مقاله پژوهشی

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

حیدر ندریان[1*]، آرزو فلاحی[2]، جواد شجاع فرد[3]، رحمت الله مرادزاده[4]، الهام ندریان[5]

تاریخ دریافت:۸۹/۴/۲۵ تاریخ پذیرش۸۹/۸/۳

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 ۱۲۰بیمار 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، آنالیر واریانس و مجذورکای تجزیه وتحلیل شد.

یافته‌ها: آزمودنی‌ها در کیفیت زندگی از لحاظ «درد» (۶۸/۵درصد) و خصوصاً «درک از سلامت» (۳۰/۲درصد) بیشترین ضعف را داشتند و از لحاظ «عملکرد جسمانی» (۷۰/۷درصد) وضعیت بهتری داشتند. آزمون همبستگی پیرسون ارتباط مثبت و معنی‌داری را بین زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی با سطح سواد و میزان درآمد بیماران نشان داد ($p<۰/۰۵$). تنها زیرمقیاس استثنا «درد» بود که با سطح سواد همبستگی معنی‌دار منفی داشت. متغیر سن نیز با زیرمقیاس «درد» همبستگی معنی‌دار و مستقیم ($p<۰/۰۱$) و با بقیه زیرمقیاس‌ها همبستگی معنی‌دار و معکوس داشت ($p<۰/۰۱$).

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 ازطریق دست اندرکاران طرح ریزی و اجرا شود که درآن 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 تیر۱۳۹۰، ص ۱۲۱-۱۱۲

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت ،گروه ارتقاء سلامت، کدپستی۶۶۱۷۷۱۳۳۹۱ تلفن:۰۹۳۵۳۶۲۹۷۸۱

Email: haiدar5885@yahoo.com

مقدمه

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، درگیر محدودیت در کار و فعالیت‌های اجتماعی، زندگی 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

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

[2] دانشجوی دکتری تخصصی آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

[3] کارشناس ارشد آموزش بهداشت سنندج

[4] کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج

[5] کارشناس علوم تربیتی سنندج

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 (۶-۴).

بیماری زخم پپتیک[1] 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). علایم 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 ۶۰-۴۵ درصد از وزن، بی‌اشتهایی آنمی فقرآهن 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 PUی 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 درآن 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 PUی وجود دارد. کیفیت زندگی به عنوان ترکیبی پیچیده از رضایت در چهار حیطه سلامت جسمانی و رفاه اجتماعی، روان‌شناختی و شغلی شناخته می‌شود. در هنگام ارزشیابی منافع مداخله‌های مراقبت سلامت، تأکید فزاینده‌ای بر اندازه گیری کیفیت زندگی شده است (۱۳).

بیماری زخم پپتیک با پیامدهای مزمن که همراه با دوره‌های تضعیف کننده و عوارض احتمالی (مانند سرطان) دارد، شدیداً بر روی جوانب مختلف کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. این بیماری نیازمند پیگیری درمان طولانی مدت، معاینات آندوسکوپیک مکرر و زیاد و مصرف مداوم دارو می‌باشد (۱۵،۱۴). 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 بیماری 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 بودکه بر روی ۱۲۰ نفر از بیماران مبتلا به زخم پپتیک مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان بعثت شهرسنندج که طی نمونه گیری 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 ۰/۹۵ (α= ۰/۰۵ و ۱/۵ ی=) و S= ۸ حدود ۱۱۰ نفر

[1] Peptic Ulcer یisease (PUی)

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 می‌گرفتندکه 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-20[1] به انضمام متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح سواد، تعداد سال‌های ابتلا به PUی، 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 Backwarی‌Forwar-ی 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 PUی 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 زندگیMOS-SF-20 (۱۸،۱۷) یک معیار ۲۰ آیتمی 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 این‌صورت 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 α=۰/۸۰ و درکل نمونه برای α=۰/۸۹ بدست آمد. برای تکمیل هر پرسش‌نامه با موافقت آزمودنی یک جلسه ۳۰-۲۰ دقیقه‌ای در نظر گرفته شد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن، آنالیر 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 ۱۵/۷±۴۲/۵۰ 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 نظردرآمد ۶۲/۲درصد 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] Meڜical 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 ومحدوده نمره قابل اکتساب ودرصد میانگین از حداکثر نمره زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی آزمودنی‌ها

توصیف / زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی(SF-20)	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره کسب شده	حداکثر نمره کسب شده	محدوده نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از ماکزیمم نمره
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 درجدول شماره ۲ نشان داده شده است. با انجام آزمون ANOVA مشخص شدکه تفاوت معنی‌داری در همه زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر حسب سطح سواد بیماران وجود داشت ($p<۰/۰۵$). 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

تحصیلات / زیر مقیاس	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< ۰/۰۰۱
عملکرد جسمانی	۵۸/۲۳±۳۴/۸	۷۱/۶±۳۷	۸۵/۵۹±۲۰	۴۰/۹±۲۳/۱	P< ۰/۰۰۱
عملکرد نقش	۳۷/۳۳±۴۴/۳	۶۵/۸۶±۴۴/۳	۸۷±۲۴/۱	۸۵±۲۲/۸	P< ۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۲۹/۳۳±۳۰	۵۱/۰۳±۴۵/۵	۶۵±۳۰/۴	۷۴/۴۴±۳۱/۲	P< ۰/۰۰۱
سلامت روانی	۴۴/۱۷±۱۶/۶	۴۶/۴۸±۱۸/۴	۵۳/۶۲±۲۰/۷	۵۶/۸۸±۱۴/۵	P< ۰/۰۵
درد	۷۹/۵۵±۲۴/۶	۷۰/۳۴±۲۸/۵	۶۴/۲۸±۲۹/۹	۴۴/۴۴±۲۷/۹	P< ۰/۰۰۱

همچنین با بکارگیری آزمون ANOVA مشخص شد که زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر اساس شغل آزمودنی‌ها تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ دارند. جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بر حسب شغل را نشان

مـی‌دهـد. آزمـون تـوکی نشـان داد کـه درد در افـراد خانـه دار (۷۷/۱درصد) و کارگر و کشاورز (۷۶/۸ درصـد) بیشـتر از دیگـران می‌باشد و نیز این گروه از بیماران درک پایین‌تری از سـلامت نیـز دارند. بیماران کارمند و دانشجو نیز درک بهتری از سـلامت خـود نسبت به بقیه گروه‌ها داشتند.

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

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

جدول شماره ۴ نیز میانگین و انحراف معیـار زیرمقیـاس‌هـای کیفیت زندگی بر حسب بیماری‌هـای زمینـه‌ای در آزمـودنی‌هـا را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول مشخص است بیمـاران مبتلا به PUی که مبتلا به بیماری پرفشاری خون و یـا مشـکلات کلیـوی نیـز هسـتند دارای عملکـرد جسـمانی و سـلامت روانـی پایین‌تری نسبت به دیگر بیماران PUی هستند و همچنـین درک بسیار پایین‌تری از سلامت خـود نسـبت بـه بقیـه بیمـاران دارنـد. بیماران دارای مشکلات زمینه‌ای کلیوی نیـز درد چشـمگیرتری را نسبت به بقیه بیماران تحمل می‌کردند.

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

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

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 ($p<۰/۰۵$). البته زیرمقیاس استثنا «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 ($p<۰/۰۱$) و ارتباط آن با زیرمقیاس «سلامت روانی» معکوس بود اما معنی‌دار نبود. متغیر سن با بقیه زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار و معکوس داشت ($p<۰/۰۵$). 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

زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی	متغیرهای جمعیت شناسی			
	سن	میزان درآمد	سطح سواد	دوره بیماری
درک از سلامت	-۰/۳۳۷ **	۰/۲۳۰ *	۰/۴۷۶ **	۰/۰۱۹
عملکرد جسمانی	-۰/۲۲۸ *	۰/۲۳۱ *	۰/۲۸۵ **	-۰/۰۷۴
عملکرد نقش	-۰/۲۷۴ **	۰/۲۶۱ **	۰/۴۵۲ **	-۰/۱۲۸
عملکرد اجتماعی	-۰/۳۰۰ **	۰/۲۲۳ *	۰/۴۷۰ **	-۰/۱۸۹
سلامت روانی	-۰/۰۸۷	۰/۳۲۲ **	۰/۲۵۹ **	-۰/۰۸۸
درد	۰/۲۳۳ *	-۰/۱۶۸	-۰/۳۷۰ **	۰/۱۱۷

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

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 هانینن (۱۹) و همکارانش که پرسش‌نامه SF-20 را جهت اندازه گیری 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 PUی 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 گرفتارش 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

SF-36 بر روی سه گروه از بیماران مبتلا به GERی[1]، UC[2] و PUی به انجام رساندند نیز درگروه بیماران مبتلا به PUی، 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 PUی 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[3] 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، نارضایتی 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 PUی 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 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 (۲۶-۲۴). 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 PUی همبستگی معنی‌دار معکوس داشت، به‌طوری‌که 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

[1] Gastroesophageal Reflux ęisease
[2] Ulcerative Colitis
[3] vitality

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 می انجامد. 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 نیزجای 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 درنتیجه 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 ضروری به نظر می‌رسد. این یافته‌ها در برنامه ریزی‌های آموزشی که برای بیماران مبتلا به PUی 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 وغیره می‌تواند درد بیماران را تا حد زیادی کاهش دهد و درک آن‌ها را از وضعیت سلامتی‌شان بهبود دهد.

References:

1. Stewart A, Greenfiel ی S, Hays R. Functional status an ی well-being of patients with chronic con ی itions. JAMA 1989; 262: 907-13.
2. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goo يacre R. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel ي isease. Gastroenterology 1989; 96: 804-10.

3. Turnbull GK, Vallis TM. Quality of life in inflammatory bowel يisease: the interaction of يisease activity with psychosocial function. Am J Gastroenterol 1995; 90: 1450-4.
4. Eisen GM, Locke GR, Provenzale ي. Health-relateي quality of life: a primer for gastroenterologists. Am J Gastroenterol 1999; 94:2017-21.
5. Guyatt GH, Feeny ي, Patrick ي. Measuring health-relateي quality of life. Ann Intern Meي 1993; 118: 622-9.
6. Koloski N, Hons B, Talley N, Boyce P. The impact of functional gastrointestinal يisorيers on quality of life. Am J Gastroenterol 2000; 95:67-71.
7. Baron JH. The relationship between basal anى maximum aciى output in normal subjects anى patients with ىuoىenal ulcer. Clin Sci 1963; 24:357.
8. Bahraini H. Gastrointestinal ىiseases. 1st Eى. Tehran: Jahaى ىaneshgahi Publication; 2004. P. 25. (Persian)
9. Glise H. Quality of life assessment in patient with peptic ulcer ىuring treatment anى follow up. Scanى J Gastroenterol Suppl 1993; 199:34-5.
10. Watson Gى, Smith R. Gastrointestinal nursing. Oxforى: Blackwell; 2005.
11. Mokrowiecka A, Jurek K, Pińkowski ى, Małecka-Panas E. The comparison of health-relateى quality of life (HRQL) in patients with GERى, peptic ulcer ىisease anى ulcerative colitis. Aىv Meى Sci 2006; 51:142-7.
12. Worlى Health Organization Quality of Life Group. Stuىy protocol for the Worlى Health Organization project to ىevelop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res 1993; 2:153-9.
13. Minnock P, Fitzgeralى O, Bresnihan B. Quality of life, social support anى Knowleىge of ىisease in Women with Rheumatoiى Arthritis. Arthritis Rheum 2003; 47(2): 221-7.
14. Glise H, Wiklunي I. Health-relateي quality of life anي gastrointestinal يisease. J Gastroenterol Hepatol 2002; 17 (Suppl.): 73-85.
15. Hjortswang H, Strom M, Almer S. Health-relateي quality of life in Sweيish patients with ulcerative colitis. Am J Gastroenterol 1998; 93: 2203-11.
16. Yuan Y, Paىol IT, Hunt RH. Peptic ulcer ىisease toىay. Nat Clin Pract Gastroenterol hepatol 2006; 3(2):80-9.
17. Robb JC, Young LT, Cooke RG, Joffe RT. Genىer ىifferences in patients with bipolar ىisoىer influence outcome in the meىical outcomes survey (SF-20) subscale scores. J Affect ىisoى 1998; 49:189-93.
18. Aalto AM, Aro S, Ohinmma A, Aro AR, Mähönen M. The valiيation of the SF-20 instrument for health relateي quality of life in the Finnish general population. Helsinki: National Research anي يevelopment Centre for Welfare anي Health; 1997.
19. Hanninen J, Takala J, Keinanen-Kiukaanniemi S. Quality of life in NIىىM patients assesseى with the SF-20 questionnaire. ىiabetes Res Clin Pract 1998; 42:17-27.
20. Revicki يA, Wooي M, Maton PN, Sorensen S. The impact of gastroesophageal reflux يisease on health-relateي quality of life. Am J Meي 1998; 104: 252-8.
21. Jakobsson U, Hallberg I R. Pain anى quality of life among olىer people with rheumatoiى arthritis anى/or osteoarthritis: a literature review. J Clin Nurs 2002; 11: 430-43.
22. Heiberg T, Kevin TK. Preferences for improveى health examineى in 1024 patients with rheumatoiى arthritis: Pain has highest priority. Arthritis Rheum 2002; 47: 391-7.
23. Taal E, Rasker JJ, Evers AWM, Kraaimmaat FW, Lanting PJH, Jacobs JWG. Which priorities have rheumatoiى arthritis (RA) patients for their health status improvement? Arthritis Care Res1997; 22 (1):1201.
24. Joىan MS, Lumley MA, Leisen CC. The relationship of cognitive coping anى pain beliefs to pain aىjustment among African - American anى Caucasian

quality of life. Eur J Gastroenterol Hepatol 2001; 13: 567-72.

Casellas F, Lopez-Vivancos J, Casaيo A, Malagelaيa JR. Factors affecting health relateي quality of life of patients with inflammatory bowel يisease. Qual Life Res 2002; 11: 775-81.

women with rheumatoiی arthritis. Arthritis Care Res 1998; 11:80-8.

25. Braیy T, Boutaugh M, Callahan L F, Gibofsky A, Haralson K, Lappinی, et al. Quality of life action plan. Atlanta; Arthritis Founیation: 1993.
26. Kazis LE, Meenan RF, Anیerson JJ. Pain in the rheumatic یiseases: investigations of a key health status component. Arthritis Rheum 1993; 26:1017-22.
27. Casellas F, Lopez-Vivancos J, Baیia X. Influence of inflammatory bowel یisease on یifferent یimension of