

Evaluation of Quality of Life and Self-Care in Patients with Rheumatoid Arthritis Referring to Ayatollah Golpayegani Hospital in Qom City, 2016, (Iran)

Azam Fathi¹, Javad Hakimelahi², Maysam Fadaie², Zaynab Karimi¹, Zabillolah Gharlipour¹, Ahmad Rahbar³, Siamak Mohebi^{1*}

¹Department of Health Education & Health Promotion, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Clinical Research Development Center, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

³Department of Public Health, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

***Corresponding Author:**

Siamak Mohebi;
Department of Health Education & Health Promotion, School of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
mohebisiamak@yahoo.com

Received: 6 Aug, 2018
Accepted: 28 May, 2019

Abstract

Background and Objectives: Rheumatoid arthritis is an autoimmune inflammatory disease, which causes joint destruction and disability. People with this disease are at risk of reduction of quality of life. A key factor in successful management of rheumatoid arthritis is an appropriate self-care behavior. The aim of the present study was to evaluate self-care behavior and life expectancy in patient with rheumatoid arthritis in Qom city.

Methods: This cross-sectional study was performed on 200 Patient with rheumatoid arthritis referred to rheumatology clinic in Qom city. Information was collected using 20-Item Short Form Health Survey (SF-20) and self-care behaviors questionnaires, and the questionnaires were completed through interviews. Data were analyzed using independent t-test, independent one-way ANOVA, Duncan's post hoc test, and Pearson correlation coefficient at a confidence level of 95%.

Results: The mean age of the participants was 48.3±10.3 and 77% of them were female and 23% were male. The results of correlation between self-care and quality of life showed a significant negative correlation with the age of the patients, and there was a significant positive correlation between self-care and quality of life. Also, increase in the level of self-care was associated with higher quality of life in the patients (p<0.001, r=0.583).

Conclusion: According to the findings of this research, the variables of self-care behaviors are indirectly affect the quality of life of patients with rheumatoid arthritis. Better identification of the predictive factors of quality of life of the patients with rheumatoid arthritis by health workers is essential for effective health interventions in order to improve the quality of life of these patients.

Keywords: Rheumatoid arthritis; Quality of life; Self care.

DOI: 10.29252/qums.13.5.45

ارزیابی کیفیت زندگی و خودمراقبتی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، مراجعه کننده به بیمارستان آیت‌اله گلپایگانی شهر قم در سال ۱۳۹۵

اعظم فتحی^۱، جواد حکیم الهی^۲، میثم فدایی^۳، زینب کریمی^۴، ذبیح‌اله قارلی پور^۱، احمد راهبر^۲، سیامک محبی^۱

چکیده

زمینه و هدف: آرتریت روماتوئید، یک بیماری التهابی خودایمنی است که منجر به تخریب مفصل و ناتوانی بیماران می‌شود. افراد مبتلا به این بیماری در معرض کاهش کیفیت زندگی قرار دارند. عامل کلیدی در مدیریت موفق آرتریت روماتوئید، داشتن رفتار خودمراقبتی مناسب است. مطالعه حاضر با هدف ارزیابی رفتار خودمراقبتی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید شهر قم صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی به روش توصیفی - تحلیلی بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید، مراجعه کننده به کلینیک شهر قم در سال ۱۳۹۵ انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های سازه‌های کیفیت زندگی (SF-20) و رفتارهای خودمراقبتی جمع‌آوری و پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه تکمیل شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس مستقل یک‌طرفه، آزمون تعقیبی دانکن و ضریب همبستگی پیرسون با سطح اطمینان ۹۵٪ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت کنندگان، $48/3 \pm 10/3$ سال و ۷۷٪ زن و ۲۳٪ مرد بودند. نتایج همبستگی بین خودمراقبتی و کیفیت زندگی با سن بیماران، ارتباط معنی‌دار معکوسی نشان داد و ارتباط بین خودمراقبتی و کیفیت زندگی، معنی‌دار مثبت بود. همچنین با افزایش میزان خودمراقبتی، کیفیت زندگی بیماران از وضعیت مطلوب‌تری برخوردار بود ($p < 0/001$ ، $t=0/583$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد متغیرهای رفتارهای خودمراقبتی به‌طور غیرمستقیم بر روی کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید مؤثر است. بنابراین، شناسایی بهتر عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید توسط کارکنان بهداشتی به‌منظور مداخلات مؤثر بهداشتی در جهت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران، از موارد ضروری است.

کلیدواژه‌ها: آرتریت روماتوئید؛ کیفیت زندگی؛ خودمراقبتی.

گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

مرکز توسعه تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

سیامک محبی؛ گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:
mohebisiamak@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۷/۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۸/۳/۷

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Fathi A, Hakimelahi J, Fadaie M, Karimi Z, Charhpour Z, Rahbar A, et al. Evaluation of quality of life and self-care in patients with rheumatoid arthritis referring to ayatollah golpayegani hospital in Qom City, 2016, (Iran). Qom Univ Med Sci J 2019;13(5):45-52. [Full Text in Persian]

آرتریت روماتوئید باعث بهبود توانایی عملی، کاهش خشکی مفصل، تقویت عضلات و استخوان می‌شود، همچنین موجب



ی است

که باعث تخریب مفصل و ناتوانی در این بیماران، به خصوص مفاصل متحرک اندام‌ها می‌شود و در نتیجه کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (۱). عوامل متعددی بر روی این بیماری نظیر قومیت، ژن‌های مختلف، جنس و فاکتورهای محیطی (عفونت، داروها، میزان تحصیلات، سیگار، رژیم غذایی و ...) تأثیرگذارند (۲). مطالعات نشان داده‌اند حدود ۱٪ از مردم سراسر جهان مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید هستند (۳)، و شیوع آن در اکثر مطالعات بین ۱/۵-۰/۳٪ در افراد بالغ گزارش شده است؛ به طوری که بیشترین شیوع در بین سرخ‌پوست‌های آمریکایی با ابتلای ۵٪ و کمترین ابتلا در استرالیا و غرب نیجریه بوده است (۴). در سال ۲۰۰۸ شیوع نقطه‌ای بیماری آرتریت روماتوئید در ایران، ۰/۳۳٪ تخمین زده شد (۵).

خستگی، نارسایی قلبی - ریوی و حرکتی، همچنین بی‌خوابی از اختلالات سیستمیک بیماران بوده که این عوارض ناشی از ترکیب مجموعه عوامل سایکولوژیک، فیزیولوژیک و محیطی است. بررسی مطالعات مختلف نشان داده‌اند بیماران مبتلا به روماتوئید دارای بار بیماری مزمن (قلبی - عروقی، ریوی، عفونت‌ها، ...) بالاتری در قیاس با همسالان خود در جامعه هستند که برای کاهش مشکلات باید در مورد مراقبت‌های آرتریتی، عواقب آن و توانایی بیماران در انجام خودمراقبتی، به آن‌ها آگاهی داده شود (۶).

به عقیده Cramm، خودمراقبتی تحت عنوان فعالیت‌های روزانه یک شخص که برای کنترل یا کاهش تأثیر بیماری بر روی وضعیت سلامت جسمی خود انجام می‌دهد، تعریف می‌شود. همچنین اشخاص باید در برابر مشکلات اجتماعی - روانی ناشی از بیماری‌های مزمن ایستادگی کرده و فعالیت‌های خود را براساس سطح اجتماعی و مالی خود سازمان‌دهی کنند (۷). رفتارهای خودمراقبتی شامل: تغییر در سبک زندگی، انجام ورزش، رژیم‌های غذایی مؤثر و کاهش استرس‌های هیجانی، فکری و نمایش دارویی است (۸)، که انجام ورزش در افراد مبتلا به

کاهش افسردگی، درد، بهبود خواب و افزایش فعالیت روزمره بیماران می‌گردد. در راهنمای درمان که توسط جامعه روماتولوژی بریتانیا آمریکا منتشر شده است؛ ورزش کردن در بیماران به جهت افزایش حرکت بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، افزایش قدرت عضلات، بهبود عملکرد جسمی و بهبود کیفیت زندگی بدون تأثیر بر مفاصل و خستگی توصیه شده است (۹، ۱۰). کیفیت زندگی شاخص با ارزشی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی و پزشکی شناخته شده و از طرفی، دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی علاوه بر اینکه 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 در جهت ارزیابی هزینه‌های مالی و انسانی ناشی از بیماری، اثرات برنامه‌ها و اقدامات جدید، تغییرات سلامت جسمی روانی و وضعیت عملکردی و اجتماعی بیماران استفاده کرد (۱۱). از آنجایی که ارتقای کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید از طریق توانمندسازی آن‌ها در انجام رفتارهای خودمراقبتی بسیار حایز اهمیت است و با توجه به اینکه مطالعات محدودی درخصوص ارزیابی خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در ایران انجام شده، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان آیت‌اله گلپایگانی شهر قم صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی به روش توصیفی - تحلیلی بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید، مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان آیت‌اله گلپایگانی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. بعد از اعمال معیارهای ورود و خروج به مطالعه و متناسب با توان تیم تحقیق، از بین افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی درمانگاه بیمارستان آیت‌اله گلپایگانی، ۲۰۰ بیمار با توجه به استانداردهای تشخیصی مدرسه روماتیسم آمریکا (۱۰)، به روش

خودمراقبتی این بیماران، از پرسشنامه استاندارد خودمراقبتی، ویژه بیماران آرتریت روماتوئید استفاده شد.

نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به تمامی بیماران اطمینان داده شد اطلاعات به دست آمده کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.



مجله دانشگاه علوم پزشکی قم / دوره سیزدهم، شماره پنجم، مرداد ۱۳۹۸، مطالعه،



International License Creative Co

ورود به

مطالعه شامل: ابتلا به آرتریت روماتوئید با تشخیص پزشک متخصص (حداقل به مدت ۶ ماه) و داشتن سن بیشتر از ۱۶ سال بود. بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که بیش از حد پیر و از کار افتاده بودند و قادر به درک سوالات و پاسخ گویی نبودند، همچنین آن‌هایی که نسبت به زمان و مکان آگاهی نداشتند، از مطالعه حذف شدند.

در این مطالعه ابزار گردآوری داده‌ها سه پرسشنامه شامل: مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی Medical Outcome Survey Short Form 20 و پرسشنامه استاندارد خودمراقبتی بیماران آرتریت روماتوئید بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل: متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح سواد و میزان درآمد) بود که از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل گردید.

به منظور بررسی کیفیت زندگی، از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF20 استفاده شد. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ آیتم براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت است که برای هر کدام از وضعیت‌های عملکردی و رفاهی سه زیرمقیاس شامل: عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی و عملکرد نقش و وضعیت (سلامت روانی، درک از سلامت و درد) در نظر گرفته می‌شود.

در نهایت، به هر زیرمقیاس نمره‌ای بین ۰-۱۰۰ داده می‌شود، به این صورت که هرچه نمره فرد بالاتر باشد، نشان‌دهنده این است که وضعیت عملکردی و یا رفاهی بهتری دارد. تنها زیرمقیاس استثنا، زیرمقیاس درد است که هرچه نمره فرد در آن بالاتر باشد، نشانگر وجود درد بیشتر در فرد است. در نهایت، با جمع کردن نمره هر ۶ زیرمقیاس، نمره‌ای بین ۰-۶۰۰ به دست می‌آید که صفر نشانگر کیفیت زندگی بسیار نامطلوب و ۶۰۰ نشانگر کیفیت زندگی عالی است. اعتبارسنجی پرسشنامه SF20 در سایر کشورها، همچنین در ایران نیز انجام شده است (۱۲-۱۴)، و پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ تعیین گردید. به منظور بررسی

۴۸

این پرسشنامه شامل: ۱۷ فعالیت خودمراقبتی در بیماران آرتریت روماتوئید از جمله ورزش‌های آبی، استفاده از استخر آبگرم، کیسه آبگرم و دوش آبگرم، استفاده از باندهای کشی، مچ‌بند، آتل، مصرف منظم داروها طبق دستور پزشک، ورزش و ... می‌باشد. پاسخ‌ها براساس طیف لیکرت از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) سنجیده می‌شود و دامنه نمره قابل اکتساب در محدوده ۸۵-۱۷ است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه ندریان و همکاران به تأیید رسیده است (۱۴).

قبل از ورود به مطالعه به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، به بیماران در ارتباط با محرمانه بودن اطلاعات آنان نزد پژوهشگر، همچنین اهداف مطالعه، توضیحاتی ارائه گردید و از آنان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ با شاخص‌های مرکزی، آزمون تی مستقل، آزمون واریانس مستقل یک‌طرفه، آزمون تعقیبی دانکن و ضریب همبستگی پیرسون در سطح اطمینان ۹۵٪ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۷۷٪ (۱۵۴ نفر) شرکت کنندگان را زنان و ۲۳٪ (۴۶ نفر) را مردان تشکیل می‌دادند. میانگین سنی بیماران، $48/3 \pm 10/3$ سال برآورد شد. ۶۸٪ (۱۳۶ نفر) آنان خانه‌دار و ۲۷/۵٪ (۵۵ نفر) شاغل بودند. اکثر بیماران، متأهل ۹۴/۵٪ (۱۸۹ نفر) و ۵/۵٪ (۱۱ نفر) مجرد بودند و ۵۶/۵٪ (۱۱۳ نفر) از افراد در سطح سواد راهنمایی و پایین‌تر قرار داشتند و ۴۳/۵٪ (۸۷ نفر) دارای سواد متوسطه و دانشگاهی بودند.

میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد تحت مطالعه، $248/141 \pm 7/4$ نمره بود که نتایج این مطالعه نشان داد ۴۱٪ بیماران کیفیت زندگی پایینی داشته‌اند. همچنین نمونه‌ها از لحاظ عملکرد جسمانی (۵۱٪)، ضعف داشتند، ولی از لحاظ عملکرد اجتماعی، ۳۷٪ دارای عملکرد ضعیفی بودند. در عملکرد نقش ۶۵/۵٪، از نظر سلامت روانی، ۲۵/۵٪ و از لحاظ درک از سلامت

۵۴٪، وضعیتی ضعیف داشتند. شاخص‌های توصیفی در خصوص

کیفیت زندگی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.



صیفی کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در نمونه‌های مورد بررسی

ضعیف	توزیع فراوانی بر حسب درصد		نمره قابل اکتساب	ماکزیمم	مینیمم		
	متوسط	خوب					
۵۱	۲۳	۲۶	۰-۱۰۰	۹۲	۱۸	۴۰/۲ ± ۲۳/۱	عملکرد جسمانی
۳۷	۲۸	۳۵	۰-۱۰۰	۹۶	۲۶	۴۸/۵ ± ۲۷/۴	عملکرد اجتماعی
۶۵/۵	۱۹/۵	۱۵	۰-۱۰۰	۸۸	۱۲	۲۵/۴ ± ۲۶/۴	عملکرد نقش
۲۵/۵	۳۶	۳۸/۵	۰-۱۰۰	۷۸	۲۲	۵۱/۱ ± ۲۰/۴	سلامت روانی
۵۴	۲۱/۵	۲۴/۵	۰-۱۰۰	۸۲	۱۸	۳۹/۵ ± ۱۷/۴	درک از سلامت
۵۳	۲۶/۵	۲۰/۵	۰-۱۰۰	۹۲	۱۸	۴۳/۷ ± ۲۵/۳	درد
۴۱	۳۴/۵	۲۴/۵	۰-۶۰۰	۵۵۶	۱۶۴	۲۴۸/۷ ± ۱۴۱/۴	کیفیت زندگی (کل)

در این مطالعه، بین کیفیت زندگی و خودمراقبتی بیماران با جنسیت افراد، ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که سطح خودمراقبتی و کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان گزارش شد (جدول شماره ۲).

میانگین نمره خودمراقبتی افراد، $29/1 \pm 11/3$ بود که در این خصوص خودمراقبتی بیماران در $19/5\%$ (۳۹ نفر) در وضعیت خوب، $41/5\%$ (۸۳ نفر) وضعیت متوسط و 39% (۷۸ نفر) در وضعیت ضعیف قرار داشت.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی و خودمراقبتی بر حسب جنس

متغیر	جنس	میانگین ± انحراف معیار	تی مستقل
کیفیت زندگی	مردان	$269/3 \pm 129/1$	۰/۰۱۳
	زنان	$228/1 \pm 145/1$	
خودمراقبتی	مردان	$32/5 \pm 10/6$	۰/۰۱۶
	زنان	$25/8 \pm 12/4$	

دارای تحصیلات دانشگاهی نسبت به افرادی که تحصیلات غیردانشگاهی داشتند، بیشتر بود (جدول شماره ۳).

همچنین کیفیت زندگی و خودمراقبتی با سطح تحصیلات افراد، ارتباط معنی‌داری داشت؛ به طوری که کیفیت زندگی در افراد

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی و خودمراقبتی بر حسب تحصیلات

متغیر	تحصیلات				
	بی‌سواد	ابتدایی	راهنمایی	متوسطه	دانشگاهی
کیفیت زندگی	$205/1 \pm 45/1$	$210/13 \pm 1/5$	$436/6 \pm 215/1$	$290/1 \pm 66/4$	$322/1 \pm 2/2$
خودمراقبتی	$23/14 \pm 5/3$	$25/1 \pm 34/2$	$27/1 \pm 19/0$	$33/1 \pm 29/6$	$36/9 \pm 11/6$

ماتریس همبستگی بین کیفیت زندگی و خودمراقبتی با سن بیماران، ارتباط معنی‌دار معکوسی نشان داد؛ به طوری که با بالا رفتن سن افراد، میزان خودمراقبتی و کیفیت زندگی کمتر می‌شد (جدول شماره ۴).

آزمون تعقیبی دانکن در این خصوص نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران با سطح تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با سایر بیماران با تحصیلات متوسطه، راهنمایی، ابتدایی و بی‌سواد، به طور معنی‌داری بالاتر است. همچنین براساس این آزمون، میانگین نمره خودمراقبتی در بیماران با سطح تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با سایر بیماران با تحصیلات متوسطه،

۴۹
 سن با تغییرها و همبستگی کیفیت زندگی، خودمراقبتی در بیماران

مجله دانشگاه علوم پزشکی قم / دوره سیزدهم، شماره پنجم، مرداد ۱۳۹۸

خودمراقبتی	کیفیت زندگی	سن
-۰/۴۰۲	-۰/۳۴۸	r
۰/۰۰۲	۰/۰۰۶	p



International License Creative Commons

و سلامت روانی مشابه با نمرات حیطه‌ها در تحقیق حاضر بود. Hansson (۱۹) نیز در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافت که استراتژی‌های خودمراقبتی مشخص با بهبود کیفیت زندگی ارتباط دارد، این یافته با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اینکه انجام رفتارهای خودمراقبتی باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود، همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی و خودمراقبتی با جنسیت ارتباط معنی‌داری داشت؛ به طوری که سطح خودمراقبتی و کیفیت زندگی در مردان بالاتر از زنان گزارش شد، این یافته با نتایج مطالعه زهرا منجمد همسو نبود (۲۰). شاید دلیل این تفاوت را بتوان به ماهیت، شیوع و علت این بیماری نسبت داد که اکثریت واحدهای آماری مورد مطالعه زن بودند؛ این در حالی است که نتایج مطالعه Taylor و همکاران بر روی بیماران زن نشان داد زنان نمرات پایین‌تری در کیفیت زندگی نسبت به مردان کسب کرده‌اند که این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۱). خودمراقبتی برحسب تحصیلات نشان داد واحدهای پژوهش باسواد (دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر) توان خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر مقاطع تحصیلی دارند، این یافته‌ها با نتایج پژوهش Karter همخوانی داشت (۲۲).

Rockwell می‌نویسد بیماران دارای تحصیلات بیشتر، قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند (۲۳). در مطالعه شجاعی در تهران نیز ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات و توان خودمراقبتی گزارش شد (۲۴). از نظر پژوهشگران سطح تحصیلات با تأثیر بر اعتمادبه‌نفس، موقعیت شغلی و درآمد می‌تواند بر وضعیت توان خودمراقبتی اثرگذار باشد. از طرفی، تحصیلات بالا می‌تواند بر گسترش مهارت‌های تفکر انتقادی، میزان توانایی افراد جهت مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌های درمانی و مراقبتی مؤثر باشد. نتایج این مطالعه نشان داد میزان تحصیلات بر سطح کیفیت زندگی

بین خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نیز ارتباط معنی‌دار مثبت وجود داشت؛ بدین معنی که هرچه میزان خودمراقبتی بیشتر می‌شد، کیفیت زندگی بیماران نیز در وضعیت مطلوب‌تری قرار می‌گرفت ($r=0/583$, $p<0/001$).

بحث

آرتریت روماتوئید، یک بیماری التهابی خودایمنی است که می‌تواند منجر به تخریب مفصل و ناتوانی شود و میزان بقا این بیماران، ۱۰-۳ سال کاهش می‌یابد. نتایج این مطالعه نشان داد ۴۱٪ بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند. Hänninen و همکاران (۱۵) در مطالعه‌ای با استفاده از پرسشنامه SF-20 و اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران نشان دادند در ۵۷/۶٪ نمونه‌ها، کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بسیار پایین بوده است.

مطالعات نشان می‌دهند (۱۶، ۱۷)، سطح کیفیت زندگی در بیماران آرتریت روماتوئید نسبت به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر، به خصوص در بعضی حیطه‌ها مانند عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد و عملکرد، نقش پایین‌تری دارد و با وجود ناراحتی‌های همه‌جانبه منتسب به این بیماری، اکثریت بیماران وضعیت کیفیت زندگی خود را در حد متوسط ارزیابی کردند که به نظر می‌رسد یک الگوی ثابت بین بیماران وجود دارد مبنی بر اینکه هرچه حال آن‌ها بهتر باشد، درک مزاحمت ناشی از بیماری در آن‌ها کاهش می‌یابد، این یافته با نتیجه مطالعه Bendtsen و همکاران (۱۸) همخوانی داشت. در میان حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی این بیماران، ضعف شدید آن‌ها در حیطه عملکرد انجام فعالیت‌های شغلی و کار، بسیار چشمگیرتر است. در مطالعه‌ای که Kosinski و همکاران (۱۶) با به‌کارگیری پرسشنامه SF-36 بر روی دو گروه از بیماران آرتریت روماتوئید طی ۵۲ هفته انجام دادند در هر دو گروه پس از درمان،

همچنین در این مطالعه، پرسشنامه‌ها براساس عملکرد خود گزارش‌دهی بیماران تکمیل شدند که ممکن است خالی از اشکال و خطا نباشد و نمونه‌ها به صورت در دسترس انتخاب شدند؛ لذا در این شرایط امکان تعمیم ضعیف است.

بنابراین انجام مطالعات بیشتری مورد نیاز است تا بتوان براساس آن‌ها به درک جامع‌تری از ارتباط بین رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در این بیماران دست یافت. این یافته‌ها در برنامه‌ریزی‌های آموزشی که برای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام می‌گیرد می‌تواند کاربرد داشته باشد

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید، دارای سطح کیفیت زندگی پایینی هستند و تلاش‌های مداخله‌ای برای افزایش و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران، مهم و ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اینکه اکثر این بیماران، بیشترین ضعف موجود در کیفیت زندگی خود را درد و به خصوص عملکرد نقش خود در انجام شغل یا وظایفشان در منزل و یا محل کار عنوان کردند؛ لذا بایستی در برنامه‌ریزی‌های مداخله‌ای و آموزشی برای این بیماران، استراتژی‌هایی به منظور کاهش درد و افزایش عملکرد جسمانی‌شان طراحی گردد تا بتوانند عملکرد بهتری در انجام نقش‌های خود داشته باشند.

که دلیل

ران در



International License Creative Com

مورد اهمیت روس‌های درمانی، مصرف صحیح داروها و کنترل سایر عوامل بر بیماری باشد و از لحاظ آماری بین دو متغیر میزان تحصیلات و کیفیت زندگی، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. این یافته با نتایج مطالعه زهرا منجمد و همکاران همخوانی داشت (۱۹). نتایج تحقیق Taylor و همکاران مؤید آن است که باسوادها از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند و بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۱).

مشخصات فردی، از جمله سن می‌تواند بر روی کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد. با افزایش سن، کیفیت زندگی بیمار نامطلوب می‌شود. در یک مطالعه، افراد با سن بالا دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند و بین سن و کیفیت زندگی، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت که با نتایج مطالعه زهرا منجمد و همکاران همخوانی داشت (۲۰). همچنین در مطالعه Taylor و همکاران بین سن با کیفیت زندگی بیماران از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که جوان‌ترها از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند (۲۱).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مقطعی بودن مطالعه اشاره کرد که در آن تنها به بررسی روابط بین متغیرها پرداخته شد؛ بنابراین باید در تعمیم نتایج حاصل از آن محتاط بود.

References:

1. Silman AJ, Pearson JE. Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res* 2002;4(Suppl 3):S265-S72. PubMed
2. Cho SK, Kim D, Won S, Lee J, Choi CB, Choe JY, et al. Factors associated with time to diagnosis from symptom onset in patients with early rheumatoid arthritis. *Korean J Intern Med* 2019 Jul;34(4):910-916. PubMed
3. Chen SY, Wang HH. The Relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self - care behavior in patient with rheumatoid arthritis. *J Nurs Res* 2007;15(3):183-92. PubMed
4. Van der Linden MP, Le Cessie S, Raza K, Van der Woude D, Knevel R, Huizinga TW, et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum* 2010;62(12):3537-46. PubMed

5. Birch JT Jr, Bhattacharya S. Emerging trends in diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis. *Prim Care* 2010;37(4):779-92. PubMed



مجله دانشگاه علوم پزشکی قم / دوره سیزدهم، شماره پنجم، مرداد ۱۳۹۸

7. Cram
self-1
PubMed



International License Creative Commons Attribution License 4.0

patients?
85-92.

8. Allaart CF, Breedveld FC, Dijkmans BA. Treatment of recent-onset rheumatoid arthritis: lessons from the BeSt study. *J Rheumatol Suppl* 2007;80:25-33. PubMed
9. Wasko MC. Comorbid conditions in patients with rheumatic diseases: an update. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16(2):109-13. PubMed
10. Dechant SA, Matteson EL. Managing comorbidity risks in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16(3):177-9. PubMed
11. 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;29(2):298-306. PubMed
12. Stewart AL, Hays RD, Ware JE Jr. The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Med Care* 1988;26(7):724-35. PubMed
13. Németh G. Health related quality of life outcome instruments. *Eur Spine J* 2006;15(Suppl 1): S44-S51. PubMed
14. Nadrian H, Morovati Sharifabad MA, Mirzaei A, Bahmanpur K, Moradzadeh R, Shariati AM. Relationship between quality of life, health status and self-care behaviors in patients with rheumatoid arthritis in Yazd (Central Iran). *Scientific J Ilam Uni Med Sci* 2011;19(2):15-25. [Full Text in Persian] Link
15. Hänninen J, Takala J, Keinänen-Kiukaanniemi S. Quality of life in NIDDM patients assessed with the SF-20 questionnaire. *Diabetes Res Clin Pract* 1998;42(1):17-27. PubMed
16. Kosinski M, Kujawski SC, Martin R, Wanke LA, Buatti MC, Ware JE, et al. Health- related quality of life in early rheumatoid arthritis: impact of disease and treatment response. *Am J Manag Care* 2002;8(3):231-40. PubMed
17. Van Lankveld W, Naring G, Van der Staak C, Van Pad Bosch P, Van de Putte L. Stress caused by rheumatoid arthritis: relation among subjective stressors of the disease, disease status and well-being. *J Behav Med* 1993;16(3):309-21. PubMed
18. Bendtsen P, Hornquist JO. Change and status in quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Qual Life Res* 1992;1(5):296-305. PubMed
19. Hansson A, Hilleras P, Forsell Y. What kind of self-care strategies do people report using and is there an association with wellbeing? *Soc Indic Res* 2005;73(1):133-9. Link
20. Monjamed Z, Varaei Sh, Kazemnejad A, Razavian F. Quality of life in rheumatoid arthritis patients. *Hayat* 2007;13(3):57-66. [Full Text in Persian] Link
21. 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;51(3):350-7. PubMed
22. Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. Self monitoring of blood glucose: Language aid Financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care* 2000;23(4):477-83. PubMed
23. Rockwell J, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung* 2001;30(1):18-25. PubMed

24. Shojaei F, Asemi S, Njafyarandi A, Hoseini F. Self-care behaviour in patients with heart failure. Payesh 2009;8(4):361-69. [Full Text in Persian] Link

