

بررسی تأثیر علایم و نشانه‌های بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

زهرا منجمد* فائزه رضویان**

* مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

** کارشناس ارشد آموزش پرستاری مرکز آموزشی درمانی کامکار، دانشگاه علوم پزشکی قم

هکیده

زمینه و هدف

بیماری آرتریت روماتوئید یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته بوده و عمده ناتوانی‌ها به‌ویژه در بزرگسالان است. نشانه‌های این بیماری می‌تواند اثر چشم‌گیری بر کیفیت زندگی بیمار داشته باشد. این مطالعه به منظور تعیین تأثیر علایم و نشانه‌های بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به آرتریت روماتوئید انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که تعداد ۱۹۰ نفر از مبتلایان به آرتریت روماتوئید را مورد بررسی قرار داده است گردآوری داده‌ها از طریق خودگزارش‌دهی، مصاحبه و مشاهده انجام شد و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه و مقیاس اندازه‌گیری شدت درد و شدت خستگی شامل هشت بخش بود. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار spss (version 11.5) آنالیز شد و از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی برای دستیابی به اهداف پژوهش استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که نیمی از موارد مطالعه، کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب می‌دانند و نصف دیگر، آن را نامطلوب می‌شمارند. در مورد ابعاد کیفیت زندگی نیز قریب به نصف موارد مطالعه بعد جسمی، بعد اجتماعی-اقتصادی، بعد روانی، بعد خواب و استراحت و بعد سلامت عمومی کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب می‌دانند، نصف دیگر آن را کاملاً نامطلوب می‌شمارند. بیشترین درصد واحدهای مورد مطالعه، شدت درد، شدت خستگی، شدت اضطراب پنهان و آشکار و شدت افسردگی شدید بودند. در حالی که شدت ناتوانی حرکت خفیف بود. نتایج نشان داد بین شدت درد، شدت خستگی، ناتوانی در حرکت، اضطراب پنهان و آشکار، شدت افسردگی و کیفیت زندگی، ارتباط معنادار آماری وجود داشت.

نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی نیمی از موارد مطالعه در سطح نامطلوب بوده و ارتباط آماری معناداری بین شدت درد، شدت خستگی، ناتوانی در حرکت، اضطراب پنهان و آشکار، شدت افسردگی و کیفیت زندگی مشاهده شد.
کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، آرتریت روماتوئید، درد، خستگی، اضطراب، افسردگی.

تاریخ پذیرش: ۸۶/۲/۲

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۰/۲

نویسنده مسئول: گروه آموزش پرستاری

e-mail: moosavii22000@yahoo.com

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 بررسی آن به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران و پیش بینی عواقب بیمار 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 زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علائق، استانداردها و تجربیات زندگی».

این مفهوم تعریف وسیعی 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، دارای ویژگی‌های متعدد از جمله چند بعدی بودن، پویا بودن و ذهنی بودن تعریف می‌شود که دربرگیرنده ابعاد گوناگونی نظیر ابعاد فیزیکی، روانی، اجتماعی و ... است. هر یک از این ابعاد به زیرمجموعه‌هایی تقسیم می‌شوند. برای مثال، بعد فیزیکی به دریافت بیمار از توانایی‌هایش در انجام دادن فعالیت‌ها و وظایف روزانه که به صرف انرژی نیاز دارد، اشاره می‌کند و یا بعد روانی، جنبه‌های روانی احساس سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت، خوش حالی و آرامش را در بر می‌گیرد؛ همین‌طور بعد اجتماعی به توانایی‌های فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان و همکاران مربوط می‌شود.^(۳)

سنجش کیفیت زندگی در ارزیابی روش‌های مختلف درمانی، تغییرات دراز مدت در افراد و سیستم ارایه خدمات بهداشتی بسیار کمک می‌کند. به علاوه سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر بین بیمار و پزشک و ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران می‌گردد که همین مسأله باعث افزایش آگاهی بیماران از بیماری خود و آشنایی افراد از وضعیت سلامتشان، آشنایی با مزایا و معایب درمان‌های مختلف و پررنگ کردن نقش بیمار در انتخاب روش درمانی می‌شود.^(۴) کادر بهداشتی می‌تواند از طریق بررسی وضعیت سلامت افراد و تامین آن، بر کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارد، به طوری که با بهبود وضعیت سلامت، کیفیت زندگی آنها را بهبود ببخشد.^(۴)

سنجش کیفیت زندگی به پرستاران کمک می‌کند تا به افرادی که کیفیت زندگی آنها به طور جدی و برگشت‌ناپذیری به علت اختلال در تمامیت عمل‌کرد تحت تأثیر قرار گرفته، به طور شایسته رسیدگی کند.^(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 انجام 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 علائم فیزیکی روی 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 علائم

جسمانی به طور مستقیم روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارد^(۷). در طول بیست سال اخیر، علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری مزمن، افزایش چشم‌گیری یافته و بهبود عمل‌کرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به صورت یک هدف درآمده است^(۸). مطالعات Cadena و Vinaccias نشان داده که کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده، دست‌خوش تغییراتی می‌شود. از جمله بیماری‌های مزمن می‌توان به آرتريت روماتوئید اشاره کرد^(۹). آرتريت روماتوئید، از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته، مسبب عمده ناتوانایی‌ها به ویژه در بزرگسالی است^(۹). آرتريت 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^(۱۰). شیوع آرتريت 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^(۱۱). به گفته Smeltzer & Bar، میزان شیوع آرتريت روماتوئید تقریباً ۳٪ بوده که شیوع آن در زنان دو تا سه برابر بیش از مردان است^(۱۲). آمار نشان می‌دهد که 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^(۱۳). این بیماری به دلیل ماهیت مزمن، دردناک و ناتوان‌کننده آن، تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی دارد. بررسی چند بعدی 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 اثر می‌گذارد^(۱۴). Simcha و همکاران تحقیقی را تحت عنوان استفاده از پرسش‌نامه تن‌درستی در مورد کیفیت زندگی مبتلایان به آرتريت روماتوئید انجام دادند. نتایج تحقیق نشان داد که کیفیت زندگی این بیماران، در سطح پایین و نامطلوب قرار دارد^(۱۵). علایم آرتريت روماتوئید به صورت درد، تورم، خستگی، محدودیت حرکتی و خشکی مفاصل ظاهر می‌کند^(۱۶). بیماران به علت درد، خستگی، محدودیت حرکت و فعالیت روزانه دچار اختلال در عمل-کرد جسمانی، اجتماعی، روانی و احساسات می‌شوند؛ در نتیجه، در کیفیت زندگی آنان اختلال به وجود می‌آید^(۱۷). اضطراب و استرس هم در بروز و هم در تداوم این بیماری نقش دارند. مبتلایانی که در مرحله خاموش آرتريت روماتوئید هستند، اگر نتوانند استرس یا اضطراب را کنترل کنند، باعث عود بیماری می‌شوند^(۱۷).

Wolf و همکارانش دریافتند که اضطراب، مدت زمان بیماری آرتريت روماتوئید را افزایش می‌دهد و باعث کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌شود^(۱۸). نتایج پژوهشی که Jakobsoon و همکاران در زمینه کیفیت زندگی مبتلایان به آرتريت روماتوئید انجام دادند، به علایم این بیماری از جمله درد، خشکی مفاصل، خستگی، محدودیت حرکت در بیماران مورد مطالعه، اشاره داشتند. به علاوه، اضافه کردند که تنهایی، اضطراب و افسردگی، روی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود^(۱۹).

با توجه به اهمیت شعار سازمان جهانی بهداشت که سال ۲۰۱۰ - ۲۰۰۰ سال بیماری‌های عضلانی/اسکلتی/مفصلی است، شایع‌ترین بیماری التهابی روماتوئیدی،

جسمانی به طور مستقیم روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارد^(۷). در طول بیست سال اخیر، علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری مزمن، افزایش چشم‌گیری یافته و بهبود عمل‌کرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به صورت یک هدف درآمده است^(۸). مطالعات Cadena و Vinaccias نشان داده که کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده، دست‌خوش تغییراتی می‌شود. از جمله بیماری‌های مزمن می‌توان به آرتريت روماتوئید اشاره کرد^(۹). آرتريت روماتوئید، از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته، مسبب عمده ناتوانایی‌ها به ویژه در بزرگسالی است^(۹). آرتريت 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^(۱۰). شیوع آرتريت 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^(۱۱). به گفته Smeltzer & Bar، میزان شیوع آرتريت روماتوئید تقریباً ۳٪ بوده که شیوع آن در زنان دو تا سه برابر بیش از مردان است^(۱۲). آمار نشان می‌دهد که 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^(۱۳). این بیماری به دلیل ماهیت مزمن، دردناک و ناتوان‌کننده آن، تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی دارد. بررسی چند بعدی کیفیت زندگی نشان داده است که این وضعیت تنها محدودیت

۱۳۸۴ اجرا شد. حجم نمونه شامل ۱۹۰ نفر مبتلا به این بیماری بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. محیط پژوهش، درمانگاه و بخش روماتولوژی بیمارستان‌های ولی‌عصر، شریعتی و سینا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و جامعه پژوهش تمام مراجعه‌کنندگان به درمانگاه و بخش روماتولوژی بودند.

ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش عبارت بودند از:

۱. سن بالاتر از ۱۸ سال.
 ۲. قطعی بودن تشخیص آرتريت روماتوئید با تأیید توسط پزشک متخصص.
 ۳. حداقل گذشت یک سال از تشخیص بیماری.
 ۴. عدم مشکلات روانی شناخته شده از جمله افسردگی و یا تحت درمان با داروهای روان گردان قبل از ابتلا به آرتريت روماتوئید؛
 ۵. عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و پرخطر دیگر نظیر سرطان، مولتیپل اسکروزیس، بیماری‌های تنفسی از جمله بیماری انسداد مزمن ریوی، آسم، نارسایی کلیه، نارسایی احتقانی قلب، دیابت و قطع نخاع.
- روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش و پاسخ، خودگزارش‌دهی (شدت درد و شدت خستگی) و مشاهده (تعداد مفاصل تغییر شکل یافته، محدود و متورم) بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه، مقیاس اندازه‌گیری شدت درد و خستگی بود که هشت بخش را شامل می‌شد:

- ۱ - نحوه پاسخ‌گویی، بر اساس مقیاس لایکرت (خیلی زیاد، نسبتاً زیاد، متوسط، نسبتاً کم، به هیچ وجه) از امتیاز ۵ - ۱ تنظیم شد. امتیاز یک بیان‌گر وضعیت نامطلوب و امتیاز پنج نشان‌دهنده وضعیت مطلوب فرد بود؛

آرتريت روماتوئید به شمار می‌آید. طبق تحقیقاتی که در کشورهای اروپایی و امریکایی انجام شده، کیفیت زندگی این بیماران، نامطلوب بوده است؛ به گونه‌ای که برنامه‌های توان‌بخشی و پی‌گیری درمان را با اشکال مواجه ساخت. این بیماری بر تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا اثر می‌گذارد و آنان را با مشکلات متعددی رو به رو می‌سازد.

در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی مبتلایان به آرتريت روماتوئید و این که کدام علائم و نشانه‌های این بیماری، بر روی ابعاد کیفیت زندگی بیشتر تأثیر می‌گذارد و سبب تغییراتی در کیفیت زندگی آنان می‌شود، پژوهشی انجام نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر در صدد برآمده تا تحقیقی تحت عنوان بررسی تأثیر نشانه‌های این بیماری و کیفیت زندگی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دهد. هدف از این پژوهش، تعیین درد، خستگی، محدودیت حرکت، اضطراب آشکار و پنهان، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران آرتريت روماتوئید است. با این تحقیق، می‌توان برنامه‌ها یا تدابیری برای آن دسته از عوامل موثر بر کیفیت زندگی در جهت بهبود آن پیشنهاد نمود. هم‌چنین 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 پژوهشی توصیفی-تحلیلی بود که به منظور تعیین تأثیر نشانه‌های بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به آرتريت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال

¹. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

تمایل نداشتن در هر مرحله از مطالعه، بیماران می‌توانستند از مطالعه خارج شوند.

برای گردآوری داده‌ها، با مراجعه به محیط پژوهش و با کسب اجازه از واحدها و دادن توضیح در مورد اهداف پژوهش، پژوهش‌گر پرسش‌نامه را از طریق پرسش و پاسخ، خود گزارش‌دهی و مشاهده تکمیل کرد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه در ۱۹۰ نفر از مبتلایان به آرتریت روماتوئید، بیان‌گر آن است که بیش از ۵۰٪ نمونه‌های پژوهش بیش از ۴۰ سال داشتند. بیشترین درصد ۶۷/۴٪ زن، ۶۸/۴٪ متأهل، ۶۳/۱٪ تحصیلات در سطح دبیرستان و دیپلم، ۴۵/۸٪ شاغل بودند. ۴۳/۷٪ صاحب یک تا دو فرزند، ۶۰٪ درآمد خانواده تاحدودی کافی بود. مدت ابتلا به بیماری در بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۴۹/۵٪) بین ۵ - ۱ سال بوده است. بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۶۳/۲٪) از فیزیوتراپی استفاده کرده‌اند و به ۵۸/۴٪ آنان ورزش‌درمانی توصیه نشده است.

این مطالعه مشخص کرد که نیمی از موارد پژوهش کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب می‌دانند و نصف دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

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

۲ - مقیاس اندازه‌گیری شدت درد، بر اساس نمودار تصویری ده‌تایی جانسون (نمرات از صفر یعنی نبود درد و ده یعنی بالاترین حد درد) بود؛

۳ - مقیاس اندازه‌گیری شدت خستگی، بر اساس نمودار تصویری ده‌تایی روتن (نمرات از صفر یعنی نبود خستگی و ده یعنی بالاترین حد خستگی) بود؛

۴ - سوالات مربوط به ناتوانی در حرکت، مشتمل بر ۲۱ سوال بود و نحوه پاسخ‌گویی، بر اساس مقیاس لایکرت (همیشه، اغلب اوقات، گاهی، به ندرت، هرگز) از امتیاز ۰-۴ تنظیم شد که امتیاز صفر بیان‌گر فقدان ناتوانی در حرکت و امتیاز چهار بالاترین حد ناتوانی در حرکت است؛

۵ - پرسش‌نامه اندازه‌گیری اضطراب اسپیلرگر به کار رفت که خود شامل دو قسمت اضطراب آشکار و پنهان که هر کدام مشتمل بر ۲۰ سوال بود. سوالات به صورت مقیاس درجه‌بندی لایکرت (نه همیشه، تاحدی، نسبتاً زیاد، خیلی زیاد) از امتیاز ۴ - ۱ تنظیم شد که امتیاز یک، بیانگر اضطراب خفیف و امتیاز چهار، نشان‌دهنده اضطراب شدید فرد است؛

۶ - پرسش‌نامه اندازه‌گیری افسردگی بک مشتمل بر ۲۱ سوال بود. امتیاز هر سوال از ۳ - ۰ تنظیم شد که امتیاز صفر بیانگر نبود افسردگی و امتیاز سه نشان‌دهنده افسردگی شدید است؛

۷ - چک لیست مربوط به ناتوانی در حرکت این بیماران، شامل دو قسمت تورم و تغییر شکل اندام بود که به صورت بله و خیر تهیه شد.

به تمامی بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده کاملاً محرمانه است. هم‌چنین در صورت

خستگی شدید، ۹۳/۶٪ در گروه ناتوانی در حرکت شدید، ۸۶/۲٪ در گروه شدت اضطراب پنهان شدید، ۸۲/۷٪ در گروه شدت اضطراب آشکار شدید، ۱۰۰٪ در گروه شدت افسردگی شدید و ۹۱٪ در گروه شدت افسردگی متوسط، از کیفیت زندگی نامطلوب برخوردارند.

آزمون آماری مجذورکای بین شدت درد، شدت خستگی، ناتوانی در حرکت، اضطراب پنهان و آشکار، افسردگی ارتباط معناداری را نشان داده است (Pvalue = ۰/۰۰۰) (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: خلاصه نتایج آزمون آماری تأثیر نشانه‌های بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم

پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

رابطه نشانه‌ها	نتیجه آزمون کای دو و قضاوت
شدت درد	pvalue = ۰/۰۰۰ معنادار است
شدت خستگی	pvalue = ۰/۰۰۰ معنادار است
شدت ناتوانی در حرکت	pvalue = ۰/۰۰۰ معنادار است
شدت اضطراب پنهان	pvalue = ۰/۰۰۰ معنادار است
شدت اضطراب آشکار	pvalue = ۰/۰۰۰ معنادار است
شدت افسردگی	pvalue = ۰/۰۰۰ معنادار است

هم‌چنین بر اساس نتایج، بین سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد فرزند، مدت ابتلا، فیزیوتراپی و کیفیت زندگی (Pvalue=۰/۰۰۰)، کافی بودن درآمد خانواده و کیفیت زندگی (Pvalue=۰/۰۰۲) ارتباط آماری معناداری مشاهده شد؛ در حالی که بین جنس و کیفیت زندگی (Pvalue=۰/۰۰۳) و ورزش-درمانی و کیفیت زندگی (Pvalue=۰/۰۵۱) رابطه آماری معناداری مشاهده نشد.

بحث

سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی، موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر بین بیمار و پزشک و متصدیان

در مورد ابعاد کیفیت زندگی، قریب به نصف موارد پژوهش از لحاظ بعد جسمی، بعد اجتماعی، اقتصادی، بعد روانی، بعد خواب و استراحت و بعد سلامت عمومی کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب می‌دانند و نصف دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت

روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

ابعاد کیفیت زندگی	مطلوب		نسبتاًمطلوب		نامطلوب		جمع	
	فرد	٪	فرد	٪	فرد	٪	فرد	٪
جسمانی	۴۶	۲۴/۲	۴۷	۲۴/۲	۹۷	۵۱/۱	۱۹۰	۱۰۰
اجتماعی اقتصادی	۴۰	۲۱/۱	۵۴	۲۸/۴	۹۶	۵۰/۱	۱۹۰	۱۰۰
روانی	۴۰	۲۱/۱	۵۴	۲۸/۴	۹۶	۵۰/۵	۱۹۰	۱۰۰
خواب و استراحت	۴۵	۲۳/۷	۴۷	۲۴/۷	۹۸	۵۱/۶	۱۹۰	۱۰۰
سلامت عمومی	۳۹	۲۰/۵	۴۶	۲۴/۲	۱۰۵	۵۵/۴	۱۹۰	۱۰۰

نتایج یافته‌ها هم‌چنین نشان داد، در بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۶۸/۲٪) شدت درد در حد شدید، ۵۳/۶٪ شدت خستگی در حد شدید، ۵۱/۶٪ ناتوانی در حرکت خفیف، ۸۳/۷٪ شدت اضطراب پنهان در حد شدید و متوسط، ۹۳/۲٪ شدت اضطراب آشکار در حد شدید و متوسط و ۴۵/۸٪ شدت افسردگی در سطح خفیف بوده است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی نشانه‌های بیماری مبتلایان به آرتریت روماتوئید

مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

سطوح علائم و نشانه‌ها	خفیف		متوسط		شدید		غیر قابل تحمل		جمع	
	فرد	٪	فرد	٪	فرد	٪	فرد	٪	فرد	٪
شدت درد	۰	۰	۱۴	۷/۳	۱۳۰	۶۸/۴	۴۶	۲۴/۲	۱۹۰	۱۰۰
شدت خستگی	۳	۱/۵	۸۵	۴۴/۷	۱۰۲	۵۳/۶	-	-	۱۹۰	۱۰۰
ناتوانی در حرکت	۹۸	۵۱/۶	۴۵	۲۳/۷	۴۷	۲۴/۷	-	-	۱۹۰	۱۰۰
شدت اضطراب پنهان	۲۱	۱۶/۳	۷۶	۴۰	۸۴	۴۳/۷	-	-	۱۹۰	۱۰۰
شدت اضطراب آشکار	۱۳	۶/۸	۷۹	۴۱/۶	۹۸	۵۱/۶	-	-	۱۹۰	۱۰۰
شدت افسردگی	۸۷	۴۵/۸	۵۶	۲۹/۵	۱۲	۶/۳	-	-	۱۹۰	۱۰۰

یافته‌ها مؤید آن است که اکثریت بیماران (۹۷/۸٪) در گروه شدت درد غیرقابل تحمل، ۸۲/۲٪ در گروه شدت

مطلوب یا نسبتاً مطلوب می‌دانند و نصف دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند. بر اساس تحقیق Raniz Ripe و همکارانش، کیفیت زندگی در تمام حیطه‌ها به‌طور نسبی پایین تا متوسط بود^(۱۳).

درد یکی از عوامل ایجاد ناتوانی است که آرتریت روماتوئید را از سایر بیماری‌های مزمن ناتوان کننده جدا می‌کند^(۲۱). با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، شدت درد بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۰/۶۸/۴) در حد شدید است. در تحقیق خطیبی، تحت عنوان تأثیر ورزش درمانی بر توانایی‌های حرکتی بیماران آرتریت روماتوئید، شدت درد بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۰/۵۵) متوسط و شدت خستگی در سطح شدید بوده است^(۲۲).

در این پژوهش، بیشتر واحدهای مورد پژوهش زن و متأهل بوده‌اند. بنابراین، خستگی و درد آثار نامطلوبی در زندگی روزمره آنان خواهد داشت. نتایج نشان داد که شدت خستگی بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۰/۵۳/۶) در سطح شدید بوده است. شدت خستگی در مطالعه Raniz Ripe و همکارانش در حد متوسط تا شدید بوده است^(۱۳).

آرتریت روماتوئید بیماری مزمنی است که موجب اختلال در فعالیت‌های عادی روزانه می‌شود و اغلب با درجات متفاوتی از ناتوانی همراه است^(۲۳). در مورد ناتوانی در حرکت، بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۰/۵۶/۱) در سطح خفیف قرار داشت. Cadena و همکاران در تحقیق خود نشان دادند، بیشترین درصد ناتوانی در حرکت واحدهای مورد پژوهش (۰/۷۵) در سطح متوسط بوده است^(۲). اضطراب یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی این بیماران است. نتایج نشان داد، شدت

خدمات بهداشتی از جمله پرستاران می‌گردد. همین مسأله باعث افزایش آگاهی بیماران از بیماری خود و آشنایی افراد از وضعیت سلامتشان، آشنایی با مزایا و معایب درمان‌های مختلف و پر رنگ کردن نقش بیمار در انتخاب روش درمانی می‌شود. از طرفی دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی، می‌تواند در ارتقای برنامه‌های درمانی، مراقبتی و توان بخشی نیز مؤثر واقع شود^(۲۰).

بیماری‌های مزمن باعث تغییرات نامناسبی در کیفیت زندگی می‌شوند؛ از جمله، آرتریت روماتوئید، از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته مسبب عمده ناتوانایی‌ها به‌ویژه در بزرگسالی است. علائم متعددی می‌تواند روی کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید آثار بسیار جبران‌ناپذیری می‌گذارد؛ از جمله: درد، خستگی و ناتوانی در حرکت. وجود اضطراب و افسردگی در بیماران روماتوئیدی، نشان‌دهنده فعالیت بیماری است و کیفیت زندگی آنها را مختل می‌کند.

در این مطالعه کیفیت زندگی ۱۹۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید بررسی شد. نتایج مطالعه در مورد کیفیت زندگی این بیماران نشان داد، نیمی از موارد پژوهش، کیفیت زندگی خود را مطلوب یا نسبتاً مطلوب می‌دانند و نصف دیگر، آن را نامطلوب می‌شمارند. در تحقیق Cadena و همکارانش تحت عنوان فعالیت بیماری و کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئیدی، کیفیت زندگی بیشتر واحدهای مورد پژوهش، پایین و در سطح نامطلوب بوده است^(۲).

در مورد ابعاد کیفیت زندگی این بیماران، نتایج نشان داد، قریب به نصف موارد پژوهش از لحاظ بعد جسمی، بعد اجتماعی و اقتصادی، بعد روانی، بعد خواب و استراحت و بعد سلامت عمومی، کیفیت زندگی خود را

است که با التهاب شروع می‌شود و به اختلال محدودیت حرکت و در پایان به معلولیت می‌انجامد. این مطالعه، نشان می‌دهد که از نظر آماری، بین ناتوانی در حرکت و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد و روی کیفیت زندگی، تأثیر نامطلوب می‌گذارد. براساس نتایج تحقیق Cadena و همکارانش، ناتوانی روی کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد و بین ناتوانی در حرکت و کیفیت زندگی از نظر آماری ارتباط معناداری وجود دارد ($Pvalue \leq 0/05$)^(۳).

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد، بیمارانی که اضطراب پنهان و آشکار، در سطح شدید و متوسط دارند، کیفیت زندگی‌شان نامطلوب است و بین اضطراب پنهان و آشکار و کیفیت زندگی از نظر آماری ارتباط معناداری مشاهده می‌شود، یعنی این‌که هر چه شدت اضطراب پنهان افزایش یافته، از کیفیت زندگی کاسته شده است. نتایج تحقیق Cadena و همکارانش مؤید آن است که اضطراب روی کیفیت زندگی تأثیر منفی گذاشته است و بین کیفیت زندگی و اضطراب از نظر آماری ارتباط معناداری وجود دارد ($Pvalue \leq 0/05$)^(۳).

افسردگی در این مطالعه روی کیفیت زندگی تأثیر منفی داشت؛ یعنی کیفیت زندگی بیمارانی که در گروه افسردگی بهنجار بودند، مطلوب و آسانی که در گروه افسردگی شدید و متوسط قرار داشتند، نامطلوب بود. بین کیفیت زندگی و افسردگی از نظر آماری معناداری وجود داشت. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، با افزایش افسردگی، از سطح کیفیت زندگی کاسته شده است. نتایج Raniz Ripe نشان می‌دهد، بین دو متغیر کیفیت زندگی و افسردگی از نظر آماری معناداری وجود دارد ($Pvalue \leq 0/0001$)^(۱۳).

اضطراب پنهان و آشکار بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش، در حد شدید و متوسط قرار دارد. باقری شامی در مطالعه خود تحت عنوان تأثیر آرام‌سازی بنسون بر میزان شاخص‌های فعالیت این بیماری که از پرسش‌نامه اشپیلبرگر استفاده کرده، نشان داده که شدت اضطراب آشکار و پنهان بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۸۳٪) شدید بوده است^(۲۴).

افسردگی بیماران از متغیرهایی بود که بررسی شد. بر اساس نتایج، بیشترین درصد افسردگی واحدهای مورد مطالعه در حد خفیف بود. Cadena و همکاران در مطالعه خودشان گزارش کرده‌اند که شدت افسردگی در سطح متوسط به بالا بوده است^(۲). در مطالعه باقری شامی که از پرسش‌نامه بک استفاده کرده، نشان داد شدت افسردگی بیشتر واحدهای مورد پژوهش متوسط بوده است^(۲۴).

درد آرتریت بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر نامطلوب گذاشته است و از نظر آماری، ارتباط معناداری مشاهده می‌شود نتایج مطالعه Arison و Mackinnon نشان داد، درد روی کیفیت زندگی مبتلایان به آرتریت روماتوئید تأثیر منفی گذاشته و بین کیفیت زندگی و درد ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($Pvalue < 0/05$)^(۳۳).

مطالعه حاضر بیان‌گر آن است که خستگی، روی کیفیت زندگی تأثیر منفی گذاشته، یعنی هرچه خستگی بیشتر باشد کیفیت زندگی نامطلوب‌تر بوده و بین شدت خستگی و کیفیت زندگی از نظر آماری ارتباط معناداری مشاهده می‌شود. در تأیید این نتایج، Raniz Ripe و همکارانش در تحقیق خود نیز به این نتیجه رسیدند که بین دو متغیر کیفیت زندگی و شدت خستگی، ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($Pvalue \leq 0/0001$)^(۱۳).

ناتوانی ناشی از آرتریت روماتوئید جنبه مهم این بیماری بوده که در برگیرنده فرآیندی چند مرحله‌ای

References

1. Gill TM, Feinstein AR. A Critical Appraisal of Quality of Life Measurement. *JAMA* 1995 ; 272(8): 619- 629.
2. Cadena, Jose M, Vinaccias S M, Perez, Adriana P, et al. The Impact of Disease Activity on the Quality of Life , Mental and Family , Dysfunction in Colombian Patients with Rheumatoid. *Arthritis Journal of Clinical Rheumatology* 2003 ; 9 (3) : 142-150.
- ۳- صالحی رستمی. کیفیت زندگی و مفهوم آن، سمینار کیفیت زندگی تهران. ۱۳۷۹؛ ص.۳.
4. Anderson KI, Burckhardt CS. Conceptualization and Measurement of Quality of Life as an Outcome Variable for Health Care Intervention and Research. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(2) : 298- 306.
5. Orem D. Self- Care Theory in Nursing Selected Papers of Dortha Orem. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43(3): 54-51.
6. Robertson, Ginion. Individuals Perception of True Quality of Life Following a Liver Transplant An Exploratory Study. *Journal of Advanced Nursing* 1999 ; 30(2):407-505.
- ۷- برهنی گ. بررسی کیفیت زندگی آسیب دیدگان بمبارانهای شیمیایی سردشت. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه شهید بهشتی؛ ۱۳۷۸. ص.۳۰
8. Krol B, Sanderman R, Suurmeijer TP. Social Support, Rheumatoid Arthritis and Quality of Life: Concepts, Measurement and Research. *Patient Education*; 2003, 20: 101-20.
- ۹- فرهادی . پاتولوژی بیماریهای روماتیسمی، خود ایمنی. دهمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران (مجموعه مقالات علمی / تحقیقی)، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۸۰. ص.۱۳۵.
- ۱۰- صادقیان. پاتولوژی آرتریت روماتوئید. نهمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران (مجموعه مقالات علمی/ تحقیقی)، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۷۹. ص.۱۷.
- ۱۱- هاریسون ی. اصول طب داخلی هاریسون (۲۰۰۱) بیماریهای روماتولوژی. ترجمه ماریا رئیسی، آدیاسب دارایی. تهران: انتشارات تیمورزاده؛ ۱۳۸۱. ص.۱۵۵.
12. Smeltzer S, Bare BG. A Text Book of Medical - Surgical Nursing ,10th ed, Philadelphia: W.B. Lippincot Co; 2004 . p.1241.
- ۱۳- اکبریان م. بیماری روماتوئید. مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه تهران؛ ۱۳۷۴. (۱)۱: ۱۶۴.
14. Inesrupp, Hendriek C, Vanden B. Impact of Fatigue on Health- Related Quality of Life in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research* 2004;51(4): 578- 585.
15. Simcha M, Russak J, Croft j, et al. The Use of Rheumatoid Arthritis Health- Related Quality of Life Patient Questionnaires in Clinical Practice: Lessons Learned. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis care & Research)* 2003; 49(4): 574-584.
16. Jaciehill , Claire hale. Clinical Skill, Evidence Based Nursing care of people with Rheumatoid arthritis. *British Journal of Nursing* 2004 ; 13(4): 852- 857.
17. Van lankveld W, Naring G, Van Pad Bosch P, Van de Putte L. Strees Caused by Rheumatoid Arthritis: Relation Among Subjective Stressors of the Disease, Disease Status and Well- Being. *Journal Behavioral Medical* 2003;16(3): 309-321.
18. Wolfe F, Hawley DJ. Measurement of the Quality of Life in Rheumatic Disorder Using the EuroQol. *British Journal Rheumatology* 2000; 36(7):789-793.
19. Jakobsson, ulfrn, Hallberg, Rahm. Pain and Quality of Life Among Older People with Rheumatoid Arthritis/or Osteoarthritis. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11(4): 430- 443.
20. Klippel I, Dwynt A. Primary on the rheumatic diseases, philadelphia: WB Sanders Company; 2000.p.1125.
21. Mackinnon JK, Arison WR, Mccain A. Pain and QOL of People with Rheumatoid Arthritis. *International Journal of Rehabilitation Research* 2002; 17(1): 79-59.
- ۲۲ - خطیبی م. بررسی تأثیر ورزش درمانی بر تواناییهای حرکتی بیماران آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی جراحی ، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۴. ص.۱۱۰.
23. Peck, Jadith R, etal. Disability and Depression in Rheumatoid Arthritis. *Journal OF Rheumatoid* 2000; 39(9): 55-68.
- ۲۴ - باقری شامی م. بررسی تأثیر آرام سازی بنسون بر میزان شاخص های فعالیت بیماری بیماران روماتوئیدی مراجعه کننده به درمانگاه مرکز تحقیقات روماتولوژی بیمارستان امام خمینی. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۹. ص.۱۱۵.