

## مقایسه کیفیت زندگی بیماران با شکستگی تنه استخوان ران عمل شده و افراد سالم در بیمارستان های کاشانی و الزهرا (س) اصفهان

دکتر حسین فانیان\*، دکتر بهشاد بوذری پوربوئینی\*\*، زهره شامندی\*\*\*

\* استادیار گروه ارتوپدی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (مؤلف مسئول). \*\* رزیدنت ارتوپدی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

\*\*\* دانشجوی پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

تاریخ دریافت: ۸۳/۶/۱۶ - تاریخ تائید: ۸۴/۴/۱۴

### چکیده:

زمینه و هدف: تصادفات و سوانح در کشور ما شیوع فراوانی داشته و منجر به انواع آسیب ها از قبیل شکستگی می شود که خود مسئول عوارض جسمی و روحی می باشند. عوامل روحی روانی در کیفیت زندگی نقش به سزایی دارند و هر نوع آسیب آنها منجر به افت کیفیت زندگی در جنبه های مختلف از قبیل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی می شود. از آنجا که تا بحال مطالعه مکتوبی در مورد آسیب های روحی به دنبال تروماهایی از قبیل شکستگی و تأثیر آن روی کیفیت زندگی بیماران در ایران انجام نشده است ما به سنجش کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی و مقایسه آن با افراد سالم پرداختیم.

روش بررسی: این تحقیق یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که با روش نمونه گیری تصادفی بر روی دو گروه سالم و بیمار انجام شد. هر گروه شامل ۶۰ نفر زن و مرد ۵۰-۲۰ سال بود. در گروه بیمار افرادی فقط با شکستگی تنه استخوان فمور بوده که مورد عمل جراحی قرار گرفته و از نظر سایر ارگان ها مشکلی نداشتند و در عرض ۱-۲ سال بعد از جراحی نیز دچار عوارض شکستگی نشده و شواهد کلینیکی و رادیولوژیکی نتیجه خوب عمل را نشان می داد و گروه سالم از بین همراهان بیماران که بیماری شناخته شده ای نداشتند انتخاب گردید. سایر شرایط مثل وضعیت اقتصادی، اجتماعی و غیره در دو گروه مشابه بود. کیفیت زندگی در این دو گروه با پر کردن پرسشنامه فارسی SF-36 در هشت جنبه مختلف (عملکرد جسمی، محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی، محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب اجتماعی، سلامت روانی) بررسی گردید و با استفاده از آزمونهای آماری t-test، t مستقل و نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: در این مطالعه مشخص شد که کیفیت زندگی به طور خفیفی در هر ۸ جنبه کیفیت زندگی افت کرده و بیشترین افت کیفیت زندگی در بیماران در جنبه انرژی و خستگی بود و در مقایسه بیماران با افراد سالم بیشترین اختلاف در افت کیفیت زندگی در جنبه های محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی و عملکرد جسمی بود. همچنین مقایسه افت کیفیت زندگی بین دو گروه در هر ۸ جنبه معنی دار بود ( $P < 0/05$ )، ولی بین زن و مرد تفاوت معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی بیماران بعد از جراحی شکستگی تنه استخوان فمور نسبت به افراد سالم در همه ابعاد در سطح پایین تری بوده است. این امر ممکن است ناشی از پیگیری ناکافی بیماران بعد از ترخیص یا هزینه های سنگین درمانی یا حمایت ناکافی اجتماعی، جسمانی و عاطفی باشد. عدم انجام اقدامات توانبخشی کافی بعد از اعمال جراحی ارتوپدی نیز می تواند در کیفیت زندگی تأثیر بگذارد این امر می تواند ما را متوجه ضرورت پیگیری و اهمیت دادن به دیدگاه بیماران در مداخلات درمانی و فعالیت های بازتوانی کند.

واژه های کلیدی: شکستگی، تنه ران، کیفیت زندگی، پرسشنامه SF-36.

\*آدرس: اصفهان - بیمارستان آیت اله کاشانی - گروه ارتوپدی - تلفن: ۰۳۱۱-۶۶۱۴۲۴۳، Email: fanian@med.mui.ac.ir

**مقدمه:**

تصادفات و سوانح در کشور ما شیوع فراوانی دارد و منجر به انواع آسیب‌ها از قبیل شکستگی می‌شود که خود مسئول عوارض جسمی و روحی می‌باشد.

اداره کردن صحیح و درمان یک شکستگی در گرو رعایت اصول جراحی با توجه به شرایط خاص هر شکستگی می‌باشد (۲،۱). تقسیم بندی صحیح و عملی شکستگی و دسته بندی و توصیف میزان آسیب بافت نرم می‌تواند جراح را در اتخاذ تصمیم برای انتخاب درمان صحیح یاری کند (۳).

یکی از اجزاء فرآیند درمان بررسی نتایج اعمال جراحی می‌باشد که به دو دسته بالینی (دیدگاه جراح) و کیفیت زندگی (دیدگاه بیمار عمل شده) تقسیم می‌شود. کیفیت زندگی که همان نتیجه درمان از دیدگاه بیمار است به زمینه های وسیع احساسی، اجتماعی و عملکردی توجه دارد (۴،۳،۱). بیشتر تحقیقات در زمینه ارتوپدی و بالطبع یافته های بدست آمده از آن بر مبنای ارزیابی های بالینی بوده است. این امر حتی در مورد بیماریانی که تعویض مفاصل شده نیز صدق می‌کند. بطوری که تأثیر این نوع مداخله جراحی بر عملکرد واقعی فرد کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است (۵،۶،۱).

لیپس<sup>۱</sup> و همکاران در بررسی کیفیت زندگی در بیماران با شکستگی ستون فقرات به بررسی جنبه های روحی و روانی بعد از عمل پرداخته اند (۵)، تیدرمارک<sup>۲</sup> به بررسی کیفیت زندگی بعد از عمل های شکستگی گردن فمور پرداخته (۷) و پونزر<sup>۳</sup> و همکارانش با بررسی کیفیت زندگی بیماران ذکر کرده اند که حمایت های اولیه در بازتوانی بیماران آسیب دیده ارتوپدی ممکن است سودبخش باشد (۶)

مک درمید<sup>۴</sup> و همکارانش در ارزیابی بیماران بعد از درمان شکستگی دیستال رادیوس از پرسشنامه Short Form-36 همراه با پرسشنامه ناتوانی بازو شانه دست استفاده کرده اند (۸).

امروزه دسته دومی از ارزیابی که به آن یافته های غیر عینی (Objective) گفته می‌شود جای خود را در بررسی نتایج درمان بیماران باز کرده است (۹،۸). بنابر این بررسی کیفیت زندگی جزء مهمی در ارزیابی نتایج درمان بیماران به حساب می‌آید (۱۰،۱). از آنجائی که تا بحال مطالعه ثبت شده ای در مورد کیفیت زندگی بیماران بعد از جراحی های استخوان به دنبال شکستگی ران ناشی از تروما انجام نشده است بر آن شدیم تا مطالعه ای در این زمینه انجام داده و کیفیت زندگی بیماران را بررسی و با افراد سالم مقایسه نمائیم.

**روش بررسی:**

این تحقیق یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می‌باشد که به بررسی کیفیت زندگی در بیماران دچار شکستگی تنه استخوان ران که مورد عمل جراحی قرار گرفته و بهبود یافته اند پرداخته و آنها را با افراد سالم جامعه در هشت جنبه کیفیت زندگی مقایسه کرده است.

برای انتخاب بیماران با مراجعه به بایگانی بیمارستانهای الزهرا<sup>(س)</sup> و آیت اله کاشانی شهر اصفهان پرونده افراد ۲۰ تا ۵۰ سال که فقط مبتلا به شکستگی ران بوده، سالهای ۸۱ و ۸۲ مورد عمل جراحی قرار گرفته و بیش از یکسال از درمانشان گذشته بود انتخاب و از آنها برای معاینه و پر کردن پرسشنامه دعوت به عمل آمد.

4-McDermid

1-Lips  
2-Tidermark  
3-Ponzer

میزان خام هر هشت جنبه از حداقل عدد صفر تا حداکثر عدد ۱۰۰ درجه بندی می شود. در این اندازه گیری، عددی برای هر کدام از جنبه های هشت گانه بدست می آید که نشان دهنده کیفیت زندگی فرد در آن جنبه است. این پرسشنامه می تواند توسط افراد با سواد متوسط و یا به کمک مصاحبه کننده حضوری یا از طریق تلفن تکمیل شود (۱۱،۷،۱). بعد از پر شدن پرسشنامه ها عدد های بدست آمده، طبق جدول امتیاز دهی شد و از برنامه های نرم افزاری SF-36.exe و SPSS و با استفاده از آزمون های آماری t مستقل و t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها:

نمونه ها (۶۰ نفر دچار شکستگی و ۶۰ نفر سالم)، شامل ۱۷ زن و ۴۳ مرد در هر گروه با میانگین سنی ۳۴/۱۸ سال بود. مقایسه میانگین کیفیت زندگی در هر هشت جنبه بررسی شد که در تمام جنبه ها بین دو

افراد گروه سالم از بین همراهان بیماران بطور تصادفی انتخاب می شدند به طوری که از نظر جنس، سن و وضعیت اقتصادی - اجتماعی مشابه گروه بیماران بوده و همچنین سابقه ای از بیماری شناخته شده نداشتند (بیماری قلبی، ریوی، کلیوی، عضلانی، اسکلتی، سابقه عمل جراحی بزرگ، مغزی و ناراحتی روانپزشکی). حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه و برای مقایسه دو میانگین تعداد ۶۰ نفر بدست آمد.

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه فارسی Short Form 36 (SF-36) بود که برای سنجش کیفیت زندگی با ۳۶ سؤال در مورد وضعیت روحی و جسمی فرد می پردازد. این ابزار در پزشکی بطور گسترده ای مورد استفاده قرار می گیرد (۸،۷،۲). سؤالات مطرح شده در پرسشنامه SF-36 در ۸ زیر گروه شامل: عملکرد جسمی، محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی، محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب روحی، درد بدنی، سلامت عمومی، انرژی و خستگی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی طبقه بندی شده است.

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین هشت جنبه کیفیت زندگی بین افراد سالم و دچار شکستگی تنه فمور

بیمار	سالم	گروه مورد مطالعه
انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	کیفیت زندگی (هشت جنبه)
۶۹/۷۰ ± ۱۶/۰۹	۸۹/۱۶ ± ۱۰/۰۹	سلامت عمومی
۷۰/۷۵ ± ۱۹/۸۷	۹۳/۸۳ ± ۸/۲۰	درد بدنی
۷۳/۳۰ ± ۱۵/۹۷	۹۰/۰۱ ± ۱۰/۲۰	عملکرد اجتماعی
۶۷/۰۱ ± ۱۵/۳۵	۷۴/۱۱ ± ۹/۶۸	سلامت روانی
۵۶/۸۸ ± ۱۲/۲۱	۷۳/۶۶ ± ۱۱/۴۰	انرژی و خستگی
۶۶/۶۱ ± ۲۹/۴۴	۸۸/۳۱ ± ۲۱/۱۲	محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب روحی
۶۸/۳۳ ± ۳۱/۸۴	۹۴/۴۱ ± ۱۱/۳۵	محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی
۶۸/۶۶ ± ۱۷/۶۵	۹۶/۷۵ ± ۴/۹۴	عملکرد جسمی

در هر گروه  $n=60$  می باشد. - در همه موارد  $P < 0.05$  می باشد.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین هشت جنبه کیفیت زندگی بین زنان و مردان با شکستگی تنه فمور

کیفیت زندگی	جنسیت	مذکر* انحراف معیار ± میانگین	مؤنث** انحراف معیار ± میانگین
سلامت عمومی		۷۹/۶۹ ± ۱۵/۴۰	۷۸/۷۹ ± ۱۹/۴۴
درد بدنی		۸۳/۰۶ ± ۱۷/۷۷	۸۰/۳۵ ± ۲۲/۱۶
عملکرد اجتماعی		۸۲/۰۱ ± ۱۴/۷۹	۸۲/۵۲ ± ۱۹/۰۶
سلامت روانی		۷۰/۰۹ ± ۱۳/۵۳	۷۱/۸۶ ± ۱۲/۶۸
انرژی و خستگی		۶۵/۶۰ ± ۱۴/۱۳	۶۴/۴۴ ± ۱۵/۴۸
محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب روحی		۷۸/۲۶ ± ۲۷/۹۱	۷۵/۴۵ ± ۲۷/۶۱
محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی		۹۴/۴۱ ± ۱۱/۰۷	۷۵/۴۴ ± ۳۱/۸۴
عملکرد جسمی		۸۳/۷۲ ± ۲۵/۲۸	۶۸/۰۵ ± ۲۱/۳۵

در همه موارد  $P > 0.05$  می باشد.

n=۴۳\*

n=۱۷\*\*

نتایج بدست آمده از جدول شماره یک، نشان می دهد که بیشترین کاهش کیفیت زندگی از جنبه انرژی و خستگی بود. همچنین بیشترین اختلاف در افت کیفیت زندگی بین افراد سالم و بیماران دچار شکستگی در جنبه های محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی و عملکرد جسمی بود. تحقیق انجام شده در سال ۲۰۰۱ که بر روی کیفیت زندگی بیمارانی که بدنبال شکستگی باز درجه III استخوان تیبیا تحت عمل حفظ عضو و یا آمپوتاسیون قرار گرفته بودند، نتایج مشابهی با این مطالعه حاصل شده است (۱۲). همچنین در بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ریه که مورد پیوند ریه قرار گرفته بودند نیز همین نتایج را به دست آوردند (۱۰).

علت این افت کیفیت زندگی را شاید بتوان به نقصان مراقبت ها و پیگیری های پس از عمل، عدم دسترسی به موقع به پزشک، عدم انجام اقدامات توانبخشی کافی بعد از اعمال جراحی ارتوپدی، اثرات بیماری و مدت زمان بستری شدن در بیمارستان و

گروه تفاوت معنی دار با  $P < 0.05$  وجود داشت (جدول شماره ۱). اما در مورد مقایسه زن و مرد نتایج معنی دار نبود (جدول شماره ۲).

همچنین بیشترین افت کیفیت زندگی در بیماران در جنبه انرژی و خستگی بود و در مقایسه بیماران با افراد سالم بیشترین اختلاف در افت کیفیت زندگی در جنبه های محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی و عملکرد جسمی بود.

### بحث:

در این مطالعه سعی شد با بررسی کیفیت زندگی بیماران بهبود یافته از شکستگی تنه ران، خود در مورد بهبودیشان نظر دهند. طبق نتایج به دست آمده از نمونه مورد بررسی و با مقایسه میانگین ها، شکستگی های تنه فمور حتی در صورت بدون عارضه بودن و بهبودی کامل، باعث ایجاد افت در کیفیت زندگی می شود و در مقایسه با افراد سالم هم سن و هم جنس خود نیز این افت کیفیت زندگی بارز است.

بوده است این امر ممکن است ناشی از پیگیری ناکافی بیمار بعد از ترخیص یا هزینه های سنگین درمانی یا حمایت ناکافی اجتماعی، جسمانی و عاطفی باشد. عدم انجام اقدامات توانبخشی کافی بعد از اعمال جراحی ارتوپدی نیز می تواند در کیفیت زندگی تأثیر بگذارد و این مسئله می تواند ما را متوجه ضرورت پیگیری و اهمیت دادن دیدگاه بیماران در مداخلات درمانی و فعالیت های بازتوانی کند.

همچنین اثر هزینه های درمان بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی بیمار نسبت داد. با توجه به این امر که افت کیفیت زندگی در افراد سالم نیز بطور خفیف دیده می شود شاید بتوان نتیجه گیری کرد که عوامل دخیل در کاهش کیفیت زندگی افراد جامعه ما، بر هر دو نمونه مورد نظر ما یعنی بیماران و افراد سالم تأثیر می گذارند ولی به علت آسیب پذیری بیشتر بیماران در مقابل این عوامل افت کیفیت زندگی در آنها بارزتر است.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله نویسندگان مقاله از پشتیبانی و حمایت های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که انجام این طرح را امکان پذیر نموده اند تشکر و قدردانی می نمایند.

### نتیجه گیری:

نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی بیماران بعد از جراحی شکستگی تنه استخوان فمور نسبت به افراد سالم در همه ابعاد در سطح پائین تری

### References:

1. Swiontkowski MF. The multiply injured patients with musculoskeletal injuries. In: Bucholz RW, Heckman JD. Rockwood & Green's fractures in adults. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. 73-7.
2. Whittle AP, Wood GW. Fractures of lower extremity. In: Canale ST. Campbell's operative orthopedics. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Mosby; 2003. 2825-55.
3. Martin JS, Marsh JL. Current classification of fractures. Rationale and utility. Radiol Clin North Am. 1997; 35(3): 491-506.
4. Swiontkowski MF. Current concept review: intracapsular fractures of the hip. J Bone Joint Surg Am. 1994; 76(1): 129-38.
5. Lips P, Cooper C, Agnusdei D, et al. Quality of life in patients with vertebral fractures validation of the quality of Life questionnaire of the European foundation for osteoporosis (QUALEFFO): working party for quality of life of the European foundation for osteoporosis. Osteoporos Int. 1999; 10(2): 150-60.
6. Ponzer S, Molin U, Johansson SE, et al. Psychosocial support in rehabilitation after orthopedic injuries. J Trauma. 2000; 48(2): 273-9.
7. Tidermark J, Zethraeus N, Svensson O. Quality of life related to fracture displacement among elderly patients with femoral neck fractures treated with internal fixation 2002. J Orthop Trauma. 2003; 17: 17-21.
8. McDermid JC, Richards RS, Donner A, et al. Responsiveness of the short form-36, disability of the arm, shoulder and hand questionnaire, patient-rated wrist evaluation and physical impairment measurements in evaluating recovery after a distal radius fracture. J Hand Surg Am. 2000; 25(2): 330-40.

9. Wiesel SW. A wo`rd about outcomes. In: Wiesel SW, Delahay JN. Principles of orthopedic medicine and surgery. Philadelphia: WB Saunders Company; 2001. 113.
10. Blumenthal JA, Babyak MA. Psychiatric disorder and quality of life in patients awaiting lung transplantation. Chest. 2003; 345-7.
11. Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S. The medical outcomes study: an application of methods for monitoring the results of medical care. JAMA. 1999; 146: 107-11.
12. Hoogendroon JM, Vander Werken C. Grade III open tibial fractures: functional outcome and quality of life in amputees versus patients with successful reconstruction. Injury. 2001; 32(4): 329-34.