

بررسی وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پپتیک در شهر سنندج

حیدر ندریان^{۱*}، آرزو فلاحی^۲، جواد شجاع فرد^۳، رحمت الله مرادزاده^۴، الهام ندریان^۵

تاریخ دریافت: ۸۹/۴/۲۵ تاریخ پذیرش: ۸۹/۸/۳

چکیده

پیش زمینه و هدف: در بیماری زخم پپتیک که به زخم معده یا دوازدهه اطلاق می‌شود خطر پایین آمدن کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. مشخص نمودن جوانب مختلف کیفیت زندگی بیماران "بیماری زخم پپتیک" می‌تواند راهنمایی برای طرح‌ریزی برنامه‌های آموزشی برای این بیماران و انجام مداخله‌های صحیح و مناسب جهت ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها باشد؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پپتیک در شهر سنندج طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش کار: این مطالعه تحلیلی-مقطعی بر روی ۱۲۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان بعثت سنندج که طی نمونه‌گیری آسان بدست آمدند انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه استاندارد MOS-SF-20 بود. داده‌ها با استفاده از نرم-افزار SPSS و با بکارگیری آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس و مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: آزمودنی‌ها در کیفیت زندگی از لحاظ «درد» (۶۸/۵ درصد) و خصوصاً «درک از سلامت» (۳۰/۲ درصد) بیشترین ضعف را داشتند و از لحاظ «عملکرد جسمانی» (۷۰/۷ درصد) وضعیت بهتری داشتند. آزمون همبستگی پیرسون ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی با سطح سواد و میزان درآمد بیماران نشان داد ($p < 0/05$). تنها زیرمقیاس استتفا «درد» بود که با سطح سواد همبستگی معنی‌دار منفی داشت. متغیر سن نیز با زیرمقیاس «درد» همبستگی معنی‌دار و مستقیم ($p < 0/01$) و با بقیه زیرمقیاس‌ها همبستگی معنی‌دار و معکوس داشت ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه در برنامه‌ریزی‌های آموزشی که برای این بیماران انجام می‌گیرد می‌تواند کاربرد مؤثری داشته باشد. باید برنامه‌های آموزشی به‌منظور ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران زخم پپتیک در مراکز بهداشتی-درمانی از طریق دست اندرکاران طرح ریزی و اجرا شود که در آن استراتژی‌هایی جهت کاهش درد و بهبود درک این بیماران از وضعیت سلامتشان از اولویت‌های برنامه باشد.

کلیدواژه‌ها: بیماری زخم پپتیک، کیفیت زندگی، پرسش‌نامه SF-20

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره دوم، پی در پی ۳۱، خرداد و تیر ۱۳۹۰، ص ۱۱۲-۱۲۱

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه ارتقاء سلامت، کدپستی ۶۶۱۷۷۱۳۳۹۱ تلفن: ۰۹۳۵۳۶۲۹۷۸۱

Email: haidar5885@yahoo.com

درگیر محدودیت در کار و فعالیت‌های اجتماعی، زندگی

مقدمه

زناشویی و خانواده و سازگاری با رویدادهای تنش‌زا می‌شود.

پزشکان علاوه بر نیاز به دانستن وضعیت فعالیت و دوره بیماری

که اساساً مبتنی بر داده‌های آزمایشگاهی و آندوسکوپی

می‌باشد، به میزان‌های دقیق این پیامدها نیز نیازمند هستند

(۱-۳) تا بتوانند تصمیمات دقیق و صحیحی جهت درمان بیمار

هدف اولیه درمان در بیماری‌های مزمن به حداکثر رساندن

عملکرد بیماران در فعالیت‌های روزمره و دستیابی آن‌ها به

بالاترین سطح رفاه می‌باشد (۱). در بیماری‌های مزمن به ویژه

بیماری‌های معدی - روده‌ای، زندگی بیمار به عنوان یک کل،

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت، مدرس دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

^۳ کارشناس ارشد آموزش بهداشت سنندج

^۴ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج

^۵ کارشناس علوم تربیتی سنندج

اجتماعی، روان‌شناختی و شغلی شناخته می‌شود. در هنگام ارزشیابی منافع مداخله‌های مراقبت سلامت، تأکید فزاینده‌ای بر اندازه‌گیری کیفیت زندگی شده است (۱۳).

بیماری زخم پپتیک با پیامدهای مزمن که همراه با دوره‌های تضعیف‌کننده و عوارض احتمالی (مانند سرطان) دارد، شدیداً بر روی جوانب مختلف کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. این بیماری نیازمند پیگیری درمان طولانی مدت، معاینات آندوسکوپی مکرر و زیاد و مصرف مداوم دارو می‌باشد (۱۴، ۱۵). اگرچه کیفیت زندگی بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های معده‌ای-روده‌ای بررسی شده است اما کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پپتیک، به خصوص در ایران، بندرت مورد بررسی قرار گرفته است. از آنجا که میزان شیوع بیماری زخم پپتیک با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد، انتظار می‌رود که تأثیر چشمگیر این بیماری شایع بر روی ارائه مراقبت‌های بهداشتی، اقتصاد سلامت و کیفیت زندگی این بیماران ادامه داشته باشد (۱۶). بنابراین، مشخص نمودن جوانب مختلف کیفیت زندگی بیماران مربوط به زخم پپتیک می‌تواند راهنمایی برای طرح ریزی برنامه‌های آموزشی برای این بیماران و انجام مداخله‌های صحیح و مناسب جهت ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها باشد؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پپتیک در شهر سنندج طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش کار

این بررسی یک مطالعه توصیفی به روش مقطعی بود که بر روی ۱۲۰ نفر از بیماران مبتلا به زخم پپتیک مراجعه‌کننده به درمانگاه بیمارستان بعثت شهرسنندج که طی نمونه‌گیری آسان بر اساس روز مراجعه در سه ماهه اول سال ۱۳۸۸ بدست آمد، انجام شد. تعداد نمونه با توجه به نتایج بررسی‌های انجام شده با سطح اطمینان $0/95$ ($\alpha = 0/05$) و $D = 1/5$ و $S = 8$ حدود ۱۱۰ نفر

و ارتقاء کیفیت زندگی او اتخاذ کنند. ارزیابی بالینی می‌تواند بر اساس کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نیز استوار باشد که عملکرد روان‌شناختی، جسمانی و تجارب ذهنی فرد را در رابطه با سلامت وی توصیف می‌کند (۴-۶).

بیماری زخم پپتیک^۱ به زخم معده یا دوازدهه اطلاق می‌شود که در بیشتر موارد عود کننده است (۷). این زخم ضایعه مخاطی معده، پیلور، دوازدهه و مری است که با ایجاد یک حفره به طرف بیرون همراه می‌باشد (۸). علائم بالینی این بیماری شامل سوءهاضمه به صورت دردی با مرکزیت فوقانی شکم یا نوعی ناراحتی شامل احساس پری، نفخ، تهوع یا اتساع، درد اپی گاستر، کاهش ۴۵-۶۰ درصد از وزن، بی‌اشتهایی آنمی فقر آهن و خون مخفی در مدفوع (ملنا) می‌باشد (۹). این بیماری منجر به درد، خون‌ریزی و انسداد معده در افراد می‌شود که از نظر اجتماعی و اقتصادی نیز اهمیت قابل ملاحظه‌ای دارد (۱۰). اگرچه این بیماری میزان مرگ و میر بالایی را باعث نمی‌شود، اما پیامدهای روانی - اجتماعی، عاطفی و اقتصادی زیادی را به دنبال دارد (۶).

بیماری PUD می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا داشته باشد (۱۱). بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت‌شان در زندگی در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند می‌باشد و با درک آن‌ها از اهداف، انتظارات، استانداردها و علایقشان در ارتباط است. کیفیت زندگی یک مفهوم با محدوده وسیع است که به شیوه‌ای پیچیده تحت تأثیر سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی، میزان عدم وابستگی و روابط اجتماعی فرد و روابط وی با خصوصیات برجسته محیط اطرافش قرار دارد (۱۲). تمایل فزاینده‌ای به ارزیابی میزان‌های کیفیت زندگی، به ویژه در بیماری‌های مزمن مانند PUD وجود دارد. کیفیت زندگی به عنوان ترکیبی پیچیده از رضایت در چهار حیطه سلامت جسمانی و رفاه

^۱ Peptic Ulcer disease (PUD)

برآورد گردید. برای اطمینان بیشتر از ۱۲۰ نفر اطلاعات جمع‌آوری گردید. نمونه‌ها به صورت تصادفی از بین بیماران مبتلا به زخم پپتیک مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان بعثت شهر سنندج انتخاب شدند. شرکت بیماران در مطالعه بر اساس رضایت آن‌ها و اختیاری بود و قبل از تکمیل پرسش‌نامه، هدف مطالعه برای آن‌ها توضیح داده می‌شد. بیمارانی جزء نمونه مورد بررسی قرار می‌گرفتند که بیماری آن‌ها توسط پزشک تشخیص داده شده بود. بیمارانی که یک بار مورد بررسی قرار گرفته بودند در صورت مراجعه در روزهای بعدی از شرکت در مطالعه حذف می‌شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه استاندارد MOS-SF-20¹ به انضمام متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح سواد، تعداد سال‌های ابتلا به PUD، میزان درآمد) بود و از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. به عنوان اولین قدم در مطالعه حاضر نسخه اصلی پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی MOS-SF-20 با استفاده از روش استاندارد Backward-Forward از زبان انگلیسی به زبان فارسی برگردانده شد. در این روس ابتدا نسخه اصلی پرسش‌نامه توسط دو مترجم مستقل به صورت همزمان از زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه شد، سپس این نسخه مجدداً توسط دو مترجم جدا از مترجمان مرحله اول به زبان انگلیسی برگردانده شد و در نهایت یک نفر به عنوان هماهنگ کننده با کنار هم قراردادن ترجمه‌های فارسی و انگلیسی بدست آمده پرسش‌نامه فارسی کیفیت زندگی MOS-SF-20 را تهیه نمود. در مرحله بعد طی پیش آزمونی که بین گروهی از بیماران مبتلا به PUD به عمل آمد، نواقص موجود در پرسش‌نامه رفع گردید و به این ترتیب پرسش‌نامه نهایی SF-20 به زبان فارسی فراهم شد.

مقیاس استاندارد کیفیت زندگی MOS-SF-20 (۱۸،۱۷) یک معیار ۲۰ آیتی است که برای هر کدام از وضعیت‌های عملکردی و رفاهی دارای سه زیر مقیاس می‌باشد: وضعیت عملکردی شامل

عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی و عملکرد نقش و وضعیت رفاهی شامل سلامت روانی، درک از سلامت و درد می‌باشد. در نهایت برای هر زیر مقیاس نمره‌ای بین ۰-۱۰۰ بدست می‌آید، به این صورت که هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده این است که وضعیت عملکردی و یا رفاه بهتری دارد. تنها زیر مقیاس استثنا، زیر مقیاس درد می‌باشد که هرچه نمره فرد در آن بالاتر باشد نشانگر وجود درد بیشتر در فرد است. اعتبار سنجی پرسش‌نامه SF-20 در آمریکا و فنلاند انجام گرفته است (۱۹،۱۷). وضعیت عملکرد جسمانی با شش سؤال، وضعیت عملکرد نقش با دو سؤال، وضعیت عملکرد اجتماعی با یک سؤال، سلامت روانی با پنج سؤال، درک از سلامت با پنج سؤال و نهایتاً زیر مقیاس درد جسمانی با یک سؤال اندازه گیری می‌شود. برای تعیین ثبات درونی، میزان ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه مقدماتی $\alpha=0/80$ و در کل نمونه برای $\alpha=0/89$ بدست آمد. برای تکمیل هر پرسش‌نامه با موافقت آزمودنی یک جلسه ۳۰-۲۰ دقیقه‌ای در نظر گرفته شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن، آنالیز واریانس و مجذور کای و به کمک نرم افزار آماری SPSS11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۲۰ بیمار مبتلا به بیماری زخم پپتیک مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان بعثت شهر سنندج مورد بررسی قرار گرفتند. افراد مورد مطالعه در سنین بین ۸۰-۱۴ سال با میانگین سنی $42/50 \pm 15/7$ سال قرار داشتند. اکثر آزمودنی‌ها زن (۷۲/۳ درصد)، متأهل (۶۶/۷ درصد) و خانه دار (۵۰/۸ درصد) بودند. حدود ۳۷/۵ درصد از آن‌ها بی‌سواد بودند. از نظر درآمد ۶۲/۲ درصد بیماران دارای حقوق ماهیانه کم‌تر از ۲۵۰ هزار تومان و فقط ۵/۹ درصد بیماران حقوق بالای ۵۰۰ هزار تومان در ماه داشتند. حدود ۵۷/۵ درصد بیماران مورد مطالعه دارای سابقه

¹ Medical Outcome Survey-Short Form-20

خانوادگی زخم معده یا دوازدهه در بستگان درجه یک خود بودند. در بیماران مورد مطالعه علاوه بر بیماری زخم پپتیک ۲۰ درصد آن‌ها ناراحتی خفیف روانی، ۲۱/۷ درصد کم خونی، ۱۰/۸ درصد ناراحتی کلیه، ۱۶/۸ درصد فشارخون داشتند. جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار و محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از حداکثر نمره زیرمقیاس‌های کیفیت

زندگی بیماران تحت مطالعه را نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول دیده می‌شود، آزمودنی‌ها در کیفیت زندگی از لحاظ «درد» (۶۸/۵) درصد؛ هرچه درصد بالاتر باشد، نشانگر درد بیشتر است) و خصوصاً «درک از سلامت» (۳۰/۲) درصد؛ هرچه درصد بالاتر باشد، نشانگر درک بیشتر است) بیشترین ضعف را داشتند و از لحاظ «عملکرد جسمانی» (۷۰/۷) درصد) وضعیت بهتری داشتند.

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار و محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از حداکثر نمره زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی آزمودنی‌ها

توصیف	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره کسب شده	حداکثر نمره کسب شده	محدوده نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از ماکزیمم نمره
زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی (SF-20)						
درک از سلامت	۳۰/۲	۲۰/۶	۰	۸۵	۰-۱۰۰	۳۰/۲
عملکرد جسمانی	۷۰/۷۴	۳۳/۴	۰	۱۰۰	۰-۱۰۰	۷۰/۷
عملکرد نقش	۶۲/۷۷	۴۳/۱	۰	۱۰۰	۰-۱۰۰	۶۲/۷
عملکرد اجتماعی	۴۹/۶۶	۳۷/۱	۰	۱۰۰	۰-۱۰۰	۴۹/۶
سلامت روانی	۴۸/۸	۱۸/۲	۰	۹۶	۰-۱۰۰	۴۸/۸
درد	۶۸/۵	۲۹/۵	۰	۱۰۰	۰-۱۰۰	۶۸/۵

میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر حسب سطح سواد آزمودنی‌ها در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. با انجام آزمون ANOVA مشخص شد که تفاوت معنی‌داری در همه زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر حسب سطح سواد بیماران وجود داشت ($p < 0.05$). با انجام آزمون توکی مشخص شد که با افزایش سطح سواد میزان «درد» بیماران کاهش می‌یابد و

«سلامت روانی»، «عملکرد اجتماعی»، «عملکرد نقش» و درک آن‌ها از سلامت افزایش می‌یابد. تنها زیرمقیاس استثنا زیرمقیاس «عملکرد جسمانی» بود که در آن افراد دارای سواد دیپلم و ابتدایی - راهنمایی دارای سطح عملکرد بالاتری از بقیه گروه‌ها بودند.

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر حسب سطح سواد آزمودنی‌ها

توصیف	بیسواد (n=۴۵)	ابتدایی و راهنمایی (n=۲۹)	دیپلم (n=۲۸)	تحصیلات دانشگاهی (n=۱۸)	P-value
درک از سلامت	۱۸/۱۱±۱۵/۴	۲۹/۸±۲۴/۲	۴۰±۲۱/۶	۴۵/۸۳±۲۱/۴	$P < 0.001$
عملکرد جسمانی	۵۸/۲۳±۳۴/۸	۷۱/۶±۳۷	۸۵/۵۹±۲۰	۴۰/۹±۲۳/۱	$P < 0.001$
عملکرد نقش	۳۷/۳۳±۴۴/۳	۶۵/۸۶±۴۴/۳	۸۷±۲۴/۱	۸۵±۲۲/۸	$P < 0.001$
عملکرد اجتماعی	۲۹/۳۳±۳۰	۵۱/۰۳±۴۵/۵	۶۵±۳۰/۴	۷۴/۴۴±۳۱/۲	$P < 0.001$
سلامت روانی	۴۴/۱۷±۱۶/۶	۴۶/۴۸±۱۸/۴	۵۳/۶۲±۲۰/۷	۵۶/۸۸±۱۴/۵	$P < 0.05$
درد	۷۹/۵۵±۲۴/۶	۷۰/۳۴±۲۸/۵	۶۴/۲۸±۲۹/۹	۴۴/۴۴±۲۷/۹	$P < 0.001$

همچنین با بکارگیری آزمون ANOVA مشخص شد که زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر اساس شغل آزمودنی‌ها تفاوت

معنی‌داری در سطح 0.05 دارند. جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر حسب شغل را نشان

می‌دهد. آزمون توکی نشان داد که درد در افراد خانه دار (۷۷/۱ درصد) و کارگر و کشاورز (۷۶/۸ درصد) بیشتر از دیگران می‌باشد و نیز این گروه از بیماران درک پایین‌تری از سلامت نیز دارند. بیماران کارمند و دانشجو نیز درک بهتری از سلامت خود نسبت به بقیه گروه‌ها داشتند.

جدول شماره (۳): میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر حسب شغل آزمودنی‌ها

P-value	سایر (n=۱۷)	دانشجو (n=۱۱)	کارمند (n=۱۹)	کارگر و کشاورز (n=۱۲)	خانه دار (n=۶۱)	تحصیلات زیر مقیاس
P< .۰/۰۱	۳۵/۸±۲۴/۹	۴۰/۹±۲۳/۱	۴۲/۸۹±۱۸/۸	۳۳/۱±۳۲/۲	۲۱/۸۸±۱۸/۸	درک از سلامت
P< .۰/۰۵	۷۰±۳۹/۲	۷۷/۸۷±۲۸/۲	۸۵/۶۹±۲۲/۶	۸۹/۰۷±۱۴/۲	۶۰/۱۷±۳۵	عملکرد جسمانی
P< .۰/۰۱	۷۶/۱±۳۳/۲	۸۸/۱۸±۲۰/۴	۸۰±۲۵/۴	۶۱/۰۸±۳۵/۷	۴۷/۸۶±۴۶/۳	عملکرد نقش
P< .۰/۰۰۱	۶۶/۱±۳۹/۴	۶۹/۰۹±۳۷/۲	۶۲/۱±۳۶/۴	۶۵/۵±۴۵/۵	۳۴/۴۲±۳۲/۲	عملکرد اجتماعی
P< .۰/۰۵	۵۶/۵±۱۹/۲	۵۵/۶۳±۲۲	۵۶/۲۲±۱۹/۶	۵۰/۶۶±۱۴/۳	۴۲/۵۵±۱۵/۴	سلامت روانی
P< .۰/۰۱	۶۰/۲۵±۲۲/۹	۳۸/۱۸±۲۲/۷	۶۱/۰۵±۳۰/۲	۷۶/۸±۳۵/۲	۷۷/۷±۲۵/۵	درد

جدول شماره ۴ نیز میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر حسب بیماری‌های زمینه‌ای در آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول مشخص است بیماران مبتلا به PUD که مبتلا به بیماری پرفشاری خون و یا مشکلات کلیوی نیز هستند دارای عملکرد جسمانی و سلامت روانی پایین‌تری نسبت به دیگر بیماران PUD هستند و همچنین درک بسیار پایین‌تری از سلامت خود نسبت به بقیه بیماران دارند. بیماران دارای مشکلات زمینه‌ای کلیوی نیز درد چشمگیرتری را نسبت به بقیه بیماران تحمل می‌کردند.

جدول شماره (۴): میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر حسب بیماری‌های زمینه‌ای در آزمودنی‌ها

درد میانگین±SD	سلامت روانی میانگین±SD	عملکرد اجتماعی میانگین±SD	عملکرد نقش میانگین±SD	عملکرد جسمانی میانگین±SD	درک از سلامت میانگین±SD	موارد بیماری‌های زمینه‌ای
۷۹±۲۲/۹	۳۹/۴±۱۴/۱	۳۳±۳۸/۵	۵۴±۴۷/۲	۵۴/۳۳±۳۹/۱	۱۶±۱۴/۴	بیماران دارای فشار خون (n=۲۰)
۶۶/۴±۳۰/۳	۵۰/۷±۱۸/۶	۵۳±۳۶/۱	۶۴/۵۴±۴۲/۲	۷۴/۰۲±۳۰/۳	۳۳/۰۵±۲۰/۹	بیماران بدون فشارخون (n=۱۰۰)
N.S	P< .۰/۰۵	P< .۰/۰۵	N.S	P< .۰/۰۵	P< .۰/۰۱	P-value
۸۵/۵۵±۱۹/۱	۳۷/۶۴±۱۲/۱	۳۸/۸۸±۳۷/۸	۴۲/۲۲±۴۹	۵۹/۶۲±۳۰/۱	۱۹/۱۶±۱۷/۱	بیماران دارای مشکلات کلیوی (n=۱۸)
۶۵/۴۹±۳۰/۳	۵۰/۶۶±۱۸/۴	۵۱/۵۶±۳۶/۸	۶۶/۴۳±۴۱	۷۲/۷±۳۲/۳	۳۲/۱۵±۲۲/۹	بیماران بدون مشکلات کلیوی (n=۱۰۲)
P< .۰/۰۱	P< .۰/۰۱	N.S	P< .۰/۰۵	P< .۰/۰۵	P< .۰/۰۵	P-value
۶۳/۳۳±۳۱	۴۰/۳۳±۱۳/۵	۴۶/۶۶±۴۳/۸	۷۰±۴۱/۳	۶۷/۸±۳۳/۱	۲۵/۴۱±۲۳/۵	بیماران دارای مشکلات خفیف روانی (n=۲۴)
۶۹/۷۹±۲۹/۱	۵۰/۹۴±۱۸/۷	۵۰/۴۱±۳۷	۶۲/۷۷±۴۳/۱	۷۱/۴۷±۳۳/۶	۳۱/۴±۲۲/۴	بیماران بدون مشکلات خفیف روانی (n=۹۶)
N.S	P< .۰/۰۵	N.S	N.S	N.S	N.S	P-value
۶۳/۸۳±۳۰/۴	۴۸/۱۵±۲۰/۶	۵۶/۱۵±۳۵/۷	۵۰/۷۶±۴۳/۹	۶۰/۷۶±۳۲/۹	۲۵/۵۷±۲۴/۲	بیماران دارای کم خونی مزمن (n=۲۶)
۶۹/۷۸±۲۹/۲	۴۸/۹۸±۱۷/۶	۴۷/۸۷±۳۷/۴	۶۶/۱۲±۴۳/۵	۷۳/۴۹±۳۳/۲	۳۱/۴۸±۲۱/۸	بیماران بدون کم خونی مزمن (n=۹۴)
N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	P-value

جدول شماره ۵ وضعیت همبستگی پیرسون بین متغیرهای جمعیت شناسی با زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول ملاحظه می‌گردد، همبستگی مثبت و معنی‌داری بین زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی با سطح سواد و میزان درآمد بیماران وجود داشت ($P < 0/05$). البته زیرمقیاس استئنا «درد» می‌باشد که با میزان درآمد همبستگی معنی‌دار نداشت و با سطح سواد همبستگی معنی‌دار منفی داشت. متغیر

سن نیز با زیرمقیاس «درد» همبستگی معنی‌دار و مستقیم داشت ($P < 0/01$) و ارتباط آن با زیرمقیاس «سلامت روانی» معکوس بود اما معنی‌دار نبود. متغیر سن با بقیه زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار و معکوس داشت ($P < 0/05$). دوره بیماری نیز با هیچ‌کدام از زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار نداشت.

جدول شماره (۵): ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای جمعیت شناسی با زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی

متغیرهای جمعیت شناسی				زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی
دوره بیماری	سطح سواد	میزان درآمد	سن	
۰/۰۱۹	۰/۴۷۶**	۰/۲۳۰*	-۰/۳۳۷**	درک از سلامت
-۰/۰۷۴	۰/۲۸۵**	۰/۲۳۱*	-۰/۲۲۸*	عملکرد جسمانی
-۰/۰۱۲۸	۰/۴۵۲**	۰/۲۶۱**	-۰/۲۷۴**	عملکرد نقش
-۰/۰۱۸۹	۰/۴۷۰**	۰/۲۲۳*	-۰/۳۰۰**	عملکرد اجتماعی
-۰/۰۸۸	۰/۲۵۹**	۰/۳۲۲**	-۰/۰۸۷	سلامت روانی
۰/۱۱۷	-۰/۳۷۰**	-۰/۱۶۸	۰/۲۳۳*	درد

*معنی‌دار در سطح ۰/۰۵ ($P < 0/05$) **معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ ($P < 0/01$)

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر مشاهده می‌شود که آزمودنی‌ها کیفیت زندگی نسبتاً پایینی دارند خصوصاً در زیرمقیاس‌های درک از سلامت و درد که درصد میانگین از حداکثر نمره این زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۳۰/۲ درصد و ۶۸/۵ درصد بدست آمد (در زیرمقیاس درد هرچه درصد میانگین از حداکثر نمره بالاتر باشد نشان دهنده درد بیشتر است). در مطالعه هاینن (۱۹) و همکارانش که پرسش‌نامه SF-20 را جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم بکار گرفته بودند، درصد میانگین از حداکثر نمره بیشتر زیرمقیاس‌ها بالاتر از درصد میانگین از حداکثر نمره زیرمقیاس‌های مطالعه حاضر بود فقط در زیرمقیاس عملکرد جسمانی بیماران PUD در مطالعه حاضر وضعیت بهتری داشتند که مشابه با یافته‌های مطالعه موکروویکا (۱۱) و همکاران،

نشاندهنده کیفیت زندگی پایین‌تر بیماران مبتلا به زخم پپتیک می‌باشد.

بطور کل سطح کیفیت زندگی در این بیماران نسبت به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر (۱۷،۱۹) پایین‌تر است خصوصاً در بعضی از حیطه‌ها مانند درک از سلامت، درد و سلامت روانی. بر اساس یافته‌های ما و مطالعات مشابه دیگر (۲۰،۱۱) در میان حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی این بیماران ضعف شدید آن‌ها در حیطه درک از سلامت که به دیدگاه آن‌ها نسبت به وضعیت سلامتشان بر می‌گردد و نیز سطح دردی که آن‌ها گرفتارند هستند بسیار چشمگیرتر است. احتمالاً نگرانی‌های این بیماران از مزمن بودن بیماری و عودهای مکرر بیماری بر درک آن‌ها از وضعیت سلامتشان تأثیر منفی زیادی می‌گذارد. در مطالعه‌ای که موکروویکا (۱۱) و همکارانش با بکارگیری پرسش‌نامه

دهنده این امر باشد که این بیماران از مزمن بودن بیماری خود آگاهی داشته‌اند.

مشابه با یافته‌های پژوهش حاضر و نیز یافته‌های بدست آمده از مطالعات دیگر (۲۳-۲۰، ۱۱)، درد یک عامل تعیین کننده کاهش کیفیت زندگی است که باعث می‌شود بیماری زخم پپتیک از بسیاری از بیماری‌های مزمن دیگر حسابی جداگانه داشته باشد. درد جدا از این‌که بر ارزیابی بیمار از وضعیت خودش تأثیر می‌گذارد بر ارزیابی پزشک از وضعیت سلامت و ناتوانی بیمار نیز مؤثر است و می‌تواند بر وضعیت مصرف داروها نیز تأثیر بگذارد (۲۴-۲۶). علاوه بر این دردی که فرد در حال حاضر دارد پیش بینی کننده درد و ناتوانی در آینده است (۲۶). بنابراین مشاهداتی که در این مطالعه گزارش شده است ضرورت اولویت بندی استراتژی‌های مدیریت درد را در مداخلات درمانی و نیز مداخلات آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت جهت این بیماران گوشزد می‌کند. براساس نتایج بدست آمده، از میان حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی این بیماران از لحاظ وضعیت عملکرد جسمانی کم‌ترین ضعف را نشان دادند که همانند یافته‌های رویچکی (۲۰) به نظر نمی‌رسد که بیماران مبتلا به زخم پپتیک مشکل خیلی زیادی با فعالیت‌های جسمانی‌شان داشته باشند و نیز عملکردهای جسمانی به نظر نمی‌رسد که ارتباط خیلی قوی با شدت بیماری زخم پپتیک داشته باشد.

در مطالعه حاضر، اکثر حیطه‌های کیفیت زندگی با سن بیماران PUD همبستگی معنی‌دار معکوس داشت، به طوری که با افزایش سن کیفیت زندگی آن‌ها در آن حیطه‌ها کاهش می‌یافت. درد نیز به عنوان یک حیطه مهم از کیفیت زندگی در مطالعه حاضر با سن ارتباط مستقیم و معنی‌دار داشت یعنی با افزایش سن در این بیماران درد آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. کاهش یافتن کیفیت

SF-36 بر روی سه گروه از بیماران مبتلا به GERD^۱، UC^۲ و PUD به انجام رساندند نیز در گروه بیماران مبتلا به PUD، میانگین نمرات حیطه‌های مختلف بسیار مشابه با یافته‌های پژوهش ما بود. در مطالعه یاد شده (۱۱)، میانگین نمره درد جسمانی و درک از سلامت بیماران مبتلا به PUD از بقیه حیطه‌های کیفیت زندگی این بیماران پایین‌تر بود که کاملاً با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

مشابه با یافته‌های مطالعه حاضر، در بررسی رویچکی (۲۰) و همکاران بهترین نمره کیفیت زندگی در حیطه عملکرد جسمانی بدست آمد و پایین‌ترین نمره کیفیت زندگی نیز مربوط به سرزندگی و نشاط^۳ بود. با توجه به این‌که سرزندگی و شادابی ارتباط زیادی با درک فرد از سلامتی‌اش دارد و در مطالعه ما نیز درک از سلامت بیماران در سطح بسیار پایینی بود می‌توان نتیجه گرفت که یافته‌های مطالعه رویچکی (۲۰) با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت زیادی دارد. جدا از نوع درمانی که بیمار دریافت می‌کند، پذیرفتن درمان و تطابق روانی با بیماری مزمنی که احساس می‌کند در تمام طول عمر همراه او خواهد بود، کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هرچه بیمار بیشتر تحت رژیم‌های درمانی باشد و داروهای گوناگون بیشتری را به مدت طولانی‌تری دریافت کند، ناراضی‌تری و ناراحتی‌اش از مصرف داروها افزایش می‌یابد. از دیدگاه بیماران، وضعیت بهتر سلامت با عدم نیاز به دریافت متناوب درمان و دارو مرتبط است. بنابراین درمان بیماران مبتلا به PUD با داروهایی که به‌طور پیوسته مصرف می‌شود بجای درمان بینابینی آن‌ها در هنگام عود بیماری، می‌تواند تأثیر مثبتی بر دیدگاه این بیماران از وضعیت سلامتشان داشته باشد. همانطور که قبلاً گفته شد، بیماران مطالعه حاضر درک بسیار پایینی از وضعیت سلامت خود داشتند که می‌تواند نشان

¹ Gastroesophageal Reflux disease

² Ulcerative Colitis

³ vitality

ضروری به نظر می‌رسد. این یافته‌ها در برنامه ریزی‌های آموزشی که برای بیماران مبتلا به PUD انجام می‌گیرد می‌تواند کاربرد مؤثری داشته باشد. باید برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای به منظور ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران زخم پپتیک در مراکز بهداشتی - درمانی از طریق دست اندرکاران طرح ریزی و اجرا شود. جهت تهیه چنین برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای در مراکز بهداشتی - درمانی می‌توان از کارشناسان آموزش بهداشت و سلامت و نیز همکاری پزشکان متخصص و نیز مشارکت دادن خانواده‌های این بیماران و یا افراد مراقب درجه اول آن‌ها به منظور تهیه برنامه‌های کاربردی بهره برد.

همچنین با توجه به این‌که این بیماران بیشترین ضعف موجود در کیفیت زندگی خود را درد و خصوصاً درک از سلامت عنوان کرده‌اند باید در برنامه ریزی‌های مداخله‌ای و آموزشی برای این بیماران استراتژی‌هایی را به منظور کاهش درد و بهبود درک آن‌ها از وضعیت سلامتی‌شان طرح ریزی کرد تا بتوانند به شیوه بهتری با بیماری خود تطابق و سازگاری یابند و از وضعیت سلامت و بالطبع کیفیت زندگی خود رضایت بیشتری داشته باشند. بر اساس مطالعاتی که بر روی درد در بیماری‌های مختلف انجام گرفته است حمایت اجتماعی درک شده بیماران می‌تواند یک عامل میانجی مهم در کاهش درد و ارتقاء کیفیت زندگی باشد. همچنین ارتقاء رفتارهای خودمدیریتی مانند ورزش منظم و صحیح، مصرف منظم داروها، اجتناب از محیط‌های تنش زا و پر استرس، خوردن غذای کم حجم در وعده‌های بیشتر و غیره می‌تواند درد بیماران را تا حد زیادی کاهش دهد و درک آن‌ها را از وضعیت سلامتی‌شان بهبود دهد.

References:

1. Stewart A, Greenfield S, Hays R. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. JAMA 1989; 262: 907-13.

زندگی با افزایش سن در مطالعه حاضر احتمالاً به مزمن بودن بیماری و عدم مدیریت بیماری به صورت منظم و کامل بر می‌گردد که منجر به افزایش میزان درد مزمن و در نتیجه کاهش درک از سلامت این بیماران می‌شود و نهایتاً به کاهش سطح کیفیت زندگی آن‌ها می‌انجامد. پس باید هنگام آموزش بیماران جهت ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها بر مدیریت بیماری و درمان منظم و کامل طبق دستور پزشک تأکید شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همه حیطه‌های کیفیت زندگی با شغل افراد ارتباط معنی‌دار دارند که این مسئله نیز جای تأمل دارد. باید در هنگام ارائه آموزش‌های مداخله‌ای به این گروه از بیماران، این اعتقاد را در آن‌ها به وجود آورد که می‌توانند با خودمدیریتی بیماری و درمان منظم سطح درد و یا خستگی خود را تخفیف دهند و در نتیجه به ارتقاء وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود کمک کنند.

بر اساس نتایج، درد بیماران با افزایش سطح سواد آن‌ها کاهش می‌یابد و بقیه حیطه‌های کیفیت زندگی نیز با افزایش سطح سواد افزایش می‌یابد که با مطالعات کاسلاس و همکاران (۲۸،۲۷) که بر روی بیماران بیماری التهابی روده انجام شد هم‌خوانی دارد. با افزایش سطح سواد در آزمودنی‌ها، بالطبع آگاهی‌شان نسبت به بیماری و نحوه مدیریت بیماری و به ویژه کنترل دردشان افزایش می‌یابد و نهایتاً به بهبود کیفیت زندگی خود کمک کرده و درکشان از وضعیت سلامت‌شان افزایش می‌یابد. نهایتاً می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که افراد مبتلا به زخم پپتیک مورد بررسی و بالطبع کلیه این بیماران در سطح کشور ما دارای سطح کیفیت زندگی نسبتاً پایینی می‌باشند و تلاش‌های مداخله‌ای برای افزایش و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مهم و

2. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Gooddacre R. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 1989; 96: 804-10.

3. Turnbull GK, Vallis TM. Quality of life in inflammatory bowel disease: the interaction of disease activity with psychosocial function. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 1450-4.
4. Eisen GM, Locke GR, Provenzale D. Health-related quality of life: a primer for gastroenterologists. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:2017-21.
5. Guyatt GH, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118: 622-9.
6. Koloski N, Hons B, Talley N, Boyce P. The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:67-71.
7. Baron JH. The relationship between basal and maximum acid output in normal subjects and patients with duodenal ulcer. *Clin Sci* 1963; 24:357.
8. Bahraimi H. *Gastrointestinal diseases*. 1st Ed. Tehran: Jahad Daneshgahi Publication; 2004. P. 25. (Persian)
9. Glise H. Quality of life assessment in patient with peptic ulcer during treatment and follow up. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1993; 199:34-5.
10. Watson GD, Smith R. *Gastrointestinal nursing*. Oxford: Blackwell; 2005.
11. Mokrowiecka A, Jurek K, Pińkowski D, Malecka-Panas E. The comparison of health-related quality of life (HRQL) in patients with GERD, peptic ulcer disease and ulcerative colitis. *Adv Med Sci* 2006; 51:142-7.
12. 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.
13. Minnock P, Fitzgerald O, Bresnihan B. Quality of life, social support and Knowledge of disease in Women with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 2003; 47(2): 221-7.
14. Glise H, Wiklund I. Health-related quality of life and gastrointestinal disease. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17 (Suppl.): 73-85.
15. Hjortswang H, Strom M, Almer S. Health-related quality of life in Swedish patients with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2203-11.
16. Yuan Y, Padol IT, Hunt RH. Peptic ulcer disease today. *Nat Clin Pract Gastroenterol hepatol* 2006; 3(2):80-9.
17. 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 Affect Disord* 1998; 49:189-93.
18. 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. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health; 1997.
19. Hanninen J, Takala J, Keinanen-Kiukaanniemi S. Quality of life in NIDDM patients assessed with the SF-20 questionnaire. *Diabetes Res Clin Pract* 1998; 42:17-27.
20. Revicki DA, Wood M, Maton PN, Sorensen S. The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life. *Am J Med* 1998; 104: 252-8.
21. Jakobsson U, Hallberg I R. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *J Clin Nurs* 2002; 11: 430-43.
22. Heiberg T, Kevin TK. Preferences for improved health examined in 1024 patients with rheumatoid arthritis: Pain has highest priority. *Arthritis Rheum* 2002; 47: 391-7.
23. Taal E, Rasker JJ, Evers AWM, Kraaimaat FW, Lanting PJH, Jacobs JWG. Which priorities have rheumatoid arthritis (RA) patients for their health status improvement? *Arthritis Care Res* 1997; 22 (1):1201.
24. 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 Res* 1998; 11:80-8.
25. Brady T, Boutaugh M, Callahan L F, Gibofsky A, Haralson K, Lappin D, et al. *Quality of life action plan*. Atlanta; Arthritis Foundation: 1993.

26. Kazis LE, Meenan RF, Anderson JJ. Pain in the rheumatic diseases: investigations of a key health status component. *Arthritis Rheum* 1993; 26:1017-22.
27. Casellas F, Lopez-Vivancos J, Badia X. Influence of inflammatory bowel disease on different dimension of quality of life. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13: 567-72.
28. Casellas F, Lopez-Vivancos J, Casado A, Malagelada JR. Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Qual Life Res* 2002; 11: 775-81.