

## کاهش توان کاری بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوس سیستمیک

دکتر سعداله شمس‌الدینی<sup>۱\*</sup>، دکتر حسینعلی ابراهیمی<sup>۲</sup>، دکتر بهشید گروسی<sup>۳</sup>، دکتر رضا مرادی<sup>۴</sup>

۱- گروه پوست، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- گروه مغز و اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۳- گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۴- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دریافت: ۸۴/۸/۱۶ پذیرش: ۸۵/۸/۲۱

**Title:** *Physical disability ranges in patients with systemic lupus erythematosus.*

**Authors:** *Shamsadini S, (MD); Garrosi B, (MD); Ebrahimi HA, (MD); Moradi R, (MD).*

**Introduction:** *Systemic lupus erythematosus (SLE) is an immunological disease with unknown etiology that may affect many organs. Therapy in this disease is not curative and decreased physical abilities are obvious in patients with SLE. The aim of this study was to determine physical disability ranges in patients with SLE.*

**Methods:** *This is a cross sectional study focusing on determination of physical disabilities in relation to different demographic including sex, age, duration of disease and the number of diagnostic criteria of American Rheumatological Association (ARA).*

**Results:** *The mean age of patients was  $16.32 \pm 10.35$  years and the female to male ratio was 8.33 to 1. The mean score of physical disability was  $3.42 \pm 3.17$  according to Health Assessment Questionnaire (HAQ).*

**Conclusion:** *Females were more affected than males, and disability was more severe in females ( $3.5 \pm 4$ ) than males ( $3.00 \pm 3$ ,  $p < 0.05$ ).*

**Keywords:** *Systemic lupus erythematosus, rheumatic disease, physical disability, health assessment questionnaire.*

*Hakim Research Journl 2006; 9(3): 44- 49.*

## چکیده

مقدمه: لوپوس اریتماتوس سیستمیک به‌جز پوست و مفاصل، ارگان‌های متعدد دیگری را هم درگیر می‌کند. از علل ناتوان‌کنندگی بیماران، ماندگاری بیشتر بیماران متعاقب استفاده از داروهای تضعیف‌کننده سیستم ایمنی به‌خصوص کورتیکواستروئیدها است. ناتوانی جسمی و کاهش تحرک بیمار سبب اشاعه و عدم توان استفاده از سرویس‌های بهداشتی هم می‌شود که در نهایت مراقبت‌های همه‌جانبه بیشتری را برای بیمار می‌طلبد.

روش کار: مطالعه حاضر که به‌صورت مقطعی انجام گرفته به تعیین میزان کاهش توانمندی فیزیکی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک می‌پردازد. این مطالعه، کاهش توان را در رابطه با سال‌های ابتلا، سن و جنس و نیز با هریک از شاخص‌های توانمندی که نیازهای اولیه هر فردی است بر اساس استفاده از پرسش‌نامه استاندارد شده ارزیابی سلامتی (HAQ) تعیین و مقایسه می‌نماید.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران مورد مطالعه  $۲۶/۳۲ \pm ۱۰/۳۵$  سال و نسبت درگیری زنان در مقایسه با مردان  $۸/۳۳$  در برابر ۱ بوده است ( $p < ۰/۰۵$ ). میانگین مدت ابتلای به بیماری در گروه مورد مطالعه  $۴/۷۲ \pm ۳/۱۵$  سال به‌دست آمد. میانگین نمره ناتوانی فیزیکی در بیماران مبتلا به لوپوس با استفاده از پرسش‌نامه HAQ در بیماران مورد مطالعه معادل  $۳/۴۲ \pm ۳/۶۷$  به‌دست آمد.

نتیجه‌گیری: اگرچه ابتلای زنان به بیماری لوپوس در مقایسه با مردان بیشتر بود ولی میانگین نمره ناتوانی فیزیکی بیماران با متغیرهای سن و طول مدت استقرار بیماری و جنس بیماران مرتبط بوده به‌طوری که در بیماران مرد  $۳ \pm ۳/۰۰$  سال و در بیماران زن  $۳/۵ \pm ۴$  به‌دست آمد که نشان‌دهنده ناتوانی بیشتر زنان در مقایسه با مردان بوده و این اختلاف از نظر آماری نیز معنادار بود ( $p < ۰/۰۵$ ).

کل‌واژگان: لوپوس اریتماتوس سیستمیک، بیماری روماتیسمی، ناتوانی فیزیکی بیماران، پرسش‌نامه ارزیابی سلامت.

## مقدمه

آزمایشگاهی نشان می‌دهند (۲-۴). بیماری می‌تواند در هر سنی از جمله دوره کودکی و سالمندی اتفاق بیفتد، اگر چه بیماری در هر دو جنس دیده می‌شود ولی در زنان بسیار شایع‌تر از مردان است و در گروه‌های نژادی و قومی مختلف یافت می‌شود. بیماری در سیاه‌پوستان و افراد اسپانیایی تبار شایع‌تر و شدیدتر دیده می‌شود. زمان بروز بیماری در دهه‌های دوم، سوم یا چهارم زندگی بیشتر می‌باشد (۱).

این مطالعه بر روی بیماران مراجعه‌کننده به واحدهای درمانی استان کرمان صورت گرفته است. ارتباط بین لوپوس اریتماتوس سیستمیک و بروز درجاتی از ناتوانی<sup>۲</sup> می‌تواند نشان‌دهنده سیر و روند این بیماری در توان فیزیکی بیماران باشد (۵ و ۶). در مطالعه‌ای که بر روی ماندگاری<sup>۳</sup> بیماران مبتلا به لوپوس صورت گرفته نشان داده شده که مردان در مقایسه با زنان ماندگاری کمتری دارند (۷). ارتباط بین ناتوانی مبتلایان و تظاهرات

بیماری لوپوس اریتمای سیستمیک<sup>۱</sup> نوعی اختلال خودایمنی چند سیستمی با علت ناشناخته است که با آنتی‌بادی‌های بافت‌های گوناگون همراه است. سیر بالینی، فعالیت و برگشت بیماری با میزان سطوح سرمی آنتی‌بادی مشخص می‌شود که در بالین بیمار تظاهر آن به‌صورت شکایات خفیف پوستی و دردهای مفصلی تا نارسایی مخاطره‌آمیز کلیه یا انواع سیتوپنی بروز می‌نماید (۱). تشخیص قطعی بیماری بر اساس مجموعه علائم و نشانه‌ها صورت می‌گیرد. هر چه درگیری ارگان‌های مختلف در بیماران بیشتر می‌شود ناتوانی جسمی هم منجر به از دست دادن توانایی در حرکت و نیاز بیشتر بیمار به مراقبت از خود و در استفاده از سرویس‌های بهداشتی می‌شود. مشکلات کلیوی، روانی - عصبی، قلبی - عروقی و اختلالات انعقادی و خونی سبب مرگ‌ومیر این بیماران می‌شود؛ ولی بیشتر آنها مشکلات مفصلی و پوستی را زودتر از سایر نشانه‌های داخلی و

<sup>۲</sup> Disability

<sup>۳</sup> Survival

<sup>۱</sup> Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

عصبی - روانی هم ذکر شده که نسبت افراد فاقد علائم درگیری با آسیب‌های عضوی، بیشتر گزارش شده است (۱۰ - ۸). در این مطالعه میزان ناتوانی فیزیکی در ۸۴ بیمار مبتلا به لوپوس سیستمیک مورد بررسی قرار گرفته شده است.

### روش کار

مطالعه به صورت مقطعی<sup>۱</sup> انجام گرفته است و جمع‌آوری نمونه‌ها به صورت نمونه‌گیری متوالی و آسان بر روی مراجعین سرپایی و بستری در بیمارستان شامل ۸۴ نفر (۷۵ زن و ۹ مرد) بوده است. برای تعیین و سنجش میزان ناتوانی بیماران به منازل آنها مراجعه گردید و پس از گرفتن تاریخچه کامل و انجام معاینه‌های بالینی، اطلاعات دموگرافیک تکمیل و جمع‌آوری شد. بیمارانی که بر مبنای شاخص‌های تشخیصی<sup>۲</sup> (۱) حداقل چهار شاخص آشکار داشتند، در جمع مطالعه قرار گرفته و بقیه بیماران با عنوان (لوپوس ناکامل) از مطالعه حذف شدند. سنجش توان فیزیکی بیماران به کمک پرسش‌نامه استاندارد شده ارزیابی سلامتی<sup>۳</sup> (۲) که به فارسی ترجمه شده بود انجام گرفت و تعدادی از سوالات پرسش‌نامه که با فرهنگ مردم ما هم‌خوانی نداشت، حذف گردیدند. روایی و پایایی پرسش‌نامه جدید تعیین و مورد تأیید قرار گرفت؛ به طوری که در گروهی دیگر از بیماران مبتلا به روماتیسمی هم مورد استفاده قرار گرفته بود؛ بدین ترتیب که توانایی عملکرد بیماران با توجه به میزان گرفتاری

جسمی بیماران با ۱۰ سؤال مورد بررسی قرار گرفت (۱۴ - ۱۱). میانگین نمره ناتوانی به دست آمده از بیماران ما با میانگین نمره ناتوانی برحسب متغیرهای دیگر مقایسه گردیدند. سؤال‌های این پرسش‌نامه هر کدام امتیازی بین ۲ - ۰ را به خود اختصاص می‌دادند. در صورتی که فرد توانایی انجام هر یک از اعمال ذکر شده در هر سؤال را می‌داشت نمره صفر (توانمند کامل) و در صورتی که انجام کار با مشکل صورت می‌گرفت، نمره ۱ (کم‌توان) و اگر توانایی انجام کار را نمی‌داشت، نمره ۲ (ناتوان) برای وی منظور می‌گردید. سوالات ۱۰ گانه‌ای که در بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت در جدول ۱ آمده است.

ارزش سوالات فوق با هم برابر و نمرات تمام سوالات ده‌گانه در مورد هر فرد با هم جمع شدند و نمره نهایی به دست آمد. حداقل جمع نمرات، صفر (توانمند) و حداکثر آن ۲۰ (ناتوان) بود. میانگین نمرات در گروه‌های مورد مطالعه با هم مقایسه شدند. گروه‌هایی که میانگین نمره بالاتری را کسب می‌کردند از درجه ناتوانی بیشتری برخوردار بودند.

برای تحلیل نتایج، اطلاعات بیماران پس از وارد شدن به رایانه توسط نرم‌افزار SPSS تحت ویندوز مورد آنالیز آماری قرار گرفتند. داده‌ها به صورت میانگین، انحراف معیار، درصد و نسبت شانس<sup>۴</sup> نمایش داده شدند.

جدول ۱- سنجش توانایی کاری بیماران مبتلا به SLE بر حسب پرسش‌نامه ارزیابی سلامتی (HAQ)

معیارهای سنجش ناتوانی فیزیکی	بلی (توانمند) (نمره صفر+)		انجام یا مشکل (نمره یک-)		خیر (ناتوان) (نمره دو-)
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
بستن بندکفش و دکمه‌های لباس	۷۰	۸۳/۳۳	۱۴	۱۶/۶۷	۰
نشستن و بلند شدن از روی زمین، تختخواب	۴۹	۵۸/۳۴	۳۱	۳۶/۹	۴/۷۶
بستن و خشک کردن موها و بدن	۶۶	۷۸/۵۷	۱۴	۱۶/۶۷	۴/۷۶
توان به تنهایی غذا خوردن	۸۰	۹۵/۲۴	۴	۴/۷۶	۰
توان بالا رفتن از پله‌ها	۳۹	۴۶/۴۳	۴۰	۴۷/۶۲	۵/۹۵
دستشویی رفتن (استفاده از دستشویی)	۵۹	۷۰/۲۴	۲۲	۲۶/۱۹	۳/۵۷
پایین آوردن جسمی در حدود ۲ کیلو گرم	۵۸	۶۹/۰۵	۲۳	۲۷/۳۸	۳/۵۷
خم شدن و برداشتن اشیاء از روی زمین	۵۳	۶۳/۱	۲۷	۳۲/۱۴	۴/۷۶
بازکردن درب اتومبیل، سرشیشه یا شیر آب	۶۷	۷۹/۷۶	۱۵	۱۷/۸۶	۲/۳۸
انجام کارهای عادی و روزانه ...	۴۵	۵۳/۵۸	۳۰	۳۵/۷۱	۱۰/۷۱

<sup>1</sup> Cross-Sectional

<sup>2</sup> American Rheumatology Association (ACR)

<sup>3</sup> Health Assessment Questionnaire (HAQ)

<sup>4</sup> Odds ratio

هم‌زمان با بالا بردن طول عمر مبتلایان، معلولیت و ناتوانی فیزیکی بیماران را افزایش می‌دهند (۱۵). سن شروع بیماری به‌طور معمول در حوالی بلوغ می‌باشد؛ به‌طوری که میانگین سنی بیماران مبتلا به لوپوس سیستمیک در اهالی فرانسه، ۳۰ سال و در کشور سریلانکا ۳۲ و در کشورهای آسیایی مانند چین و عربستان به ترتیب ۱۲ ± ۲۹/۵ و ۱۱ ± ۲۳ سال گزارش شده است (۱۶ و ۱۷).

در مطالعه حاضر، میانگین سنی بیماران در زمان شروع بیماری معادل ۱۰ ± ۲۶/۳۲ سال به‌دست آمد که نشان‌دهنده شروع زودرس‌تر بیماری در این منطقه است. بیماری در زنان شایع‌تر از مردان بوده به‌طوری که در مطالعات مشابه و به‌خصوص بر روی نژادهای گوناگون در کشور آمریکا نسبت زن به مرد بین ۴/۳ الی ۱۳/۶ متغیر بوده است و این نسبت در کشور اروپایی یونان ۷ برابر و در کشورهای آسیایی مانند عربستان و مالزی به ترتیب ۵/۵ و ۱۰/۱۷ برابر گزارش شده است (۱۸ و ۱۹). در مطالعه ما زنان بیش از ۸ برابر مردان مبتلا بودند (۷۵ نفر به ۹ نفر). میانگین نمره ناتوانی در بیماران بر اساس پرسش‌نامه HAQ در کل بیماران ۳/۷ ± ۳/۴۲ به‌دست آمد که به‌طور صوری نشان می‌دهد هر بیمار مبتلا به لوپوس سیستمیک در انجام ۳ الی ۴ فعالیت فیزیکی از ۱۰ فعالیت مورد نیاز روزمره اشکال داشته‌اند. این نمره در مردان ۳/۹ ± ۳ و در زنان ۳/۶ ± ۳/۵ بوده که ناتوانی بیشتری را در زنان مورد مطالعه در مقایسه با مردان نشان می‌دهد و می‌تواند مبین ابتلای<sup>۱</sup> بالای بیماری در زنان در مقایسه با مردان باشد در حالی که مرگ‌ومیر<sup>۲</sup> بیماری بر عکس مردان بیشتر از زنان می‌باشد. در مطالعه‌ای که قبلاً توسط غضنفری و همکاران با همین پرسش‌نامه و بر روی بیماران مبتلا به لوپوس در شیراز انجام شده ناتوانی زنان در مقایسه با مردان بیشتر بوده در حالی که مرگ‌ومیر بیماری بر عکس در مردان بیشتر از زنان بوده است (۸).

البته در ایران هم مطالعه محدودی در شیراز با استفاده از پرسش‌نامه استانفورد<sup>۳</sup> صورت گرفته که میزان بروز ناتوانی در بیماران مورد مطالعه از افراد غیربیمار بیشتر بوده که در زنان نیز آشکارتر از مردان بوده است (۸ و ۹). در مطالعه ما سعی شده است میزان ناتوانی بیماران لوپوسی در ارتباط با متغیرهای جنس، سن، طول مدت بیماری و فراوانی تعداد شاخص‌های<sup>۴</sup>

جدول ۲- توزیع فراوانی بیماران بر حسب اخذ نمره نهایی توان کاری از آزمون HAQ

وضعیت و نمره نهایی بیماران مورد مطالعه	فراوانی	درصد
ناتوانی را ذکر نمی‌کردند (توانمندان) نمره صفر	۲۳	۲۷/۳۸
ناتوانی خفیف داشتند (نمره بین ۱ الی ۴)	۳۷	۴۴/۰۷
ناتوانی متوسط داشتند (نمره بین ۵ الی ۸)	۱۵	۱۷/۸۶
ناتوانی شدید داشتند (نمره بین ۹ الی ۱۲)	۵	۵/۹۵
ناتوانی خیلی شدید داشتند (نمره ۱۲ به‌بالا)	۴	۴/۷۴
جمع	۸۴	۱۰۰

## یافته‌ها

۷۵ بیمار از ۸۴ مورد مطالعه را زنان (۸۹/۳٪) و ۹ نفر (۱۰/۷٪) آنها را مردان تشکیل می‌دادند؛ به‌طوری که نسبت مبتلایان زن به مرد ۸/۳ برابر و میانگین سنی بیماران ۲۶/۳۲ سال بوده است (زنان ۲۷/۲ و مردان ۱۹/۱۱ سال). کم‌ترین سن مبتلایان ۱۰ و بیشترین آنها ۵۶ سال داشت و در نیمی از افراد تحت مطالعه سن شروع بیماری کمتر از ۲۵ سال بوده است.

فراوان‌ترین ناتوانی در «بالا رفتن بیمار از پله‌ها» مشاهده شد که ۴۵ نفر از بیماران مورد مطالعه (۵۳/۵۷٪) در انجام آن مشکل داشته یا توان انجام آن را نداشتند. ناتوانی در انجام کارهای عادی روزانه و مشکل در بستن بند کفش و دکمه لباس به ترتیب در مرتبه دوم و سوم قرار گرفتند که در ۳۹ (۴۶/۴۳٪) و ۳۵ نفر (۴۱/۶۷٪) از بیماران مشاهده گردید. کم‌ترین میزان ناتوانی در مورد غذا خوردن بیماران بود که فقط ۴ بیمار اظهار داشتند که توان انجام آن را ندارند. ۲۷/۴٪ نمره ناتوانی صفر (توانایی کامل) داشتند و ۷۲/۶٪ بقیه نمره ناتوانی بین ۱ الی ۴/۷۴ داشتند که میانگین نمره ناتوانی در مردان ۳ ± ۳/۰ و در زنان ۴ ± ۳/۵ بود (ناتوان‌تر بودند). در رابطه با سن و نمره HAQ، ضریب همبستگی (۱) آنها به‌میزان ۰/۰۲۴ مشاهده شد.

## بحث و نتیجه‌گیری

در بیماری لوپوس اریتماتوس سیستمیک به‌دلیل درگیری ارگان‌های مختلف و عدم پاسخ مناسب به درمان، بیماری طولانی شده که خود اثرات نامطلوبی روی وضعیت جسمی و توان کاری مبتلایان می‌گذارد (۲). اگر چه بیماری در زمان‌های قدیم بدون درمان بیشتر منجر به مرگ می‌گردید ولی پس از کشف کورتیکواستروئیدها و کاربرد داروهای تضعیف‌کننده سیستم ایمنی، مرگ بیماران به تأخیر افتاده و این داروها

<sup>1</sup> Morbidity

<sup>2</sup> Mortality

<sup>3</sup> Health Assessment Questionnaire (HAQ)

<sup>4</sup> Criteria

بیماران به عمل آمد، ضریب همبستگی (۲) عدد  $0/024$  را نشان داد که از لحاظ آماری معنادار می‌باشد و نشان‌دهنده افزایش میزان ناتوانی فرد یا پیشرفت بیماری (سال‌های ابتلا) می‌باشد ( $p < 0/05$ ).

فراوانی جنسیت افراد در این مطالعه نشان می‌دهد که زنان بیش از مردان به لوپوس مبتلا بودند (۸ به ۱). میانگین نمره ناتوانی در کل بیماران مورد مطالعه بر اساس پرسش‌نامه HAQ در کل بیماران  $3/7 \pm 3/42$  به دست آمد که به طور صوری نشان می‌دهد هر بیمار مبتلا به لوپوس سیستمیک در انجام ۳ الی ۴ فعالیت فیزیکی از ۱۰ فعالیت مورد مطالعه که مورد نیاز روزمره بیماران می‌باشد، اشکال داشتند. این نمره در مردان  $3/9 \pm 3$  و در زنان  $3/6 \pm 3/5$  بود که ناتوانی بیشتری را در زنان مورد مطالعه در مقایسه با مردان نشان می‌دهد و می‌تواند مبین ابتلای بالای بیماری در زنان در مقایسه با مردان باشد؛ در حالی که مرگ‌ومیر بیماری بر عکس در مردان بیشتر از زنان می‌باشد. در مطالعه‌ای که با همین پرسش‌نامه و بر روی بیماران مبتلا به لوپوس در شیراز انجام شده مشاهده شد که بروز ناتوانی در زنان بیشتر از مردان بوده است. مطالعات انجام شده نیز حاکی از زودرس بودن بیماری در مردان می‌باشد که همین زودرسی در حیات بیماران می‌تواند علیلی بیشتر زنان را به دنبال داشته باشد (چون دیرتر می‌میرند و عمر طولانی‌تری را سپری می‌نمایند) (۸). میانگین نمره ناتوانی در مردان  $3 \pm 3/0$  و در زنان  $4 \pm 3/5$  بود (ناتوان‌تر بودند). در رابطه با سن و نمره HAQ، ضریب همبستگی (۱) آنها به میزان  $0/024$  مشاهده شد. در تحلیلی که بین رابطه سال‌های ابتلا و ماندگاری بیماری و نمره ناتوانی HAQ بیماران به عمل آمد نتیجه از نظر آماری معنادار بود که نشان‌دهنده افزایش میزان ناتوانی فرد یا سال‌های پیشرفت بیماری (سال‌های ابتلا) می‌باشد تا افزایش سن به تنهایی ( $p < 0/05$ ).

### تشکر و قدردانی

از معاونت و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به‌خاطر حمایت مالی انجام طرح و از خانم دکتر عطارپور، متخصص داخلی و خانم دکتر رضازاده، روماتولوژیست به‌خاطر مشارکت در جلسه داوری دفاع از پایان طرح و پایان‌نامه دانشجویی تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

تشخیصی بر اساس معیارهای شناخته شده ACR (۱) صورت گیرد که می‌تواند در تعیین پیش‌آگهی بیماران، ارزش ویژه‌ای داشته باشد (۱۰ و ۱۱).

البته در مطالعه جداگانه دیگری که بر روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید صورت گرفته باز هم ناتوانی زنان از مردان بیشتر بوده است. این یافته مختص بیماری‌های روماتیسمی نمی‌باشد بلکه حتی در بیماری‌های غیرروماتیسمی از جمله بیماری‌های کرونری قلب هم همین نتیجه تأیید شده است که نشان می‌دهد آسیب‌پذیری در حد ناتوانی در زنان بیشتر از مردان می‌باشد. البته مطالعه دیگری جهت تعیین دقیق‌تر رابطه علت و معلولی بین این دو پدیده لازم است که چرا بین فراوانی معلولیت نسبی و جنسیت بیماران این رابطه مشاهده می‌شود. شاید به گفته وکینگ<sup>۱</sup> و همکاران این ارتباط می‌تواند متأثر از وجود پیوندهای قوی جسمی-جنسی و دیگر عوامل تنش‌زا باشد (۲) و (۲۰-۲۲).

فراوان‌ترین ناتوانی مربوط به توان بالا رفتن از پله‌ها بود که  $54/57\%$  بیماران ما یا مشکل داشته یا توان آنها نداشتند که این نتایج با مطالعه‌ای که در بیماران شیرازی صورت گرفته یکسان بوده و هماهنگی دارد (۸ و ۲۰). ناتوانی در انجام کارهای عادی روزانه و مشکل در بستن درب منزل و بستن بند کفش و دکمه‌های لباس به ترتیب در مرتبه دوم و سوم قرار داشتند که در  $47/4\%$  و  $42/7\%$  بیماران دیده شد. کم‌ترین میزان افت توان کاری در مورد غذا خوردن بیماران بود که فقط ۴ بیمار اظهار می‌داشتند که توان انجام آن را ندارند. حدود ۳۰٪ بیماران در رفتن به دستشویی مشکل داشتند که اگر چه در مقایسه با بیماران شیرازی مشکل کمتری را نشان می‌دهند ولی چون این ناتوانی اهمیت ویژه‌ای در رعایت موازین بهداشتی افراد دارد، قابل توجه است (۹ و ۲۲). نتیجه دیگری که در مطالعه ما به دست آمد وجود ارتباط معنادار بین مدت ابتلا به بیماری لوپوس و نمره ناتوانی فرد بود؛ به طوری که با افزایش مدت ابتلا به بیماری (سال‌های ابتلا) این نمره نیز به طور معناداری افزایش می‌یافت ( $p < 0/05$ ).

۲۳ نفر ( $27/4\%$ ) از بیماران مورد مطالعه ناتوانی نداشتند؛ یعنی می‌توانستند کارهای روزمره خود را به طور معمول انجام دهند در حالی که ۶۱ نفر بقیه ( $72/6\%$ ) نمره ناتوانی بین ۱ الی  $4/74$  را دارا بودند و میانگین نمره ناتوانی در مردان کمتر از زنان بود به طوری که از لحاظ آماری با یکدیگر تفاوت معناداری را نشان می‌دادند (۱). در تحلیلی که بین رابطه سن و نمره ناتوانی HAQ

<sup>1</sup> Wekking

## References

- 1- Hahn BH. Systemic lupus erythematosus. In: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al (eds.). *Harrison's principles of internal medicine*. 16<sup>th</sup> edition. New York: McGraw-Hill; 2005: 1960- 1967.
- 2- Lahita R. The role of sex hormones in systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol* 1999; 11(5): 352.
- 3- Copeman WSC. Introductory note on the nomenclature and classification of rheumatic diseases. In: Copeman WSC, ed. *Textbook of rheumatic diseases*. 4th ed. Edinburgh: Livingstone; 1969: 12.
- 4- Schumacher HR, Bardin T. The spondyloarthropathies. classification and diagnosis. Do we need new terminologies. *Baillieres Clin Rheumatol* 1998; 12:551-565.
- 5- Tench C, Bentley D, Vleck V, et al. Aerobic fitness, Fatigue, and Physical Disability in SLE. *J Rheumatol* 2002; 29: 474-481.
- 6- Boomsma MM, Bijl M, Stegeman CA, et al. Patients' perceptions of the effects of systemic lupus erythematosus on health, function, income, and interpersonal relationships: a comparison with Wagener's granulomatosis. *Arthritis Rheum* 2002; 47(2): 196-201.
- 7- Shamsadini S, Shakibi MR. Median survival rate in patients with systemic lupus erythematosus relative to some demographic varieties. *The Internet Journal of Rheumatology* 2005; 2(1).
- 8- Jonsen A, Bengtsson AA, Nived O, et al. Outcomes of neuropsychiatric systemic lupus erythematosus within a defined Swedish population: increased morbidity but low mortality. *Rheumatology* 2002; 1308-12.
- 9- غضنفری ش. میزان ناتوانی و همبستگی آن با عوامل روانی- اجتماعی در بیماران SLE. پژوهش در پزشکی ۱۳۸۰؛ ۲۵ (۲): ۴۲- ۳۷.
- 10- Phipps WJ, Sands JK, Marek JF, et al. *Medical- surgical nursing*. St Louis: C.V. Mosby; 1999.
- 11- Wolf F, Kleinheksel SM, Cathey MA, et al. The clinical value of the Stanford Health Assessment Questionnaire Functional Disability Index in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1988; 15: 1480- 1488.
- 12- Posdevis V, Fonnos TN, et al. Evaluation of the performance status of rheumatoid arthritis patient via kernovsky performance status scale. *Rheumatologia* 1998; 11(2):65- 98.
- 13- Ades PA, Savage PD, Tischler MD, et al. Determinants of disability in older coronary patients. *Am Heart J* 2002; 143(1): 151- 156.
- 14- Azizah MR, Ainol SS, Kong NC, et al. Gender differences in the clinical and serological features of SLE in Malaysia patient. *Med J Malaysi* 2001; 56(3): 302- 307.
- 15- Fries JF, Spitz P, Kraines RG, et al. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980; 23: 137-145.
- 16- Godaert GL, Hartkamp A, Geenen R, et al. Fatigue in daily life in patients with primary Sjogren's syndrome and SLE. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 966: 320- 326.
- 17- Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, et al. Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. *Am J Psychiatry* 2002; 159(11): 1862- 1868.
- 18- Roth RS, Geisser ME. Educational achievement and chronic pain disability: mediating role of pain-related cognitions. *Clin J Pain* 2002; 18(5): 286- 296.
- 19- Dickens C, Jayson M, Creed FH. Psychological correlates of pain behavior in patients with chronic low back pain. *Psychosomatics* 2002; 43(1): 42-48.
- 20- Milligan SE, Hom DL, Ballou SP, et al. An assessment of the health assessment questionnaire functional ability index among women with systemic Lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1993; 20: 927-6.
- 21- Wekking EM. Psychairic symptoms in systemic lupus erythematosus: An update. *Psychosom Med* 1993; 55: 219-227.
- 22- Hochberg MC, Suutton JD. Physical disability and psychosocial dysfunction in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1988; 15: 959- 964.