

## *Quality of life in Patients with Rheumatoid Arthritis in West of Mazandaran Province, 2013*

Masoumeh Mohammadpour<sup>1</sup>,  
Niloufar Zarrinpour<sup>1</sup>,  
Mojgan Abedini<sup>2</sup>,  
Reza Ali Mohammadpour<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Medical Student, Student Research Committee, Ramsar International Unit, Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Ramsar International Unit, Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Biostatistics, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received June 4, 2014 ; Accepted November 30, 2014)

### **Abstract**

**Background and purpose:** In recent years quality of life is regarded an important issue in both health and clinical investigations. Many instruments such as SF-36 were provided for assessing quality of life in general population and rheumatoid arthritis (RA) patients. The purpose of this article was to determine the quality of life in patients with RA in west of Mazandaran.

**Materials and methods:** This cross-sectional study was performed in 165 RA patients attending rheumatology clinics in Ramsar and Tonekabon who were selected by random sampling. Data was collected through self-reports, interview and observation. The SF-36 Persian version questionnaire of quality of life including 8 components was completed. Data was analyzed in SPSS V.17 applying descriptive statistics and T-test, ANOVA and Regression analysis.

**Results:** Among the subjects 145 (87.9%) were female, 126 (76.3%) were urban, and 140 (84.8%) were married. Mean age of the patients was 51.5 years. Mean of physical function, vitality and general health were different between male and female but in other components no significant differences were observed. Mean of quality of life in bodily pain (BP), physical role and general health in women were lower than other components. No significant differences were seen in urban and rural women regarding the studied components. We found significant correlations between age and the studied components, however, this correlation was not found for emotional role and BP ( $P < 0.05$ ). Correlation and regression analyses have shown that duration of disease and age were negatively correlated with all components of quality of life ( $r = -0.32$  to  $-0.22$ ).

**Conclusion:** This study showed RA patients with low scores in physical components and higher scores in mental and social components. Quality of life is highly influenced by chronic RA, therefore, it is necessary to have appropriate plans in order to improve the patients' quality of life by controlling the disease and its side effects.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis, quality of life, SF-36

## بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در غرب مازندران در سال ۱۳۹۲

معصومه محمدپور تهمتن<sup>۱</sup>  
نیلوفر زرین پور طبری<sup>۱</sup>  
مژگان عابدینی<sup>۲</sup>  
رضاعلی محمدپور تهمتن<sup>۳</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** کیفیت زندگی در سال‌های گذشته علاوه بر بهداشت، در تحقیقات بالینی نیز مورد توجه قرار گرفت و برای ارزیابی آن در جمعیت‌های عمومی و بیماران آرتریت روماتوئید ابزارهای زیادی مانند SF-36 ارائه شد. هدف این مقاله تعیین نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران آرتریت روماتوئید در غرب مازندران می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه به صورت مقطعی و توصیفی است. حجم نمونه شامل ۱۶۵ نفر مبتلا به این بیماری است که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شد. جامعه پژوهش تمام مراجعه‌کنندگان به درمانگاه روماتولوژی و مطب متخصصین روماتولوژیست بودند. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه و خود گزارش‌دهی افراد و مشاهده پرونده‌ها بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه فارسی SF-36 بود. سپس توسط نرم‌افزار SPSS v.17 با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه و آزمون‌های t و آنالیز واریانس برای مقایسه نمرات در گروه‌های مختلف استفاده گردید.

**یافته‌ها:** از ۱۶۵ نفر از مبتلایان به آرتریت روماتوئید، تعداد ۱۴۵ نفر (۸۷/۹ درصد) زن و ۱۲۶ نفر (۷۶/۳ درصد) شهری و ۱۴۰ نفر (۸۴/۸ درصد) متأهل بودند. میانگین (انحراف معیار) سن بیماران برابر ۵۱/۵ (۱۱) سال بوده است. میانگین نمرات کیفیت زندگی در حیطه‌های عملکرد جسمانی، سرزندگی و شادابی و سلامت عمومی بین زن و مرد تفاوت معنی‌دار داشت و در بقیه حیطه‌ها مشابه بودند. میانگین نمرات درد، محدودیت جسمی، تصور سلامتی در زنان از بقیه حیطه‌ها پایین‌تر بود. از نظر محل سکونت، هر هشت مؤلفه در ساکنین شهر و روستا تفاوت معنی‌دار نداشت. با استفاده از آنالیز واریانس مشخص شد که به جز حیطه‌های محدودیت احساسی ( $p=0/055$ ) و درد ( $p=0/087$ ) بقیه مؤلفه‌ها با گروه‌های سنی ارتباط معنی‌دار داشتند ( $p<0/05$ ). در تحلیل همبستگی و رگرسیون مشاهده شد که طول بیماری با همه‌ی مؤلفه‌ها همبستگی منفی و معنی‌دار دارد (از ۳۲- درصد تا ۱۱- درصد) و سن با همه‌ی مؤلفه‌ها همبستگی منفی و معنی‌دار به مقدار ۲۲ درصد تا ۳۹ درصد و به صورت معکوس دارد.

**استنتاج:** کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید ابعاد متفاوت دارد و میزان نمرات کیفیت زندگی بیماران مربوط به سلامت جسمانی در سطح پایین‌تر و در بخش‌های سلامت روانی و اجتماعی در سطح بالاتری قرار داشتند. بنابراین ابتلا به بیماری مزمن آرتریت روماتوئید در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اثر منفی داشته و چون این ابعاد از هم مستقل نیستند، متغیرهای مختلف اقتصادی و اجتماعی و جمعیتی افراد اثرات متفاوتی بر ابعاد کیفیت زندگی دارند. لذا برنامه‌ریزی صحیح و متناسب با شرایط بیماران لازم است تا در روند درمان و کنترل عوارض بیماری و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها موثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** آرتریت روماتوئید، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، SF-36

### مقدمه

کیفیت زندگی در سال‌های گذشته علاوه بر بررسی‌های بهداشتی، در تحقیقات بالینی نیز مورد توجه قرار گرفت و به عنوان یکی از روش‌های مؤثر در ارزیابی مراقبت از بیماران به آن تأکید شده و بررسی

E-mail:mohammadpour.6@gmail.com

مؤلف مسئول: معصومه محمدپور تهمتن - رامسر: واحد بین الملل رامسر

۱. دانشجوی پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، واحد بین الملل رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، رامسر، ایران
  ۲. استادیار، گروه داخلی، واحد بین الملل رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، رامسر، ایران
  ۳. دانشیار، گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
- تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۳/۱۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۴/۲۳ تاریخ تصویب: ۱۳۹۳/۹/۹

آن به منظور تشخیص، مراقبت و ارزشیابی مداخلات درمانی و دارویی مورد استفاده قرار گرفته است (۲،۱). کیفیت زندگی، مفهومی چند بعدی است که سازمان بهداشت جهانی آن را درک فرد از وضعیت زندگی اش با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربیات زندگی تعریف کرد (۳). این مفهوم تعریف وسیعی دارد که بر وضعیت سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، استقلال، ارتباطات اجتماعی و عقاید شخصی فرد تاثیر 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 در برگیرنده ابعاد گوناگونی نظیر ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است (۴).

پرسشنامه SF-36 شکل کوتاه ولی کامل شده بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است که در سطح وسیع در کشورهای مختلف دنیا مورد مطالعه قرار گرفت، به طوری که در جمعیت‌های عمومی نیز مورد استفاده قرار گرفت و در سال ۱۹۹۸ از آن در ارزیابی کیفیت زندگی در قالب پروژه بین‌المللی IQOLA استفاده شد (۵، ۶). این بررسی‌ها در زمینه اعتبار و اعتماد و ابعاد مربوط به بکارگیری و ترجمه پرسشنامه SF-36 بر حسب فرهنگ‌های مختلف از جمله کشور ما صورت گرفت و کارآیی آن مورد اتفاق نظر است و حتی در مقایسه با پرسشنامه‌های WHO که در ارزیابی کیفیت زندگی به سئوالات بیش‌تری می‌پردازد و تعداد ویژگی‌های مورد ارزیابی را به شدت افزایش داده است، برای موارد ارزیابی از سلامتی و کیفیت زندگی فرد به وسیله خودش، ساده تر خواهد بود و ما از نسخه ترجمه شده و ویرایش دوم SF-36 استفاده کردیم (۷، ۸). آرتريت روماتوئيد يك بیماری خود ایمنی است که تابلوی مفصلی و خارج مفصلی دارد و شیوع تقریبی ۰/۵ تا ۱ درصد و شیوع بالاتر در زنان با ۲/۵ برابر مردان دارد (۹). در ایران در مطالعه‌ای در منطقه فشم، شیوع

آرتريت روماتوئيد ۰/۳۲ درصد جمعیت عمومی گزارش شده است (۱۰). در حال حاضر پزشکان در برخورد با بیماری آرتريت روماتوئيد از درمان‌های ضد التهابی مثل کورتیکواستروئیدها و داروهای تعدیل‌کننده آرتريت روماتوئيد (DMARD) استفاده می‌کنند. هم‌چنین بیماران زیادی از عدم کنترل علائم بیماری علی‌رغم دریافت درمان‌های معمول رنج می‌برند و دچار عوارضی برگشت‌ناپذیر در مفاصل و سیستم‌های دیگر مثل چشم، ریه، قلب و عروق و ... می‌شوند. درمان‌های فعلی نیز اغلب با عوارض زیادی همراه می‌باشند. آرتريت روماتوئيد، از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته، مسبب عمده ناتوانایی‌ها به ویژه در بزرگسالی است. آرتريت روماتوئيد، بیماری التهابی، مزمن و سیستمیکی است که فقط در انسان دیده می‌شود و علت آن نامعلوم و با گرفتاری مفاصل همراه است. التهاب مفاصل ممکن است گذرا باشد ولی معمولاً مزمن شده و دیر یا زود (چند ماه تا چند سال) به تخریب مفاصل می‌انجامد (۱۱). در بیمارستان‌های جنوب شرقی لندن Gravesa و همکارانش بر روی ۱۲۵ بیمار آرتريت روماتوئيد نشان دادند که بعضی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی با SF-۳۶ (جسمانی و روانی) با تصورات و اعتقادات بیمار نسبت به بیماری اش ارتباط داشت و باورهای بیمار بودن ناتوانی در آرتريت روماتوئيد را پیش‌گویی می‌کند (۱۲). یک ارزیابی از چارچوب زیستی-روانی-اجتماعی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ناتوانی در آرتريت روماتوئيد به وسیله Nicasio و همکارانش بر روی ۱۰۶ بیمار با RA انجام شد که یافته‌ها نشان از اهمیت عوامل روانی اجتماعی برای ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد (۱۳). مطالعه West و همکارانش درباره نقش جنسیت در نمره سلامت در دوره‌های طولانی پس از درمان RA پرداختند و اعلام کردند زنان نمرات بالاتری برای RF، BP و SF در مقایسه با مردان گزارش کرده‌اند. در ابتدای این مطالعه، زنان نمره سلامت HRQoL بهتر از مردان داشتند ولی بعد از ۶ سال تفاوتی

مشاهده نشد (۱۴). در یک مطالعه Bombardier و همکارانش با مقایسه اندازه‌های HRQoL برای بیماران RA به وسیله ۲۸ تا از ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی پرداختند که با توجه به نتایج مختلف با مسئولیت‌های هر ابزار در بررسی پیامد کارآزمایی بالینی یک دارو از نظر بالینی، عملکرد، درد، تصور کلی هر کدام مزایا و معایبی داشتند (۱۵).

با توجه به عوارض زیاد و مشکلات درمانی و عدم کنترل علائم بیماری، به دلیل مزمن بودن بیماری و اثرات روحی و جسمی زیاد بر بیماران، لازم است کیفیت زندگی آن‌ها با یکی از ابزارهای معتبر سنجیده شود که هدف این مقاله تعیین نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران آرتریت روماتوئید غرب مازندران ساکن در شهرستان‌های رامسر و تنکابن بوده است.

## مواد و روش‌ها

مطالعه به صورت مقطعی و توصیفی بر روی مبتلایان به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهرستان‌های رامسر و تنکابن در غرب استان مازندران در سال ۱۳۹۲ اجرا شد. جامعه پژوهش تمام مراجعه‌کنندگان به درمانگاه و بخش روماتولوژی و مطب متخصصین روماتولوژیست بودند. ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش عبارت بودند از سن بالاتر از ۱۸ سال، قطعی بودن تشخیص آرتریت روماتوئید با تأیید پزشک متخصص، حداقل گذشت یک سال از تشخیص بیماری و این که مشکلات روانی شناخته شده از جمله افسردگی و یا تحت درمان با داروهای روان‌گردان قبل از ابتلا به آرتریت روماتوئید، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و پرخطر دیگر نظیر سرطان، مولتیپل اسکروزیس، بیماری‌های تنفسی از جمله بیماری انسداد مزمن ریوی، آسم، نارسایی کلیه، نارسایی احتقانی قلب و قطع نخاع نداشتند. آرتریت روماتوئید بر اساس معیارهای بالینی ۱۹۸۷ ACR شناسایی شد. معیار فعالیت بیماری شامل وجود ۴ مفصل متورم و دو مورد از موارد زیر بوده

است: وجود ۶ مفصل دردناک، وجود خشکی صبحگاهی بیش از ۳۰ دقیقه،  $ESR \leq 28$  (۹). معیار خروج از مطالعه عدم رضایت بیمار و سابقه بیماری‌های سایکوتیک، بارداری و شیردهی بود. حجم نمونه شامل ۱۶۵ نفر مبتلا به این بیماری بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین مراجعین انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها در این پژوهش مصاحبه تلفنی و پرسش و پاسخ و خود گزارش‌دهی افراد و مشاهده پرونده‌ها بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه فارسی SF-36 بود که قبلاً اعتبار و پایایی آن در ایران بررسی و تأیید شد (۸،۷) و برای هر فرد پس از رضایت کامل، یک پرسشنامه SF-36 و یک پرسشنامه حاوی مشخصات فردی و بیماری تکمیل شد و بدون توجه به اسامی افراد گزارش شد. پرسشنامه SF-36 یک پرسشنامه استاندارد شامل ۸ مولفه است که در آن مولفه‌های عملکرد جسمی، درد بدنی، محدودیت جسمی و سلامت عمومی مربوط به سلامت جسمانی و سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، محدودیت عاطفی و سرزندگی و شادابی به سلامت روانی مربوط هستند و با مقیاس لیکرت پاسخ داده می‌شود. این ابزار علاوه بر بیماری‌های مختلف در بیماران آرتریت روماتوئید در کشورهای مختلف با زبان و فرهنگ‌های متفاوت ترجمه و اعتبار سنجی شده است که در آمریکا، انگلیس، نروژ و بنگال قابل قبول، پایا و معتبر اعلام شده است (۱۸-۱۶) و در ایران نیز برای جامعه عمومی و بیماران استئوآرتریت بررسی شده است (۷، ۸-۱۹). استفاده از تماس‌های تلفنی و پیام کوتاه نیز برای این ابزار بررسی شد (۲۰، ۲۱).

پس از جمع‌آوری داده‌ها برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در نرم افزار SPSS v.17 با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه اثرات بیماری را ارزیابی و با آمارهای توصیفی نمره کیفیت زندگی را تعیین و از آزمون‌های t و آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون برای مقایسه نمرات در گروه‌های مختلف استفاده کردیم.

## یافته ها

یافته‌های مطالعه در ۱۶۵ نفر از مبتلایان به آرتریت روماتوئید، بیانگر آن است که تعداد ۱۴۵ نفر (۸۷/۹ درصد) نمونه‌ها زن و ۱۲۶ نفر (۷۶/۳ درصد) شهری و ۱۴۰ نفر (۸۴/۸ درصد) متأهل بودند. میانگین (انحراف معیار) سن بیماران در واحدهای مورد پژوهش برابر ۵۱/۵ (۱۱) سال بوده است و ۸۶ نفر (۵۲ درصد) نمونه‌ها بیش تر از ۵۰ سال سن داشتند. بیشترین گروه (۸۰ درصد) تحصیلات در سطح ابتدایی یا راهنمایی و دبیرستان داشتند. میانگین (انحراف معیار) مدت ابتلا به بیماری در واحدهای مورد پژوهش برابر ۱۱/۳ (۷/۵) سال بوده است. میانگین طول بیماری و سن در زن و مرد اختلاف معنی داری نداشت. در تحلیل نتایج سوال ۱ و ۲ پرسشنامه کیفیت زندگی نظر کلی افراد درباره سطح سلامتی و مقایسه آن با سال قبل پرسیده شد. همان طوری که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، در بیماران حاضر تعداد ۱۵۲ نفر یعنی ۹۲/۱ درصد سلامتی خود را به‌طور کلی خوب تا عالی بیان کردند ولی میانگین نمرات سلامتی با استفاده از حیطه‌های مختلف که در جدول شماره ۲ نشان داده می‌شود، سطح سلامتی متوسط تا خوب است. پاسخ سؤال ۱ و ۲ در زن و مرد تفاوت معنی داری نداشت. در مقایسه با یک سال قبل، تعداد ۹۳ نفر (۵۶/۷ درصد) سلامتی خود را بهتر یا خیلی بهتر از سال قبل می‌دانستند که در ادامه درمان آن‌ها امیدوار کننده است.

بر اساس نتایج آزمون t مستقل، میانگین نمرات کیفیت زندگی در حیطه‌های عملکرد جسمانی ( $p < 0.03$ ) سرزندگی و شادابی ( $p < 0.016$ ) و تصور سلامتی بیماران ( $p < 0.045$ ) بین زن و مرد تفاوت معنی دار داشت و در بقیه حیطه‌ها مشابه بود. میانگین نمرات درد، محدودیت جسمی، تصور سلامتی در زنان از بقیه حیطه‌ها پایین تر بود. از نظر محل سکونت هر هشت مؤلفه در ساکنین شهر و روستا تفاوت معنی دار نداشت. با استفاده از آنالیز واریانس مشخص شد که به جز حیطه‌های محدودیت احساسی ( $p = 0.055$ ) و درد ( $p = 0.087$ ) بقیه مؤلفه‌ها با

گروه‌های سنی ارتباط معنی دار داشتند ( $p < 0.05$ ). همین‌طور RE, PF, SF, BP با تأهل رابطه نداشتند ولی حیطه‌های MH, VT, RP ( $p < 0.05$ ) و ( $p < 0.01$ ) با تأهل رابطه داشتند. شغل در بیش تر حیطه‌ها مثل SF, BP, HP ( $p < 0.001$ )، VT و MH رابطه معنی دار داشت ( $p < 0.05$ ). ولی این رابطه برای RE, RP, PF معنی دار نبود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی بیماران آرتریت روماتوئید بر حسب نظر کلی درباره سلامتی آن‌ها

سؤال ۱	پاسخ	تعداد (درصد)
به‌طور کلی درباره‌ی سلامتی خود چه نظری دارید؟	عالی	۱۳ (۷/۹)
	بسیار خوب	۳۲ (۱۹/۴)
	خوب	۱۰۷ (۶۴/۸)
	بد	۱۱ (۶/۷)
	خیلی بد	۲ (۱/۲)

جدول شماره ۲: توزیع میانگین (انحراف معیار) نمرات حیطه‌های ۸ گانه کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید بر اساس SF-36 و بر حسب جنس در سال ۱۳۹۲

حیطه‌های کیفیت زندگی (انحراف معیار)	میانگین کل (n=۱۴۵)	زن (n=۱۴۵)	مرد (n=۲۰)	سطح معنی داری
درد بدنی BP	۴۶/۳۷ (۲۷/۸۷)	۴۵ (۳۷)	۵۶ (۲۸/۵)	۰/۰۹۷
عملکرد اجتماعی SF	۶۷/۵ (۳۲/۷)	۶۶/۱۷ (۳۳)	۷۷/۱۲ (۲۹)	۰/۱۶۱
عملکرد جسمانی PF	۵۷/۱۲ (۲۸/۸۸)	۵۵/۳ (۲۸/۸۸)	۷۰/۲۵ (۲۶/۵)	۰/۰۳۰
محدودیت جسمی RP	۳۸/۷۸ (۴۲/۸۹)	۳۶/۸۹ (۴۲/۸۸)	۵۲/۵ (۴۲)	۰/۲۲۸
محدودیت عاطفی RE	۵۳/۳۳ (۴۶/۹۷)	۵۱/۰۳ (۴۷/۶)	۷۰ (۳۸/۸)	۰/۰۹۱
سرزندگی و شادابی VT	۶۰/۱۱ (۲۰/۹۷)	۵۸/۶ (۲۱)	۷۰/۶ (۱۶/۹۷)	۰/۰۱۶
سلامت روانی MH	۶۹/۰۰ (۱۸/۳۳)	۶۷/۹۸ (۱۹/۳)	۷۶/۴۶ (۱۱/۷)	۰/۰۵۷
تصور سلامتی HP	۴۷/۶۳ (۲۰/۳۱)	۴۶/۴۵ (۲۰/۶)	۵۶/۱۳ (۱۶)	۰/۰۴۵

میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های ۸ گانه کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید بر اساس SF-36 و بر حسب سطوح مختلف تحصیلات بر اساس نتایج آنالیز واریانس نشان داده است که تحصیلات با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از نظر آماری ارتباط معنی دار دارد ( $p < 0.001$ ). در بیسوادان کم‌ترین نمره مربوط به میانگین نمرات کیفیت زندگی در حیطه محدودیت جسمی (۱۲/۵) و بیشترین مربوط به MH برابر ۵۸/۶۴ بوده است که با افزایش سطح تحصیلات از ابتدایی و راهنمایی تا دیپلم و دانشگاهی، همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی میانگین نمرات بالاتری داشتند که در افرادی که

## بحث

یکی از مهم ترین نتایج این تحقیق این است که میزان نمرات سلامت و کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید در حیطه های مختلف یکسان نیست و کیفیت زندگی این بیماران ابعاد متفاوت دارد. بیماران در بخش های کیفیت زندگی مربوط به سلامت جسمانی در سطح پایین تر و در بخش های سلامت روانی و اجتماعی در سطح بالاتری قرار داشتند. گسترش ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و تصوراتی که افراد در جوامع مختلف دارند، باعث شده است که برای ارزیابی این ابعاد محققین ابزارهای مختلفی را ارائه و بررسی کنند (۲۲، ۱۵) که SF-36 یکی از آنهاست (۲). تحقیق حاضر نشان داده است که این ابزار درباره ی تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مبتلایان به آرتریت روماتوئید در ایران قابل اعتماد و پایاست که این نتیجه مشابه مطالعه اعتبار این ابزار در بیماران استئوآرتریت در ایران بوده است (۱۹) و ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران را ارزیابی می کند. Gravesa و همکارانش در لندن (۱۲) و Nicassio و همکارانش با استفاده از SF-36 نتایج مشابهی گرفتند (۱۳). Feroz AH و همکارانش در بنگال (۱۸) و Kevin و همکارانش در نروژ (۱۷) نیز اعتبار و پایایی این پرسشنامه را در بیماران آرتریت روماتوئید تایید کردند.

یکی از نتایج مهم این مطالعه است این که میزان نمرات سلامت و کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید در حیطه های مختلف یکسان نیست و برای مطالعه حاضر در بیش تر حیطه ها به جز حیطه های درد بدنی و محدودیت جسمی بالا بوده است. در سال ۲۰۱۱ Kingsley و همکارانش با مروری بر مطالعات مختلف برای تعیین کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید، ۱۸ مطالعه را که از SF-36 استفاده کرده اند، بررسی کرد که از مقایسه با نتایج مطالعه حاضر مشخص شده است که کیفیت زندگی بیماران مطالعه ما در بخش های ۵ حیطه عملکرد جسمی (PF)، سرزندگی (VT)، سلامت روانی (MH)، محدودیت جسمی (RP) و درد بدنی

تحصیلات دانشگاهی داشتند، حداقل میانگین در حیطه BP برابر ۵۹/۶ و حداکثر میانگین در حیطه SF برابر ۹۴/۲ بوده است. در تحلیل همبستگی و رگرسیون مشاهده شد که طول بیماری با همه مؤلفه ها همبستگی منفی و معنی دار دارد (از ۳۲- درصد تا ۱۱- درصد) و سن با همه مؤلفه ها همبستگی منفی و معنی دار در سطح ۲۲ درصد تا ۳۹ درصد و به صورت معکوس دارد که با افزایش سن نمرات کیفیت زندگی کم شده است. تحلیل رگرسیون چندگانه خطی در جدول شماره ۳ نشان می دهد که در حضور همه متغیرهای دموگرافیک نمرات کیفیت زندگی هر یک از حیطه های BP و HP و RP با طول بیماری و SF و RE و VT و RP با تحصیلات و PF و VT با سن و MH و HP با شغل و MH با تأهل رابطه معنی دار داشته اند.

جدول شماره ۳: تحلیل رگرسیون چندگانه خطی نمرات حیطه های ۸ گانه کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید بر اساس SF-36 متغیرهای جمعیت شناختی در سال ۱۳۹۲

متغیر وابسته	متغیرهای مستقل	ضریب رگرسیون	R-Square	سطح معنی داری
درد بدنی BP	طول بیماری	-۰/۸۲۵	۰/۱۰۴	۰/۰۱
عملکرد اجتماعی SF	تحصیلات	۱۱/۲۶	۰/۱۴۵	۰/۰۰۲
عملکرد جسمانی PF	سن	-۰/۶۴۸	۰/۱۸۹	۰/۰۰۷
محدودیت جسمی RP	تحصیلات	۱۴/۶۰	۰/۲۰۰	۰/۰۰۲
محدودیت عاطفی RE	طول بیماری	-۱/۰۵۶	۰/۰۲۵	۰/۰۲۵
سرزندگی و شادایی VT	تحصیلات	۱۴/۹۴	۰/۱۳۸	۰/۰۰۶
	تحصیلات	۶/۱۹۹	۰/۰۰۴	۰/۰۰۴
	شغل	۲/۹۲۸	۰/۲۶۲	۰/۰۰۸
	سن	-۰/۳۸۸	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷
سلامت روانی MH	شغل	۲/۱۰۲	۰/۰۳۷	۰/۰۳۷
	تاهل	-۴/۵۱۸	۰/۱۹۴	۰/۰۰۶
تصور سلامتی HP	طول بیماری	-۰/۶۶۴	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲
	شغل	۲/۸۲۵	۰/۲۳۶	۰/۰۱۳

با انجام تحلیل همبستگی پیرسون، همه مؤلفه های ۸ گانه SF-36 با یکدیگر همبستگی معنی دار و مستقیم داشتند ( $p < ۰/۰۱$ ). که با افزایش نمره سلامت در هر حیطه، نمرات حیطه های دیگر نیز افزایش داشت. کم ترین همبستگی بین MH با BP و PF به ترتیب ۰/۳۶ و ۰/۳۷۳ بوده است و بیش ترین همبستگی بین MH با VT برابر ۰/۷۵ و RP با RE برابر ۰/۷۲ بود.

(BP) از میانه نمرات ۱۸ مطالعه بیش تر بوده است و در سه حیطه دیگر در حد میانه مطالعات بوده است (۲۳).

از نتایج مطالعه حاضر، بررسی اثر متغیرهای جمعیت شناختی با کیفیت زندگی بوده است که نشان داد رابطه بین محل سکونت (شهری یا روستایی) و کیفیت زندگی بیماران مذکور معنی دار نیست ولی در برخی مطالعات بعضی از ابعاد کیفیت زندگی در جمعیت عمومی بین شهر و روستا معنی دار بوده است. رابطه بین جنس و کیفیت زندگی در مطالعه منجمد و همکارانش با ابزار دیگر نیز معنی دار نبود (۲۴). در مطالعه حاضر به جز در سه حیطه عملکرد جسمی، سرزندگی و سلامت عمومی معنی دار نیست اگرچه تعداد بیماران مرد کم است ولی مطالعات دیگری که بر روی دوره‌های بیماری یا درمان بیماران تازه تشخیص داده شده و یا بیماران با سابقه را مطالعه کردند درباره ارتباط جنس اتفاق نظر وجود ندارد (۱۴). چون بیماران از نظر طول بیماری و سن بین زن و مرد تفاوت نداشتند، پس ارتباط جنس با کیفیت زندگی بیماران حائز اهمیت است و در حیطه عملکرد جسمی و سرزندگی و سلامت عمومی در زنان کم تر از مردان بوده است که طبیعی به نظر می‌رسد. همه ۸ مولفه کیفیت زندگی به سطح تحصیلات بستگی داشت و با افزایش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی بالاتر بوده است که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۲۴).

همه ۸ مولفه کیفیت زندگی با سن همبستگی معکوس داشته است که در مطالعات مختلف این رابطه تایید شد. برای درد و محدودیت عاطفی این همبستگی کم تر بوده است. سلامت روانی، سرزندگی و سلامت عمومی بیماران در متاهلین بیش تر از بقیه بود، ولی مولفه‌های دیگر ارتباط معنی دار نداشتند. با توجه به بیهوشی یا طلاق از همسر، چنین نتیجه قابل پیش بینی است. به جز محدودیت‌های ناشی از مشکلات جسمی یا عاطفی، بیش تر مولفه‌ها با شغل ارتباط داشتند. با توجه به سن بالای بیماران و مشخص نبودن گروه‌های شغلی و

همین طور درصد بالای زنان خانه دار، رابطه مذکور نیاز به ارزیابی دقیق تری دارد. ولی در مطالعه منجمد و همکاران (۲۴) اثر شغل بر کیفیت زندگی مورد تاکید قرار گرفت. ارتباط شغل و کیفیت زندگی در جامعه غیر بیماران مورد تایید است. طول مدت بیماری با همه حیطه‌ها همبستگی معنی داری داشته است. در مطالعه منجمد و همکارانش این ارتباط معنی دار نبود که شاید به خاطر ابزار دیگر کیفیت زندگی بود، ولی در مطالعاتی که طول مدت بیماری بیش تر از ده سال بوده است و یا بیماران مزمن و فعال داشته‌اند، این ارتباط معنی دار بود (۲۴، ۲۵). نتیجه مهم دیگر در بررسی حاضر، همبستگی بین همه مولفه‌های مختلف بوده است که همه آن‌ها با یکدیگر همبستگی داشته‌اند. بر اساس ابزار SF-36 پیشنهاد شد که ۴ مولفه سلامت جسمی و ۴ مولفه سلامت روانی ترکیب شوند و ۲ شاخص مجموع خلاصه شده از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت جسمانی (PCS) و روانی (MCS) را محاسبه نمایند، برخی مطالعات استقلال کامل آن‌ها را تایید نمی‌کنند (۵). نتیجه نهایی: ابتلا به بیماری مزمن آرتروز روماتوئید در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اثر منفی داشته و چون این ابعاد از هم مستقل نیستند، متغیرهای مختلف اقتصادی و اجتماعی و جمعیتی افراد اثرات متفاوتی بر ابعاد کیفیت زندگی دارند. همین طور هر یک از ابعاد مذکور بر سایر حیطه‌ها تاثیر می‌گذارد. لذا برنامه‌ریزی صحیح و متناسب با شرایط بیماران لازم است تا در روند درمان و کنترل عوارض بیماری و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها موثر باشد.

## سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، واحد بین‌الملل رامسر بوده است. بدین وسیله از همه کسانی که به نحوی در انجام این تحقیق ما را کمک کردند، تشکر می‌کنیم.

## References

1. Frendl DM, Ware JE Jr. Patient-reported Functional Health and Well-Being Outcomes with Drug Therapy: A Systematic Review of Randomized Trials Using the SF-36 Health Survey. *Med Care* 2014; 52(5): 439-445.
2. Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international Quality of life assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11): 903-912.
3. The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment, (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-1409.
4. Kosinski M, Kujawski SC, Martin R, Wanke LA, Buatti MC, Ware JE Jr, et al. Health-related quality of life in early rheumatoid arthritis: impact of disease and treatment response. *Am J Manag Care* 2002; 8(3): 231-240.
5. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-483.
6. Ware JE Jr, Keller SD, Gandek B, Brazier JE, Sullivan M. Evaluating translations of health status questionnaires. Methods from the IQOLA project. *International Quality of Life Assessment. Int J Technol Assess Health Care* 1995; 11(3): 525-551.
7. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and Validation Study of Iranian Version. *Qual Life Res* 2005; 14: 875-82.
8. Mohammadpour RA, Yousefi Z. Factor Analysis of SF-36 Persian Version Health-Related Quality of Life Questionnaire in Iran. *World Applied Sciences Journal* 2008; 3(4): 548-554.
9. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2001; 358(9285): 903-911.
10. Forghanizadeh J, Abhari R, Shakibi M, Samadi F, Piroozian M, Tavakoli S. Prevalence of rheumatic diseases in Fasham. *Journal of Iran University of Medical Sciences* 1995; 2(3) 182-191.
11. Harris ED. Kelley's text book of Rheumatology. *Clinical Rheumatology Features of rheumatoid Arthritis*. 7<sup>th</sup> ed. Michigan: Elsevier; 2005.
12. Gravesa H, Scotta DL, Lempp H, Weinman J. Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 2009; 67(5): 417-423.
13. Nicassio PM, Kay MA, Custodio MK, Irwin MR, Olmstead R, Weisman MH. An evaluation of a bio psychosocial framework for health-related quality of life and disability in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 2011; 71(2): 79-85.
14. West E, Wallberg-Jonsson S. Health-Related quality of life in swedish men and women with early rheumatoid arthritis. *Gend Med* 2009; 6(4): 544-554.
15. Bombardier C, Raboud J. A Comparison of Health-Related quality-of-Life measures for rheumatoid arthritis research. *Control Clin Trials* 1991; 12(Supp 4): 243S-2S6S.
16. 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): 350-357.
17. Kvien TK, Kaasa S, Smedstad LM. Performance of the Norwegian SF-36 Healthy Survey in patients with rheumatoid arthritis. II. A comparison of the SF-36 with disease-specific measures. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11): 1077-1086.
18. Feroz AH, Islam MN, TenKlooster PM, Hasan M, Rasker JJ, Haq SA. The Bengali Short Form-36 was acceptable, reliable, and valid in patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Epidemiol* 2012; 65(11): 1227-1235.
19. Mobini M, Mohammadpour R, Khalilian A, Anvari F, Lamsehchi N. Measuring the validity and reliability of the persian version of Stanford health assessment questionnaire (HAQ) in Iranian patients with osteoarthritis. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences (ZJRMS)* 2014; 16(9): 30-33.
20. Perkins JJ, Sanson-Fisher RW. An examination of self-and telephone administered modes of administration for the Australian SF-36. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(11): 969-973.
21. Song Lee SS, Xin X, Lee WP, Sim EJ, Tan B, Bien MP, et al. The feasibility of using SMS as a health survey tool: An exploratory study in patients with rheumatoid arthritis. *Int J Med Inform* 2013; 82(5): 427-434.
22. Linde L, Sorensen J, Ostergaard M, Horslev-Petersen, Hetland ML. Health-Related quality of life: validity, reliability, and responsiveness of SF-36, 15D, EQ-5D, RAQoL, and HAQ in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2008; 35(8): 1528-1537.
23. Kingsley G, Scott IC, Scott DL. Quality of life and the outcome of established rheumatoid Arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011; 25(4): 585-606.
24. Monjamed Z, Varai SH, KazemNejad A, Razavian F. Quality of life in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Hayat* 2007; 13(3): 57-66.
25. Lillegraven Store, Kvien TK. Measuring disability and quality of life in established rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21(5): 827-840.