با میزان تحصیلات رابطه معنادار دارد. البته روابط جزئی نیز در مواردی بین مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با سن و درآمد به‌دست آمد (جدول ۳). وجود همبستگی بین تحصیلات و مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت در پژوهش‌های ویتزل (۱۹۸۹)، لاسک و همکاران (۱۹۹۵)، بسر و همکاران (۲۰۰۷) نیز گزارش شده است. احتمال می‌رود تحصیلات بالاتر، اهمیت سلامت را بیش از پیش نزد افراد روشن می‌کند و آنها را به انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت، ترغیب و تشویق می‌نماید. همچنین در افراد مبتلا به وضعیت‌های مزمن، تحصیلات بیشتر درک بیماری را افزایش می‌دهد و افراد را به داشتن دانش بیماری بیشتر رهنمون می‌سازد. همچنین در این پژوهش بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و مؤلفه‌های آن با سن رابطه منفی به‌دست آمد (هرچند در بیشتر موارد این روابط غیرمعنادار بودند، جدول ۳). این یافته با نتایج پژوهش ویتزل (۱۹۸۹) که بین سن و سبک زندگی همبستگی منفی گزارش کرده، همسو است. در این ارتباط می‌توان گفت، بیماری‌هایی با طبیعت مزمن در درازمدت بر توان و قدرت عمل افراد تأثیر می‌گذارد و زمینه را برای کاهش رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت فراهم می‌سازد. همچنین در پژوهش حاضر بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید و مدت ابتلا به بیماری رابطه معناداری به‌دست نیامد. چنین نتایجی در پژوهش‌های چایسری (۱۹۹۸) و سامپونیو (۱۹۹۶) بر روی بیماران مبتلا به فشارخون، لتراگول (۱۹۹۸) بر روی زنان باردار ناقل هپاتیت B نیز گزارش شده است.

همچنین نیوبرگر و همکاران (۱۹۹۴) نشان دادند، مدت ابتلا به آرتریت به واسطه کنترل بیماری به وسیله دارو، تأثیر مستقیمی بر شرکت در فعالیت‌های ورزشی ندارد. در خصوص همبستگی مثبت بین سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت و میزان درآمد بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید، می‌توانیم بگوییم که درآمد مکفی تأثیر مثبتی بر انجام رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت دارد. افراد در صورت داشتن توان مالی می‌توانند با دریافت خدمات ارتقاءدهنده سلامت، مانند خدمات ورزشی مناسب و برخورداری از تغذیه مناسب، خود را به سلامتی مطلوب‌تری برسانند. در این ارتباط ویتزل (۱۹۸۹)، اسپین (۱۹۹۴) و هابکونگلک (۲۰۰۰) نیز همبستگی مثبتی را بین میزان درآمد و سبک زندگی نشان دادند. نتایج تحلیل رگرسیون در پژوهش حاضر نشان داد که ۲۸ درصد از واریانس مربوط به سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را تحصیلات تبیین می‌کند

متوسطه. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۸ (۳۰)، ۵۱-۷۰.

عرفانی، و. (۱۳۸۶). عمر طولانی بدون سرطان. چاپ اول، تهران: انتشارات آسیم.

کایوند، ف. شفیع‌آبادی، ع. و سودانی، م. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان پسر سال اول متوسطه، ناحیه ۴ آموزش و پرورش شهر اهواز. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۱ (۴۲)، ۱-۲۲.

گل‌پرور، م. کامکار، م. و ریسمان‌چیان، ب. (۱۳۸۸). رابطه اضافه‌وزن با اعتماد به نفس، افسردگی، سبک زندگی و خودپنداره بدنی در زنان خودمعرف به مراکز کاهش وزن. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۹ (۳۲)، ۱۶۴-۱۷۱.

محمدی، ن. آقایی، ا. گل‌پرور، م. و اعتمادی‌فر، م. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر فشار روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۹ (۳۲)، ۱۶-۱.

میرزایی، ف. نشاط‌دوست، ح. ط. کلانتری، م. نعمت‌الله‌زاده ماهانی، ک. جبل‌عاملی، ش. و مهراللهی، ط. (۱۳۹۰). تأثیر مدیریت فشار روانی به شیوه شناختی - رفتاری بر اضطراب و علائم جسمانی زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۲ (۴۶)، ۷۱-۶۱.

هالز، د. (۱۳۷۶). رهنمودهای سلامت زیستن. ترجمه الهه میرزایی و همکاران، چاپ اول، تهران: انتشارات فروردین (سال انتشار به زبان اصلی ۱۹۵۰).

Al-Kandari, F., Vidal, V.L., & Thomas, D. (2008). Health-promoting lifestyle and body mass index among college of nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nursing and Health Sciences*, 10, 43-50.

Beşer, A., Bahar, Z., & Büyükkaya, D. (2007). Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities. *Industrial Health*, 45(1), 151-159.

Chaisri, T. (1998). The study of health-promoting behaviors of the patients with essential hypertension. *Unpublished Master Thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.*

Daaleman, T.P., & Kaufman, J.S. (2006). Spirituality and depressive symptoms in primary care outpatients. *Southern Medical Journal*, 99 (12), 1340-1345.

Daaleman, T.P., Kuckelman Cobb, A., & Frey, B.B. (2001). Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective. *Social Science Medicine*, 53, 1503-1511.

(جدول ۴). به عبارت دیگر تحصیلات در مقایسه با دیگر عوامل جمعیت‌شناختی تغییرات مربوط به سبک زندگی ارتقادهنده بیماران زن مبتلا به آرتریت روماتوئید را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین می‌توان گفت با افزایش تحصیلات، بیماران در فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت بیشتر شرکت می‌کنند.

انجام پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های دیگر، با محدودیت‌ها و مشکلاتی روبه‌رو بوده است. برای مثال در کشور ما پژوهش‌های قابل توجهی در خصوص سبک زندگی ارتقادهنده سلامت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، (به‌خصوص در بیماری آرتریت روماتوئید) یافت نگردید تا به نتایج آن استناد شود. همین‌طور از آنجا که اکثر شرکت‌کنندگان در این پژوهش از تحصیلات سطح پایینی برخوردار بودند (جدول ۱)، در بعضی موارد در پاسخگویی به سؤالات احساس خستگی نموده و زمان بیشتری را طلب می‌نمودند. به هر حال در تعمیم نتایج این پژوهش به بیماران مبتلا به بیماری‌هایی به غیر از آرتریت روماتوئید و همچنین به بیماران مرد مبتلا به آرتریت روماتوئید لازم است احتیاط صورت گیرد. در پایان به‌عنوان نتیجه‌گیری این حقیقت را باید بپذیریم که ابتلای به آرتریت روماتوئید به‌عنوان بیماری مزمن، در صورت درمان نکردن و تبعیت نکردن بیمار از دستورات پزشک ممکن است روند پیشرفت بیماری را تسریع نموده و از سلامت بیمار بکاهد (اسملترز و همکاران، ۲۰۰۸). در این میان اتخاذ سبک زندگی مناسب همراه با تبعیت از درمان دارویی روند از بین رفتن مفاصل و به تبع آن پیشرفت بیماری را به تأخیر می‌اندازد. بنابراین با در نظر گرفتن عوامل تأثیرگذار بر سبک زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، از جمله عواملی چون سن، مدت ابتلا به بیماری، میزان درآمد و تحصیلات (عوامل جمعیت‌شناختی)، با اتخاذ روش‌های درمانی و رویکردهای مداخله‌ای و آموزشی مناسب می‌توان با ترغیب بیماران در عمل به رفتارهای ارتقادهنده سلامت در راستای ارتقای سلامت آنان گام‌های اساسی برداشت.

منابع

- خیرجو، ا. (۱۳۸۶). پاسخ سیستم استرس و آرتریت روماتوئید. *تازه‌های علوم اعصاب*، ۵ (۱۷)، ۶۳-۶۸.
- دلاور، ع. (۱۳۸۲). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ دوم، تهران: انتشارات رشد.
- سارافینو، ا. پ. (۱۳۸۴). روان‌شناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی و همکاران، چاپ پنجم، تهران: انتشارات رشد (سال انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۸).
- سجادیان، ا. و اکرمی، ن. (۱۳۸۶). ارتباط توکل به خدا و سایر رهیافت‌های مقابله‌ای با اضطراب در دانش‌آموزان دختر دوره

- Duffy, M.E. (1993). Determinants of health-promoting lifestyles in older persons. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(1), 23-28.
- Duffy, E., Rossow, R., & Hernandez, M. (1996). Correlates of health promotion activities in employed Mexican-American women. *Nursing Research*, 45(1), 18-24.
- Esin, N. (1994). Evaluation of Turkish women's health behaviors. *The Report from the 4th National Public Health Congress*. 52- 5, Adana.
- Firestein, G.S. (2001). Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. In G.S. Firestein., R.C. Budd., E.D. Harris., E.B. McInnes., S. Ruddy., & J.S. Sargent (Eds.), *Kelley's textbook of Rheumatology* (pp. 921-966). W.B. Saunders Company, Philadelphia, PA.
- Gail, D.D., Allison, S.C., Matekel, R.L., Ryder, M.G., Stang, J.M., Gohdes, D.D., Hutton, J.P., Henderson, N.E., & Garber, M.B. (2005). Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: A randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Physical Therapy*, 85(12), 1301-1317.
- Habkonglek, J. (2000). A study of perceived self efficacy and health promoting behaviors of chronic renal failure patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Unpublished Master Thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand*.
- Hawkins, K.M., Reddy, P., & Bunker, S. (2007). Evaluation of a stress management course in adult education centers in rural Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 15(2), 107-113.
- Johnson, J.L., Ratner, P.A., Bottorff, J.L., & Hayduk, L.A. (1993). An exploration of Pender's health promotion model using LISREL. *Nursing Research*, 42(3), 132-138.
- Kasper D.L., Braunwald, E., Fauci, A., Hauser, S. (2005). *Harrison's principles of internal medicine, disorder of immune system & connective tissue*. New York: McGraw-Hill.
- Lusk, S.L., Kerr, M.J., & Ronis, D.V. (1995). Health-promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers. *Nursing Research*, 44(1), 20-24.
- Leetheerragul, J. (1998). Health perception and health promoting behavior of pregnant women with hepatitis B carrier. *Unpublished Master Thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand*.
- Maurer, B.T., Stern, A.G., Kinossian, B., Cook, K.D., & Schumacher, H.R. (1999). Osteoarthritis of the knee: Isokinetic quadriceps exercise versus educational Intervention. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(10), 1293-1299.
- Monk, C.F., Fifer, W.P., Myers, M.M., Sloan, R.P., Trien, L., & Hurtado, A. (2000). Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: Effects on fetal heart rate. *Developmental Psychology*, 36(1), 67-77
- Neuberger, G.B., Kasal, S., Smith, K.V., Hassanein, R., & Deviney, S. (1994). Determinants of exercise and aerobic fitness in outpatients with arthritis. *Nursing Research*, 43(1), 11-17.
- Pender, N. (1987). *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. Norwalk, CT: Appelton & Lange.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Stromborg, M.F. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39, 326-32.
- Roddy, E., Zhang, W., Doherty, M., Arden, N.K., Barlow, J., Birrell, F., Carr, A., Chakravarty, K., Dickson, J., Hay, E., Hosie, G., Hurley, M., Jordan, K.M., McCarthy, C., McMurdo, M., Mockett, S., O'Reilly, S., Peat, G., Pendleton, A., & Richards, S. (2005). Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee – the MOVE consensus. *Rheumatology*, 44(1), 67 – 73.
- Sinthanayothin, P. (2000). The study of health perception and health-promoting behaviors in midlife working women in Bangkok. *Unpublished Master Thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand*.
- Smeltzer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2008). *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams, Wilkins, & Wolters Kluwer.
- Sorajjakool, S., Aja, V., Chilson, B., Ramirez-Johnson, J., & Earll, A. (2008). Disconnection, depression and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. *Pastoral Psychology*, 56, 521-532.
- Stromborg, M.F., Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R. (1990). Determinants of health-promoting lifestyles in ambulatory cancer patients. *Social Science Medicine*, 31(10), 1159-1168.
- Stuifbergen, A.K., & Roberts, G.J. (1997). Health promotion practices of women with health promotion practices in women with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(12), S3-S9.
- Sumpunyu, O. (1996). A study of demographic factors, health perception, and health promoting behavior of hypertensive patients. *Unpublished Master's Thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand*.
- Walker, S.N., Kerr, M. J., Pender, N.J., & Sechrist, K.R. (1990). A Spanish language version of the health-promoting lifestyle profile. *Nursing Research*, 39(5), 268-273.

- Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81.
- Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1988). Health-promoting life styles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, 11(1), 76-90.
- Wilson, A.H. (1991). Health promoting behaviors among married and unmarried mothers. *Unpublished Master Thesis. University of Alabama at Birmingham, School of Nursing.*
- Weitzel, M.H. (1989). A test of the health promotion model with blue collar workers. *Nursing Research*, 38(2), 99-104.