بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی، وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در شهر یزد

حیدر ندریان [*۱]، محمدعلی مروتی شریف آباد[۲]، امین میرزایی[۳]، کاوه بهمن پور[۱]، رحمت الله مرادزاده[۱]، سید مجید شریعتی[٤]

۱) گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج

۲) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳) معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

٤) معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ دریافت: ۸۹/٤/۲ **تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۵**

چکیده

مقدمه: آرتریت روماتوئید نوعی پلی آرتریت التهابی مزمن است که با دوره های التهاب در مفاصل، خستگی، کاهش وزن و افسردگی همراه می باشد و افراد مبتلا به این بیماری در معرض خطر کاهش کیفیت زندگی هستند. کیفیت زندگی متفاوت از وضعیت سلامت است. عامل کلیدی در مدیریت موفق آرتریت روماتوئید، داشتن رفتار خود مراقبتی مناسب است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی، وضعیت سلامت و رفتار خودمراقبتی در بیماران آرتریت روماتوئید شهر یزد انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۸۱ بیمار آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به مطب روماتولوژی در شهر یزد که طی نمونه گیری آسان وارد مطالعه شدند، انجام شد. ابزار کار یک پرسش نامه شامل سازه های کیفیت زندگی(SF-20)، وضعیت سلامت(AIMS-2SF) و رفتارهای خودمراقبتی بود که از طریق مصاحبه تکمیل گردید. پایایی و روایی پرسش نامه ها تأیید شد(α=۰/۶۸–۰/۹۳) و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته های پژوهش: همبستگی مثبت و معنی داری بین کیفیت زندگی، وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی مشاهده شد(P<۰/۰۱). وضعیت سلامت(β=۰/۸۴۴) و رفتارهای خودمراقبتی(β=۰/۰۴۷) مجموعاً ۷۵/۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیش بینی نمودند. رفتارهای خودمراقبتی نیز ۳۱/۱ درصد از واریانس وضعیت سلامت را پیش بینی نمود.(β=۰/۵۵۸)

بحث و نتیجه گیری: متغیر رفتارهای خودمراقبتی توان ضعیفی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید داشت، اما نظر به توان بالای رفتارهای خودمراقبتی در پیش بینی وضعیت سلامت، می توان نتیجه گرفت که رفتار خودمراقبتی به طور غیرمستقیم و از طریق وضعیت سلامت بر روی کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید، موثر است. شناسایی بهتر عوامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید، توسط کارکنان بهداشتی به منظور طراحی مداخلات موثر بهداشتی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران لازم و ضروری است.

واژه های کلیدی: آرتریت روماتوئید، کیفیت زندگی، وضعیت سلامت، رفتارهای خودمراقبتی

***نویسنده مسئول:** گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج

Email: nadrian@razi.tums.ac.ir

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

مقدمه

آرتریت روماتوئید یک بیماری خود ایمنی پیشرونده با علایم بالینی متغیر می باشد. آرتریت روماتوئید با دوره های التهاب در سینوویوم شـــروع می شود که باعث ضخیم شدن و ایجـــاد اِدِم در آن می شود. التهاب سینوویال ایجاد شده در مفصل یا مفاصل باعث تورم، حساس شدن و سفت شدن آن ها می شود که می تواند همراه با خستگی، کاهش وزن، اضطراب و افسردگی باشد. این بیماری می تواند یک علت اصلی ناتوانی، ابتلا و مرگ و میر باشد.(۱)

بیماری آرتریت روماتوئید می تواند تأثیر قابل ملاحظه ای بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا داشته باشد،(۲،۳). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت شان در زندگی در زمینه فرهنگی و سیستم های ارزشی که در آن زندگی می کنند، می باشد و با درک آن ها از اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق شان در ارتباط است. کیفیت زندگی یک مفهوم با محدوده وسیـــع است که به شیوه ای پیچیده تحت تأثیر سلامت جسمانی، وضعیت روان شناختی، میزان عدم وابستگی و روابط اجتماعی فرد و روابط وی با محیط اطرافش قرار دارد،(۴). با افزایش سن احتمال ابتلا به آرتریت روماتوئید افزایش می یابد که باعث افزایش درد و پایین آمدن کیفیت زندگی می شود. دانش مرتبط با شرایط زندگی افراد سالمند، مخصوصاً افراد خیلی مسن، روز به روز به صورت فزاینده ای با اهمیت تر می شود که مشخصاً به دلیل افزایش تعداد افراد پیر و مسن می باشد،(۴).

با تغییرات جسمانی عمده ای که در آرتریت روماتوئید ظاهر می شود، خطر پایین آمدن کیفیت زندگی، که اغلب به دلیل عواملی مانند درد می باشد، افزایش می یابد. مطالعاتی وجود دارد که نشان می دهد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای کیفیت زندگی پایین تر از افراد سالم هستند.(۴)

ارتقاء سلامت در جستجوی ارتقاء شرایط بهداشتی است تا کیفیت زندگی را آن چنان که مدنظر افراد است، ارتقاء دهد. اگر چه سلامت ممکن است به عنوان یک وسیله در کاهش خطر ابتلا و مرگ و میر ارزش داشته باشد، ارزش کلی آن در ارتباط آن با کیفیت زندگی آشکار می شود،(۵)

طبق تعریف اُرم(۱)، خود مراقبتی یک عملکرد تنظیمی آموخته شده در انسان است که مبتنی بر توانایی افراد جهت انجام اعمال خود مراقبتی بر روی خودشان می باشد. خود مراقبتی به عنوان یک استراتژی جهت تطابق با رویدادها و تنش های زندگی تعریف می شود که باعث ارتقاء سالم پیر شدن و عدم وابستگی می شود و مشتمل بر فعالیت های ویژه ای است که به وسیله آن علایم بیماری تخفیف می یابد و سلامت بیماران آرتریت روماتوئید می تواند حفظ و ارتقاء داده شود. عامل کلیدی در مدیریت موفق بیماری آرتریت روماتوئید، جلب نمودن بیماران جهت داشتن رفتار خودمراقبتی صحیح و مناسب می باشد،(۱). ورزش کردن از جمله ورزش های آبی مانند شنا، استفاده از استخر آب گرم، کیسه آب گرم و یا دوش آب گرم، استفاده از باندهای کشی مانند مچ بند و یا آتل، مصرف منظم داروها طبق دستور پزشک و استفـــاده از مکمل های غذایی مثال هایی از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران آرتریت روماتوئید می باشند. فراهم کنندگان مراقبت بهداشتی آگاهی و درک بهتر انجام صحیح رفتارهای خودمراقبتی می توانند برنامه های آموزشی مؤثرتری را جهت تسهیل رفتار خودمراقبتی بیماران آرتریت روماتوئید طراحی کنند تا بتواند به کاهش وقوع ناتوانی، هزینه های درمانی، خطرات مرگ و میر و نهایتاً وضعیت سلامت و کیفیت زندگی این بیماران، کمک کنند. مطالعات بسیار کمی در ارتباط با خودمراقبتی بیماران آرتریت روماتوئیدی انجام شده است،(۱). هم چنین از آن جائی که هدف نهایی ما، ارتقاء کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیماران آرتریت روماتوئید از طریق توانمندسازی آنان در انجام رفتارهای خودمراقبتی می باشد، تبیین این سازه ها می تواند گام ارزشمندی برای برنامه ریزی در این راستا باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت کیفیت زندگی، وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید و نیز چگونگی ارتباط آن ها با یکدیگر طراحی و اجرا گردید.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی بر روی ۱۸۱ نفر از بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به یک بخش خصوصی در شهر یزد که طی نمونه گیری آسان در سه ماهه اول سال ۱۳۸۷ به دست آمدند، انجام شد. به این نحو که در هفته هر روز(شنبه تا چهارشنبه) در زمان مشخص یکی از محققین به مطب روماتولوژی منتخب مراجعه و در آن روز با تمام بیماران آرتریت روماتوئیدی مراجعه کرده، مصاحبه به عمل می آورد. تعداد نمونه لازم با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۰/۰۵ و طبق فرمول میلتون(۶) در مدل رگرسیون چند گانه تعیین شد. شرکت بیماران در مصاحبه اختیاری بود و قبل از شروع توسط پرسش گر، هدف مصاحبه برای آن ها توضیح داده می شد. بیمارانی که یک بار مورد بررسی قرار گرفته بودند در صورت مراجعه در روزهای بعدی، از شرکت در مطالعه حذف می شدند. معیارهای ورود افراد به تحقیق این بود که بیماران:

الف- براساس استانداردهای تشخیصی موسسه روماتیسم آمریکا دارای حداقل چهار عامل از هفت عامل تشخیصی ابتلا به آرتریت روماتوئید باشند.

ب- برای دوره بیش از ۶ ماه مبتلا به آرتریت روماتوئید باشند.

ج- بیش از ۱۶ سال سن داشته باشند.

هم چنین بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئیدی که بیش از حد پیر و از کار افتاده بودند به طوری که قادر به درک سوالات و پاسخ گویی نبودند و هم چنین آن هایی که نسبت به زمان و مکان آگاهی نداشتند، وارد مطالعه نشدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسش نامه ای بود که کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را همراه با رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با این بیماری به انضمام متغیرهای دموگرافیک(سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح سواد، تعداد سال های ابتلا به آرتریت روماتوئید، میزان درآمد) ارزیابی می نمود و از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. روایی محتوی و صوری پرسش نامه با استفاده از پانل خبرگان تأیید گردید و برای تعیین ثبات درونی سازه ها، ۴۵ نفر تحت مطالعه مقدماتی قرار گرفتند. در این مطالعه مقدماتی، میزان ضریب آلفای کرونباخ برای کیفیت زندگی، وضعیت سلامت و خودمراقبتی به ترتیب α=۰/۸۰ ، α=۰/۸۳ و α=۰/۶۶ به دست آمد و در کل نمونه نیز به ترتیب α=۰/۸۹، α=۰/۹۳ و α=۰/۶۸ محاسبه گردید. هم چنین با انجام روش مصاحبه موازی، بر روی ۲۰ نفر بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئیدی، اعتبار معادل برای سازه های کیفیت زندگی r=۰/۹۸، وضعیت سلامت r=۰/۹۵ و خودمراقبتیr=۰/۹۶ به دست آمد. برای تکمیل هر پرسش نامه با موافقت آزمودنی یک جلسه ۳۰-۲۰ دقیقه ای در نظر گرفته شد. اطلاعات جمع آوری شده به کمک نرم افزار آماریSPSS 11.5 و با استفاده از آزمون های تی مستقل، آنالیز واریانس با Post Hoc توکی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون های نان پارامتریک من ویتنی و کروسکالوالیس و هم چنین آنالیز رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

برای ارزیابی کیفیت زندگی از مقیاس استاندارد کیفیت زندگیMOS-SF-20 (Medical Outcome Survey Short Form20) استفاده شد،(۹-۷). وضعیت سلامت بیماران نیز از طریق مقیاس استاندارد وضعیت سلامت AIMS2-Short from مورد ارزیابی قرار گرفت،(۱۰). و مقیاس رفتارهای خودمراقبتی نیز با ابزاری که توسط محققین و با توجه به فعالیت های خود مراقبتی مطرح شده در مطالعه کاتز(۱۱) و چن(۱) فراهم گردید، مورد سنجش قرار گرفت.

یافته های پژوهش

در این مطالعه ۱۸۱ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به بخش خصوصی در شهر یزد که بر اساس استانداردهای کالج روماتولوژی آمریکا حداقل ۶ ماه از ابتلای آن ها به آرتریت روماتوئید گذشته بود در تحقیق وارد شدند. افراد مورد مطالعه در سنین بین ۸۲-۱۸سال با میانگین۱۳/۶۱±۴۵/۵۴ قرار داشتند. اکثر آزمودنی ها زن(۸۳/۴ درصد)، متأهل(۸۴ درصد) و خانه دار(۷۰/۷ درصد) بودند. حدود ۵۴ درصد از افراد مورد مطالعه در سنین بین ۶۰-۴۰ سال بودند و ۵۶/۴ درصد از آن ها در سطح سواد ابتدایی و پایین تر قرار داشتند. در ۶۵/۲ درصد از افراد دوره ابتلا به آرتریت روماتوئید بیشتر از ۳ سال بود.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

آزمودنی ها به طور متوسط ۳۶/۸ درصد نمره قابل اکتساب کیفیت زندگی، ۵۶/۶ درصد نمره وضعیت سلامت و ۴۷/۵۴ درصد نمره رفتارهای خودمراقبتی را کسب کردند. جدول شماره ۱ توزیع میانگین و انحراف معیار و محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از حداکثر نمره قابل اکتساب سازه ها و زیرسازه های کیفیت زندگی، وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی را نشان می دهد.

همانطور که در جدول ۱ دیده می شود، آزمودنی ها در کیفیت زندگی از لحاظ «درد» (۳۴/۶ درصد) و خصوصاً «عملکرد نقش» (۲۰/۵ درصد) بیشترین ضعف را داشتند و از لحاظ «سلامت روانی» وضعیت بهتری داشتند. هم چنین بیماران مورد مطالعه در وضعیت سلامت شان از لحاظ «وضعیت راه رفتن و خم شدن»(۴۲/۹ درصد)، «وضعیت عملکردی بازوها» (۵۰/۴ درصد) و «وضعیت عملکرد در شغل» (۴۲/۷ درصد) دارای ضعف بیشتری بودند و از لحاظ «امور خودمراقبتی»، «وضعیت خلقی» و «حمایت دریافتی از طرف خانواده و دوستان» در شرایط بهتری قرار داشتند. به صورت کلی تر این بیماران در «وضعیت عملکرد نقش» (۴۲/۷ درصد) بیشترین ضعف و در «وضعیت تعامل اجتماعی» کم ترین ضعف را عنوان کردند. از لحاظ وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی نیز بیماران با به دست آوردن ۴۷/۵۳ درصد از ماکزیمم نمره در سطح متوسط رو به پایین قرار داشتند.

آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی و وضعیت سلامت با سن همبستگی معنی دار معکوس در سطح ۰/۰۱ دارند، به طوری که با افزایش سن رفتارهای خود مراقبتی(r=-۰/۲۹۹) و وضعیت سلامت(r=-۰/۲۳۳) کاهش می یابد. از بین متغیر های تحت مطالعه فقط رفتارهای خودمراقبتی در دو جنس(P=۰/۰۲) تفاوت معنی دار داشت. آزمون من ویتنی نشان داد که میزان انجام این رفتارها در مردان بیشتر از زنان می باشد. متغیرهای تحت مطالعه با وضعیت تأهل رابطه معنی دار داشتند. آزمون توکی نشان داد که میانگین متغیر کیفیت زندگی در افراد متأهل به طور معنی داری بیشتر از افراد مجرد و به خصوص افراد بیوه است. هم چنین میانگین متغیرهای وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی نیز در افراد مجرد به ترتیب بیشتر از افراد متأهل و بیوه بود. آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که در سطح ۰/۰۱ با افزایش سطح سواد کیفیت زندگی(ρ=۰/۲۸۴)، وضعیت سلامت(ρ=۰/۳۵۳) و رفتارهای خودمراقبتی(ρ=۰/۳۲۸) افزایش می یابد. با انجام آزمون همبستگی اسپیرمن هم چنین مشخص شد که در سطح ۰/۰۱ با افزایش میزان درآمد ماهیانه خانوار، کیفیت زندگی(ρ=۰/۳۱۴)، وضعیت سلامت (ρ=۰/۳۵۱) و رفتارهای خودمراقبتی(ρ=۰/۲۰۶) افزایش می یابد. به علاوه فقط متغیر خودمراقبتی با تعداد سال های ابتلا به آرتریت روماتوئید ارتباط معنی دار داشت.(P=۰/۰۴)

همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می گردد، همبستگی مثبت و معنی داری در سطح ۰/۰۱ بین رفتار خودمراقبتی و متغیرهای کیفیت زندگی و وضعیت سلامت وجود داشت. تحلیل رگرسیون نشان داد که در مجموع وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی ۷۵/۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیش بینی می کنند که در مورد وضعیت سلامت معنی دار بود،(جدول۳). نتایج نشان می دهد که هر چه سطح وضعیت سلامت بیماران آرتریت روماتوئید بالاتر باشد، وضعیت کیفیت زندگی آن ها بهتر خواهد بود.

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می شود متغیر رفتارهای خودمراقبتی، ۳۱/۱ درصد از واریانس وضعیت سلامت را توضیح می دهد، که معنی دار بوده و نشان دهنده این امر است که هر چه وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی بیماران آرتریت روماتوئید بهتر باشد، وضعیت سلامت آن ها بهتر خواهد بود.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

جدول شماره۱. میانگین و انحراف معیار و محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از حداکثر نمره سازه ها و زیرسازه های کیفیت زندگی، وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی مورد بررسی در آزمودنی ها

توصیف مقیاس	میانگین	انحراف معیار	محدوده نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از ماکزیمم نمره
درک از سلامت(Health Perception)	۳۵/۸۵	۱۹/۲۲	۰-۱۰۰	۳۵/۸
درد(Pain)	۳۴ /۶۹	۲۹/۱	۰-۱۰۰	۳۴/۶
عملکرد جسمانی(Physical Function)	۳۵/۸۱	۳۱/۳۹	۰-۱۰۰	۳۵/۸
عملکرد نقش(Role Function)	۲۰/۵۹	۳۵/۷۳	۰-۱۰۰	۲۰/۵
عملکرد اجتماعی(Social Function)	۴۵/۰۸	۳۵/۴۱	۰-۱۰۰	۴۵
سلامت روانی(Mental Health)	۴۹/۳۴	۲۰/۶۴	۰-۱۰۰	۴۹/۳
کیفیت زندگی(SF-20)	۲۱/۳۹	۱۳۲/۳۱	۰-۶۰۰	۳۶/۸۹
وضعیت سلامت(AIMS-2SF)	۵/۶۶	۱/۷۷	۰-۱۰	۵۶/۶
سطح تحرک(Mobility Level)	۶/۴۵	۲/۶۴	۰-۱۰	۶۴/۵
وضعیت راه رفتن و خم شدن(Walking & Bending)	۴/۲۹	۲/۶۷	۰-۱۰	۴۲/۹
وضعیت عملکردی دست و انگشتان(Hand & Finger Function)	۶/۴۵	۲/۶۴	۰-۱۰	۶۴/۵
وضعیت عملکردی بازوها(Arms Function)	۵/۰۴	۳/۶۳	۰-۱۰	۵۰/۴
امور خودمراقبتی(Self-care Tasks)	۷/۸۷	۲/۷۸	۰-۱۰	۷۸/۷
وضعیت جسمانی کل	۶	۲/۴۱	۰-۱۰	۶۰
درد ناشی از آرتریت(Arthritis Pain) وضعیت علائم کل)	۵/۹۷	۲/۳۹	۰-۱۰	۵۹/۷
سطح تنش(Level of tension)	۵/۲۱	۱/۷۸	۰-۱۰	۵۲/۱
وضعیت خلقی(Mood)	۶/۵۲	۲/۱۱	۰-۱۰	۶۵/۲
وضعیت عاطفی کل	۵/۸۷	۱/۷۳	۰-۱۰	۵۸/۷
فعالیت اجتماعی(Social Activity)	۵/۸۳	۱/۹۶	۰-۱۰	۵۸/۳
حمایت از طرف خانواده و دوستان(Support from Family & Friends)	۶/۵۴	۲/۹۳	۰-۱۰	۶۵/۴
تعامل اجتماعی	۶/۱۹	۱/۹۸	۰-۱۰	۶۱/۹
وضعیت عملکرد در شغل(Work) (عملکرد نقش)	۴/۲۷	۲/۷۸	۰-۱۰	۴۲/۷
رفتارهای خود مراقبتی(SCBS)	۳۲/۳۳	۸/۶۱	۰-۶۸	۴۷/۵۴

جدول شماره۲. ماتریکس ضریب همبستگی متغیر های مورد بررسی

متغیر	کیفیت زندگی	وضعیت سلامت	رفتارهای خودمراقبتی
کیفیت زندگی	۱		
وضعیت سلامت	۰/۸۷۰*	۱	
رفتارهای خود مراقبتی	۰/۵۱۸*	۰/۵۵۸*	۱

*معنی‌دار در سطح۰/۰۱ (P< ۰/۰۱)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

جدول شماره ۳. آنالیز رگرسیون پیش بینی کیفیت زندگی توسط وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی

متغیرهای مستقل	بتااستاندارد شده	p	R2	متغیروابسته
وضعیت سلامت	۰/۸۴۴	۰/۰۰۰	۰/۷۵۸	کیفیت زندگی
رفتارهای خود مراقبتی	۰/۰۴۷	۰/۲۸۹		

جدول شماره ٤. آنالیز رگرسیون پیش بینی وضعیت سلامت توسط رفتارهای خودمراقبتی

متغیرهای مستقل	بتااستاندارد شده	p	R2	متغیر وابسته
رفتارهای خود مراقبتی	۰/۵۵۸	۰/۰۰۰	۰/۳۱۱	وضعیت سلامت

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر مشاهده می شود که آزمودنی ها کیفیت زندگی نسبتاً پایینی دارند و درصد میانگین از ماکزیمم نمره کیفیت زندگی آن ها ۳۶/۸ درصد به دست آمد. در مطالعه هانینـــن و همکاران(۱۲) که پرسش نامه SF-20 را جهت اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم به کار گرفته بودند درصد میانگین از ماکزیمم ۵۷/۶ درصد به دست آمد که نشان دهنده کیفیت زندگی بسیار پایین تر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می باشد. به طور کلی سطح کیفیت زندگی در بیماران آرتریت روماتوئید نسبت به بیماران مبتلا به بیماری های مزمن دیگر(۸،۱۲) خصوصاً در بعضی از حیطه ها مانند عملکرد جسمانی، عملکرد نقش، درد و عملکرد اجتماعی پایین تر است. بر اساس یافته های ما و مطالعات مشابه دیگر،(۱۳،۱۴). در میان حیطه های مختلف کیفیت زندگی این بیماران، ضعف شدید آن ها در حیطه عملکرد نقش که به انجام فعالیت های شغلی و کار آن ها بر می گردد و نیز سطح دردی که آن ها گرفتار آن هستند، بسیار چشمگیرتر است. در مطالعه ای که کوزینسکی و همکاران(۱۳) با به کـــارگیری پرسش نامه SF-36 که بر روی دو گروه از بیماران آرتریت روماتوئید طی ۵۲ هفته به انجام رساندند، نیز در هر دو گروه پس از درمان، میـــانگین نمرات در حیطه های عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی کاملاً مشابه با نمرات این حیطه هـــا در پژوهش ما بود. فقط میانگین دو حیطه عملکرد نقش و درد در مطالعه ما پایین تر بود که احتمالاً به این مسئله بر می گردد که در پژوهش کوزینسکی بیماران در طول ۵۲ هفته تحت نظارت مستقیم و به طور منظم داروهایشان را مصرف کرده اند و همین امر منجر به کاهش درد و بهتر شدن عملکرد نقش در آن ها شده است.

مشابه با یافته های پژوهش حاضر، در مطالعه مینوک(۲) نیز درد ناشی از آرتریت به عنوان یکی از ضعیف ترین حیطه های کیفیت زندگی مرتبط با وضعیت سلامت تعیین گردید و از دیدگاه بیماران بیشترین اولویت را جهت مداخله به منظور ارتقاء وضعیت سلامت شان داشت. این نتایج با یافته های به دست آمده از مطالعات دیگر(۱۷-۱۵) نیز مطابقت دارد. درد یک عامل تعییـــن کننده ناتوانی است که باعث می شـــود بیمـاری آرتریت روماتوئید از بسیاری از بیماری های ناتوان کننده مزمن دیگر حسابی جداگانه داشته باشد. درد ناشی از آرتریت جدا از این که بر ارزیابی بیمار از وضعیت خودش تأثیر می گذارد بر ارزیابی پزشک از وضعیت سلامت و ناتوانی بیمار نیز مؤثر است و می تواند بر وضعیت مصرف داروها نیز تأثیر گذار باشد،(۲۲-۱۸). علاوه بر این دردی که فرد در حال حاضر دارد پیش بینی کننده درد و ناتوانی در آینده است،(۱۹). بنا بر این مشاهداتی که در این مطالعه گزارش شده است، ضرورت اولویـــت بنـــدی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

استراتژی های مدیریت درد را در مداخلات درمانی و نیز مداخلات آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت جهت این بیماران گوشزد می کند. زیرا اکثر بیماران عنوان کرده اند که دردی که به طور مزمن دارند منجر به کاهش سطح تحرک و در نتیجه کـــاهش سطح فعالیت های روزانه، کاهش توانایی انجام نقش خود در شغل و یا امور خانه داری، کاهش دید و بازدید و سرزدن به اقوام و آشنایان و بالطبع کاهش سطح عملکرد اجتماعی و نهایتاً منفی شدن درک آن ها از کیفیت زندگی مرتبط با وضعیت سلامت خود می شود. علی رغم ناراحتی های همه جانبه منتسب به این بیماری، اکثریت بیماران وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت خود را در حد نسبتاً خوب و خوب ارزیابی کردند و به نظر می رسد که یک الگوی ثابت بین بیماران وجود داشت و آن این که هر چه اخیراً حـــال آن ها بهتر بود، درک مزاحمت ناشی از بیمـــاری در آن ها کاهش می یافت و این یافته کاملاً با نتیجه ای که بنت سن و همکاران(۲۳) در مطالعه شان دریافتند هم خوانی دارد. آن ها هم چنین دریافتند که بیشترین ضعف ناشی از بیماری آرتریت روماتوئید در عملکرد جسمانی این بیماران دیده می شود و حیطه های روان شناختی و اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با وضعیت سلامت آن ها کمتر کاهش می یابد که این یافته ها نیز با نتایج ما مشابهت بسیاری دارد.

براساس نتایج به دست آمده، وضعیت سلامت آزمودنی های مطالعه حاضر در حد متوسط قرار دارد که میانگین آن ۵/۶۶ از نمره قابل اکتساب بین ۱۰-۰ به دست آمد. از میان حیطه های مختلف وضعیت سلامت، این بیماران از لحاظ وضعیت عملکرد نقش و وضعیت راه رفتن و خم شدن و وضعیت عملکردی بازوها(از زیر مقیاس های عملکرد جسمانی) ضعف بیشتری را نشان دادند که با یافته های مینوک(۲) و کوهن(۲۴) تشابه بسیاری دارد و از لحاظ وضعیت تعامل اجتماعی کمترین ضعف را نشان دادند که همانند یافته های کوهن(۲۴) و تال(۱۷) به نظر نمی رسد که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مشکل خیلی زیادی با فعالیت های اجتماعی شان داشته باشند و نیز این مشکلات به نظر نمی رسد که ارتباط خیلی قوی با شدت بیماری داشته باشد. البتـــه با تـــوجه به دو زیر مقیاس حیطه تعامل اجتماعی در جدول ۱، ضعف کمتر بیماران در وضعیت تعامل اجتماعی بیشتر به حمایت دریافتی از طرف خانواده و دوستان بر می گردد تا انجام فعالیت های اجتماعی توسط خود بیمـاران و می توان این طور نتیجه گرفت که در صورت حمایت زیاد بیمار از طرف خانواده و دوستان، تداوم انجام فعالیت های اجتماعی برای آن ها آسان تر می شود و آن ها کمبود کمتری را از لحاظ تعامل اجتماعی احساس خواهند نمود. در مطالعه مشاهده ای طولی دوساله ای نیز که برک و همکاران(۲۵) انجام دادند، از پرسش نامه AIMS دو زیرمقیاس وضعیت علائم و وضعیت عاطفی را بررسی کردند که میانگین نمره وضعیت علائم هم در سال ۱۹۹۴ و هم در سال ۱۹۹۶ بسیار مشابه با میانگین نمره این حیطه در پژوهش ما است، اما میانگین زیر مقیاس وضعیت عاطفی در مطالعه برک در هر دو سال بسیار پایین تر از میانگین همین زیر مقیاس در مطالعه حاضر است که به احتمال زیاد دلیل آن به اعتقادات مذهبی و بنیان قوی خانوادگی در جامعه ما بر می گردد که باعث می شود هم وضعیت خلقی(با توجه به این که حیطه وضعیت عاطفی شامل دو زیر مقیاس وضعیت خلقی و سطح تنش است) بیمار ارتقاء یابد و هم سطح تنش ناشی از بیماری توسط بیمار کنترل و کاهش یابد.

در میان حوزه های مختلف رفتارهای خودمراقبتی، استفاده از مکمل های غذایی، ویتامین ها و یا غذاهای مخصوص جهت بیماری، مصرف داروها به طور منظم و طبق دستور پزشک و هم چنین مراجعه منظم و مرتب به پزشک خود، از لحاظ انجام شدن مداوم این رفتارها دارای فراوانی بیشتری بودند. در حالی که در مورد ورزش کردن(خصوصاً ورزش های آبی مانند شنا)، استفاده از روش های آرامش دهی به خود مانند تن آرامی، استفاده از استخر آب گرم، کیسه آب گرم و یا دوش آب گرم، ماساژ دادن بدن و استفاده از«گرم کردن» برای بعضی از اعضای بدن مانند مفاصل، نتیجه برعکس می باشد. بنا بر این، کارشناسان بهداشت باید هنگام طراحی برنامه آموزشی جهت این بیماران اطلاعاتی را نیز در ارتباط با روش ها، ابزارها و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

وسایلی که جهت انجام بهتر امور خودمراقبتی کمک کننده است، فراهم کنند و یا در برنامه های آموزشی خود از نظرات کارشناسان بازتوانی نیز بهره بگیرند. در محیط بیمارستان نیز جهت بیماران آرتریت روماتوئید بستری می توان، علاوه بر برنامه های آموزشی، با ارائه خدمات بازتوانی تداوم انجام امور خودمراقبتی و پیشگیری از بدتر شدن ناتوانی را تضمین نمود.

در مطالعه حاضر، رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی دار و مستقیم با وضعیت سلامت داشت که بر یافته های پنگ(۲۶)، وانگ(۲۷) و گریمل(۲۸) صحه می گذارد. هانسون و همکاران(۲۹) دریافتند که به کارگیری استراتژی های خودمراقبتی مشخص با بهبود کیفیت زندگی ارتباط دارد که با یافته ما مبنی بر این که انجام رفتارهای خودمراقبتی باعث ارتقاء وضعیت سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی می شود هم خوانی دارد.

در جدول ۳ ملاحظه می شود که دو متغیر وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی ۷۵/۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیش بینی می نمایند. یعنی افزایش سطح کیفیت زندگی از طریق افزایش سطح وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی امکان پذیر است و وضعیت سلامت به طور معنی داری سطح کیفیت زندگی را پیش بینی می کند. گرین(۵) می نویسد اگر چه سلامت ممکن است به عنوان یک وسیله در کاهش خطر ابتلا و مرگ و میر ارزش داشته باشد، اما ارزش کلی آن در ارتباط آن با کیفیت زندگی آشکار می شود. در مطالعه ما نیز ارزش کلی کیفیت زندگی در ارتباط قوی آن(r =۰/۸۷۰) با کیفیت زندگی این بیماران بیش از پیش مشخص می شود و اهمیت وضعیت سلامت را در هنگام طراحی مداخله های آموزشی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی نشان می دهد.

در آنالیز رگرسیون(جدول ۳)، متغیر رفتارهای خودمراقبتی، توان ضعیفی در پیش بینی سطح کیفیت زندگی این بیماران داشت، اما با توجه به نتیجه به دست آمده در جدول ۴ یعنی توان بالای رفتارهای خودمراقبتی در پیش بینی وضعیت سلامت و هم چنین همبستگی مستقیم، معنی دار و قوی بین رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی(r=۰/۵۱۸) در جدول ۲، می توان این طور نتیجه گرفت که تأثیر رفتار خودمراقبتی بر روی کیفیت زندگی به طور غیر مستقیم و از طریق وضعیت سلامت صورت می گیرد و این بیماران در صورت داشتن ضعف در این رفتارها، وضعیت سلامت ضعیف تر و در نتیجه کیفیت زندگی پایین تری خواهند داشت. هم چنین ارتباط قوی بین وضعیت سلامت و کیفیت زندگی(r = ۰/۸۷۰) که قبلاً بحث شد و هم پوشانی که بین این دو حالت وجود دارد از یک طرف، و ارتباط قوی بین وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی(r=۰/۵۵۸) از طرف دیگر، هر چه بیشتر وضعیت سلامت را به عنوان یک پل ارتباطی بین رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی مطرح می کند و اهمیت مداخله بر روی رفتارهای خودمراقبتی را جهت ارتقاء وضعیت سلامت و نهایتاً کیفیت زندگی نشان می دهد. لازم به ذکر است که در مطالعه مشابهی که وانگ(۳۰) انجام داد وضعیت سلامت درک شده، حمایت اجتماعی و رفتار خودمراقبتی ۳۳ درصد واریانس رفاه(کیفیت زندگی) را پیش بینی کردند و رفتار خودمراقبتی عامل پیش بینی کننده قوی تری بود.

نهایتاً می توان این طور نتیجه گرفت که افراد مبتلا به آرتریت روماتوئید مورد بررسی و بالطبع کلیه این بیماران در سطح کشور ما دارای سطح کیفیت زندگی نسبتاً پایینی می باشند و تلاش های مداخله ای برای افزایش و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مهم و ضروری به نظر می رسد. این یافته ها در برنامه ریزی های آموزشی که برای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام می گیرد می تواند کاربرد مؤثری داشته باشد. وضعیت سلامت به عنوان مهم ترین تعیین کننده کیفیت زندگی در بیماران آرتریت روماتوئیدی از اهمیت زیادی برخوردار است. لذا با توجه به تأثیر مستقیم رفتارهای خودمراقبتی بر وضعیت سلامت و اثر غیر مستقیم آن از طریق وضعیت سلامت بر کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید، تقویت وضعیت سلامت از طریق بهبود بخشیدن به رفتارهای خودمراقبتی، امری غیر قابل انکار به نظر می رسد. باید برنامه های آموزشی و مداخله ای به منظور ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی در بیماران آرتریت روماتوئید در مراکز بهداشتی-درمانی از طریق

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

دست اندرکاران، طرح ریزی و اجرا شود. جهت تهیه برنامه های آموزشی و مداخله ای مرتبط با خودمراقبتی در بیماری آرتریت روماتوئید در مراکز بهداشتی–درمانی می توان از کارشناسان آموزش بهداشت و سلامت و نیز همکاری پزشکان متخصص و نیز مشارکت دادن خانواده های این بیماران و یا افراد مراقب درجه اول آن ها به منظور تهیه برنامه های کاربردی بهره برد.

هم چنین با توجه به این که این بیماران بیشترین ضعف موجود در کیفیت زندگی خود را درد و خصوصاً عملکرد نقش خود در انجام شغل و یا وظایف شان در منزل و یا محل کار عنوان کرده اند، باید در برنامه ریزی های مداخله ای و آموزشی برای این بیماران استراتژی هایی را به منظور کاهش درد و افزایش عملکرد جسمانی شان طرح ریزی کرد تا بتوانند عملکرد بهتری در انجام نقش های خود داشته باشند. بر اساس مطالعاتی که بر روی درد در بیماران آرتریت روماتوئید انجام گرفته است، حمایت اجتماعی درک شده بیماران می تواند یک عامل میانجی مهم در کاهش درد و ارتقاء کیفیت زندگی باشد. هم چنین ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی مانند ورزش منظم و صحیح، خصوصاً ورزش های آبی، استفاده از استخر آب گرم و یا گرم گرفتن مفاصل، مصرف منظم داروها وغیره می تواند درد بیماران را تا حد زیادی کاهش دهد و با توجه به این که محدودیت عملکرد نقش آن ها به محدودیت عملکرد جسمانی شان بر می گردد، با انجام رفتارهای خودمراقبتی عملکرد جسمانی شان و در نتیجه عملکرد آن ها در ایفای نقش خود در محل کار یا منزل بهبود می یابد.

با توجه به این که این مطالعه یک مطالعه مقطعی می باشد و در آن تنها به بررسی روابط بین متغیرها پرداخته شده است می بایست در تعمیم نتایج حاصل از آن محتاط بود. هم چنین، پژوهش های بیشتری مورد نیاز است تا بتوان بر اساس آن ها به درک جامع تری از ارتباط بین رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در این بیماران دست یافت.

References

1-Chen SY, Wang HH. The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self care behavior in patients with rheumatoid arthritis. J Nursing Research 2007;15(3): 183-91.

2-Minnock P, Fitzgerald O, Bresnihan B. Quality of life, social support and knowledge of disease in women with rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism 2003;47(2):221-7.

3-Borman P, Celiker R. A comparative analysis of quality of life in rheumatoid arthritis and fibromyalgia. J Musculoskeletal Pain 1999;7(4):5-14.

4-World Health Organization; Quality of Life Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL).Qual Life Res 1993;2:153-9.

5-Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. McGraw-Hill Publ 2005. p.45.

6-Milton S. A sample size formula for multiple regression studies. The Public Opinion Quarterly 1986;50:112-18.

7-Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS short-form general health survey. Med Care 1988;26(7):724-35.

8-Robb JC, Young LT, Cooke RG, Joffe RT. Gender differences in patients with bipolar disorder influence outcome in the medical outcomes survey (SF-20) subscale scores. J Affective Disorders 1998;49:189-93.

9-Aalto AM, Aro S, Ohinmma A, Aro AR, Mähönen M. The validation of the SF-20 instrument for health related quality of life in the Finnish general population. STAKES, National Research And Development Centre for Welfare And Health, Helsinki, Finland, 1997.

10-Taal E, Rasker JJ, Riemsma RP. Psychometric properties of a Dutch short form of the arthritis impact measurement scales2 (Dutch-AIMS2-SF). Rheumatology 2003;42:427-34.

11-Katz PP. Education and self-care

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

activities among persons with rheumatoid arthritis. Social Science Med 1998; 46(8): 1057-66.
12-Hanninen J, Takala J, Keinanen-Kiukaanniemi S. Quality of life in NIDDM patients assessed with the SF-20 questionnaire. Diabetes Research And Clinical Practice 1998;42:17-27.
13-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 Manage Care 2002;8(3):231-40.
14-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 Behavioral Medicine 1993;16(3):309-21.
15-Jakobsson U, Hallberg IR. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. J Clinical Nursing 2002; 11:430-43.
16-Heiberg T, Kevin TK. Preferences for improved health examined in 1024 patients with rheumatoid arthritis: pain has highest priority. Arthritis And Rheum 2002;47:391-7.
17-Taal E, Rasker JJ, Evers AWM, Kraaimmaat FW, Lanting PJH, Jacobs JWG. Which priorities have rheumatoid arthritis (RA) patients for their health status improvement? (Abstract). Arthritis Care Res 1997;22(1):1201.
18-Jordan MS, Lumley MA, Leisen CC. The relationship of cognitive coping and pain beliefs to pain adjustment among African - American and Caucasian women with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Research 1998;11:80-8.
19-Kazis LE, Meenan RF, Anderson JJ. Pain in the rheumatic diseases: investigations of a key health status component. Arthritis Rheum 1993;26:1017-22.
20-Schoenfeld-Smith K, Petroski GF, Hewett JE, Johnson JC, Wright GE, Smarr KL, et al. The biopsychosocial model of disability in rheumatoid arthritis. Arthritis Care Research 1996;9:368-75.
21-Brady T, Boutaugh M, Callahan LF, Gibofsky A, Haralson K, Lappin D, et al. Quality of life action plan. Atlanta; Arthritis Foundation 1993.p.4-15.
22-Stewart A, Greenfield S, Hays R, Wells K, Rodgers W, Berry S, et al. Functional status and wellbeing of patients with chronic conditions. JAMA 1989;262:907-13.
23-Bendtsen P, Hornquist JO. Change and status in quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Quality of Life Research 1992;1:297-305.
24-Cohen JD, Dougados M, Goupille P, Cantagrel A, Meyer O, Sibilia J, et al. Health assessment questionnaire score is the best predictor of 5-year quality of life in early rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol 2006;24(5):521-8.
25-Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. Self-efficacy and health status in rheumatoid arthritis: a two-year longitudinal observational study. Rheumatology 2001; 40:387-92.
26-Peng MT. Knowledge, attitude, behaviors of self-care in rheumatoid arthritis. Unpublished MSc. Thesis, National Taiwan University, Taipei, 1997.
27-Wang HH, Shieh C, Wang RH. Self-care and well-being model for eldery women: a comparison of rural and urban areas. Kaohsiung J Medical Science 2004; 20:2,63-9.
28-Greimel ER, Padilla GV, Grant M. Self-care responses to illness of patients with various cancer diagnosis. Acta Oncolgica 1997;36:2,141-50.
29-Hansson A, Hilleras P, Forsell Y. What kind of self-care strategies do people report using and is there an association with well-being? Social Indicator Research 2005; 73(1):133-9.
30-Wang HH, Laffrey SC. A predictive model of well-being and self-care for rural elderly women in Taiwan. Research Nursing Health 2001;24:2,122-32.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]

Relationship Between Quality of Life, Health Status and Self-care Behaviors in patients With Rheumatoid Arthritisi in Yazd(central Iran)

Nadrian H[1], Morovati Sharifabad M.A[2], Mirzaei A[3], Bahmanpur K[1], Moradzadeh R[1], Sharia'ti A.M[4]*

(Received: 23 Jun. 2010 Accepted: 5 Jan. 2011)

Abstract

Introduction: Rheumatoid Arthritis (RA) is a chronic, painful and progressive disorder that can be accompanied by fatigue, weight loss, anxiety and depression. RA can have a considerable impact on patients' qualities of life (QoL). The aim of this study was to examine the relationship between QoL, health status and self-care behaviors in patients with RA in Yazd, (central Iran).

Materials & Methods: A non-probability sample of 181 outpatients with RA, referring to a rheumatology clinic in the city of Yazd in Iran, participated in the study. Appropriate instruments (SF-20 and AIMS-2SF) were used or designed (SCBS) to measure the variables. Reliability and validity of the instruments were examined (α= 0.68- 0.93).

Findings: The results showed that there was a significantly positive correlation between QoL, health status and self-care behaviors of RA patients (P<0.01). Totally, health status (β= 0.844) and self-care behaviors (β= 0.047) explained 75.8% of total QoL variance. Self-care behaviors explained 31.1% of total health status variance (β= 0.558), as well.

Discussion & Conclusion: Educational interventions to promote the low level of QoL in such patients are necessary. In spite of the weak power of self-care behaviors in predicting QoL, considering the high power of self-care behaviors in predicting health status as well as strong correlation between self-care behaviors and QoL, it can be concluded that self-care behaviors indirectly and through health status can impact on QoL. In order to improve the QoL of RA patients and design effective interventions, healthcare providers should better understand the predictive factors of QoL.

Keywords: rheumatoid arthritis, quality of life, health status, self-care behaviors

1. Dept of Nursing, Nursing & Midwifery School, Islamic Azad University of Sanandaj, Sanandaj, Iran
2. Dept of Health Education, Health School, Shahid Sadooghi Yazd University of Medical Sciences, Yazd, Iran
3. Dept of Researches, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
4. Dept of Researches, Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, Iran
**(corresponding author)*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-12]