

تأثیر برنامه‌ی مراقبت از خود بر کاهش شدت عوارض پسوریازیس

مژده منصوری*، حسن ناوی‌پور**، دکتر ربابه معماریان***

نویسنده‌ی مسئول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، گروه پرستاری navipourh@yahoo.com

دریافت: ۸۴/۹/۳ پذیرش: ۸۴/۱۰/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن غیر قابل پیش‌بینی و دارای دوره‌ی عود کنندگی است که عوارض آن باعث بروز ناتوانی و روان پریشی مبتلایان می‌گردد. شواهد حاکی از آن است که علاوه بر روش‌های درمانی، اجرای برنامه‌ی مراقبت از خود می‌تواند به عنوان روشی کم هزینه در کاهش عوارض این بیماری مطرح باشد. از این رو مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تأثیر به کارگیری برنامه‌ی خود مراقبتی بر کاهش شدت عوارض بیماری پسوریازیس در سال ۱۳۸۲ در تهران انجام گرفت.

روش بررسی: این پژوهش نیمه تجربی (قبل و بعد) بر روی ۵۰ بیمار مبتلا انجام شد. برنامه‌ی خود مراقبتی (در حیطه‌های غذا، دارو، استحمام، شستشو، نوع لباس، درجه‌ی حرارت ...) به صورت آموزش چهره به چهره و به صورت عملی اجرا شد. نمونه‌ها در طول سه ماه هر دو هفته یک بار از نظر شدت عوارض (خشکی پوست شامل ترک خوردگی و پوسته ریزی، خارش و وجود پلاک جدید) مورد بررسی قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه، چک لیست خود گزارشی و چک لیست مشاهده‌ای با مقیاس لیکرت با همبستگی ۹۲/۵ درصد استفاده شد که روایی آن از طریق روش اعتبار محتوا تعیین شده بود. اطلاعات با استفاده از آزمون‌های تی زوج و ویلکاسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ۶۴ درصد از افراد مورد مطالعه مرد، ۵۴ درصد شاغل، ۷۲ درصد متأهل و ۴۲ درصد با سطح سواد بالاتر از دیپلم بودند. ۳۴ درصد دارای سن ابتلای ۱۱ تا ۲۰ سال با میانگین مدت زمان ابتلای ۱۱/۹ سال بودند. نتایج نشان داد که پس از مداخله میانگین شدت ترک خوردگی از ۲/۳۴ به ۰/۰۴، شدت پوسته‌ریزی از ۴/۴۸ به ۰/۵، شدت خارش از ۲/۵ به ۰/۵۴ و وسعت ضایعات از ۸۱/۷۷ به ۲۷/۳۳ کاهش یافت ($P=0/001$). مقایسه‌ی رفتارهای مراقبت از خود قبل و پس از مداخله نیز نشان داد که میزان تمامی رفتارهای خود مراقبتی افزایش معنی‌داری داشته است ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که اجرای برنامه‌ی خود مراقبتی در کاهش شدت عوارض پوستی موثر است. به کارگیری این روش کم هزینه و قابل دسترس در برنامه‌ی مراقبتی بیماران به منظور کاهش مشکلات جسمی، روحی، خانوادگی و اجتماعی بیماران پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: پسوریازیس، عوارض، مراقبت از خود

مقدمه

پسوریازیس یک بیماری پوستی مزمن غیرقابل پیش‌بینی و دارای دوره‌ی عود کنندگی است (۱). در سال ۲۰۰۲ میلادی

۷ میلیون بیمار مبتلا به پسوریازیس در ایالات متحده گزارش شده (۲) و شیوع بیماری در آسیا و ایران نیز بین ۲/۷ تا ۴/۷ درصد اعلام شده است (۳). این بیماری با کیفیت زندگی

* کارشناس ارشد آموزش پرستاری

** کارشناس ارشد آموزشی پرستاری، مربی دانشگاه تربیت مدرس

*** دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه تربیت مدرس

خود مراقبتی (Self-care) موجب اصلاح عملکرد رفتاری و روانی بیماران جهت سازگاری با بیماری شده، به نحوی که بیمار می‌تواند تصمیم‌گیری‌های خود را اصلاح و بهبود ببخشد (۲۲). از این رو مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش مراقبت از خود بر کاهش شدت عوارض بیماری پسوریازیس در سال ۱۳۸۲ در تهران انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه‌ی نیمه تجربی بر روی ۵۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های پوست بیمارستان امام خمینی و رازی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، به طوری که در حیطه‌های مراقبت از پوست، نحوه‌ی مصرف مواد غذایی، داروها و خواب راحت، مداخله انجام گردید و اطلاعات مربوط به عوارض ناشی از بیماری قبل، حین و پس از مداخله جمع‌آوری و مورد مقایسه قرار گرفت.

بیماری افراد توسط پزشک تشخیص داده شد و کسانی که حداقل یک سال سابقه‌ی ابتلا به بیماری، سن بیش‌تر از ۱۵ سال، سابقه‌ی اشعه درمانی و توانایی خواندن و نوشتن داشته و تاکنون در زمینه‌ی مراقبت از خود، آموزشی دریافت نکرده بودند وارد مطالعه شدند.

عوارض مورد بررسی بیماری، خشکی پوست (ترک خوردگی، پوسته‌ریزی)، خارش و وجود پلاک‌های جدید بود. معیار شدت ضایعات پوست شامل: تغییر در میزان عوارض و ایجاد ضایعات جدید بود و مشاهده‌ی سیر بهبودی در این متغیرها به عنوان کاهش شدت عوارض تلقی شد. گردآوری اطلاعات با استفاده از یک پرسش‌نامه و دو چک لیست انجام شد. پرسش‌نامه شامل خصوصیات دموگرافیک بیماران بود و چک لیست مشاهده‌ای جهت تعیین شدت عوارض در مورد وضعیت شدت ترک خوردگی، پوسته‌ریزی، خارش و وسعت ضایعات پوست استفاده شد که به صورت قبل، حین و بعد از مداخله اجرا گردید. چک لیست خود گزارشی مراقبت از

بیماران در ارتباط است (۴) و اثرات زیانبار و دردناکی بر کیفیت زندگی بیماران دارد (۵). پلاک‌های پسوریازیس باعث بروز سطح بالایی از اضطراب، افسردگی و نگرانی در بیماران شده (۶) و بروز استرس و اضطراب را در بیماران افزایش می‌دهد (۷).

یکی از پر درد سرترین و رنج‌آورترین جنبه‌ی بیماری احساس فقدان کنترل بیماری توسط بیمار است (۸)، از این رو ضرورت دارد این بیماری با نگرشی جامع از نظر جسمی و روانی مورد بررسی قرار گیرد (۹). ۸۴ درصد بیماران ازخارش، ۸۰ درصد از پوست خشک، ۵۷ درصد از اختلال خواب (۱۰)، ۵۹/۷ درصد از ناراحتی و سوزش پوست و ۲۶ درصد از درد شکایت دارند (۱۱). این عوارض باعث بروز ناتوانی و روان پریشی در بیماران می‌گردد (۱۲). هزینه‌ی درمان این بیماری نسبت به سایر بیماری‌های مشابه ۷۰ درصد بیشتر است (۱۳) به عنوان مثال برای یک قلم دارو، سالانه ۴۵۳۲ دلار (۱۴) و ماهیانه به ازای ۱ درصد از سطح پوست بدن ۳۷ دلار هزینه می‌شود (۱۵) و میانگین هزینه‌ی محصولات پزشکی از ۱۳/۵ دلار تا ۲۰۰۰ دلار به ازای هر فرد متفاوت است (۱۶). درمان پسوریازیس گران و با شدت بیماری ارتباط معنی‌داری دارد (۱۷).

در بعضی از مطالعات هزینه‌ی درمان به ازای هر فرد ۲۰۰۰ دلار گزارش شده است (۱۸). این هزینه‌ی بالا، ضرورت کنترل بیماری و به کارگیری درمان‌ها و مراقبت‌های جدید را طلب می‌نماید (۱۹). گرچه با درمان‌های دارویی می‌توان بیماری را کنترل نمود، اما این امر مستلزم پرداخت هزینه‌ی هنگفت توسط بیمار است، درحالی که می‌توان با شیوه‌های غیردارویی نظیر آموزش، هزینه‌ها را کاهش داد (۲۰). بنابراین آموزش سلامتی به بیماران از اهمیت بسیاری برخوردار است، اما نکته‌ی حائز اهمیت، استفاده از الگوها و مقیاس‌های خود کنترلی و خود هدایتی قابل اجرا توسط بیماران است که امری ضروری در آموزش به بیمار می‌باشد (۲۱). الگوی

خود نیز جهت تعیین مراقبت از پوست، وضعیت تغذیه، نوع و میزان مصرف داروها، خواب راحت، دفعات استحمام، نوع صابون مصرفی، درجه‌ی حرارت آب، نحوه‌ی پاک کردن پمادها، شستشوی بدن و جنس لباس مورد استفاده قرار گرفت. چک لیست‌ها در دو مرتبه به فاصله‌ی یک هفته قبل از مداخله توسط نمونه‌ها تکمیل گردیدند. در این مرحله هیچ مداخله‌ای توسط پژوهشگر انجام نشد. سپس آموزش‌های لازم طی جلسات ۲۰ الی ۳۰ دقیقه‌ای به صورت نظری، عملی و انفرادی به بیماران ارائه شد و جزوه‌ی آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت. آموزش‌ها به مدت ۳ ماه توسط بیماران اجرا گردید و هر دو هفته یک بار چک لیست‌های وضعیت پوست، چک لیست یادآمد غذا (نوع و میزان مصرف غذا در طی ماه اول تا سوم) و زمان مراجعه‌ی بیمار به درمانگاه اشعه درمانی جهت بررسی وضعیت پوست توسط پژوهشگر تکمیل و مورد بررسی قرار می‌گرفت. بعد از اجرای آموزش ۳ ماه پی‌گیری، اطلاعات قبل و بعد از مداخله با یکدیگر مقایسه شدند. جهت تعیین اعتبار ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات، از اعتبار محتوی و جهت تعیین پایایی ابزار (چک لیست شدت عوارض) از روش پایایی هم زمان استفاده شد که ضریب همبستگی پایایی چک لیست ۹۲/۵ درصد برآورد شد. جهت تعیین میزان خشکی پوست از دو متغیر ترک‌خوردگی با ویژگی‌های خطوط عمیق با خونریزی (شدید - سه امتیاز)، خطوط عمیق بدون خونریزی (متوسط - دو امتیاز)، خطوط سطحی کنده شده (خفیف - یک امتیاز)، بدون ترک خوردگی (طبیعی - صفر امتیاز) و شدت پوسته ریزی با ویژگی‌های پوسته‌ی ضخیم در سطح وسیع بدن (شدید - سه امتیاز)، پوسته ریزی نازک در سطح وسیع (متوسط - دو امتیاز)، پوسته ریزی نازک در سطح کمتر (خفیف - یک امتیاز)، بدون پوسته ریزی (طبیعی - صفر امتیاز) استفاده شد و شدت خارش نیز با ویژگی‌های خراشیدگی عمیق سطح پوست به همراه خونریزی (شدید - سه امتیاز)، خراشیدگی

سطحی بدون خونریزی (متوسط - دو امتیاز)، بدون خراشیدگی واضح (خفیف - یک امتیاز) و بدون خارش (طبیعی - صفر امتیاز) اندازه‌گیری شد (۲۳). طبقه بندی نمرات به صورت طبیعی = صفر، خفیف = یک تا ۵، متوسط = ۶ تا ۱۰، شدید = ۱۱ تا ۱۵ کد گذاری شد. جهت تعیین وضعیت کلی پوست از نظر وسعت و شدت از معیار ذیل استفاده شد: نواحی متفاوت آناتومیکی بدن شامل سر و گردن، تنه، اندام فوقانی و تحتانی از نظر وجود قرمزی، ضخامت و پوسته‌ریزی با گذاشتن علامت مثبت و منفی مشخص شد. جهت تعیین وسعت و شدت ابتلا در هر یک از مناطق، تعداد مثبت‌ها در درصد سطح هر یک از نواحی (بر اساس قانون ۹) و عدد ثابت (جهت سر و گردن ۰/۱، تنه ۰/۳، اندام فوقانی ۰/۲، اندام تحتانی ۰/۴) ضرب گردید.

امتیاز بندی مراقبت از خود براساس همیشه (۳ نمره)، گاهی یعنی انجام مراقبت کمتر از ۴ روز در هفته (۲ نمره)، به ندرت یعنی کمتر از دو روز در هفته (۱ نمره) و هرگز (صفر) امتیاز بندی شد. متغیرهای مربوط به خود مراقبتی شامل نوع و میزان مصرف داروها، غذا، استحمام و نحوه‌ی شستشوی بدن، نوع صابون، درجه حرارت آب و جنس لباس بود و امتیاز کل به صورت: هرگز = صفر، به ندرت = یک تا ۶، گاهی = ۷ تا ۱۲، همیشه = ۱۳ تا ۱۸ طبقه بندی شد. اطلاعات جمع‌آوری شده از نمونه‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون ویلکسون و تی زوج) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که ۶۴ درصد از افراد مورد مطالعه مرد، ۲۴ درصد در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال با میانگین سنی ۳۶/۳، ۵۴ درصد شاغل، ۷۲ درصد متأهل، ۴۲ درصد با سطح بالاتر از دیپلم، ۳۴ درصد دارای مدت ابتلای ۱۱ تا ۲۰ سال و میانگین مدت زمان ابتلای ۱۱/۹ سال بودند. از نظر شدت

ترک خوردگی، قبل از مداخله ۴۶ درصد ترک خوردگی شدید، ۴۲ درصد متوسط و ۱۲ درصد ترک خوردگی خفیف داشتند که بعد از مداخله به ۴ درصد خفیف و ۹۶ درصد طبیعی تغییر یافت ($P=0/0001$). از نظر شدت پوسته‌ریزی قبل از مداخله ۵۴ درصد دارای پوسته‌ریزی شدید، ۴۰ درصد متوسط و ۶ درصد خفیف بودند که بعد از مداخله به ۵۰ درصد خفیف و ۵۰ درصد طبیعی تغییر یافت ($P=0/0001$). از نظر شدت خارش قبل از مداخله ۵۰ درصد دارای خارش شدید و ۵۰ درصد دارای خارش متوسط بودند که بعد از مداخله به ۴ درصد متوسط، ۴۶ درصد خفیف و ۵۰ درصد طبیعی تغییر یافت ($P=0/0001$). چنانچه در جدول (۱) مشاهده می‌شود وسعت ضایعات پوست قبل از مداخله در ۸۸ درصد شدید و در ۱۲ درصد موارد متوسط بود که بعد از مداخله وسعت ضایعات پوست به ۳۸ درصد متوسط، ۵۶ درصد خفیف و ۶ درصد طبیعی تغییر یافت، در حالی که هیچ مورد خفیف و طبیعی قبل از مداخله و مورد شدیدی بعد از مداخله مشاهده نشد ($P=0/001$). قبل از مداخله ۵۸ درصد افراد و بعد از مداخله، ۳۰ درصد دارای اختلال خواب بودند ($P=0/03$). قبل از مداخله ۵۲ درصد افراد مورد مطالعه گوشت قرمز، ۳۲ درصد گوشت سفید، ۶ درصد لبنیات و ۱۰ درصد حبوبات، ۲۲ درصد سبزیجات و ۳۰ درصد میوه مصرف می‌کردند که بعد از مداخله این ارقام به ترتیب به

۸۶، ۸۲، ۸۶، ۷۶، ۹۲ و ۹۴ درصد ($P=0/01$) تغییر کرد. مقایسه‌ی رفتارهای مراقبت از خود قبل و پس از مداخله نشان داد که میزان تمامی این رفتارها افزایش معنی‌داری داشته است ($P=0/001$) به طوری که از نظر مصرف دارو، قبل از مداخله ۲۸ درصد افراد همیشه داروهای خود را مصرف می‌نمودند که پس از مداخله به ۹۰ درصد افزایش یافت. قبل از مداخله ۱۲ درصد افراد روزانه استحمام می‌کردند که پس از مداخله به ۶۸ درصد افزایش یافت. میزان استفاده از صابون بدون عطر، لیف نرم، آب با درجه‌ی حرارت ملایم جهت استحمام قبل از مداخله به ترتیب ۶، ۲۲ و ۲۰ درصد بود که پس از مداخله به ترتیب به ۷۴، ۹۴ و ۹۶ درصد افزایش یافت. استفاده از لباس نخی از ۳۴ درصد قبل از مداخله به ۹۶ درصد پس از مداخله تغییر یافت و میانگین شدت ترک خوردگی از ۲/۳۴ به ۰/۰۴، شدت پوسته‌ریزی از ۲/۴۸ به ۰/۰۵، شدت خارش از ۲/۵۰ به ۰/۵۴، وسعت ضایعات از ۸۱/۷۷ به ۲۷/۳۳ پس از مداخله تغییر کرد که در همه موارد تفاوت آماری معنی‌داری بین قبل و بعد از مداخله وجود داشت ($P=0/01$).

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که با توجه به تحقیقات مشابه، شیوع بیماری در هر دو جنس مرد و زن مشابه هم هستند

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران از نظر شدت عوارض بیماری قبل و پس از برنامه‌ی مراقبت از خود، تهران ۱۳۸۲

عوارض	درجه		شدید		متوسط		خفیف		طبیعی	
	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد	قبل	بعد
شدت ترک خوردگی	۲۳ (۴۶)*	۰ (۰)	۲۱ (۴۲)	۰ (۰)	۶ (۱۲)	۲ (۴)	۰ (۰)	۴۸ (۹۶)		
شدت پوسته‌ریزی	۲۷ (۵۴)	۰ (۰)	۲۰ (۴۰)	۰ (۰)	۳ (۶)	۲۵ (۵۰)	۰ (۰)	۵۰ (۱۰۰)		
شدت خارش	۲۵ (۵۰)	۰ (۰)	۲۵ (۵۰)	۰ (۰)	۲ (۴)	۲۳ (۴۶)	۰ (۰)	۲۵ (۵۰)		
وسعت ضایعات پوستی	۴۴ (۸۸)	۰ (۰)	۶ (۱۲)	۱۹ (۳۸)	۰ (۰)	۲۸ (۵۶)	۰ (۰)	۳ (۶)		

* اعداد داخل پرانتز بیان‌گر درصد می‌باشند.

(۲۳). سن بیماران بین ۱۶ تا ۷۳ سال با میانگین سن ۳۶/۳ و میانگین مدت زمان ابتلا ۱۱/۹ بود. یافته‌های تحقیق در این خصوص مشابه سایر تحقیقات (سن ۱۳ تا ۸۳، میانگین سنی ۳۹ سال، میانگین طول مدت بیماری ۹ سال) می‌باشد (۲۲). نتایج مطالعه نشان داد که با اجرای یک برنامه‌ی خود مراقبتی ساده و قابل درک توسط بیمار، می‌توان شدت ترک‌خوردگی، پوسته‌ریزی و خارش را که قبل از مداخله به ترتیب ۴۶، ۵۴ و ۵۰ درصد بوده، تا حد زیادی برطرف نمود، به طوری که پس از مداخله ۹۶ درصد افراد از نظر ترک خوردگی، ۵۰ درصد از نظر پوسته‌ریزی و ۵۰ درصد از نظر خارش دارای پوستی طبیعی و بدون خارش بودند. نتایج مبین تاثیر برنامه‌ی خود مراقبتی در کاهش شدت ترک‌خوردگی و پوسته‌ریزی است. در تحقیقی که روی ۳۵۹ بیمار انجام شد مشخص گردید که کاربرد روش‌های خود کنترلی می‌تواند موجب کاهش معنی‌داری ($P=0/001$) در علائم بیماری نسبت به زمان پذیرش شود (۲۴). هم‌چنین نتایج به دست آمده از بررسی ۳۳۰ بیمار نشان داد که علاوه بر رضایت بیماران از نتایج برنامه‌ی آموزش، شدت بیماری به‌طور معنی‌داری اصلاح شده و برنامه‌ی مدیریت که شامل آموزش و حمایت‌های اجتماعی بود توانست آسودگی را برای بیماران به همراه داشته باشد (۲۵). در این تحقیق ۵۸ درصد از نمونه‌ها، دارای اختلال خواب و ۴۲ درصد احساس ناراحتی را به دنبال خارش قبل از مداخله داشتند، بعد از مداخله تنها ۲۰ درصد دارای اختلال خواب و ۱۰ درصد دارای احساس ناراحتی بودند و ۷۰ درصد افراد بدون اختلال خواب بودند. خارش به‌عنوان یک علامت مشترک به صورت پراکنده در سطح بدن ظاهر می‌شود (۲۶). با توجه به این که در سایر تحقیقات ۸۰ درصد از بیماران از خارش شکایت داشتند که این خارش بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر به سزایی داشته و باعث اختلالات خواب در بیماران شده بود، تنها با توصیه‌ی یک مراقبت ساده در منزل مانند گرفتن دوش سرد می‌توان

این مشکل را برطرف نمود. اکثر بیماران مبتلا به پسوریازیس از مراقبتی که در منزل توسط پرستاران متخصص و متخصصین پوست انجام می‌شود راضی بوده و درمان‌ها و مراقبت‌هایی مستمر را ترجیح می‌دهند (۲۷). آموزش و اجرای برنامه‌ی خود مراقبتی در منزل می‌تواند به لحاظ هزینه، صرف وقت، قابل درک بودن و قابلیت اجرایی از سوی بیماران پذیرفته و اجرا گردد. تغییر در الگوی مصرف مواد غذایی در زمینه‌ی گوشت قرمز از ۵۲ به ۸۶، گوشت سفید از ۳۳ به ۸۲، لبنیات از ۶ به ۸۶، حبوبات از ۱۰ به ۷۶، سبزیجات از ۲۲ به ۹۴، میوه‌جات از ۳۰ به ۹۴ درصد پس از مداخله تغییر یافت. هم‌چنین تغییر مثبت در معیارهای خود مراقبتی بیماران (دارو، استحمام روزانه، استفاده از صابون ملایم و لیف نرم، درجه حرارت مناسب، لباس نخی) و کاهش میانگین شدت ترک‌خوردگی‌ها، پوسته‌ریزی، خارش و وسعت ضایعات پس از مداخله حاکی از تاثیر برنامه‌ی خود مراقبتی بر کاهش شدت عوارض بیماری بوده است. برنامه‌ی خود مراقبتی علاوه بر تاثیر قابل توجهی که بر بهبود و کنترل بیماری دارد، از نظر هزینه برای بیمار بسیار مقرون به صرفه است، چرا که هزینه‌ی خدمات سالیانه به ترتیب ۱۰۰۰۰ دلار تا ۱۸۰۰۰ دلار بوده (۲۸) و به طور تقریبی برای بستری شدن ۱/۴ میلیون نفر، ۳۰/۵ میلیون دلار هزینه می‌شود (۲۹) که با اجرای شیوه‌های غیردارویی، می‌توان هزینه‌ی عود و برگشت بیماری را از ۷۷۰۶ یورو به ۲۵ یورو کاهش داد (۲۰). از این رو در تصمیم‌گیری‌ها بایستی به نگرش بیمار محوری توجه نمود (۳۰) و از ابزارها و روش‌های ساده، قابل درک و اجرا توسط بیمار بهره گرفت. سایر مطالعات هم نشان داده‌اند که مقیاس خود ارزیابی (Self-assessment) که توسط خود بیمار به کار می‌رود کاربردی بوده و می‌تواند شدت بیماری را کنترل نماید (۳۱). بنابراین ضرورت دارد جهت عملی‌تر شدن تاثیر شیوه‌های درمانی و مراقبتی در ابعاد روانی - اجتماعی بیماران مداخلات جدی‌تری صورت گیرد

آگاهی بیماران از وضعیت بیماری، درک مفهوم مراقبت و نحوه‌ی مشارکت آنان، ایجاد شده که با استفاده از این راهکار به عنوان یک روش قابل درک، کم هزینه و قابل کاربرد توسط بیمار، می‌توان بر بیماری فائق آمد و از بازگشت و عود مجدد بیماری پیشگیری نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از اجرای برنامه‌ی خود مراقبتی در بیماران پسوریازیس نشان داد که برنامه‌ی خود مراقبتی سبب کاهش شدت عوارض پوستی در بیماران پسوریازیس شد، به طوری که این برنامه با توجه به فرمول حدود ۸۹ درصد موفق بوده است. پیشنهاد می‌شود برنامه‌ی خود مراقبتی به صورت کتابچه‌ی آموزشی به بیماران و همراهان آنان ارایه گردد.

(۳۲)، در غیر این صورت سلامتی بیماران در مخاطره قرار می‌گیرد. در مقایسه با سایر بیماران با شرایط غیر مزمن، میانگین سلامتی بیماران پسوریازیس ۱۳ درصد و عملکرد اجتماعی آنان ۱۱/۷ درصد کمتر است (۳۳). آدارک و آگاهی از بیماری به عنوان یک متغیر مهم بر نتایج بیماری مؤثر بوده و به‌طور وسیع بر توان بیمار و اثرات بیماری و سازگاری تأثیرگذار است (۳۴). مشکلات این بیماران معلول عملکردهای غیرمعمول روان‌شناختی بیماران است (۳۵). بنابراین می‌بایست در درمان و مراقبت از بیماران هزینه و اثربخشی آن مورد توجه قرار گیرد (۳۶) چرا که اثر این بیماری بر کیفیت زندگی بیماران به گونه‌ای است که به آرامی زندگی بیماران را تخریب و ویران می‌سازد (۳۷). در خصوص کاهش شدت و وسعت ضایعات می‌توان گفت که تغییر ایجاد شده ناشی از به کارگیری مراقبت از خود پس از

منابع

- 1- Pettey AA, Balkrishnan R, Rapp SR, Fleischer AB, Feldman SR. Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: implications for clinical practice. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 49 (2): 271-5.
- 2- Vensel E, Hilley T, Trent J, et al. Sustained improvement of the quality of life of patients with psoriasis after hospitalization. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 43 (5 Pt 1): 858-60.
- 3- Fry L. *An Atlas of Psoriasis*. New jersey: USA the Parthenon publishing group Inc; 1997, 1-32.
- 4- Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, et al. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2002; 146 (6): 1006-16.
- 5- Fortune DG, Richards HL, Kirby B, McElhone K, Main CJ, Griffiths CE. Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients' well-being. *Br J Dermatol*. 2004; 151 (6): 1219-26.
- 6- Richards HL, Fortune DG, Chong SL, et al. Divergent beliefs about psoriasis are associated with increased psychological distress. *Invest Dermatol*. 2004; 123 (1): 49-56.
- 7- O'Leary CJ, Creamer D, Higgins E, Weinman J. Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis. *J Psychosom Res*. 2004; 57 (5): 465-71.
- 8- Lamb CA, Fried RG, Feldman SR. Giving patients 'perceived control' over psoriasis: advice for optimizing the physician-patient relationship. *J Dermatology Treat*. 2004; 15 (3): 182-4.

- 9- Kirby B, Richards HL, Woo P, Hindle E, Main CJ, Griffiths CE. Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol*. 2001; 45 (1): 72-6.
- 10- Yosipovitch G, Goon A, Wee J, Chan YH, Goh CL. The prevalence and clinical characteristics of pruritus among patients with extensive psoriasis. *Br J Dermatol*. 2000; 143 (5): 969-73.
- 11- Sampogna F, Gisondi P, Melchi CF, Amerio P, Girolomoni G, Abeni D. IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences Investigators, Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *Br J Dermatol*. 2004; 151 (3): 594-9.
- 12- Sampogna F, Sera F, Mazzotti E, Pasquini P, Picardi A, Abeni D. Performance of the self-administered psoriasis area and severity index in evaluating clinical and sociodemographic subgroups of patients with psoriasis. *Arch Dermatol*. 2003; 139 (3): 353-8.
- 13- Crown WH, Bresnahan BW, Orsini LS, Kennedy S, Leonarid C. The burden of illness associated with psoriasis: cost of treatment with systemic therapy and phototherapy in the US. *Curr Med Res Opin*. 2004; 20 (12): 1929-36.
- 14- Opmeer BC, Heydendaal VM, De Borgie CA, et al. Costs of treatment in patients with moderate to severe plaque psoriasis: economic analysis in a randomized controlled comparison of methotrexate and cyclosporine. *Arch Dermatol*. 2004; 140 (6): 685-90.
- 15- Pearce DJ, Thomas CG, Fleischer AB, Feldman SR. The cost of psoriasis therapies: considerations for therapy selection. *Dermatol Nurs*. 2004; 16 (5): 421-8, 432.
- 16- Jenner N, Campbell J, Marks R. Morbidity and cost of atopic eczema in Australia. *Australas J Dermatol*. 2004; 45 (1): 16-22.
- 17- Feldman SR, Fleischer AB, Reboussin DM, et al. The economic impact of psoriasis increases with psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol*. 1997; 37 (4): 564-98.
- 18- Jenner N, Campbell J, Plunkett A, Marks R. Cost of psoriasis: a study on the morbidity and financial effects of having psoriasis in Australia. *Australas J Dermatol*. 2002; 43 (4): 255-61.
- 19- Berger K, Ehlken B, Kugland B, Augustin M. Cost-of-illness in patients with moderate and severe chronic psoriasis vulgaris in Germany. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2005; 3 (7): 511-8.
- 20- Hartman M, Prins M, Swinkels OQ, et al. Cost-effectiveness analysis of a psoriasis care instruction programme with dithranol compared with UVB phototherapy and inpatient dithranol treatment. *Br J Dermatol*. 2002; 147 (3): 538-44.
- 21- Jankowiak B, Krajewska-Kulak E, Van Damme-Ostapowicz K, et al. The need for health education among patients with psoriasis. *Dermatol Nurs*. 2004; 16 (5): 439-44.
- 22- Tham SN, Tay YK. A questionnaire-based survey of patients' knowledge of psoriasis at the National Skin Centre. *Ann Acad Med Singapore*. 1995; 24 (3): 415-20.
- 23- Ferrandiz C, Bordas X, Garcia-Patos V, Pujol R, Smandia A. Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2001; 15 (1): 20-3.
- 24- Mazzotti E, Picardi A, Sampogna F, Sera F, Pasquini P, Abeni D. Sensitivity of the Dermatology Life Quality Index to clinical change in patients with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2003; 149 (2): 318-22.

- 25- Korte J, Van Onselen J, Kownacki S, Sprangers MA, Bos JD. Quality of care in patients with psoriasis: an initial clinical study of an international disease management programme. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005; 19 (1): 35-41.
- 26- Szepietowski JC, Reich A, Wisnicka B. Itching in patients suffering from psoriasis. *Acta Derm Venerol Croat*. 2002; 10 (4): 221-6.
- 27- Van de Kerkhof PC, De Hoop D, De Korte J, Cobelens SA, Kuipers MV. Patient compliance and disease management in the treatment of psoriasis in the Netherlands. *Dermatology*. 2000; 200 (4): 292-8.
- 28- Feldman SR, Evans C, Russell MW. Systemic treatment for moderate to severe psoriasis: estimates of failure rates and direct medical costs in a north-eastern US managed care plan. *J Dermatol Treat*. 2005; 16 (1): 37-42.
- 29- Javitz HS, Ward MM, Faeber E, Nail L, Vallow SG. The direct cost of care for psoriasis and psoriatic arthritis in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 46 (6): 850-60.
- 30- Touw CR, Hakkaart-Van Roijen L, Verboom P, Paul C, Rutten FF, Finlay AY. Quality of life and clinical outcome in psoriasis patients using intermittent cyclosporine. *Br J Dermatol*. 2001; 144(5): 967-72.
- 31- Jacobson CC, Kimball AB. Rethinking the psoriasis area and severity Index: the impact of area should be increased. *Br J Dermatol*. 2004; 151 (2): 381-7.
- 32- Vardy D, Besser A, Amir M, Gesthalter B, Biton A, Buskila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *Br J Dermatol*. 2002; 147 (4): 736-42.
- 33- Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 47 (4): 512-8.
- 34- Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br J Clin Psychol*. 2002; 41 (Pt 2): 157-74.
- 35- Andal EM. A rash is more than skin deep. *Dermatol Nurs*. 2003; 15(2): 186, 188.
- 36- Ellis CN, Reiter KL, Bandekar RR, Fendrick AM. Cost-effectiveness comparison of therapy for psoriasis with a methotrexate-based regimen versus a rotation regimen of modified cyclosporine and methotrexate. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 46 (2): 242-50.
- 37- Sampogna F, Sera F, Abeni D. IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) Investigators. Measures of clinical severity, quality of life, and psychological distress in patients with psoriasis: a cluster analysis. *J Invest Dermatol*. 2004; 122 (3): 602-7.