

Original Article

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 آیت اله گلپایگانی شهر قم در سال ۱۳۹۵

اعظم فتحی^۱، جواد حکیم الهی^۲، میثم فدایی^۳، زینب کریمی^۴، ذبیح اله قارلی پور^۱، احمد راهبر^۲، سیامک محبی^۵

چکیده

زمینه و هدف: آرتریت روماتوئید، یک بیماری التهابی خودایمنی است که منجر به تخریب مفصل و ناتوانی بیماران می شود. 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 پرسشنامه های سازه های کیفیت زندگی (SF-20) و رفتارهای خودمراقبتی جمع آوری و پرسشنامه ها از طریق مصاحبه تکمیل شدند. داده ها با استفاده از آزمون های تی مستقل، آنالیز واریانس مستقل یک طرفه، آزمون تعقیبی دانکن و ضریب همبستگی پیرسون با سطح اطمینان ۹۵٪ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: 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 معنی دار معکوسی نشان داد و ارتباط بین خودمراقبتی و کیفیت زندگی، معنی دار مثبت بود. همچنین با افزایش میزان خودمراقبتی، کیفیت زندگی بیماران از وضعیت مطلوب تری برخوردار بود ($p < 0/001$ ، $r = 0/583$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد متغیرهای رفتارهای خودمراقبتی به طور غیرمستقیم بر روی کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید مؤثر است. بنابراین، شناسایی بهتر عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید توسط کارکنان بهداشتی به منظور مداخلات مؤثر بهداشتی در جهت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران، از موارد ضروری است.

کلیدواژه ها: آرتریت روماتوئید؛ کیفیت زندگی؛ خودمراقبتی.

اگرچه 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, Gharlipour 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]

مقدمه

بیماری آرتریت روماتوئید، یک بیماری التهابی خودایمنی است که باعث تخریب مفصل و ناتوانی در این بیماران، به خصوص مفاصل متحرک اندامها می شود و در نتیجه کیفیت زندگی را کاهش می دهد (۱). عوامل متعددی بر روی این بیماری نظیر قومیت، ژن های مختلف، جنس و فاکتورهای محیطی (عفونت، داروها، میزان تحصیلات، سیگار، رژیم غذایی و ...) تأثیر گذارند (۲). مطالعات نشان داده اند 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 سرخ پوست های آمریکایی با ابتلای ۵٪ و کمترین ابتلا در استرالیا و غرب نیجریه بوده است (۴). در سال ۲۰۰۸ شیوع نقطه ای بیماری آرتریت روماتوئید در ایران، ۰/۳۳٪ تخمین زده شد (۵).

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

به عقیده Cramm، خودمراقبتی تحت عنوان فعالیت های روزانه یک شخص که برای کنترل یا کاهش تأثیر بیماری بر روی وضعیت سلامت جسمی خود انجام می دهد، تعریف می شود. همچنین اشخاص باید در برابر مشکلات اجتماعی - روانی ناشی از بیماری های مزمن ایستادگی کرده و فعالیت های خود را براساس سطح اجتماعی و مالی خود سازمان دهی کنند (۷). رفتارهای خودمراقبتی شامل: تغییر در سبک زندگی، انجام ورزش، رژیم های غذایی مؤثر و کاهش استرس های هیجانی، فکری و نمایش دارویی است (۸)، که انجام ورزش در افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید باعث بهبود توانایی عملی، کاهش خشکی مفصل، تقویت عضلات و استخوان می شود، همچنین موجب

کاهش افسردگی، درد، بهبود خواب و افزایش فعالیت روزمره بیماران می گردد. 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 اندازه گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی و پزشکی شناخته شده و از طرفی، دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی علاوه بر اینکه سبب اجرای درمان های مناسب می شود، می تواند در ارتقای برنامه های درمانی، مراقبتی و توانبخشی نیز مؤثر واقع شود. از نتایج حاصل از بررسی و اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران می توان در جهت ارزیابی هزینه های مالی و انسانی ناشی از بیماری، اثرات برنامه ها 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 مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان آیت اله گلپایگانی شهر قم صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی به روش توصیفی - تحلیلی بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید، مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان آیت اله 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 مراجعه کننده به کلینیک روماتولوژی درمانگاه بیمارستان آیت اله گلپایگانی، ۲۰۰ بیمار با توجه به استانداردهای تشخیصی مدرسه روماتیسم آمریکا (۱۰)، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. به تمامی بیماران اطمینان داده شد اطلاعات به دست آمده کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند.

این پرسشنامه شامل: ۱۷ فعالیت خودمراقبتی در بیماران آرتریت روماتوئید از جمله ورزش های آبی، استفاده از استخر آبگرم، کیسه آبگرم و دوش آبگرم، استفاده از باندهای کشی، مچ بند، آتل، مصرف منظم داروها طبق دستور پزشک، ورزش و ... می باشد. پاسخ ها براساس طیف لیکرت از اصلاً (۱) تا همیشه (۵) سنجیده می شود 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 رضایت نامه کتبی گرفته شد. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها به کمک نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ با شاخص های مرکزی، آزمون تی مستقل، آزمون واریانس مستقل یک طرفه، آزمون تعقیبی دانکن و ضریب همبستگی پیرسون در سطح اطمینان ۹۵٪ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

در این مطالعه، ۷۷٪ (۱۵۴ نفر) شرکت کنندگان را زنان و ۲۳٪ (۴۶ نفر) را مردان تشکیل می دادند. میانگین سنی بیماران، 48.3 ± 10.3 سال برآورد شد. ۶۸٪ (۱۳۶ نفر) آنان خانه دار 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 پایین تر قرار داشتند و ۴۳/۵٪ (۸۷ نفر) دارای سواد متوسطه و دانشگاهی بودند.

میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد تحت مطالعه، $24.8/14.1 \pm 7.4$ نمره بود که نتایج این مطالعه نشان داد ۴۱٪ بیماران کیفیت زندگی پایینی داشته اند. همچنین نمونه ها 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. شاخص های توصیفی درخصوص کیفیت زندگی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

همچنین در صورت عدم تمایل در هر مرحله از مطالعه، بیماران می توانستند از مطالعه خارج شوند. معیارهای 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 کارافتاده بودند و قادر به درک سؤالات و پاسخ گویی نبودند، همچنین آن هایی که نسبت به زمان و مکان آگاهی نداشتند، از مطالعه حذف شدند.

در این مطالعه ابزار گردآوری داده ها 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 گزینه ای لیکرت است که برای هر کدام از وضعیت های 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 می شود.

در نهایت، به هر زیرمقیاس نمره ای بین ۱۰۰-۰ داده می شود، به این صورت که هرچه نمره فرد بالاتر باشد، نشان دهنده 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، نمره ای بین ۶۰۰-۰ به دست می آید 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 خودمراقبتی این بیماران، از پرسشنامه استاندارد خودمراقبتی، ویژه بیماران آرتریت روماتوئید استفاده شد.

جدول شماره ۱: وضعیت شاخص‌های توصیفی کیفیت زندگی و زیرمقیاس‌های آن در نمونه‌های مورد بررسی

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	می‌نیمم	ماکزیمم	نمره قابل اکتساب	توزیع فراوانی برحسب درصد		
					خوب	متوسط	ضعیف
عملکرد جسمانی	40.2 ± 23.1	۱۸	۹۲	۰-۱۰۰	۲۶	۲۳	۵۱
عملکرد اجتماعی	48.5 ± 27.4	۲۶	۹۶	۰-۱۰۰	۳۵	۲۸	۳۷
عملکرد نقش	25.4 ± 26.4	۱۲	۸۸	۰-۱۰۰	۱۵	۱۹/۵	۶۵/۵
سلامت روانی	51.1 ± 20.4	۲۲	۷۸	۰-۱۰۰	۳۸/۵	۳۶	۲۵/۵
درک از سلامت	39.5 ± 17.4	۱۸	۸۲	۰-۱۰۰	۲۴/۵	۲۱/۵	۵۴
درد	43.7 ± 25.3	۱۸	۹۲	۰-۱۰۰	۲۰/۵	۲۶/۵	۵۳
کیفیت زندگی (کل)	248.7 ± 141.4	۱۶۴	۵۵۶	۰-۶۰۰	۲۴/۵	۳۴/۵	۴۱

میانگین نمره خودمراقبتی افراد، 29.1 ± 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.

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

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

متغیر	جنس	میانگین $\pm$ انحراف معیار	تی مستقل
کیفیت زندگی	مردان	269.3 ± 129.1	۰/۰۱۳
	زنان	228.1 ± 145.1	
خودمراقبتی	مردان	32.5 ± 10.6	۰/۰۱۶
	زنان	25.8 ± 12.4	

همچنین کیفیت زندگی و خودمراقبتی با سطح تحصیلات افراد، ارتباط معنی‌داری داشت؛ به‌طوری‌که کیفیت زندگی در افراد

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

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

متغیر	تحصیلات					واریانس یک‌طرفه
	بی‌سواد	ابتدایی	راهنمایی	متوسطه	دانشگاهی	
کیفیت زندگی	20.5 ± 45.1	21.0 ± 13.5	43.6 ± 215.1	29.0 ± 66.4	32.2 ± 10.2	۰/۰۱۲
خودمراقبتی	23.1 ± 5.3	25.1 ± 34.2	27.1 ± 19.0	33.1 ± 29.6	36.9 ± 11.6	۰/۰۱۴

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، به‌طور معنی‌داری بالاتر است. همچنین براساس این آزمون، میانگین نمره خودمراقبتی در بیماران با سطح تحصیلات دانشگاهی در مقایسه با سایر بیماران با تحصیلات متوسطه، راهنمایی، ابتدایی و بی‌سواد، به‌طور معنی‌داری بالاتر بود.

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

جدول شماره ۴: ماتریس همبستگی سن با متغیرها و همبستگی کیفیت زندگی، خودمراقبتی در بیماران

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

بحث

بین خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نیز ارتباط معنی دار مثبت وجود داشت؛ بدین معنی که هرچه میزان خودمراقبتی بیشتر می شد، کیفیت زندگی بیماران نیز در وضعیت مطلوب تری قرار می گرفت ($r=0/583$, $p<0/001$).

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

مطالعات نشان می دهند (۱۶، ۱۷)، سطح کیفیت زندگی در بیماران آرتریت روماتوئید نسبت به بیماران مبتلا به بیماری های مزمن دیگر، به خصوص در بعضی حیطه ها مانند عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد و عملکرد، نقش پایین تری دارد و با وجود ناراحتی های همه جانبه منتسب به این بیماری، اکثریت بیماران وضعیت کیفیت زندگی خود را در حد متوسط ارزیابی کردند که به نظر می رسد یک الگوی ثابت بین بیماران وجود دارد مبنی بر اینکه هرچه حال آن ها بهتر باشد، درک مزاحمت ناشی از بیماری در آن ها کاهش می یابد، این یافته با نتیجه مطالعه Bendtsen و همکاران (۱۸) همخوانی داشت. در میان حیطه های مختلف کیفیت زندگی این بیماران، ضعف شدید آن ها در حیطه عملکرد انجام فعالیت های شغلی و کار، بسیار چشمگیرتر است. در مطالعه ای که Kosinski و همکاران (۱۶) با به کارگیری پرسشنامه SF-36 بر روی دو گروه از بیماران آرتریت روماتوئید طی ۵۲ هفته انجام دادند در هر دو گروه پس از درمان، میانگین نمرات در حیطه های عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی

و سلامت روانی مشابه با نمرات حیطه ها در تحقیق حاضر بود. Hansson (۱۹) نیز در مطالعه ای به این نتیجه دست یافت که استراتژی های خودمراقبتی مشخص با بهبود کیفیت زندگی ارتباط دارد، این یافته با نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اینکه انجام رفتارهای خودمراقبتی باعث افزایش کیفیت زندگی می شود، همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی و خودمراقبتی با جنسیت ارتباط معنی داری 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 پایین تری در کیفیت زندگی نسبت به مردان کسب کرده اند 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 یافته ها با نتایج پژوهش Karter همخوانی داشت (۲۲).

Rockwell می نویسد بیماران دارای تحصیلات بیشتر، قدرت قضاوت و تصمیم گیری بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند (۲۳). در مطالعه شجاعی در تهران نیز ارتباط معنی داری بین سطح تحصیلات و توان خودمراقبتی گزارش شد (۲۴). از نظر پژوهشگران سطح تحصیلات با تأثیر بر اعتماد به نفس، موقعیت شغلی و درآمد می تواند بر وضعیت توان خودمراقبتی اثرگذار باشد. از طرفی، تحصیلات بالا می تواند بر گسترش مهارت های تفکر انتقادی، میزان توانایی افراد جهت مشارکت در تصمیم گیری ها، برنامه های درمانی و مراقبتی مؤثر باشد. نتایج این مطالعه نشان داد میزان تحصیلات بر سطح کیفیت زندگی تأثیر گذار است.

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.

با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی بهبود می‌یابد 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 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

6. Combe B. Progression in early rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2009;23:59-69. PubMed
7. Cramm JM, Hartgerink JM, Steyerberg EW, Bakker TJ, Mackenbach JP, Nieboer AP. Understanding older patients' self-management abilities: functional loss, self-management, and well-being. *Qual Life Res* 2013;22(1):85-92. PubMed
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-Kiukkaanniemi 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, Njafarandi A, Hoseini F. Self-care behaviour in patients with heart failure. *Payesh* 2009;8(4):361-69. [Full Text in Persian] Link