

دانشور

پزشکی

بررسی رابطه افسردگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

نویسندگان: فائزه رضویان^۱، محمد عباسی^{۲*} و دکتر انوشیروان کاظم نژاد^۳

۱. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، بیمارستان کامکار - عربنیا قم
۲. مربی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی قم
۳. استاد گروه آمار زیستی دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس

Email: mohamad_abbasi55@yahoo.com

* نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه و هدف: کیفیت زندگی شاخص با ارزشی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و به کار می‌رود و از طرفی بیماری آرتریت روماتوئید یکی از شایع‌ترین بیماری مزمن ناشناخته بوده و عمده ناتوانایی‌ها به ویژه در بزرگسالان است افسردگی می‌تواند اثر چشم‌گیری بر کیفیت زندگی بیمار داشته باشد. این مطالعه به منظور تعیین رابطه افسردگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که تعداد ۱۹۰ نفر از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که به درمانگاه و بخش‌های روماتولوژی و داخلی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه می‌کردند به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه است که مشتمل بر، مشخصات دموگرافیک و بیماری، پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه افسردگی بک بود. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS ۱۱/۵ مورد بررسی قرار گرفته و از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون مجذور کای) جهت دستیابی به اهداف پژوهش استفاده گردید.

نتایج: نتایج نشان داد که ۵۰ درصد از نمونه‌های مورد مطالعه کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب می‌دانند و ۵۰ درصد دیگر آن‌را نامطلوب می‌شمارند. در رابطه با ابعاد کیفیت زندگی نتایج نشان داد قریب به ۵۰ درصد 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 و ۵۰ درصد دیگر آن‌را کاملاً نامطلوب می‌شمارند. بیش‌ترین درصد واحدهای مورد مطالعه افسردگی شدید داشتند. نتایج نشان داد بین شدت افسردگی و کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری وجود داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج فوق بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌تواند به برنامه‌ریزی در جهت اتخاذ تدابیری به منظور پیشگیری از افسردگی و بهبود کیفیت زندگی منجر گردد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، آرتریت روماتوئید، افسردگی

دوماهنامه علمی -

پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال شانزدهم - شماره ۸۰

اردیبهشت ۱۳۸۸

وصول: ۸۶/۵/۲۳

آخرین اصلاحات: ۸۷/۱۱/۹

پذیرش: ۸۷/۱۱/۲۰

مقدمه

کیفیت زندگی در طی دو دهه گذشته، یکی 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 پیش‌بینی 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 زندگی 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، 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 زیر مجموعه‌هایی تقسیم می‌شوند به عنوان 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، خوشحالی و آرامش را دربرمی‌گیرد، همین‌طور بعد اجتماعی به توانایی‌های فرد در برقراری ارتباط با اعضاء خانواده، همسایگان و همکاران مربوط می‌شود [۳].

سنجش کیفیت زندگی در ارزیابی روش‌های مختلف درمانی تغییرات دراز مدت در افراد و سیستم ارائه خدمات بهداشتی بسیار کمک می‌کند. به‌علاوه سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر بین بیمار و پزشک و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران می‌گردد که همین مسأله

باعث افزایش آگاهی بیماران از بیماری خود و آشنایی افراد از شرایط سلامتی‌شان، آشنایی با مزایا و معایب درمان‌های مختلف و پررنگ کردن نقش بیمار در انتخاب روش درمانی می‌شود [۳]. سنجش کیفیت زندگی به پرستاران کمک می‌کند تا به افرادی که کیفیت زندگی آن‌ها به‌طور جدی و برگشت‌ناپذیری به علت اختلال در تمامیت عملکرد تحت تأثیر قرار گرفته، و به‌طور شایسته رسیدگی کند [۴]. 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 به‌طور کامل بررسی کرده و بر اساس یافته‌ها حاصل از آن مراقبت‌هایشان را ارائه دهند [۵]. در مورد بیماری و کیفیت زندگی می‌توان به‌طور 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 به‌طور مستقیم روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارد [۶]. در طول ۲۰ سال اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری مزمن افزایش چشم‌گیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به صورت یک هدف درآمده است [۷]. مطالعات کادنا و ویناسیا (Cadena & Vinaccia) نشان داده است کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده دستخوش تغییراتی می‌شود و از جمله بیماری‌های مزمن می‌توان به آرتریت روماتوئید اشاره کرد [۲].

آرتریت روماتوئید یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته، مسبب عمده ناتوانی‌ها بخصوص در سنین بزرگسالی است [۸]. آرتریت روماتوئید بیماری التهابی، مزمن و سیستمیکی است که فقط در انسان دیده

زمان بیماری آرتريت روماتويد را افزايش مي دهد و باعث کاهش كيفيت زندگي اين بيماران مي شود [۱۶]. نتايج پژوهشي كه جاكسون (Jakobson) در زمينه كيفيت زندگي بيماران مبتلا به آرتريت روماتويد انجام دادند، در مطالعه خود نشان دادند كه تنهائي و افسردگي روي كيفيت زندگي تأثير مي گذارد و باعث کاهش كيفيت زندگي بيماران مبتلا به آرتريت روماتويد شده است [۱۷].

با توجه به اهميت شعار سازمان جهاني بهداشت كه سال ۲۰۱۰-۲۰۰۰ بيماري هاي عضلاني/اسكلتي/مفصلي است، شايع ترين بيماري التهابي روماتويد، آرتريت روماتويد به شمار مي آيد. طبق تحقيقاتي كه در كشورهاي اروپايي و آمريكايي انجام شده، كيفيت زندگي اين بيماران، نامطلوب بوده است، به گونه اي برنامه هاي توانبخشي و پيگيري درمان را با اشكال مواجهه مي ساخت. اين بيماري بر تمام ابعاد زندگي افراد اثر مي گذارد و آنان را با مشكلات متعددي روبرو مي سازد. در جامعه ما به مفهوم رابطه افسردگي و كيفيت زندگي بيماران مبتلا به آرتريت روماتويد پژوهشي انجام نشده است، بنابراين، مطالعه حاضر درصدد برآمده تا تحقيقي با هدف كلي تعيين رابطه افسردگي بر كيفيت زندگي بيماران مبتلا به آرتريت روماتويد مراجعه كننده به بيمارستان هاي دانشگاه علوم پزشكي تهران انجام دهد. نتايج تحقيقي مي تواند برنامه ها يا تدابييري براي آن دسته از عوامل مؤثر بر كيفيت زندگي در جهت بهبود آن پيشهاد كند همچنين به كادر بهداشتي درمانی جامعه كمك مي كند تا فعاليت هاي خود را براي ارتقاء سطح سلامت و بهبود كيفيت زندگي اين گونه بيماران سازماندهي كنند.

روش بررسي

اين مطالعه يك پژوهش توصيفي - تحليلي است. كه به منظور تعيين رابطه افسردگي با كيفيت زندگي بيماران

مي شود و علت آن نامعلوم است و با گرفتاري مفاصل همراه است. التهاب مفاصل ممكن است گذرا باشد ولي معمولاً مزمن شده و دير يا زود (چند ماه تا چند سال) منجر به تخریب مفاصل مي انجامد [۹]. شيوع آرتريت روماتويد تقريباً يك درصد كل جمعيت در دنيا (بين ۰/۴ تا ۲/۱ درصد) را شامل مي گردد و زنان تقريباً سه برابر مردان گرفتار مي شوند [۱۰]. اسملتزر و بير (Smaltezer & Bare) بيان مي كنند، ميزان شيوع آرتريت روماتويد تقريباً ۳ درصد است كه شيوع آن در زنان ۳-۲ برابر بيش از مردان است [۱۱].

آمار نشان مي دهد سالانه از هر يك ميليون نفر ۷۵۰ تن به اين بيماري مبتلا مي شوند. در تهران رقمي حدود هزار درصد هزار نفر، و در ايران ششصد هزار نفر به آن مبتلا هستند [۱۲]. اين بيماري به دليل ماهيت مزمن، دردناك و ناتوان كننده آن، تأثيرات عميقي بر كيفيت زندگي دارد. بررسي چند بعدي كيفيت زندگي نشان داده است كه اين وضعيت تنها محدوديت فيزيكي ايجاد نمي كند، بلكه بر جنبه هاي ديگر كيفيت زندگي همانند عملکرد روانشناختي و اجتماعي نيز مؤثر است [۱۳].

سيمكا (Simacha) و همكاران تحقيقي را تحت عنوان استفاده از پرسشنامه تندرستي در ارتباط با كيفيت زندگي مبتلايان به آرتريت روماتويد انجام دادند نتايج تحقيقي نشان داد كه كيفيت زندگي اين بيماران، در سطح پايين و نا مطلوب قرار دارد [۱۴]. بيماران مبتلا به آرتريت روماتويد به علت درد، خستگي، محدوديت حركت و فعاليت روزانه دچار اختلال در عملکرد جسماني، اجتماعي، رواني و احساسات مي شوند و در نتيجه در كيفيت زندگي اختلال به وجود مي آيد [۲]. افسردگي و استرس هم در بروز بيماري و هم در تداوم اين بيماري نقش دارند مبتلايان كه در مرحله خاموش آرتريت روماتويد هستند، اگر نتواند استرس، تنهائي و افسردگي را كنترل كنند باعث عود بيماري مي شود [۱۵]. ولف (Wolf) و همكارانش دريافتند افسردگي، مدت

زیاد، نسبتاً زیاد، متوسط، به هیچ وجه) از امتیاز ۵-
۱ تنظیم شده که امتیاز یک نشانگر وضعیت
نامطلوب و امتیاز پنج نشانگر وضعیت مطلوب فرد
است، بخش سوم، مقیاس اندازه‌گیری افسردگی بک
مشمول بر ۲۱ سؤال بود. امتیاز هر سؤال از ۳-۰
تنظیم شد که امتیاز صفر بیانگر نبود افسردگی و
امتیاز سه افسردگی شدید است،

به تمامی بیماران اطمینان داده شد اطلاعات به دست
آمده کاملاً محرمانه است، همچنین در صورت عدم
تمایل در هر مرحله از مطالعه بیماران می‌توانستند از
مطالعه خارج شوند. به برای بررسی روایی علمی
پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده گردید.
بدین ترتیب که پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی در
اختیار اساتید و اعضاء هیأت علمی دانشگاه علوم
پزشکی قم قرار داده شد و بعد از اظهار نظرهای نهایی
آنان تغییرات لازم در پرسشنامه داده شد. اعتبار و اعتماد
علمی پرسشنامه تست افسردگی بک توسط محققان و
روانشناسان کاملاً تأیید گردیده است جهت پایایی
پرسشنامه کیفیت زندگی به علت این که بیماران مبتلا به
آرتروز روماتوئید کاملاً در دسترس نبودند از ضریب
آلفا کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفای آن ۸۶ درصد
به‌دست آمد.

جهت گردآوری داده‌ها، با مراجعه به محیط مطالعه و
با کسب اجازه از واحدها و دادن توضیح در رابطه
اهداف مطالعه، پرسشنامه توسط خود پژوهشگر از طریق
پرسش و پاسخ، تکمیل شد. کیفیت زندگی و ابعاد
مختلف آن به سه گروه مطلوب (۱۰۰-۷۵ درصد)؛ نسبتاً
مطلوب (۷۵-۵۰ درصد) و نامطلوب (کم‌تر از ۵۰
درصد) طبقه‌بندی شده است. شدت افسردگی به چهار
گروه بهنجار (۱۵-۰)، خفیف (۳۱-۱۶)، متوسط (۴۷-
۳۲)، شدید (۶۳-۴۸) تقسیم‌بندی شده است. داده‌ها با
استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (آزمون

مبتلا به آرتروز روماتوئید مراجعه‌کننده به
بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال
۱۳۸۴ انجام گردیده است. حجم نمونه این پژوهش ۱۹۰
بیمار مبتلا به آرتروز روماتوئید بود، از روش
نمونه‌گیری تصادفی ساده شد. محیط مطالعه، درمانگاه و
بخش روماتولوژی بیمارستان‌های ولی عصر، شریعتی،
سینا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و جامعه
مورد بررسی کلیه مراجعه‌کنندگان به درمانگاه و بخش
روماتولوژی بود. معیارهای ورود به مطالعه در این
پژوهش عبارت بود از:

۱. سن نمونه‌ها از ۱۸ سال به بالا باشد.
۲. تشخیص آرتروز روماتوئید آن‌ها قطعی، و توسط
پزشک متخصص تأیید شده باشد.
۳. حداقل یک سال از تشخیص بیماری آنان گذشته
باشد.
۴. قبل از ابتلاء به آرتروز روماتوئید مشکلات روانی
شناخته شده از جمله افسردگی و یا تحت درمان با
داروهای روان‌گردان نباشند.
۵. قبل از ابتلاء به آرتروز روماتوئید دارای
بیماری‌های مزمن و پر خطر دیگر نظیر سرطان،
مولتیپل اسکروزیس، بیماری‌های تنفسی از جمله
بیماری مزمن انسدادی ریه، آسم، نارسایی کلیه،
نارسایی احتقانی قلب، دیابت و قطع نخاع نباشند.
روش گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود.
ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه خود ساخته که
مشمول بر ۳ بخش بود: بخش اول پرسشنامه به
بررسی خصوصیات فردی و بیماری اختصاص
داشت، بخش دوم، سؤالات کیفیت زندگی، بعد
جسمانی شامل ۲۶ سؤال، بعد عملکرد اجتماعی-
اقتصادی شامل ۹ سؤال، بعد روانی شامل ۱۵
سؤال، بعد خواب و استراحت شامل ۷ سؤال و بعد
سلامت عمومی شامل ۵ سؤال اختصاص دارد و
نحوه پاسخگویی بر اساس مقیاس لیکرت (خیلی

۵۰	۹۵	نامطلوب (کمتر از ۵۰)
۱۰۰	۱۹۰	جمع

یافته‌ها مؤید آن است ۱۰۰ درصد بیمارانی که در گروه شدت افسردگی شدید و ۹۱ درصد در گروه شدت افسردگی متوسط قرار دارند از کیفیت زندگی نامطلوب برخوردارند. نتایج یافته‌ها طبق آزمون آماری مجذور کای نشان داد بین افسردگی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده شد ($p < 0/001$). همچنین بر اساس نتایج بین سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، تعداد فرزند، مدت ابتلاء به بیماری، فیزیوتراپی و کیفیت زندگی ($p < 0/001$)، کافی بودن در آمد خانواده و کیفیت زندگی ($p < 0/02$) ارتباط آماری معناداری مشاهده شد. در حالی که بین جنس و کیفیت زندگی ($p < 0/03$) و ورزش درمانی و کیفیت زندگی ($p < 0/051$) رابطه آماری معناداری مشاهده نشد.

بحث

همان طوری که در کتب و مقالات مختلف بیان شده، سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی، موجب ایجاد ارتباط نزدیک تر بین بیمار و پزشک و متصدیان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران می‌گردد. همین مسأله باعث افزایش آگاهی بیماران از بیماری خود و آشنایی افراد از شرایط سلامتی شان، 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 ارتقاء برنامه‌های درمانی، مراقبتی و توانبخشی نیز مؤثر واقع شود. بیماری‌های مزمن باعث تغییرات نامناسبی در کیفیت زندگی می‌شوند. آرتریس رو ماتوئید یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته،

مجذورکای) توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بیش از ۵۰ درصد نمونه‌ها بیش از ۴۰ سال داشتند. ۶۷/۴ درصد مؤنث، ۶۸/۴ درصد متأهل، ۶۳/۱ درصد تحصیلات دبیرستان و دیپلم، ۴۵/۸ درصد آنان شاغل، ۴۳/۷ درصد ۱ یا ۲ فرزند، ۶۰ درصد درآمد خانواده تاحدودی کافی بود. ۴۹/۵ درصد افراد مورد مطالعه مدت ابتلا به بیماری آرتریس روماتوئید را بین ۵-۱ سال ذکر کردند. بیش‌ترین درصد واحدهای مورد مطالعه (۶۳/۲ درصد) از فیزیوتراپی استفاده می‌کردند و به ۵۸/۴ درصد آنان ورزش درمانی توصیه نشده بود.

در این مطالعه مشخص شده که ۵۰ درصد از موارد کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب می‌دانند و ۵۰ درصد دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند (جدول ۱). در مورد ابعاد کیفیت زندگی نشان داد قریب به ۵۰ درصد موارد مطالعه 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 ۵۰ درصد دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند (جدول ۲). نتایج یافته‌ها همچنین نشان داد در بیش‌ترین درصد واحدهای مورد پژوهش (۴۵/۸ درصد) شدت افسردگی در سطح خفیف بوده است (جدول ۳).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریس روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

کیفیت زندگی	تعداد	درصد
مطلوب (بیش‌تر از ۷۵)	۴۶	۲۴/۲
نسبتاً مطلوب (۵۰-۷۵)	۴۹	۲۵/۸

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

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

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی افسردگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴

جمع		شدید		متوسط		خفیف		سطوح
درصد	تعداد	درصد	درصد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	افسردگی
۱۰۰	۱۹۰	۶/۳	۱۲	۲۹/۵	۵۶	۴۵/۸	۸۷	شدت افسردگی

بیماری و کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید» کیفیت زندگی اکثر واحدهای مورد پژوهش پایین و در سطح نامطلوب بوده است [۲].

در ارتباط ابعاد کیفیت زندگی این بیماران نتایج نشان داد، قریب به ۵۰ درصد موارد مطالعه بعد جسمی، بعد اجتماعی/اقتصادی، بعد روانی، بعد خواب و استراحت و بعد سلامت عمومی کیفیت زندگی خود را مطلوب یا نسبتاً مطلوب می‌دانند و ۵۰ درصد دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند. بر اساس تحقیق اینزریپ و همکاران (۲۰۰۴): کیفیت زندگی در کلیه حیطه‌ها به‌طور نسبی پایین تا متوسط بود [۱۳]. آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن است که موجب اختلال در فعالیت‌های عادی روزانه می‌شود و اغلب با درجات متفاوتی از ناتوانی همراه است که روی کیفیت زندگی و ابعاد آن تأثیر نامطلوب می‌گذارد [۱۹].

افسردگی یکی از عوامل تأثیرگذار روی کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئیدی است که در این

مسبب عمده ناتوانایی‌ها به ویژه در بزرگسالی است و کیفیت زندگی آنان را مختل می‌کند. وجود افسردگی می‌تواند، کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید را تحت تأثیر قرار دهد، 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 مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج مطالعه در مورد بررسی کیفیت زندگی این بیماران نشان داد، ۵۰ درصد از موارد مطالعه کیفیت زندگی خود را مطلوب یا نسبتاً مطلوب می‌دانند و ۵۰ درصد دیگر آن را نامطلوب می‌شمارند. درد و سفتی مفاصل در بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید به صورت پیشرونده رو به افزایش است و می‌تواند توانایی راه رفتن، بالا رفتن از پله‌ها یا آرایه کارهای ظریف را محدود کند و تأثیر منفی روی کیفیت زندگی بیماران داشته باشد [۱۸]. در تحقیق کادینیا و همکارانش (۲۰۰۳) تحت عنوان «فعالیت

مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد بیشترین درصد افسردگی واحدهای مورد مطالعه در حد خفیف است. کادینا و همکاران در مطالعه خودشان گزارش کرده‌اند شدت افسردگی در سطح متوسط به بالا بوده است [۲]. در مطالعه باقری نسامی (۱۳۷۹) که از پرسشنامه بک استفاده کرده نشان داد شدت افسردگی بیش‌تر واحدهای مورد پژوهش متوسط بوده است [۲۰]. افسردگی در این مطالعه روی کیفیت زندگی تأثیر منفی داشت، یعنی کیفیت زندگی بیمارانی که در گروه افسردگی بهنجار بودند مطلوب و آنانی که در گروه افسردگی شدید و متوسط قرار داشتند، نامطلوب بود. بین کیفیت زندگی و افسردگی ارتباط آماری معنادار وجود داشت. همان‌طور که ملاحظه می‌شود؛ با افزایش افسردگی، از سطح کیفیت زندگی کاسته شده است. نتایج این‌زیرپ نشان می‌دهد، بین دو متغیر کیفیت زندگی و افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد $p \leq 0/0001$ [۱۳].

نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی شاخص باارزشی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده و به‌کار می‌رود و از طرفی دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی علاوه بر آن که سبب اجرای درمان‌های مناسب می‌شود، می‌تواند در ارتقاء برنامه‌های درمانی، مراقبتی و توانبخشی نیز مؤثر واقع شود.

از نتایج حاصل از بررسی و اندازه‌گیری کیفیت زندگی این بیماران می‌توان به منظور ارزیابی هزینه‌های مالی و انسانی ناشی از این بیماری، اثرات برنامه‌ها و اقدامات جدید، کارایی داروها و تجهیزات پیشرفته، تغییرات سلامت جسمی و روانی و وضعیت عملکردی و اجتماعی این بیماران استفاده کرد.

با توجه به این نتایج پژوهش نشان داد؛ کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در سطح

نامطلوب است و افسردگی باعث کاهش سطوح کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید می‌گردند، لذا مسئولین پرستاری می‌توانند در برنامه‌های بازآموزی پرستاری با توجه به افسردگی و اهمیت ارتقاء ابعاد کیفیت زندگی این بیماران به سطوح بالاتر، توجه مضاعفی مبذول کرده، پرستاران می‌توانند با اقداماتی در جهت پیشگیری از فعال شدن بیماری و جلوگیری از پیشرفت و کنترل آن کیفیت زندگی بیماران را به سطح بالاتری سوق دهند. در نهایت پرستاران در محیط‌های مختلف اجتماعی، خانواده‌ها، مدارس، کارخانه‌ها و اماکن عمومی می‌توانند به عنوان پرستار جامعه‌نگر نیازهای افراد مبتلا به بیماری مزمن به ویژه آرتریت روماتوئید را شناسایی کرده و با نقش آموزش، رهبری و الگو بودن در جهت ارتقاء سطوح کیفیت زندگی مددجویان انجام وظیفه کنند. با توجه به این که پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی - تحلیلی است لذا پیشنهاد می‌شود تا به مطالعات نیمه تجربی هم چون بررسی تن آرامی یا ورزش درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید پرداخته شود. همچنین از آن‌جا که در پژوهش حاضر مقایسه‌ای بین سایر بیماری‌های روماتوئیدی صورت نگرفته است پیشنهاد می‌شود تا مطالعه‌ای با عنوان بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید با سایر بیماری‌های روماتوئیدی (نظیر استئوآرتریت، اسپوندیلیت آنکلیوزان و...) پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده است. بدین‌وسیله مراتب قدردانی و سپاس خود را از حمایت همه کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش ما را یاری رساند اعلام می‌کنیم.

11- Smeltzer S., Bare B.G. (2004) A Text Book of Medical - Surgical Nursing, 10ed, Philadelphia: W.B. Lippincot Co.

۱۲- اکبریان م. (۱۳۷۴) بیماری روماتوئید. مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه تهران ۱(۱)، ۱۶۴.

13- Inesrupp., Hendriek C., Vanden B. (2004) "Impact of fatigue on health- related quality of life in rheumatoid arthritis". Arthritis Care & Research, 51(4): 578- 585.

14- Simcha M., Russak J., Croft j., & etal.(2003) "The use of rheumatoid arthritis health- related quality of life patient questionnaires in clinical practice: lesson learned." Arthritis & Rheumatism (Arthritis care & Research), 49(4): 574-584.

15- Van lankveld W., Naring G., Van Pad Bosch P., & Van de Putte L. (2003) "Strees caused by rheumatoid arthritis: relation among subjective stressors of the disease, disease status and well- being." Journal Behavioral Medical, 16(3): 309-321.

16- Wolfe F., & Hawley D.J.(2000) "Measurement of the quality of life in rheumatic disorder using the EuroQol". British Journal Rheumatology, 36(7):789-793.

17- Jakobsson., ulfrn., Hallberg., Rahm. (2002) "pain and quality of life among older people with Rheumatoid arthritis/or osteoarthritis" Journal of Clinical nursing, 11(4): 430- 443.

18- King IM.(1999) "quality of life goal attainment". Nursing Science Quarteriy, 7(1): 29-32.

19- Peck Jadith R, et al.(2000) "Disabilitiy and depression in rheumatoid arthritis". Journal of heumatoid. 39 (9): 55- 68.

۲۰- باقری شامی م. (۱۳۷۹) بررسی تأثیر آرام‌سازی بنسون بر میزان شاخص‌های فعالیت بیماری بیماران روماتوئیدی مراجعه‌کننده به درمانگاه مرکز تحقیقات روماتولوژی بیمارستان امام خمینی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس.

منابع

1- Gill T.M., Feinstein A.R.(1995) " A Critical appraisal of quality of life measurement". JAMA, 272(8): 619- 629.

2- Cadena., Jose M., Vinaccias Stefano M., Perez., Adriana P., & et. al. (2003) "The Impact of disease activeity on the quality of life, Mental and family,Dysfunction in Colombian patients with Rheumatoid". Arthritis Journal of Clinical Rheumatology, 9 (3): 142-150.

۳- صالحی، رستمی. (۱۳۷۹) کیفیت زندگی و مفهوم آن، سمینار کیفیت زندگی تهران.

4- Orem D.(2003) " Self- care theory in nursing selected Papers of Dorthea Orem". Journal of Advanced Nursing, 43(3): 54-51.

5- Robertson., Ginion. (1999) "Individuals perception of tree Quality of life following a civer transplant anexploratory study". Journal of Advanced Nursing, 30(2):407-505.

۶- برهنی گ. (۱۳۸۰) بررسی کیفیت زندگی آسیب دیدگان بمباران شیمیایی سردشت، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری؛ دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه شهید بهشتی.

7- Krol B., Sanderman R., Suurmeijer TP.(2003) " Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research". Patient Educ Couns, 20: 101-20.

۸- فرهادی. (۱۳۸۰) پاتولوژی بیماری‌های روماتیسمی، خود ایمنی. دهمین کنگره جامعه پزشکان متخصصان داخلی ایران (مجموعه مقالات علمی / تحقیقی)، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

۹- صادقیان. (۱۳۷۹) پاتولوژی آرتریت روماتوئید. نهمین کنگره جامعه پزشکان متخصصان داخلی ایران (مجموعه مقالات علمی / تحقیقی)، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

۱۰- هاریسون ی. (۱۳۸۱) اصول طب داخلی هاریسون (۲۰۰۱) بیماری‌های روماتولوژی، ترجمه ماریا ریسی، آدیاسب دارایی. تهران: انتشارات تیمورزاده.

فائزه رضویان و همکاران