

Original article

Quality of Life and Related Factors in Rheumatoid Arthritis Patients

Mosharafeh Chaleshgar Kordasiabi^{1*}Masoumeh Akhlaghi²Mohsen Askarishahi³Leila Sabzmakan⁴Masoumeh Abbasi Shavazi⁵

- 1- PhD of Health Education and Promotion, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
- 2- Rheumatology Subspecialty, Rheumatology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 3- PhD of Biostatistics, Department of Biostatistics, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
- 4- PhD of Health Education and Promotion, Department of Health Education and Promotion, Faculty of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran
- 5- PhD of Health Education and Promotion, Department of Health Services, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

***Corresponding author:** Mosharafeh Chaleshgar Kordasiabi, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Email: m.chaleshgar@mazums.ac.ir

Received: 8 August 2016

Accepted: 10 December 2016

ABSTRACT

Introduction and purpose: Assessment of quality of life (QOL) in rheumatoid arthritis (RA) patients is of great importance to provide insight to health researchers, health planners, and clinical specialists. Therefore, the aim of this study was to evaluate QOL and the factors affecting it in patients with RA.

Methods: This descriptive-analytical study was performed in 2014. A total of 185 rheumatoid arthritis patients were selected using convenience sampling method at Shariati Hospital of Tehran, Iran. The data collection tools included demographic and clinical factors, health status (Arthritis Impact Measurement Scale 2 [AIMS2]), and 20-Item Short Form QOL questionnaires. Data were analyzed by SPSS 16 using univariate and multivariate regression analyses.

Results: Based on the results, it was found that the mean age of patients was 46.97 ± 11.47 years. In general, 80.5% of the participants were women, of whom 67.6% were housewives and 90% had diploma or lower education. The results showed that the mean score of physical and social dimensions of QOL were at a lower and higher level than other dimensions, respectively. Univariate analysis regression showed that QOL has a significant negative relationship with age, disease duration, and disease activity score (DAS). However, it has a significant positive relationship with education and health status. Based on multivariate regression analysis, health status, disease activity, and education determine 71.7% of QOL score.

Conclusion: The findings suggested the impact of contextual factors associated with the disease on patients' quality of life. Therefore, they can be applied in designing training programs to improve patients' quality of life.

Keywords: Health status, Quality of life, Rheumatoid arthritis

► **Citation:** Chaleshgar Kordasiabi M, Akhlaghi M, Askarishahi M, Sabzmakan L, Abbasi Shavazi M. Quality of Life and Related Factors in Rheumatoid Arthritis Patients. Journal of Health Research in Community. Autumn 2016;2(3): 1-11.

مقاله پژوهشی

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

چکیده

مقدمه و هدف: ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید برای آگاهی متخصصان بالینی، پژوهشگران و برنامه‌ریزان سلامتی از اهمیت بسیاری برخوردار است؛ از این رو، هدف از پژوهش حاضر، بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر که از نوع مطالعات توصیفی - تحلیلی می‌باشد، در سال ۱۳۹۳ و با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان، بر روی ۱۸۵ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید بیمارستان شریعتی تهران انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل: پرسشنامه عوامل دموگرافیک و بالینی بیماری و پرسشنامه SF20 کیفیت زندگی (Short Form 20) و وضعیت سلامت (AIMS2-SF: Arthritis Impact Measurement Scale2-SF) بود. شایان ذکر است که اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 و روش رگرسیون تک‌متغیره و چندمتغیره، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: براساس نتایج به‌دست آمده مشخص شد که میانگین سنی بیماران $46/97 \pm 11/47$ سال است، ۸۰/۵ درصد از آن‌ها زن هستند که ۶۷/۶ درصد از آن‌ها خانه‌دار می‌باشند و مدرک تحصیلی حدود ۹۰ درصد از آن‌ها، دیپلم و پایین‌تر است. یافته‌ها نشان دادند که میانگین نمره بعد جسمی کیفیت زندگی در سطح پایین‌تر و ابعاد اجتماعی و نقش، در سطح بالاتری از سایر ابعاد قرار دارند. همچنین، در تحلیل رگرسیون تک‌متغیره مشاهده شد که سن، مدت و فعالیت بیماری، همبستگی منفی و معناداری با کیفیت زندگی و تحصیلات و وضعیت سلامت، همبستگی مثبت و معناداری با کیفیت زندگی دارند. لازم به ذکر است که در تحلیل رگرسیون چندمتغیره، وضعیت سلامت، فعالیت بیماری و تحصیلات، تعیین‌کننده ۷۱/۷ درصد از نمره کیفیت زندگی بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از اهمیت عوامل زمینه‌ای و مرتبط با بیماری بر کیفیت زندگی بیماران بود؛ بنابراین، لازم است از آن‌ها جهت طراحی برنامه‌های آموزشی برای بیماران به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی استفاده کرد.

کلمات کلیدی: آرتریت روماتوئید، کیفیت زندگی، وضعیت سلامت

مشرفه چالشگر کردآسیابی^{۱*}

معصومه اخلاقی^۲

محسن عسکری شاهی^۲

لیلا سبزمکان^۴

معصومه عباسی شوازی^۵

۱. دکترای تخصصی آموزش و ارتقای سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. فوق تخصص روماتولوژی، مرکز تحقیقات روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

۳. دکترای تخصصی آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۴. دکترای تخصصی آموزش و ارتقای سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی البرز، کرج، ایران

۵. دکترای تخصصی آموزش و ارتقای سلامت، گروه خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

* نویسنده مسئول: مشرفه چالشگر کردآسیابی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

E mail: m.chalesghar@mazums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۵/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۲۰

◀ **استناد:** چالشگر کردآسیابی، مشرفه؛ اخلاقی، معصومه؛ عسکری شاهی، محسن؛ سبزمکان، لیلا؛ عباسی شوازی، معصومه. بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، پاییز ۱۳۹۵؛ ۲(۳): ۱۱-۱.

مقدمه

بیماران می‌شود و به‌طور قرینه، مفاصل و به‌ویژه مفاصل متحرک بیماری التهابی خودایمنی است که منجر به تخریب مفصل و ناتوانی اندام‌ها را دچار مشکل می‌کند. همچنین، طول عمر را کوتاه کرده

آرتریت روماتوئید (RA: Rheumatoid arthritis)، یک

و بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد. مطالعات نشان داده‌اند که سیر این بیماری متغیر است و ۲۰-۱۵ درصد از بیماران، دارای بیماری متناوب با دوره‌های تشدید و تخفیف با یک سیر نسبتاً خوب می‌باشند. اگرچه اتیولوژی این بیماری تاکنون ناشناخته مانده است؛ اما مطالعات اپیدمیولوژیک، بیان‌کننده ترکیبی از فاکتورهای مختلف محیطی و ژنتیکی هستند که دخالت هر کدام از آن‌ها برای ایجاد بیماری لازم است؛ اما به‌تنهایی کافی نمی‌باشد [۱]. براساس مطالعات صورت گرفته مشخص شده است که حدود ۱ درصد از مردم سراسر جهان مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌باشند [۲]. در سال ۲۰۰۸، شیوع نقطه‌ای RA در ایران معادل ۰/۳۳ درصد تخمین زده شد [۳]. در شهر زاهدان نیز در سال ۲۰۰۸-۲۰۰۹، این میزان برابر با ۰/۹۸ درصد و در سال ۲۰۱۲ در شهر سمنان، ۰/۵۱ درصد برآورد شده است [۴، ۵]. آرتریت روماتوئید بیشتر در زنان مشاهده می‌شود و نسبت جنسی زنان به مردان بیمار، ۲ به ۱ می‌باشد [۶]. بیماری‌های مفصلی و استخوانی و به‌طور کلی آرتریت روماتوئید، دارای بار اجتماعی و اقتصادی قابل‌توجه ناشی از طبیعت مزمن، معلولیت همراه و ناتوانی طولانی‌مدت هستند. هزینه‌های ناشی از این بیماری شامل: هزینه‌های مستقیم مانند هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی (پزشک، بیمارستان و دارو)، هزینه‌های ناشی از بیماری (تهیه وسایل لازم و آرتروپلاستی) و یا احتیاج به جستجوی مراقبت‌های پزشکی مانند انتقال بیمار؛ هزینه‌های غیرمستقیم یا هزینه‌های بارآوری (از دست دادن کار در نتیجه معلولیت یا مرگ بیمار) و هزینه‌های غیرمحسوس شامل: هزینه‌های همراه با ناتوانی، درد، رنج و به‌طور عمده، بدتر شدن کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. علاوه‌براین، آرتریت روماتوئید، دشواری‌های قابل‌توجهی را در تمام جنبه‌های کیفیت زندگی به‌همراه دارد. در پژوهشی مشخص شد که تقریباً دو سوم بیماران، به کمک افراد خانواده و دوستان احتیاج پیدا می‌کنند [۷-۹]. بررسی‌های مختلف نشان داده است که بیماران روماتوئیدی، دارای بار بیماری مزمن بالاتری در مقایسه با افراد همسن و همجنس خود در جامعه هستند [۸]. علاوه‌براین،

پژوهش‌ها بیانگر آن هستند که حدود ۲۷ تا ۵۴ درصد از بیماران مبتلا به RA، دارای یک بیماری مزمن همراه با آن می‌باشند. از مهم‌ترین بیماری‌های همراه با آرتریت روماتوئید می‌توان به بیماری‌های قلبی-عروقی و ریوی، عفونت‌ها، بدخیمی‌ها، بیماری‌های گوارشی و استئوپروز ایجادکننده شکستگی اشاره نمود که علت بخشی از این افزایش ابتلا به بیماری‌های همراه، استفاده از داروهای DMARD و NSAIDs مانند عوارض کبدی، کلیوی، زخم پپتیک و غیره می‌باشد [۱۰]؛ اگرچه میزان این بیماری‌های همراه در طول زمان به‌طور قابل‌توجهی افزایش می‌یابد [۸]. شایان ذکر است که از مهم‌ترین علل ایجاد ناتوانی در بیماران، تخریب و تغییر شکل مفصلی است که سبب ایجاد ناتوانی عملکردی در بیماران می‌شود [۱۱].

در این ارتباط، در پژوهشی که در غرب استان مازندران انجام شد، بعد جسمی کیفیت زندگی در سطح پایین‌تر بود و ابعاد روانی و اجتماعی در سطح بالاتری قرار داشت. همچنین، میانگین نمرات درد، محدودیت جسمی و تصور سلامتی در زنان پایین‌تر از سایر حیطه‌ها بود، تمامی مؤلفه‌های کیفیت زندگی به‌جز ابعاد احساسی و درد، ارتباط معناداری با گروه‌های سنی داشتند و طول بیماری و سن دارای همبستگی منفی و معناداری با تمام مؤلفه‌های کیفیت زندگی بود [۱۲]. در پژوهش دیگری که در ارتباط با بیماران مبتلا به RA انجام شد، تأثیرگذارترین زیرگروه‌ها از کیفیت زندگی، محدودیت نقش، بعد احساسی، سرزندگی و عملکرد اجتماعی بود، زنان به‌طور معناداری نمره کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان داشتند، بیماران با سطح سواد پایین و وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین به‌طور معناداری دارای نمره کیفیت زندگی پایین‌تری بودند، بیمارانی که با متوترکسات درمان شده بودند، نمره بهتری را در سلامت روان کسب نمودند، بیمارانی که داروهای زیستی دریافت می‌کردند، نمره بهتری در ابعاد جسمی و اجتماعی داشتند و نمره ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، به‌طور معناداری پایین بود [۱۳]. علاوه‌براین،

در پژوهشی که در بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد، نیمی از بیماران، کیفیت زندگی خود را مطلوب و نسبتاً مطلوب دانستند و نیم دیگر آن‌ها کیفیت زندگی را نامطلوب قلمداد کردند. در این پژوهش بین شدت درد، شدت خستگی، ناتوانی در حرکت، اضطراب پنهان و آشکار، شدت افسردگی و کیفیت زندگی، ارتباط آماری معناداری وجود داشت. بین سن، وضعیت تأهل، اشتغال، مدت ابتلا، فیزیوتراپی، کفایت درآمد خانواده و کیفیت زندگی نیز ارتباط آماری معناداری مشاهده شد [۱۴]. با توجه به تأثیر آرتریت روماتوئید بر ابعاد کیفیت زندگی جسمانی، روانی و اجتماعی بیماران و نیز به منظور انجام هرگونه برنامه‌ریزی آموزشی لازم است اطلاعاتی در مورد کیفیت زندگی بیماران و عوامل مؤثر بر آن داشته باشیم. در این راستا، هدف از پژوهش حاضر، بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌باشد.

روش کار

پژوهش حاضر که از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی می‌باشد، در ارتباط با مبتلایان به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان شریعتی شهر تهران در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی تشکیل دادند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن بالاتر از ۱۶ و کمتر از ۶۵ سال، تشخیص بیماری آرتریت روماتوئید توسط پزشک روماتولوژیست براساس معیار ACR (American College Rheumatology) و EuLAR (European League Against Rheumatism) و داشتن سابقه حداقل یک سال ابتلا به بیماری. در مقابل معیارهای خروج از پژوهش شامل: ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر نظیر بیماری‌های قلبی-عروقی، آسم و سرطان، ابتلا به بیماری‌های روانی از جمله

افسردگی و یا تحت درمان بودن با داروهای روان‌گردان و ابتلا به آرتریت روماتوئید همراه با سایر بیماری‌های روماتولوژی بود. در این پژوهش، حجم نمونه شامل ۱۸۵ نفر از بیماران مبتلا به RA مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس در دوره زمانی چهار ماهه (از ماه مهر سال ۱۳۹۳ تا ماه دی سال ۱۳۹۳) انتخاب شدند. جهت انجام پژوهش، بیماران رضایت‌نامه کتبی را تکمیل نمودند و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند. روش گردآوری داده‌ها نیز به صورت پرسش و پاسخ و خودگزارش‌دهی افراد و پرونده‌های بیماران بود. علاوه بر این، به منظور جمع‌آوری اطلاعات شامل: اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، شغل، تحصیلات و وضعیت تأهل) و اطلاعات مرتبط با بیماری (مدت بیماری، میزان ESR (Erythrocyte Sedimentation Rate)، CRP (C-Reactive Protein)، تعداد مفاصل ملتهب (tenderness) و متورم (swollen)، مقیاس دیداری شدت درد (VAS: Visual Analog Scale) و نمره فعالیت بیماری (DAS28: Disease Activity Score 28 Joints)، از پرسشنامه وضعیت سلامت AIMS2-SF: Arthritis Impact Measurement Scale 2-SF (و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-20: Short Form 20) استفاده گردید. پرسشنامه کیفیت زندگی حاوی ۲۰ سوال می‌باشد که برای هرکدام از وضعیت‌های عملکردی و رفاهی، دارای سه زیرمقیاس می‌باشد (وضعیت عملکردی شامل: عملکرد جسمانی، اجتماعی و نقش بوده و وضعیت رفاهی دربرگیرنده سلامت روانی، درک از سلامت و درد می‌باشد) که در نهایت، برای هر زیرمقیاس نمره‌ای بین ۱۰۰-۰ به دست می‌آید؛ بدین صورت که هرچه نمره فرد بالاتر باشد، نشان‌دهنده این است که وضعیت عملکردی و یا رفاهی بهتری دارد. در این میان، تنها زیرمقیاس استثنا، زیرمقیاس درد است که هرچه نمره فرد در آن بالاتر باشد، نشانگر وجود درد بیشتر در فرد می‌باشد. شایان توجه است که اعتبارسنجی پرسشنامه SF-20 در مطالعات

تحصیلات دانشگاهی داشتند. شایان ذکر است که میانگین مدت بیماری آن‌ها $8/36 \pm 11/10$ سال و میانگین نمره فعالیت بیماری $3/30 \pm 1/36$ بود (جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات توصیفی عوامل دموگرافیک و مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شرکت‌کننده در پژوهش (N=۱۸۵)

متغیر	تعداد (درصد)
سن	$46/97 \pm 11/47$
جنس	
زن	۱۴۹ (۸۰/۵)
مرد	۳۶ (۱۹/۵)
وضعیت تأهل	
مجرد	۲۱ (۱۱/۴)
متأهل	۱۴۹ (۸۰/۵)
بیوه و مطلقه	۱۵ (۸/۱)
شغل	
خانه‌دار	۱۲۵ (۶۷/۶)
آزاد - کارمند	۳۳ (۱۷/۸)
بازنشسته	۱۴ (۷/۶)
سایر مشاغل	۱۳ (۷)
تحصیلات	
بی‌سواد	۲۳ (۱۲/۴)
ابتدایی - راهنمایی	۹۲ (۴۹/۷)
دیپلم	۵۰ (۲۷)
تحصیلات دانشگاهی	۲۰ (۱۰/۸)
نمره فعالیت بیماری (DAS28) **	$3/30 \pm 1/36$
مدت بیماری	$11/10 \pm 8/36$
وضعیت سلامت ***	$6/98 \pm 9/21$
Disease Activity Score 28 joint** ***محدوده نمرات بین ۰-۱۰ می‌باشد.	

پیشین صورت گرفته است [۱۵، ۱۶]. علاوه بر این، DAS28 یک ابزار مفید برای سنجش سطح فعالیت بیماری در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌باشد که شامل چهار بخش است: تعداد مفاصل ملتهب (tenderness)، تعداد مفاصل متورم (swollen)، میزان سدیماتاسیون گلبولی (ESR) و مقیاس دیداری شدت درد (VAS) (۰-۱۰۰) که نمره کل آن براساس فرمول استاندارد سنجیده می‌شود. علاوه بر این، برای بررسی وضعیت سلامت از پرسشنامه (Arthritis Impact Measurement) AIMS2-SF (Scale2) که اعتبارسنجی آن قبلاً صورت گرفته است و دارای ۲۶ سؤال براساس طیف لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) می‌باشد، استفاده شد [۱۷]. این پرسشنامه از پنج زیرمقیاس تشکیل شده است که شامل: مقیاس‌های وضعیت جسمانی، وضعیت عاطفی، علائم، وضعیت تعامل اجتماعی و وضعیت عملکرد نقش می‌باشد و نمره‌دهی استاندارد آن بدین صورت است که برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها، نمره‌ای بین ۰-۱۰ لحاظ می‌شود؛ به طوری که ۱۰ نشانه سلامت عالی بوده و صفر، نشان‌دهنده سلامت ضعیف می‌باشد. علاوه بر این، به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات در نرم‌افزار SPSS 16، از آمار توصیفی و تحلیلی شامل: توزیع فراوانی و نیز شاخص‌های مرکزی و پراکندگی شامل: میانگین و انحراف معیار استفاده شد. رگرسیون تک‌متغیره و چندگانه نیز برای تعیین تأثیر متغیرهای پیش‌بینی‌کننده بر متغیر وابسته بکار رفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۱۸۵ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید با میانگین سنی $46/97 \pm 11/47$ سال شرکت کردند که ۸۰/۵ درصد (۱۴۹ نفر) از آن‌ها زن، ۸۰/۵ درصد متأهل و ۶۷/۶ درصد خانه‌دار بودند. همچنین، بیشتر بیماران (۴۹/۷ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی - راهنمایی بودند و تنها ۱۰/۵ درصد آنان

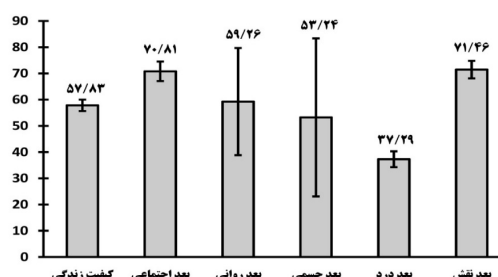
جدول ۲: تحلیل یک متغیره عوامل دموگرافیک و بالینی و تأثیر آن‌ها بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شرکت کننده در پژوهش

متغیر	B (SE)	P
تحصیلات*		<۰.۰۱
ابتدایی- راهنمایی	۴/۶۹(۴/۸۹)	۰/۳۳۹
دبیرستان- دیپلم	۱۶/۵۷(۵/۲۷)	۰/۰۰۲
دانشگاهی	۲۴/۳۷(۶/۳۶)	<۰/۰۰۱
مدت بیماری	-۰/۴۴۲(۰/۱۹)	۰/۰۲۱
DAS28	-۸/۷۰(۰/۹۹۶)	<۰/۰۰۱
سن	-۰/۳۲۳(۰/۱۳۹)	۰/۰۲۲
وضعیت سلامت	۱/۹۱(۰/۱۰۵)	<۰/۰۰۱

*بی سواد، مرجع است.

همچنین، نتایج در مورد میانگین ابعاد مختلف نمره کیفیت زندگی و وضعیت سلامت نشان می‌دهد که میانگین نمره بعد اجتماعی (۷۰/۸۱±۳/۷۲) و نقش (۷۱/۴۶±۳/۵۰) در سطح بالاتر هستند و میانگین نمره‌های بعد جسمی (۵۳/۲۴±۳۰/۱۳) و روانی (۵۹/۲۶±۲۰/۴۴) در سطح پایین تری قرار دارند (نمودار ۱).

برای بررسی تأثیر ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و بالینی بر کیفیت زندگی، ابتدا از رگرسیون تک متغیره استفاده گردید. (برای متغیرهایی که K سطح داشتند مانند متغیر تحصیلات؛ از متغیر شاخص (indicator)، برای مقایسه بین سطوح استفاده شد). براساس نتایج، میانگین نمره کیفیت زندگی در گروهی که تحصیلات دانشگاهی و دبیرستانی داشتند، به طور متوسط ۲۴/۳۷ و ۱۶/۵۷ واحد بیشتر از افراد بی سواد به دست آمد که به لحاظ آماری معنادار بود ($P<۰/۰۰۵$). همچنین، به ازای هر یک سال افزایش مدت بیماری، نمره کیفیت زندگی فرد به طور متوسط ۰/۴۴ واحد کاهش پیدا کرد که از نظر آماری معنادار بود ($P<۰/۰۰۵$). همچنین، به ازای هر واحد افزایش در نمره فعالیت بیماری، نمره کیفیت زندگی به طور متوسط ۸/۷۰ واحد کاهش یافت که این رابطه نیز از نظر آماری معنادار بود ($P<۰/۰۰۱$). در نهایت، به ازای افزایش نمره وضعیت سلامت و سن در بیماران، میانگین نمره کیفیت زندگی آن‌ها به میزان ۱/۹۱ و ۲۳/۳ واحد بیشتر شد (جدول ۲).



نمودار ۱: میانگین ابعاد کیفیت زندگی بیماران شرکت کننده در پژوهش

تحلیل تک متغیره تأثیر عوامل دموگرافیک و بالینی بر کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید شرکت کننده در پژوهش نشان می‌دهد که متغیرهای تحصیلات، مدت بیماری، نمره فعالیت بیماری، سن و وضعیت سلامت، از عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی می‌باشند که برای بررسی این عوامل به منظور تعیین اثر آن‌ها بر کیفیت زندگی، از رگرسیون چندگانه استفاده گردید. براساس نتایج به دست آمده مشاهده شد بیماران که دارای تحصیلات دانشگاهی و دبیرستانی بودند، به میزان ۷ و ۱۱ واحد، میانگین کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد بی سواد داشتند و این رابطه به لحاظ آماری معنادار بود ($P<۰/۰۰۵$). همچنین، با افزایش فعالیت بیماری، میانگین کیفیت زندگی بیماران کمتر شد و این رابطه به لحاظ آماری معنادار بود ($P<۰/۰۰۱$) و با افزایش هر واحد وضعیت سلامت، میانگین کیفیت زندگی به میزان ۱/۵۶ واحد بیشتر گردید که این رابطه نیز به لحاظ آماری معنادار بود ($P<۰/۰۰۵$). ذکر این نکته ضرورت دارد که متغیرهای تحصیلات، وضعیت سلامت و فعالیت بیماری، تعیین کننده ۷۱/۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی بودند ($R^2=۰/۷۱۷$) (جدول ۳).

جدول ۳: رگرسیون چندگانه عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر	R ²	B (SE)	P
وضعیت سلامت		۱/۵۶ (۰/۱۱۱)	<۰/۰۰۱
DAS28		-۳/۵۰ (۰/۷۴۵)	<۰/۰۰۱
تحصیلات	۰/۷۱۷		
ابتدایی و راهنمایی		۰/۶۸۸ (۲/۸۶)	۰/۸۱۱
دبیرستان و دیپلم		۶/۹۱ (۳/۲۶)	۰/۰۳۶
دانشگاهی		۱۱/۴۲ (۳/۹۶)	۰/۰۰۴

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در ارتباط با بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بررسی گردید. نتایج نشان داد که در میان ابعاد کیفیت زندگی، بعد نقش ($۷۱/۴۶ \pm ۳/۵۰$) و بعد اجتماعی ($۷۰/۸۱ \pm ۳/۷۲$) دارای بیشترین نمره می‌باشند و بعد درد ($۳۷/۲۹ \pm ۳/۰۲$)، کمترین نمره کیفیت زندگی را به‌خود اختصاص داده است. شایان ذکر است که میانگین ابعاد برابر با $۵۷/۳۸ \pm ۲/۱۸$ بود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه مروری کریمی و همکاران که در آن بعد اجتماعی دارای بالاترین نمره با میانگین $۶۳/۴$ بود و کمترین نمره به محدودیت جسمی با نمره ۴۳ اختصاص داشت و میانگین ابعاد نیز $۵۲/۴۷$ بود، مشابهت دارد [۱۸]. براساس بررسی‌های انجام‌شده، سطح کلی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، پایین‌تر از دیگر بیماری‌های مزمن در حیطه‌های عملکرد جسمانی، نقش، درد و عملکرد اجتماعی می‌باشد [۱۹]. در پژوهش حاضر، بعد درد ناشی از بیماری، کمترین نمره را در بین ابعاد کیفیت زندگی داشت که این امر با یافته‌های ندریان و همکاران و Cho و همکاران که در آن درد ناشی از آرتریت به‌عنوان یکی از ضعیف‌ترین حیطه‌های کیفیت زندگی عنوان گردید، همخوانی دارد. از دیدگاه بیماران

نیز این حیطه بالاترین اولویت را جهت مداخله در بیماران آرتریت روماتوئید نشان داد [۲۰، ۲۱]. درد مزمن، تأثیری منفی بر سلامت بدنی دارد. در افراد مبتلا به درد مزمن، محدودیت عملکرد و ناتوانی در کارهای روزمره بیشتر مشاهده شده است [۲۲]. در این راستا، Katz و همکاران با بررسی ۵۴۸ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید نشان دادند که ناتوانی در انجام فعالیت‌های زندگی در میان افراد مبتلا به این بیماری بسیار رایج است. همچنین، ارتباط زیادی بین خستگی و درد با ناتوانی دیگر علائم مشاهده شد و ناتوانی، نقش قابل توجهی در وضعیت روان‌شناختی بیماران داشت [۲۳].

علاوه‌براین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که متغیرهای تحصیلات، مدت بیماری، وضعیت سلامت و فعالیت بیماری، ارتباط معناداری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دارد و متغیرهای وضعیت سلامت و سطح تحصیلات، در مجموع ۷۲/۲ درصد از واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج حاکی از این بود که با بهبود وضعیت سلامت و افزایش سطح تحصیلات، میزان کیفیت زندگی بیماران بهتر می‌شود و افزایش سطح تحصیلات، در سطح کیفیت زندگی تأثیر دارد که دلیل آن می‌تواند بالاتر بودن سطح آگاهی این گروه از بیماران در مورد اهمیت روش‌های درمانی، مصرف صحیح داروها و کنترل سایر عوامل در مورد بیماری خود باشد. در پژوهش Taylor و همکاران و Borman و همکاران نیز، سطح سواد پایین، ارتباط معناداری با کیفیت زندگی پایین داشت [۲۴، ۲۵]. همچنین، در مطالعه مروری که توسط Castilo و همکاران انجام شد، پیامدهای مرتبط با سطح تحصیلات پایین در بیماری آرتریت روماتوئید شامل: خطر پیشرفت بیماری، افسردگی و نگرانی، ناتوانی از انجام کار، ناتوانی عملکردی و افزایش حالت‌های ناخوشی و بیماری بود [۲۶]؛ بنابراین، افزایش سطح تحصیلات و کسب آگاهی و دانش، حضور هرچه بیشتر در جامعه و کسب اطلاعات، احتمالاً عاملی در جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌باشد.

براساس یافته‌های پژوهش حاضر مشاهده شد که با افزایش

سن، مدت و فعالیت بیماری، نمره کیفیت زندگی کاهش می‌یابد که این امر با یافته‌های محمدپور و همکاران مطابقت دارد [۱۲]. با افزایش سن، انجام فعالیت‌های عادی و روزمره دچار مشکل می‌شود و همچنین احتمال بیماری‌های مزمن افزایش پیدا می‌کند که همین امر می‌تواند توجهی برای کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سن در این پژوهش باشد. با افزایش طول مدت ابتلا به بیماری، عوارض و علائم شدیدتر شده و همین مسأله، کیفیت زندگی را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد. در دیگر مطالعات نیز، بین مدت ابتلا به بیماری و کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده گردید؛ بدین معنا که با افزایش مدت بیماری، از کیفیت زندگی بیماران کاسته شد [۱۲، ۲۴]. در پژوهش Mackinnon، ارتباط معناداری بین دو متغیر مدت بیماری و کیفیت زندگی وجود داشت و ۹۰ درصد از بیمارانی که به مدت ۱۰ سال مبتلا به RA بودند، کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب تا مطلوبی داشتند [۲۷]. در پژوهش Wickrematilake نیز در ارتباط با بیماران مبتلا به RA با مدت بیماری بیش از ۵ سال، همبستگی مثبت و معناداری بین کیفیت زندگی با افزایش فعالیت بیماری مشاهده گردید [۲۸]. کشتکاران و همکاران نیز رابطه معناداری را بین سن، طول مدت بیماری و سطح درآمد با کیفیت زندگی بیماران استوآرتریت گزارش نمودند [۲۹].

علاوه بر این، در پژوهش ندریان و همکاران، وضعیت سلامت و عوامل قادرکننده بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار بودند و رفتار خودمراقبتی پس از وضعیت سلامت، پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود [۲۱]. این مطلب نشان می‌دهد که عوامل محیطی، امکانات، منابع و موانع مرتبط، با انجام رفتارها در ارتباط هستند و این رفتارها تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران دارند. در پژوهش Hansson و همکاران نیز بکارگیری استراتژی خودمراقبتی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران گردید که این موضوع بیانگر این مطلب است که انجام رفتارهای خودمراقبتی باعث افزایش سلامت و کیفیت زندگی

می‌شود [۳۱]. انجام رفتارهای خودمراقبتی سبب کاهش درد، بهبود عملکرد بیماران در فعالیت‌های روزانه و خودکارآمدی آن‌ها، شرکت در اجتماع و ارتباط با مردم و غیره می‌شود که در نهایت، تأثیر به‌سزایی بر کیفیت زندگی آن‌ها دارد. لازم به ذکر است که در پژوهش Dasaliva، خشکی صبحگاهی، تأثیری منفی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید داشت [۳۱].

براساس مطالعات انجام‌شده، ارتباط معناداری بین افزایش شدت بیماری و کیفیت زندگی پایین در بیماران وجود دارد که با یافته‌های پژوهش حاضر که در آن فعالیت بیماری و میزان درد بر انجام رفتارهای خودمراقبتی تأثیر داشت، همخوانی دارد [۱۲، ۳۲]. در این ارتباط، در پژوهش Dadonienė و همکاران و Cho و همکاران، مشکلات عملکردی و ناتوانی بیماران، از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بود [۲۰، ۳۳]. محدودیت عملکردی و ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (مانند مشکل در انجام کارهای روزمره و شغلی) منجر به ناتوانی در انجام نقش‌های بیمار و افسردگی می‌شود و افسردگی نیز تأثیر بسیاری بر کیفیت زندگی بیماران دارد. در این راستا، پژوهش رضویان و همکاران، تأثیر افسردگی بر کیفیت زندگی را تأیید می‌کند [۳۴]. علاوه بر این، در پژوهش Senra و همکاران که در آن مقایسه‌ای بین افراد سالم و بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید صورت گرفت، بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم داشتند و کارکرد اجتماعی، سرزندگی و نشاط ارتباط معناداری با علائم افسردگی در گروه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید داشت [۳۵]. Englbrecht و همکاران نیز به بررسی تأثیر مثبت استراتژی سازگاری و مقابله با مشکلات روانی ناشی از بیماری آرتریت روماتوئید (نامیدی، بیچارگی و سلامت روان) پرداختند و نشان دادند که این استراتژی، ارتباط مثبت و معناداری با ادراک کلی از سلامت و کیفیت زندگی بیماران دارد [۳۶].

علاوه بر این، Rogers و همکاران در سال ۲۰۱۵، در پژوهشی

تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیماران دارند. با در نظر گرفتن این نکات، طراحی برنامه‌های مداخله‌ای و آموزشی جهت ارتقای رفتارهای خودمراقبتی به منظور کنترل بیماری و کاهش فعالیت آن و نیز بهبود کیفیت زندگی بیماران توصیه می‌گردد.

قردانی

بدین وسیله از زحمات و همکاری کلیه کارکنان و بیماران کلینیک روماتولوژی بیمارستان شریعتی دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت انجام پژوهش حاضر، نهایت تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

که در ارتباط با بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام دادند، گزارش کردند کیفیت زندگی پایین با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین در ارتباط می‌باشد و درصد زیادی احتمال مصرف مواد مخدر و ابتلا به بیماری‌های ریوی از سوی این بیماران وجود دارد و این افراد، حمایت بین شخصی کمتری را از جانب اطرافیان خود دریافت می‌کنند. همچنین، در این پژوهش عنوان شد که کیفیت زندگی پایین، با افزایش فعالیت بیماری، درد و افسردگی همراه می‌باشد [۳۷]. در پایان باید گفت که براساس نتایج پژوهش حاضر، بعد نقش و بعد اجتماعی، دارای بیشترین نمره ابعاد کیفیت زندگی می‌باشند و بعد جسمی، کمترین نمره را در این ارتباط به خود اختصاص داده است. همچنین، مشخص شد که عوامل زمینه‌ای و مرتبط با بیماری،

References

1. Akbarian M, Salehi I. Rheumatoid arthritis. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2006. P. 84. (Persian)
2. Chen SY, Wang HH. The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self-care behavior in patients with rheumatoid arthritis. J Nurs Res 2007; 15(3):183-92.
3. Davatchi F, Jamshidi AR, Banihashemi AT, Gholami J, Forouzanfar MH, Akhlaghi M, et al. WHO-ILAR COPCORD Study (Stage 1, Urban Study) in Iran. J Rheumatol 2008; 35(7):1384.
4. Moghimi N, Davatchi F, Rahimi E, Saidi A, Rashadmanesh N, Moghimi S, et al. WHO-ILAR COPCORD study (stage 1, urban study) in Sanandaj, Iran. Clin Rheumatol 2015; 34(3):535-43.
5. Sandoughi M, Zakeri Z, Tehrani Banihashemi A, Davatchi F, Narouie B, Shikhzadeh A, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders in southeastern Iran: a WHO-ILAR COPCORD study (stage 1, urban study). Int J Rheum Dis 2013; 16(5):209-17.
6. Kvien TK, Uhlig T, Odegard S, Heiberg MS. Epidemiological aspects of rheumatoid arthritis: the sex ratio. Ann N Y Acad Sci 2006; 1069:212-22.
7. Quintana G, Coral-Alvarado P. Economic impact of rheumatic diseases. New York: INTECH Open Access Publisher; 2011.
8. Maradit-Kremers H, Gabriel SE. Epidemiology. In: Clair EW, Pisetsky DS, Haynes BF, editors. Rheumatoid arthritis. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
9. Backman CL. Employment and work disability in rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol 2004; 16(2):148-52.
10. Wasko MC. Comorbid conditions in patients with rheumatic diseases: an update. Curr Opin Rheumatol 2004; 16(2):109-13.
11. Dechant SA, Matteson EL. Managing comorbidity risks in rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol 2004; 16(3):177-9.
12. Mohammadpour M, Zarrinpour N, Abedini M, Mohammadpour RA. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis in west of Mazandaran province, 2013. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(119):154-62. (Persian)
13. Ibn Yacoub Y, Amine B, Laatiris A, Hajjaj-Hassouni N. Health-related quality of life in Moroccan patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol 2012; 31(10):147-7.

14. Monjamed Z, Varaei SH, Kazemnejad AN, Razavian F. Quality of life in rheumatoid arthritis patients. *J Hayat* 2007; 13(3):57-66. (Persian)
15. Carver DJ, Chapman CA, Thomas VS, Stadnyk KJ, Rockwood K. Validity and reliability of the Medical Outcomes Study Short Form-20 questionnaire as a measure of quality of life in elderly people living at home. *Age Ageing* 1999; 28(2):169-74.
16. Brzyski P, Knurowski T, Tobiasz-Adamczyk B. Validity and reliability of short form general health survey (SF-20) in population of elderly people. *Przegląd Epidemiol* 2002; 57(4):693-702.
17. Taal E, Rasker JJ, Riemsma RP. Psychometric properties of a Dutch short form of the Arthritis Impact Measurement Scales 2 (Dutch-AIMS2-SF). *Rheumatology* 2003; 42(3):427-34.
18. Karimi S, Yarmohammadian MH, Shokri A, Mottaghi P, Qolipour K, Kordi A, et al. Predictors and effective factors on quality of life among Iranian patients with rheumatoid arthritis. *Mater Sociomed* 2013; 25(3):158-62.
19. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia M, Grassi W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes* 2009; 7:25.
20. Cho SK, Kim D, Jun JB, Bae SC, Sung YK. Factors influencing quality of life (QOL) for Korean patients with rheumatoid arthritis (RA). *Rheumatol Int* 2013; 33(1):93-102.
21. Nadrian H, Morowatisharifabad MA, Bahmanpour K. Development of a rheumatoid arthritis education program using the PRECEDE_PROCEED model. *Health Promot Perspect* 2011; 1(2):118-29.
22. Reginster JY, Khaltayev NG. Introduction and WHO perspective on the global burden of musculoskeletal conditions. *Rheumatology* 2002; 41(Suppl 1):1-2.
23. Katz PP, Morris A, Yelin EH. Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2006; 65(6):763-9.
24. Borman P, Toy GG, Babaoğlu S, Bodur H, Cılız D, Allı N. A comparative evaluation of quality of life and life satisfaction in patients with psoriatic and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2007; 26(3):330-4.
25. 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.
26. López-Castillo CA, Calderón-Rojas R, Amaya-Amaya J, DeSanVicente-Célis Z, Mantilla RD, Rojas-Villarraga A. Impact of educational level on rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rev Colombiana Reumatol* 2014; 21(4):201-12.
27. MacKinnon JR, Avison WR, McCain GA. Pain and functional limitations in individuals with rheumatoid arthritis. *Int J Rehabil Res* 1994; 17(1):49-59.
28. Wickrematilake GW, Wijeratne LS. Assessing the impact of rheumatoid arthritis on quality of life in a group of patients attending a rheumatology clinic in Sri Lanka. *Indian J Rheumatol* 2013; 8(1):14-8.
29. Keshtkaran Z, Ghodsbini F, Solouki S, Razeghi M, Zare N. The impact of self care education on quality of life of those clients suffering from osteoarthritis in rehabilitation Centers of Shiraz University of Medical Science (Iran). *J Babol Univ Med Sci* 2010; 12(1):65-70.
30. Hansson A, Hillerås P, Forsell Y. What kind of self-care strategies do people report using and is there an association with well-being? *Soc Indic Res* 2005; 73(1):133-9.
31. da Silva JA, Phillips S, Buttgeriet F. Impact of impaired morning function on the lives and well-being of patients with rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol Suppl* 2011; 125:6-11.
32. Garip Y, Eser F, Bodur H. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. *Rheumatol Int* 2011; 31(6):769-72.
33. Dadoniene J, Grazuleviciute E, Rugiene R, Luksiene A, Stropuviene S, Jurgelenas A. Rheumatoid arthritis in Lithuania: need for external help from the onset of disease. *Disabil Rehabil* 2007; 29(18):1470-4.
34. Razavian F, Abbasi M, Kazemnejad A. The Relationship between depression and the quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Daneshvar Med* 2009; 16(80):27-34. (Persian)
35. Senra H, Rogers H, Leibach G, Altamar ML, Plaza SL, Perrin P, et al. Health-related quality of life and depression in a sample of Latin American adults with rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis* 2014; 10:12412.
36. Englbrecht M, Gossec L, DeLongis A, Scholte-Voshaar M, Sokka T, Kvien TK, et al. The impact of coping strategies on mental and physical well-being in patients with rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis*

Rheum 2012; 41(4):545-55.

37. Rogers HL, Brotherton HT, Olivera Plaza SL, Segura Duran MA, Pena Altamar ML. Depressive and anxiety symptoms and social support are

independently associated with disease-specific quality of life in Colombian patients with rheumatoid arthritis. Rev Bras Reumatol 2015; 55(5):406-13.