

کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

زهرا منجمد* شکوه ورعی* دکتر انوشیروان کاظم‌نژاد** فائزه رضویان***

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی شاخص با ارزشی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و به کار می‌رود؛ از طرفی بیماری آرتریت روماتوئید یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته بوده و عامل عمده ناتوانایی‌ها به ویژه در بزرگسالان است. این بیماری می‌تواند اثر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیمار داشته باشد، به گونه‌ای که نامطلوب بودن کیفیت زندگی ادامه درمان، انجام برنامه‌های توان بخشی و پیگیری درمان را با مشکل مواجه سازد. این مطالعه به منظور تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام گرفته است.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع مقطعی است. تعداد ۱۹۰ نفر از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که به درمانگاه و بخش‌های روماتولوژی و داخلی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه می‌کردند به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل مشخصات فردی، بیماری و کیفیت زندگی بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ۵۰٪ از بیماران کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب می‌دانند و ۵۰٪ دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند. در مورد ابعاد کیفیت زندگی نتایج نشان داد که ۵۰٪ بیماران ابعاد جسمی، اجتماعی-اقتصادی، روانی، خواب و استراحت و سلامت عمومی کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب می‌دانند و ۵۰٪ دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند. بین سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، مدت ابتلا، فیزیوتراپی، کفایت درآمد خانواده و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری مشاهده شد. در حالی که بین جنس، ورزش درمانی و کیفیت زندگی رابطه آماری معناداری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که کیفیت زندگی نیمی از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در سطح نامطلوب است. لذا انجام مطالعات بیشتر در این زمینه و استفاده از نتایج آن برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

نویسنده مسؤول: زهرا منجمد؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail:
monjamed@sina.
tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، آرتریت روماتوئید، مشخصات فردی

- دریافت مقاله: بهمن ماه ۱۳۸۵ - پذیرش مقاله: آبان ماه ۱۳۸۶

مقدمه

کیفیت زندگی در طی دو دهه گذشته، از مهم‌ترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و به عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران به آن تأکید شده و نتایج بررسی کیفیت

زندگی برای تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران و پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی، مورد استفاده قرار گرفته است (۱). کیفیت زندگی مفهوم چند بعدی است که سازمان بهداشت جهانی آن را، چنین تعریف می‌کند، «درک فرد از وضعیت زندگی با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی و ارتباط آن با

* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
*** کارشناس ارشد پرستاری

اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربیات زندگی»، این مفهوم ابعاد مختلفی دارد که بر وضعیت سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، استقلال، ارتباطات اجتماعی و عقاید شخصی فرد تأثیر می‌گذارد (۲). کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم بهداشتی، با ویژگی‌های متعدد از جمله چند بُعدی بودن، پویا بودن و ذهنی بودن تعریف می‌شود که در بر گیرنده ابعاد گوناگونی نظیر ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و ... می‌باشد. هر یک از این ابعاد به زیر مجموعه‌هایی تقسیم می‌شود برای مثال، بُعد فیزیکی به دریافت بیمار از توانایی‌هایش در انجام دادن فعالیت‌ها و وظایف روزانه که به صرف انرژی نیاز دارد، اشاره می‌کند و یا بُعد روانی، جنبه‌های روانی احساس سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوشحالی و آرامش را در بر می‌گیرد، همین طور بعد اجتماعی به توانایی‌های فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان و همکاران مربوط می‌شود (۳). کیفیت زندگی شاخص با ارزشی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و به کار می‌رود و از طرفی دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی علاوه بر آن که سبب اجرای درمان‌های مناسب می‌شود، می‌تواند در ارتقای برنامه‌های درمانی، مراقبتی و توانبخشی نیز مؤثر واقع شود. از نتایج حاصل از بررسی و اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران می‌توان به منظور ارزیابی هزینه‌های مالی و انسانی ناشی از بیماری، اثرات برنامه‌ها و اقدامات جدید، کارایی داروها و تجهیزات پیشرفته، تغییرات سلامت جسمی و روانی و وضعیت عملکردی و اجتماعی بیماران

استفاده نمود (۴). سنجش کیفیت زندگی به پرستاران کمک می‌کند تا به افرادی که کیفیت زندگی آن‌ها به طور جدی و به علت اختلال در تمامیت عملکرد تحت تأثیر قرار گرفته، به طور شایسته رسیدگی و کمک نمایند (۵). با توجه به این که پرستاران با اجرای فرآیند پرستاری و اقداماتشان می‌توانند بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارند، وظیفه دارند کیفیت زندگی بیماران را به طور کامل بررسی کنند و بر اساس یافته‌های حاصل از آن مراقبت‌هایشان را ارایه دهند (۶). در مورد بیماری و کیفیت زندگی می‌توان به طور مستقل بحث کرد ولی ارتباطی متقابل بین آن‌ها وجود دارد. اختلالات جسمانی و وجود علایم فیزیکی بر تمام جنبه‌های کیفیت زندگی اثر مستقیم دارد. برای مثال، مشکلات جسمی کنترل نشده موجب مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی در مددجویان می‌شود و همچنین علایم جسمانی به طور مستقیم بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد (۷). در حال حاضر افزایش علاقه به ارزیابی کیفیت زندگی، به خصوص در بیماری‌های مزمن و بالقوه ناتوان‌کننده‌ای همچون آرتریت روماتوئید به چشم می‌خورد. ابعادی که در روماتولوژی بیشتر مورد مطالعه قرار گرفته است شامل ابعاد جسمی، اجتماعی، روان‌شناختی و رضایتمندی شغلی بوده است. کیفیت زندگی ترکیب پیچیده‌ای از رضایتمندی در این چهار بعد است (۲). آرتریت روماتوئید از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته، مسبب عمده ناتوانایی‌ها به خصوص در سنین بزرگسالی می‌باشد (۸). آرتریت روماتوئید بیماری التهابی، مزمن و سیستمیکی است که فقط در انسان دیده می‌شود

و علت آن نامعلوم و با گرفتاری مفاصل همراه است. التهاب مفاصل ممکن است گذرا باشد ولی معمولاً مزمن شده و دیر یا زود (چند ماه تا چند سال) به تخریب مفاصل می‌انجامد (۹). شیوع آرتریت روماتوئید تقریباً یک درصد کل جمعیت در دنیا (بین ۰/۴ تا ۲/۱٪) را شامل می‌گردد و زنان تقریباً سه برابر مردان گرفتار می‌شوند (۱۰). Bare و Smeltzer بیان می‌کنند میزان شیوع آرتریت روماتوئید تقریباً ۳٪ است که شیوع آن در زنان ۲-۳ برابر بیش از مردان می‌باشد (۱۱). شیوع بیماری با افزایش سن افزایش می‌یابد و تفاوت بین زن و مرد (از نظر ابتلا) در گروه سنی مسن‌تر کاهش می‌یابد. آرتریت روماتوئید در سراسر دنیا و تمامی نژادها دیده می‌شود. با وجود این ظاهراً شیوع بیماری در ساکنین صحرای بزرگ آفریقا و سیاهان کارائیب کمتر می‌باشد. شیوع بیماری در غالب موارد در طی دهه چهارم و پنجم عمر می‌باشد و ۸۰٪ تمامی بیماران بین سنین ۳۵ و ۵۰ سالگی به بیماری مبتلا می‌شوند. بروز آرتریت روماتوئید در زنان ۶۰ تا ۶۴ ساله ۶ برابر بیشتر از زنان ۱۸ تا ۲۹ ساله می‌باشد (۱۰).

آمار نشان می‌دهد سالانه از هر یک میلیون نفر، ۷۵۰ تن به این بیماری مبتلا می‌شوند. در تهران رقمی حدود یک در صد هزار نفر، و در ایران ششصد هزار نفر به آن مبتلا هستند (۱۲). این بیماری به دلیل ماهیت مزمن، دردناک و ناتوان‌کننده آن، تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی دارد. بررسی چند بُعدی کیفیت زندگی نشان داده است که این وضعیت تنها محدودیت فیزیکی ایجاد نمی‌کند، بلکه بر جنبه‌های دیگر کیفیت

زندگی همانند عملکرد روان‌شناختی و اجتماعی نیز مؤثر است (۱۳). Russak و همکاران تحقیقی را تحت عنوان «استفاده از پرسشنامه سلامت در ارتباط با کیفیت زندگی مبتلایان به آرتریت روماتوئید» انجام دادند. نتایج تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی این بیماران، در سطح پایین و نامطلوب قرار دارد (۱۴). Whalley و همکاران در دو کشور انگلستان و هلند تحقیقی تحت عنوان «کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید» انجام دادند. هدف از این مطالعه تعیین کیفیت زندگی (شامل خلق و احساسات، ارتباط اجتماعی و کار روزانه، سرگرمی‌ها، روابط شخصی و اجتماعی و عملکرد جسمی) بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود. بر اساس نتایج مطالعه اکثر مصاحبه شونده‌گان اظهار می‌داشتند احساس خشم، برانگیختگی، افسردگی و پوچی دارند، دو احساس که اغلب با عدم توانایی در انجام کارهای روزمره دیده می‌شد تحریک‌پذیری به دنبال خستگی یا درد بود و احساس افسردگی بدون هیچ دلیل واقعی عمومیت داشت. اکثر آن‌ها هنگامی که از دیگران کمک می‌خواستند احساس حقارت و تحقیر می‌کردند و اکثراً می‌خواستند که حالت طبیعی داشته باشند و از بیماری رهایی یابند. آن‌ها از این که مانند سالمندان اختلال در حرکت دارند، یا از دیگران خواستار این هستند که خرید خانه را انجام دهند یا از طبقات بالا وسایلی را پایین آورند احساس شرم و ناراحتی داشتند. همچنین از احساس خستگی و درد نیز شاکی بودند. عزلت‌گزینی (گوشه‌گیری) و مختل شدن ارتباطات اجتماعی و خانوادگی یکی دیگر از نکات بارز این نتایج بود. همچنین نتایج نشان داد

آرتزیت روماتوئید در تمام ابعاد زندگی نظیر خلق و عواطف، زندگی اجتماعی، سرگرمی‌ها، وظایف روزانه، ارتباطات فردی و اجتماعی و تماس‌های فیزیکی تأثیر می‌گذارد. از نظر آماری ارتباط معناداری در تمام ابعاد فوق با کیفیت زندگی وجود داشته است ($p < 0/05$) (۱۵).

طبق تحقیقاتی که در کشورهای اروپایی و آمریکایی انجام شده، کیفیت زندگی این بیماران، نامطلوب بوده به گونه‌ای که برنامه‌های توان‌بخشی و پیگیری درمان را با اشکال مواجه ساخته است. این بیماری بر تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا اثر می‌گذارد و آنان را با مشکلات متعددی روبرو می‌سازد (۲ و ۴).

در جامعه ما درباره کیفیت زندگی بیماران مبتلایان به آرتزیت روماتوئید مطالعه‌ای انجام نگرفته است، بنابراین، مطالعه حاضر با هدف کلی تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتزیت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام یافته است. بر اساس نتایج تحقیق می‌توان برنامه‌ها یا تدابیری برای آن دسته از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی نظیر خشکی صبحگاهی و ... در جهت بهبود آن پیشنهاد نمود. همچنین نتایج به کادر بهداشتی درمانی جامعه کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را برای ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی این گونه بیماران سازمان‌دهی کنند.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مقطعی است که به منظور تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به

آرتزیت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴ اجرا شده است. حجم نمونه شامل ۱۹۰ نفر مبتلا به این بیماری بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. محیط مطالعه، درمانگاه و بخش روماتولوژی بیمارستان‌های ولی‌عصر، شریعتی، سینا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و جامعه مورد بررسی کلیه مراجعه‌کنندگان به درمانگاه و بخش روماتولوژی بودند. خصوصیات واحدهای مورد بررسی عبارت بودند از: ۱- سن نمونه‌ها از ۱۸ سال به بالا باشد. ۲- تشخیص آرتزیت روماتوئید آن‌ها قطعی، و توسط پزشک متخصص تأیید شده باشد ۳- حداقل یک سال از تشخیص بیماری آنان گذشته باشد. ۴- قبل از ابتلا به آرتزیت روماتوئید مشکلات روانی شناخته شده از جمله افسردگی نداشته باشند و یا تحت درمان با داروهای روان گردان نباشند. ۵- قبل از ابتلا به آرتزیت روماتوئید مبتلا به بیماری‌های مزمن و پر خطر دیگر نظیر سرطان، مولتیپل اسکروزیس، بیماری‌های تنفسی (COPD)، آسم، نارسایی کلیه، نارسایی احتقانی قلب، دیابت و قطع نخاع نباشند. روش گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسش و پاسخ بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه خود ساخته و مشتمل بر ۲ بخش بود: بخش اول پرسشنامه به بررسی خصوصیات فردی و بیماری اختصاص داشت و بخش دوم به سؤالات کیفیت زندگی در ابعاد مختلف: جسمانی (۲۶ سؤال)، عملکرد اجتماعی-اقتصادی (۹ سؤال)، روانی (۱۵ سؤال)، خواب و استراحت (۷ سؤال) و سلامت

مؤنث، ۶۸/۴٪ متأهل، ۶۳/۱٪ دارای تحصیلات دبیرستان و دیپلم و ۴۵/۸٪ آنان شاغل بودند. ۴۳/۷٪ یک تا دو فرزند داشتند و ۶۰٪ اظهار داشتند که درآمد خانواده‌شان تاحدودی کافی است.

مدت ابتلا به بیماری آرتریت روماتوئید در اکثریت واحدهای مورد مطالعه (۴۹/۵٪) بین یک تا پنج سال بوده است. بیشترین درصد واحدهای مورد مطالعه (۶۳/۲٪) از فیزیوتراپی استفاده نموده‌اند و به ۵۸/۴٪ آنان ورزش درمانی توصیه نشده است.

۵۰٪ از بیماران کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب می‌دانند و ۵۰٪ دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند (جدول شماره ۱). در مورد ابعاد کیفیت زندگی قریب به ۵۰٪ آنان بُعد جسمی، بُعد اجتماعی/اقتصادی، بُعد روانی، بُعد خواب و استراحت و بُعد سلامت عمومی کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب می‌دانند و ۵۰٪ دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند (جدول شماره ۲). نتایج یافته‌ها نشان داد بین سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، مدت بیماری، فیزیوتراپی ($p < 0.001$) و میزان درآمد ($p = 0.02$) ارتباط آماری معنادار وجود دارد؛ به این معنی که بیماران جوان‌تر، مجرد، دارای تحصیلات بالاتر، شاغل و با میزان درآمد کافی و همچنین بیمارانی که مدت زمان کمتری از ابتلا آنان می‌گذشت در مقایسه با دیگر بیماران کیفیت زندگی بهتری داشتند. در حالی که بین جنس و ورزش درمانی با کیفیت زندگی رابطه آماری معناداری مشاهده نشد (به ترتیب $p = 0.03$ و $p = 0.051$).

عمومی (۵ سؤال). نحوه پاسخگویی بر اساس مقیاس لایکرت (خیلی زیاد، نسبتاً زیاد، متوسط، نسبتاً کم، به هیچ وجه) از امتیاز ۵-۱ تنظیم شده که امتیاز یک نشانگر وضعیت نامطلوب و امتیاز پنج نشانگر وضعیت مطلوب فرد است. به تمامی بیماران اطمینان داده شد اطلاعات به دست آمده کاملاً محرمانه می‌باشد. همچنین در صورت عدم تمایل در هر مرحله از مطالعه بیماران می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. به منظور بررسی اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و جهت پایایی آن به علت این که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید کاملاً در دسترس نبودند از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که ضریب α آن حداقل ۸۶٪ به دست آمد.

جهت گردآوری اطلاعات، با مراجعه به محیط مطالعه و با کسب اجازه از واحدها و دادن توضیح در مورد اهداف مطالعه، پرسشنامه از طریق پرسش و پاسخ تکمیل شده است. کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن به سه گروه مطلوب (۱۰۰٪-۷۵٪) نسبتاً مطلوب (۷۵٪-۵۰٪) و نامطلوب (کمتر از ۵۰٪) طبقه‌بندی شده است. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (χ^2) توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه در ۱۹۰ نفر از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بیانگر آن است که بیش از ۵۰٪ نمونه‌ها در گروه سنی بالاتر از ۴۰ سال قرار داشتند. بیشترین درصد (۶۷/۴٪)

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

کیفیت زندگی	تعداد	درصد
مطلوب (بیشتر از ۷۵)	۴۶	۲۴/۲
نسبتاً مطلوب (۵۰-۷۵)	۴۹	۲۵/۸
نامطلوب (کمتر از ۵۰)	۹۵	۵۰
جمع	۱۹۰	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

کیفیت زندگی	مطلوب		نسبتاً مطلوب		نامطلوب		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
اجتماعی/اقتصادی	۴۰	۲۱/۵	۵۴	۲۸/۴	۹۶	۵۰/۱	۱۹۰
روانی	۴۰	۲۱/۱	۵۴	۲۸/۴	۹۶	۵۰/۵	۱۹۰
خواب و استراحت	۴۵	۲۳/۷	۴۷	۲۴/۷	۹۸	۵۱/۶	۱۹۰
سلامت عمومی	۳۹	۲۰/۴	۴۶	۲۴/۲	۱۰۵	۵۵/۴	۱۹۰
جسمانی	۴۶	۲۴/۲	۴۷	۲۴/۵	۹۷	۵۱/۳	۱۹۰

بحث

سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی، موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر بین بیمار و پزشک و متصدیان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران می‌گردد. همین مسأله باعث افزایش آگاهی بیماران از بیماری خود و آشنایی آنان با شرایط سلامتی‌شان و با مزایا و معایب درمان‌های مختلف می‌شود و به پر رنگ‌تر کردن نقش بیمار در انتخاب روش درمانی می‌انجامد. از طرفی دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی، می‌تواند در ارتقای برنامه‌های درمانی، مراقبتی و توان‌بخشی نیز مؤثر واقع شود (۱۶).

بیماری‌های مزمن باعث تغییرات نامناسبی در کیفیت زندگی می‌شود، از جمله آرتريت روماتوئيد، یکی از شایع‌ترین

بیماری‌های مزمن ناشناخته، مسبب عمده ناتوانایی‌ها به ویژه در بزرگسالی است و کیفیت زندگی مبتلایان را مختل می‌کند.

در این مطالعه کیفیت زندگی ۱۹۰ بیمار مبتلا به آرتريت روماتوئيد بررسی شد. نتایج مطالعه نشان داد، ۵۰٪ آنان کیفیت زندگی خود را مطلوب یا نسبتاً مطلوب می‌دانند و ۵۰٪ دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند. درد و سفتی مفاصل در بیمار مبتلا به آرتريت روماتوئيد به صورت پیشرونده رو به افزایش است و می‌تواند توانایی راه رفتن، بالا رفتن از پله‌ها یا انجام کارهای ظریف را محدود کند و تأثیر منفی روی کیفیت زندگی بیماران داشته باشد (۱۷). در تحقیق Cadena و همکاران کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد بررسی پایین و در سطح نامطلوب بوده است (۲).

در مورد ابعاد کیفیت زندگی این بیماران، نتایج نشان داد قریب به ۵۰٪ آنان ابعاد جسمی، اجتماعی/اقتصادی، روانی، خواب و استراحت و سلامت عمومی کیفیت زندگی خود را مطلوب یا نسبتاً مطلوب می‌دانند و ۵۰٪ دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند. در تحقیق Rupp و همکاران کیفیت زندگی در کلیه حیطه‌ها به طور نسبی پایین تا متوسط بود (۱۳). آرتریس روماتوئید یک بیماری مزمن است که موجب اختلال در فعالیت‌های عادی روزانه می‌شود و اغلب با درجات متفاوتی از ناتوانی همراه می‌باشد که روی کیفیت زندگی و ابعاد آن تأثیر نامطلوب می‌گذارد (۱۸).

مشخصات فردی روی کیفیت زندگی تأثیرگذار است. سن می‌تواند در سطح کیفیت زندگی تأثیر داشته باشد با افزایش سن، کیفیت زندگی بیمار نامطلوب‌تر می‌شود. در این مطالعه اکثریت بیماران بالای ۴۰ سال دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند و بین سن و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنادار وجود داشت (۱۰/۰۰۱ < p). نتیجه مطالعه Jakobsson و Hallberg نشان داد بیماران مسن‌تر نمرات پایین‌تری در کیفیت زندگی دارند (۱۹). در مطالعه Taylor و همکاران بین سن با کیفیت زندگی بیماران از نظر آماری ارتباط معناداری وجود داشت جوان‌ترها از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند (۲۰).

این مطالعه نشان داد میزان تحصیلات می‌تواند در سطح کیفیت زندگی تأثیر داشته باشد. با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی بهبود یافته که دلیل آن می‌تواند بالاتر بودن سطح آگاهی این گروه از بیماران در مورد

اهمیت روش‌های درمانی، مصرف صحیح داروها و کنترل سایر عوامل بر بیماری خود باشد. از نظر آماری بین دو متغیر میزان تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری مشاهده شد (۱۰/۰۰۱ < p). نتایج تحقیق Taylor و همکاران مؤید آن است که با سوادها از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند و بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی از نظر آماری ارتباط معناداری وجود دارد (۲۰).

به نظر می‌رسد در موقعیت تأهل، همسر نیز در امر مراقبت و رعایت رژیم‌های درمانی و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی مؤثر باشد. در این مطالعه اکثریت بیماران جدا شده و همسر مرده کیفیت زندگی نامطلوب داشتند و بین کیفیت زندگی و وضعیت تأهل ارتباط آماری معناداری مشاهده شد (۱۰/۰۰۱ < p). نتایج تحقیق Taylor و همکاران نیز نشان داد بین دو متغیر کیفیت زندگی و وضعیت تأهل از نظر آماری ارتباط معناداری وجود دارد (۲۰).

Ferrell و همکاران در بررسی کیفیت زندگی بر ابعاد جسمی، روحی - روانی و اجتماعی تأکید می‌کنند و یکی از زیر مجموعه‌های بُعد اجتماعی را وضعیت اشتغال بیان می‌کنند (۲۱). در این مطالعه بین وضعیت اشتغال و کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده شد (۱۰/۰۰۱ < p). تحقیقات نشان داده است که عوامل اقتصادی نیز بر کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارد (۲۲).

همان‌طور که ملاحظه می‌شود وضعیت اقتصادی و کفایت درآمد می‌تواند از شاخص‌های کیفیت زندگی محسوب شود. بیشترین درصد بیماران آرتریس روماتوئید که

باشد. از طرفی ممکن است فقدان ارتباط آماری معنادار به این دلیل باشد که اکثریت واحدهای مورد مطالعه زن بودند، به عبارت دقیق‌تر از ۱۹۰ بیمار فقط ۶۰ نفر آنان مرد بودند، این در حالی است که نتایج تحقیق Taylor و همکاران نشان می‌دهد بیماران زن نمرات پایین‌تری در کیفیت زندگی نسبت به مردان دارند (۲۰).

بین دو متغیر ورزش درمانی و کیفیت زندگی از نظر آماری ارتباط معناداری وجود نداشت. به نظر می‌رسد توصیه به انجام ورزش درمانی مبین شدت بیماری بوده که خود می‌توانسته بر کیفیت زندگی تأثیر گذارد.

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در سطح نامطلوب می‌باشد، لذا مسؤولین پرستاری می‌توانند در برنامه‌های بازآموزی پرستاری به اهمیت ارتقای ابعاد کیفیت زندگی این بیماران به سطوح بالاتر، توجه مضاعفی مبذول نمایند. پرستاران می‌توانند با اقداماتی در جهت پیشگیری از فعال شدن بیماری و جلوگیری از پیشرفت و کنترل آن، کیفیت زندگی بیماران را به سطح بالاتری سوق دهند. در نهایت پرستاران در محیط‌های مختلف اجتماعی، خانواده‌ها، مدارس، کارخانه‌ها و اماکن عمومی می‌توانند به عنوان پرستار جامعه نگر نیازهای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به ویژه آرتریت روماتوئید را شناسایی نموده و با ایفای نقش آموزشی، رهبری و الگو بودن، در جهت ارتقای سطح کیفیت زندگی مددجویان انجام وظیفه نمایند.

با توجه به این که مطالعه حاضر یک تحقیق توصیفی می‌باشد لذا پیشنهاد می‌شود تا

درآمد خانواده کفایت زندگی آنان را نمی‌کند، کیفیت زندگی نامطلوب دارند و از نظر آماری بین دو متغیر کفایت درآمد خانواده و کیفیت زندگی ارتباط معناداری دیده می‌شود ($p=0/02$).

یکی از متغیرهای تأثیرگذار روی کیفیت زندگی در این مطالعه مدت ابتلای به آرتریت روماتوئید می‌باشد نتیجه این مطالعه از نظر بالینی نشان می‌دهد که افزایش طول مدت ابتلا به آرتریت روماتوئید منجر به کاهش سطح کیفیت زندگی می‌گردد. بیشترین درصد بیماران که بیش از ۱۵ سال مبتلا به آرتریت روماتوئید هستند دارای کیفیت زندگی نامطلوب می‌باشند و از نظر آماری بین دو متغیر مدت ابتلای به آرتریت روماتوئید و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد ($p<0/001$). در مطالعه MacKinnon و همکاران نیز بین دو متغیر مدت بیماری و کیفیت زندگی از نظر آماری ارتباط معناداری وجود داشت و ۹۰٪ بیماران که مدت ۱۰ سال مبتلا به آرتریت روماتوئید بودند، کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب تا نامطلوب داشتند (۲۳). بین دو متغیر فیزیوتراپی و کیفیت زندگی از نظر آماری ارتباط معناداری دیده شد ($p<0/001$). نتایج تحقیق Taylor و همکاران نیز نشان داد بین دو متغیر کیفیت زندگی و فیزیوتراپی از نظر آماری ارتباط معناداری وجود دارد (۲۰).

جنس یکی از متغیرهایی است که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت و از نظر آماری بین جنس و کیفیت زندگی ارتباط معناداری دیده نشد ($p=0/3$)، شاید علت این امر مرتبط با ماهیت، شیوع و اتیولوژی این بیماری

به مطالعات نیمه تجربی هم چون بررسی تأثیر آرام‌سازی یا ورزش درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداخته شود. همچنین از آنجا که در پژوهش حاضر مقایسه‌ای بین سایر بیماری‌های روماتوئیدی صورت نگرفته است، پیشنهاد می‌شود تا مطالعه‌ای با عنوان بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید با سایر بیماران روماتوئیدی (نظیر استئوآرتریت، اسپوندیلیت آنکلیوزان و...) انجام گیرد.

عمومی کیفیت زندگی خود را مطلوب یا نسبتاً مطلوب می‌دانند و نیمی دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند.

در نهایت نتایج مطالعه نشان داد بین سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، مدت ابتلا، فیزیوتراپی، کفایت درآمد خانواده و کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود دارد. در حالی که بین جنس، ورزش درمانی و کیفیت زندگی رابطه آماری معناداری دیده نشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که نیمی از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید کیفیت زندگی خود را مطلوب یا نسبتاً مطلوب می‌دانند و نیمی دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند. نزدیک به نیمی از بیماران ابعاد جسمی، اجتماعی/اقتصادی، روانی، خواب و استراحت و سلامت

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی بوده است و بدین‌وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از حمایت همه کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند، اعلام می‌نماییم.

منابع

- 1 - Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994 Aug 24-31; 272(8): 619-26.
- 2 - Cadena J, Vinaccia S, Pérez A, Rico MI, Hinojosa R, Anaya JM. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in colombian patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2003 Jun; 9(3): 142-50.
- ۳ - صالحی مسعود، رستمی آرین. کیفیت زندگی و مفهوم آن، سمینار کیفیت زندگی. کنگره تربیت مدرس: ۱۳۷۹، تهران، ص ۳.
- 4 - Anderson KL, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *J Adv Nurs*. 1999 Feb; 29(2): 298-306.
- 5 - Alligood M. Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem. *Journal of Advanced Nursing*. 2004 March; 45(5): 549-549.
- 6 - Robertson G. Individuals' perception of their quality of life following a liver transplant: an exploratory study. *J Adv Nurs*. 1999 Aug; 30(2): 497-505.
- ۷ - برهمنی گلشن. بررسی کیفیت زندگی آسیب دیدگان بمباران‌های شیمیایی سردشت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۸.
- 8 - Krol B, Sanderman R, Suurmeijer TP. Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. *Patient Educ Couns*. 1993 May; 20(2-3): 101-20
- ۹ - فرهادی علی. پاتولوژی بیماری‌های روماتیسمی، خود ایمنی. دهمین کنگره جامعه پزشکان متخصصان داخلی ایران (مجموعه مقالات علمی/ تحقیقی)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران: ۱۳۸۰، تهران، ص ۱۳۵.

- ۱۰ - رئیسی ماریا، دارایی آدیاسب. ترجمه اصول طب داخلی هاریسون (۲۰۰۱) بیماری‌های روماتولوژی، هاریسون تنسلی راندا (مؤلف). تهران: انتشارات تیمورزاده، ۱۳۸۱؛ ص ۱۵۵.
- 11 - Smeltzer S, Bare BG. Textbook of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. P. 1241.
- ۱۲ - اکبریان محمود، صالحی ابری ایرج. بیماری روماتوئید: مرکز تحقیقات روماتولوژی، چاپ اول، تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۴.
- 13 - Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, van den Bos GA. Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004 Aug 15; 51(4): 578-85.
- 14 - Russak SM, Croft JD Jr, Furst DE, Hohlbauch A, Liang MH, Moreland L. The use of rheumatoid arthritis health-related quality of life patient questionnaires in clinical practice: lessons learned. *Arthritis Rheum.* 2003 Aug 15; 49(4): 574-84.
- 15 - Whalley D, McKenna SP, de Jong Z, van der Heijde D. Quality of life in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1997 Aug; 36(8): 884-8.
- 16 - Klippel I, Dwynt A. Primary on the rheumatic diseases. Philadelphia: W. B. Sanders Company; 2000. P. 1125.
- 17 - King IM. Quality of life and goal attainment. *Nurs Sci Q.* 1994 Spring; 7(1): 29-32.
- 18 - Peck JR, Smith TW, Ward JR, Milano R. Disability and depression in rheumatoid arthritis. A multi-trait, multi-method investigation. *Arthritis Rheum.* 1989 Sep; 32(9): 1100-6.
- 19 - Jakobsson U, Hallberg IR. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *J Clin Nurs.* 2002 Jul; 11(4): 430-43.
- 20 - Taylor WJ, Myers J, Simpson RT, McPherson KM, Weatherall M. Quality of life of people with rheumatoid arthritis as measured by the World Health Organization Quality of Life Instrument, short form (WHOQOL-BREF): score distributions and psychometric properties. *Arthritis Rheum.* 2004 Jun 15; 51(3): 350-7.
- 21 - Ferrell B, Grant M, Schmidt GM, Rhiner M, Whitehead C, Fonbuena P. The meaning of quality of life for bone marrow transplant survivors. Part 2. Improving quality of life for bone marrow transplant survivors. *Cancer Nurs.* 1992 Aug; 15(4): 247-53.
- 22 - Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA.* 1995 Jan 4; 273(1): 59-65.
- 23 - MacKinnon JR, Avison WR, McCain GA. Pain and functional limitations in individuals with rheumatoid arthritis. *Int J Rehabil Res.* 1994 Mar; 17(1): 49-59.