

ارتباط سلامت عمومی با کیفیت خواب در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

نویسندگان:

مرجان مردانی حموله^{۱*}، عزیز شهرکی واحد^۲، زهرا مشتاق عشق^۳

۱- بخش پرستاری، بیمارستان فاطمه زهرا (س)، نجف آباد، ایران

۲- بخش پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۳- بخش پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره هشتم، شماره دو، تابستان ۸۹

چکیده:

مقدمه: هرچند روش های درمانی جدیدی برای بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مد نظر قرار گرفته است، ولی دستاوردهای قابل توجهی در درک و درمان مشکلات روانی- اجتماعی و کیفیت خواب این بیماران حاصل نشده است. هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط سلامت عمومی با کیفیت خواب در مبتلایان به آرتریت روماتوئید بوده است. **روش کار:** مطالعه ی حاضر یک پژوهش مقطعی است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به بیمارستان گلستان اهواز در سال ۱۳۸۷ بود که از میان آن ها ۱۴۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. با بکارگیری پرسشنامه های استاندارد سلامت عمومی و کیفیت خواب، داده ها گرد آوری شد و از طریق محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون کای مربع و تی مستقل تحلیل شدند. یافته ها: نتایج نشان داد سلامت عمومی ۱۵/۷ درصد بیماران مطلوب، ۳۷/۹ درصد نسبتاً مطلوب و ۴۶/۴ درصد نامطلوب بود. کیفیت خواب ۵۸/۶ درصد آنان خوب و بقیه کیفیت خواب بدی داشتند. همچنین بین سلامت عمومی با کیفیت خواب بیماران همبستگی معنی دار وجود داشت ($P=0/001$ و $T=0/692$). **بحث و نتیجه گیری:** سلامت عمومی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می تواند با کیفیت خواب آنها ارتباط داشته باشد.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی، کیفیت خواب، آرتریت روماتوئید

مقدمه:

می باشد و زنان سه برابر مردان گرفتاران می شوند [۳]. شیوع بیماری با بالا رفتن سن افزایش می یابد و اغلب در دهه چهارم و پنجم عمر بیش تر می شود. ۸۰ درصد از افراد بین سن ۳۵ تا ۵۰ سالگی به این بیماری مبتلا می شوند. آمارها نشان می دهد سالانه از هر ۱ میلیون نفر ۷۵۰ تن به این بیماری مبتلا می شوند. در تهران رقمی حدود یک در صد هزار نفر و در ایران جمعاً ۶۰۰ هزار نفر به آن مبتلا هستند [۴]. این بیماری جسمی، تاثیرات عمیقی بر سلامت روان هم دارد. در واقع بیماری مذکور تنها محدودیت فیزیکی ایجاد نمی کند، بلکه بر جنبه های دیگر زندگی مثل عملکردهای روانی و اجتماعی نیز تاثیر منفی دارد [۵]. سلامت روان بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در سطح پایین و نامطلوب قرار دارد و بین این بیماری و افسردگی،

آرتریت روماتوئید یکی از شایع ترین بیماری های مزمن و مسبب اصلی ناتوانایی ها به ویژه در بزرگسالی است [۱]. این بیماری، یک بیماری التهابی است که فقط در انسان دیده می شود و با گرفتاری مفاصل همراه است. التهاب مفاصل ممکن است گذرا باشد. بیماری آرتریت روماتوئید یک بیماری سیستمیک وابسته به سیستم ایمنی است و علت آن ناشناخته می باشد. بیماری مذکور با تغییر شکل تدریجی مفاصل و کاهش فعالیت آنها همراه است که معمولاً مزمن شده و سرانجام به تخریب مفاصل منجر می شود. درد و سفتی مفاصل در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به صورت پیشرونده افزایش می یابد و می تواند توانایی راه رفتن، بالا رفتن از پله یا انجام کارهای ظریف توسط بیمار را محدود کند [۲]. شیوع این بیماری در حدود ۱ درصد جمعیت دنیا

* نویسنده مسئول، آدرس: اصفهان، نجف آباد، اتوبان شهید صالحی، بیمارستان فاطمه زهرا (س)

تلفن تماس: ۰۹۱۳۲۸۶۴۰۷۷ فاکس: ۰۳۳۱-۲۴۴۲۱۱۳ پست الکترونیک: mardanimarjan@gmail.com

تاریخ ارسال: ۱۳۸۸/۱۱/۱۴ تاریخ اصلاح: ۱۳۸۹/۳/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۴/۲۲

رو می سازد. با توجه به مطالعات انجام شده در این زمینه به نظر می رسد عوامل استرس زایی چون دردهای شدید با ایجاد مشکلات خواب، سلامت عمومی بیماران را به مخاطره می اندازد. از سوی دیگر، علی رغم مطالعات انجام شده در کشور در راستای بررسی متغیرهای سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، تا زمان انجام پژوهش حاضر مفاهیمی چون کیفیت خواب که در بهبود سلامت عمومی این گونه بیماران نقش مهمی دارد بررسی نشده است. به همین منظور مطالعه ی حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت عمومی با کیفیت خواب در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد.

روش کار:

جامعه پژوهش این تحقیق مقطعی، کلیه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه کننده به بیمارستان گلستان اهواز در سال ۱۳۸۷ بودند که ۱۴۰ نفر از آن ها به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده اند. حجم نمونه با توجه به برآورد همبستگی حداقل به اندازه ۰/۳۲ و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد تعیین شد. نمونه های مورد بررسی دارای ویژگی های سن بالاتر از ۱۵ سال، قطعی بودن تشخیص آرتریت روماتوئید، گذشت حداقل یک سال از تشخیص بیماری، عدم مشکلات روانی شناخته شده و یا تحت درمان بودن با داروهای روان گردان و عدم ابتلا به بیماری های مزمن و پرخطر دیگر مثل سرطان، نارسایی احتقانی قلب، دیابت، نارسایی کلیه و اسکروز متعدد با تایید پزشک متخصص بودند. نمونه ها با رضایت کامل در تحقیق شرکت کردند و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان به صورت محرمانه باقی می ماند. ابزارهای جمع آوری داده ها در این پژوهش عبارت از پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه سلامت عمومی شامل ۲۸ سؤال و پرسشنامه کیفیت خواب شامل ۹ سؤال بودند. پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ (Goldberg) تهیه شده است و سؤالات آن مقوله های افسردگی، اضطراب، نشانه های جسمی و عملکرد اجتماعی را مورد بررسی قرار می دهد. نمره دهی آن بر مبنای طیف لیکرت ۴ درجه ای به صورت ۰، ۱، ۲ و ۳ می باشد. با توجه به نقطه برش پرسشنامه که ۲۳ می باشد، افرادی که کم تر از این نمره را کسب کنند از نظر سلامت عمومی در شرایط مطلوب و در مقابل افرادی با بیش تر از این نمره، در شرایط نامطلوب از نظر سلامت عمومی هستند. بر همین اساس در تحقیق حاضر چنان چه مجموع نمرات نمونه های مورد پژوهش بین ۲۷-۰ بود، سلامت عمومی آنها در حد مطلوب، بین ۵۵-۲۸ در حد نسبتاً مطلوب و بین ۸۴-۵۶ در حد نامطلوب در نظر گرفته شد. پرسشنامه کیفیت خواب توسط پیتزبرگ (Pittsburg) طراحی شده است و سؤالات ۴-۱ آن، سؤالات باز پاسخ و سؤالات ۹-۵ آن بر مبنای طیف لیکرت ۴ درجه ای می باشد. نحوه ی ارزیابی

اضطراب و عصبانیت در روابط اجتماعی رابطه تنگاتنگی مشاهده می شود [۶]. با توجه به این که علایم بیماری آرتریت روماتوئید به صورت درد، تورم، خستگی، محدودیت حرکتی و خستگی مفاصل تظاهر می شود، در نتیجه بیماران دچار اختلال در عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی شده و به طور کلی بیماری بر کیفیت زندگی آن ها اثرات منفی خواهد گذاشت [۷]. استرس نقش مهمی در بروز و تداوم این بیماری دارد، به طوری که اگر مبتلایان به آرتریت روماتوئید نتوانند بر استرس و اضطراب خود چیره شوند، حتی اگر در مرحله خاموش بیماری نیز باشند، عود بیماری را نظاره گر خواهند بود. به باور محققین، اضطراب باعث افزایش مدت زمان بیماری آرتریت روماتوئید شده و در نتیجه کیفیت خواب مبتلایان به این بیماری کاهش می یابد [۸]. اضطراب می تواند همراه با افسردگی یا به تنهایی وجود داشته باشد و در پاره ای موارد به شکل بیماری های روان-تنی در این افراد ظهور نماید. منشا آن وجود سازوکارهای دفاعی در مقابله با اضطراب است که به صورت تبدیل به بیماری های جسمی خود را نمایان می سازد [۶]. نتایج بررسی روشن و مدرسی روی ۵۰ نفر بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید نشان داد که سطح سلامت روانی این بیماران پایین بوده و اضطراب، افسردگی و نشانه های ضعف جسمانی متعددی در آن ها مشاهده می شود. همچنین این بیماران در حیطه نقش عملکرد اجتماعی خود دارای اختلال هستند [۹]. هاگن (Hagen) و همکاران با مطالعه ی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید دریافتند این بیماران دارای دردهای شدید و منتشره، سطوح تنش روانی زیاد و مشکلات مربوط به خواب هستند و سطوح ناتوانی آنان در بیش تر موارد مربوط به دردهای شدید در ناحیه کمر بوده است [۱۰]. در همین زمینه جکوبسون (Jackobson) و همکاران اعلام داشتند اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بر کیفیت خواب آن ها اثر دارد. اختلال خواب در این بیماران به صورت الگوی نامنظم خواب و بیداری، کم شدن طول مدت خواب و خواب آلودگی در طول روز می باشد [۱۱]. نتایج تحقیق رضویان و همکاران وی نشان داد بیش تر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید افسردگی شدید داشته و همچنین بین افسردگی و کیفیت زندگی آنها ارتباط آماری معنی داری وجود دارد [۱۲]. تاندر (Tander) و همکاران ضمن بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به آرتریت روماتوئید بیان داشتند اختلال در عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی و وجود دردهای جسمی، منجر به بروز افسردگی در آن ها می شود و بنابراین برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران باید افسردگی آنان را درمان نمود [۱۳]. رضویان و همکار وی به مطالعه کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئیدی پرداخته اند و در نتایج تحقیق خود بیان نمودند که در نیمی از نمونه های مورد بررسی، کیفیت زندگی نامطلوب بوده است [۱۴]. در واقع این بیماری بر تمام ابعاد زندگی مبتلایان اثر می گذارد و آنان را با مشکلات متعددی روبه

جدول ۲: توزیع فراوانی کیفیت خواب بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

کیفیت خواب	فراوانی	درصد
خوب	۸۲	۵۸/۶
بد	۵۸	۴۱/۴
جمع	۱۴۰	۱۰۰

جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت سلامت عمومی بیماران در دو جنس مذکر و مونث

جنس	زن	مرد	جمع	P.Value
سلامت عمومی				
مطلوب	٪۳۰	٪۷۰	٪۱۰۰	۰/۰۰۱
نسبتاً مطلوب	٪۸۳/۶	٪۱۶/۴	٪۱۰۰	
نامطلوب	٪۶۳/۶	٪۳۶/۴	٪۱۰۰	

جدول ۴: توزیع فراوانی وضعیت کیفیت خواب بیماران در دو جنس مذکر و مونث

کیفیت خواب	زن	مرد	P.Value
خوب	٪۵۶/۲	٪۶۹/۶	۰/۰۰۱
بد	٪۴۳/۸	٪۳۰/۴	
جمع	٪۱۰۰	٪۱۰۰	

جدول ۵: رابطه سلامت عمومی و کیفیت خواب بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

کیفیت خواب	خوب	بد	جمع	P.Value
سلامت عمومی				
مطلوب	٪۸۶	٪۱۴	٪۱۰۰	۰/۰۰۱
نسبتاً مطلوب	٪۲۰/۵	٪۷۹/۵	٪۱۰۰	
نامطلوب	٪۳/۸	٪۹۶/۲	٪۱۰۰	
جمع	٪۵۸/۶	٪۴۱/۴	٪۱۰۰	

۰/۶۹۲=ضریب همبستگی اسپیرمن

بحث و نتیجه گیری:

در تحقیق حاضر بین سلامت عمومی و کیفیت خواب بیماران مورد بررسی، ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد و بدین ترتیب فرضیه وجود همبستگی بین سلامت عمومی و کیفیت خواب بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، مورد تایید قرار گرفت. نتایج حاصل از مطالعه حاضر در ارتباط با سلامت عمومی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نشان داد که سلامت عمومی ۴۶/۴ درصد آنان نامطلوب و ۱۵/۷ درصد آن‌ها مطلوب است. بریتان (Birtane) و همکاران با بررسی ۳۵ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید پی بردند عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی، درد بدنی،

کیفیت خواب با توجه به مجموع امتیازهای پرسشنامه به صورت محدوده ی امتیازی بین ۴-۰ بیانگر کیفیت خواب خوب (مطلوب) و امتیاز ۵ و بیش تر از آن نشان دهنده ی کیفیت خواب بد (نامطلوب) می باشد. روایی هر دو ابزار با استفاده از روایی محتوا تایید شد. برای پایایی پرسشنامه سلامت عمومی با استفاده از روش آلفای کرونباخ عدد $\alpha = 0/88$ و پایایی پرسشنامه کیفیت خواب با استفاده از روش باز آزمایی عدد $\alpha = 0/86$ به دست آمد. در مورد روش باز آزمایی، پرسشنامه به فاصله ده روز دو بار در اختیار ده نفر از واجدین شرایط در واحدهای پژوهش قرار گرفت و ضریب همبستگی پیرسون پاسخ گویی به سوالات پرسشنامه بین آن‌ها محاسبه شد. در تکمیل پرسشنامه ها برای بیماران کم سواد از روش مصاحبه توسط پرسشگر و برای سایرین از روش خود ایفا استفاده شد. در نهایت به منظور تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی (محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون مربع کای و تی مستقل) بهره گرفته شد. سطح معنی داری آزمون ها نیز $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

در این مطالعه ۵۲/۸ درصد مبتلایان در محدوده سنی ۳۵ تا ۴۰ سال، ۶۲/۸ درصد زن، ۶۰/۷ درصد متاهل، ۴۴/۳ درصد شاغل، ۵۱/۴ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۶۰ درصد دارای وضعیت اقتصادی متوسط و ۴۱/۴ درصد داری سابقه ابتلا به بیماری در محدوده ۵-۱ سال بود. توزیع فراوانی وضعیت سلامت عمومی و کیفیت خواب بیماران در جداول ۱ و ۲ آورده شده است. بیش ترین نمره سلامت عمومی ۸۱ و کم ترین نمره آن ۲۴، بیش ترین نمره کیفیت خواب ۹ و کم ترین نمره آن ۲ بود. میانگین نمرات سلامت عمومی در مردان $14/4 \pm 27/25$ و در زنان $14/57 \pm 29/68$ بود. با استفاده از آزمون تی مستقل اختلاف مذکور در بین مردان و زنان از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0/05$) (جدول ۳). نتایج آزمون مربع کای نیز نشان داد که بین کیفیت خواب مردان و زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید ارتباط معنی دار وجود دارد ($P < 0/001$) (جدول ۴). همچنین نتایج آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن بیانگر ارتباط مثبت و معنی دار بین سلامت عمومی و کیفیت خواب مبتلایان در کل بود ($P = 0/001$ و $r = 0/692$) (جدول ۵).

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت سلامت عمومی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

سلامت عمومی	فراوانی	درصد
مطلوب (۰-۲۷)	۲۲	۱۵/۷
نسبتاً مطلوب (۲۸-۵۵)	۵۳	۳۷/۹
نامطلوب (۵۶-۸۴)	۶۵	۴۶/۴
جمع	۱۴۰	۱۰۰

[۲۲]. یافته های تحقیق اسلتکوفسکی (Slatkowsky) و همکاران روی ۱۹۴ زن مبتلا نیز این مورد را تایید کرده است. این محققان در تحقیق خود به بالاترین حد شدت خستگی در نمونه ها اشاره داشتند. همچنین اظهار نمودند که اکثر مبتلایان در به خواب رفتن اختلال دارند و نیز از بیدار شدن زود هنگام رنج می برند، به طوری که زودتر از سایر اعضای خانواده از خواب بیدار می شوند و در پی آن احساس ضعف می کنند [۲۳]. نتایج مطالعه ابراهیمی و همکاران بیانگر آن بود که عواملی مثل درد و نگرانی به عنوان علل اصلی اختلالات خواب در انواع بیماری های مزمن می باشد. همچنین دیگر نتایج تحقیق آنان نشان داد در میان عوامل فردی و فیزیکی موثر بر کیفیت خواب، درد شایع ترین عامل بر هم زنده خواب بوده است [۲۴]. دیگر یافته های این پژوهش بیانگر کیفیت خواب بهتر مردان نسبت به زنان بوده است. در همین رابطه، پژوهشگران با مطالعه ۴۳ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید دریافتند که نمرات کسب شده در مقیاس درد آنان نامطلوب بوده و بین کیفیت خواب و انزوای اجتماعی آنان از نظر جنس با گروه غیر مبتلا تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود [۲۵]. در پژوهش حاضر بین سلامت عمومی و کیفیت خواب بیماران ارتباط مستقیم و معنی داری مشاهده شد. رضویان و همکار نشان دادند ۵۰ درصد بیماران مبتلای مورد بررسی بعد روانی و بعد خواب و استراحت کیفیت زندگی خود را در حد نامطلوب گزارش کرده اند و هرچه میزان اضطراب و افسردگی بیش تری تجربه کنند، کیفیت زندگی آن ها در این ابعاد تنزل بیش تری خواهد داشت. نتایج مطالعه بورمن (Borman) و همکاران در ترکیه که به بررسی ۴۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید اقدام کرده اند، بیانگر وجود درد شدید و ناتوانی فیزیکی در این بیماران بوده است، به طوری که این عوامل منجر به کاهش سطح رضایت از زندگی در آنان شده است [۲۶].

نتایج مطالعه روشن و همکار نشان داد بیماران آرتریت روماتوئیدی، در کارکرد های اجتماعی با یکدیگر اختلافی نداشته اند و با وجود تفاوت های جسمانی دارای توان بالایی برای رویارویی با اختلال در عملکردهای اجتماعی خود بوده اند و این امر بیانگر نقش مثبت این افراد در زمینه کارکردهای اجتماعی آن ها است. به هر تقدیر تقویت این جنبه از وضعیت سلامت عمومی بیماران مذکور می تواند زمینه ساز مقابله آنان با دیگر مشکلات سلامت عمومی باشد [۹].

پاسینی (Piccinni) و بازیچی (Bazzichi) نیز با مطالعه ۹۲ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید، اظهار داشتند افسردگی در مبتلایان منجر به اختلال در سلامت روان آن ها می شود و این امر بر شدت علائم جسمی بیماران می افزاید، به نحوی که ابتلا به افسردگی شدید در این بیماران می تواند برگرفته از الگوی اختلال خواب در آنان باشد [۲۷ و ۲۸]. مطالعه مشابه دیگری که به بررسی ۶۰ زن مبتلا به این بیماری پرداخته است، از این یافته

سلامت عمومی، عملکرد عاطفی و سلامت روان کلی این بیماران در سطوح پایینی قرار دارد [۱۵]. نتایج مشابه دیگری در همین زمینه با مشارکت ۵۰ بیمار سیاهپوست در آفریقای جنوبی به دست آمد [۱۶]. گروهی از محققین با بررسی ۳۴ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید، اظهار داشتند عملکرد جسمی این مبتلایان بسیار پایین می باشد. بین کیفیت زندگی و میزان افسردگی و اضطراب این بیماران رابطه معکوس وجود دارد. به عبارت دیگر، پایین بودن کیفیت زندگی با سطوح افسردگی و اضطراب بالا همراه است. پژوهشگران برای حمایت های روانی از این بیماران بکارگیری یک رویکرد چند رشته ای را توصیه کرده اند [۱۷]. باقری با استفاده از مقیاس سنجش اضطراب، میزان اضطراب مبتلایان به آرتریت روماتوئید را در ۸۳ درصد از موارد، شدید اعلام کرده است [۱۸]. خلوت و همکاران طی مطالعه استرس در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید اظهار داشتند که استرس می تواند در تداوم این بیماری و نحوه پاسخ به درمان و نیز پیش آگهی آن نقش داشته باشد. در واقع با ادامه استرس، این بیماران پیش آگهی خوبی نخواهند داشت مگر آن که استرس برطرف شود و یا از طریق درمان، تاثیری بر بیماری نداشته باشد [۱۹].

نتایج مطالعه علی شیری و همکاران در شهر تهران که روی ۴۱۱ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد، نشان داد ارتباط مثبتی بین کیفیت زندگی پایین این بیماران با شدت درد، طول مدت بیماری، درآمد کم خانوار و افسردگی وجود داشته است [۲۰]. ولی نتایج بررسی روی ۳۸ مرد و ۱۱۷ زن مبتلا به این بیماری بیانگر آن بود که میان کیفیت زندگی دو جنس و همچنین بین سن بیماران و مدت زمان ابتلا به بیماری رابطه ای مشاهده نمی شود [۲۱]. همچنین مطالعه جکوبسون (Jackobson) و همکاران مبین شیوع بالای افسردگی در این گروه از بیماران بوده است [۱۱]. در همین راستا پژوهش باقری شدت افسردگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید را در سطح متوسط اعلام نموده است. در تحقیق حاضر بین سلامت عمومی مردان و زنان اختلاف معنی داری مشاهده شد. به بیان دیگر، مردان در مقایسه با زنان از سلامت عمومی مطلوب تری برخوردار بودند. همچنین دومینیک (Dominick) و همکاران طی بررسی وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی مبتلایان به آرتریت روماتوئید در آمریکا، اعلام کردند که تمام ابعاد کیفیت زندگی این مبتلایان از جمله عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی و خواب آنها مختل می باشد. همچنین آن ها اشاره داشتند بین مشخصات فردی نمونه های پژوهش مثل سن، جنس، نژاد، وضعیت تاهل و درآمد با کیفیت زندگی آنها ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد. در ضمن علائم محرومیت از خواب این گروه از بیماران به صورت زودرنجی، رفتارهای تهاجمی و کاهش ارتباطات اجتماعی ذکر شده است

نتیجه گیری: می توان نتیجه گرفت که شناخت سطح سلامت عمومی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به پزشکان متخصص در این زمینه کمک می کند تا بیمارانی که به طور جدی در معرض خطر هستند، به موقع غربالگری کرده و به طور مناسبی مورد رسیدگی قرار دهند از طرفی دستیابی به اطلاعات مرتبط با سلامت عمومی و کیفیت خواب بیماران، می تواند در ارتقای برنامه های درمانی، مراقبتی و توانبخشی آن ها نیز اثر بخش باشد.

تقدیر و تشکر: در پایان نویسندگان از همکاری صمیمانه تمامی بیماران شرکت کننده در تحقیق، تشکر و قدردانی می نمایند.

Reference:

1. Krol B, Sanderman R, Suurmeijer TP. Social support, rheumatoid arthritis and Quality of life: concepts measurement and research. *Patient Edu Couns* 2003; 20: 101-20
2. Anderson KI, Burckhardt CS. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for Health care intervention. *Adv Nurs J* 1999; 29: 298-306.
3. Rupp I, Henriek C, Vanden B, et al. Impact of fatigue on health related quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 2004; 51: 578-85.
4. Monjamed Z, Varie Sh, Kazemnejad A, et al. Quality of life in rheumatoid arthritis. *Hayat* 2007; 13(3): 57 - 66. (Persian)
5. Russak J, Croft JD, Furst DE, et al. Rheumatoid arthritis health - related quality of life patient questionnaires in clinical practices: lessons learned. *Arthritis Rheum* 2003; 49(4): 74-84.
6. Hill J, Hale C. Clinical skills: evidence-based nursing care of people with rheumatoid arthritis. *Br J Nurs* 2004; 13(14): 852-57.
7. van Lankveld W, Näring G, van der Staak C, et al. Stress caused by rheumatoid arthritis: relation among subjective stress of the disease, disease status and well-being. *J Behav Med* 1993; 16 (3) : 309 - 21.
8. Wolfe F, Hawley DJ. Measurement of the Quality of life in rheumatic disorder using the EuroQol of life. *Br J Rheumatol* 2000; 36(7): 789-93.
9. Roshan R, Modaresi F. Personality types and mental health impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Hakim* 2003; 5(4): 255-62. (Persian)
10. Hagen KB, Kvien TK, Bjørndal A. Musculoskeletal pain and quality of life in patients with noninflammatory joint pain compared to rheumatoid arthritis: a population survey. *Rheumatol J* 1997; 24(9): 1703-9.
11. Jakobsson U, Hallberg IR. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis. *J Clin Nurs* 2002; 11(4): 430-43.
12. Razavian F, Abbasi M, Kazemnejad A. Relationship between depression with quality of life in rheumatoid arthritis. *Daneshvar* 2009; 16 (80) : 68 - 75. (Persian).
13. Tander B, Cengiz K, Ilhanli I, et al. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2008; 28 (9): 859-65.

حمایت می کند [۲۹]. در پژوهش حاضر بین مشخصات فردی نمونه ها با سلامت عمومی و کیفیت خواب به جز در مورد متغیر جنس، رابطه معنی دار آماری دیده نشد که با یافته های مطالعاتی سایر محققین همسو می باشد [۲۲ و ۲۳]. در بررسی منجمد و همکاران بین سن، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، مدت ابتلا، درآمد خانوار با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد، ولی بین جنس با کیفیت زندگی رابطه ای دیده نشد [۴]. در عین حال یافته اخیر نیازمند تحقیقات بیش تر در این زمینه می باشد. بنابراین کارکنان خدمات بهداشتی - درمانی می توانند از طریق بررسی وضعیت سلامت عمومی بیماران و تامین آن، بر کیفیت خواب مبتلایان، به طوری که با بهبود وضعیت سلامت عمومی، کیفیت خواب آن ها نیز بهبود یابد تاثیر بگذارند.

14. Razavian F, Monjamed Z. Effect of disease on quality of life in rheumatoid arthritis. *Qom Univ Med Sci J* 2006; 1: 27 - 35 (Persian).
15. Birtane M, Uzunca K, Taştekin N, et al. The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health survey. *Clin Rheumatol* 2007; 26(5): 679-84.
16. Benitha R, Tikly M. Functional disability and health-related quality of life in South Africans with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*. 2007; 26(1): 24-9.
17. Ozcetin A, Ataoglu S, Kocer E, et al. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *West Indian Med J* 2007; 56(2): 122-9.
18. Bagheri Shami M. Effect of relaxation on physical activity of rheumatoid arthritis patients. [Msc dissertation in nursing]: Tarbiat Modares Univ; 2000: 115. (Persian)
19. Khalvat A, Rostamian A, Najafizadeh SR. The effect of stress on prognosis and treatment response in rheumatoid arthritis patients. *Tehran Univ Med J* 2007; 65(5): 6-10. (Persian)
20. Alishiri GH, Bayat N, Fathi Ashtiani A, et al. Logistic regression models for predicting physical and mental health-related quality of life in rheumatoid arthritis patients. *Mod Rheumatol* 2008; 18(6): 601-8.
21. Prais K. The quality of life of patients who suffer from rheumatoid arthritis in reference to their physical fitness and mental state. *Ann Acad Med Stetin* 2007; 53(2): 72-82. (Polish)
22. Dominick KL, Ahern FM, Gold CH, et al. Health-related quality of life among older adults with arthritis. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 5.
23. Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Loge JH, et al. Health-related quality of life in women with symptomatic hand osteoarthritis: a comparison with rheumatoid arthritis patients, healthy controls, and normative data. *Arthritis Rheum* 2007; 57(8): 1404-9.
24. Ebrahimi A, Ghalebandi M, Salehi M. Sleep parameters and the factors affecting the quality of sleep in patients attending selected clinics of Rasoule Akram hospital. *Iran Univ Med Sci J* 2008; 15(58): 31-8. (Persian)

25. Akar S, Can G, Binicier O, et al. Quality of life in patients with Takayasu's arteritis is impaired and comparable with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis patients. *Clin Rheumatol* 2008; 27(7): 859-65.
26. Borman P, Toy GG, Babaoğlu S, et al. A comparative evaluation of quality of life and life satisfaction in patients with psoriatic and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2007; 26(3): 330-4.
27. Piccinni A, Maser JD, Bazzichi L, et al. Clinical significance of lifetime mood and panic-agoraphobic spectrum symptoms on quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Compr Psychiatry* 2006; 47(3): 201-8.
28. Bazzichi L, Maser J, Piccinni A, et al. Quality of life in rheumatoid arthritis: impact of disability and lifetime depressive spectrum symptomatology. *Clin Exp Rheumatol* 2005; 23(6): 783-8.
29. Ofluoglu D, Berker N, Güven Z, et al. Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2005; 24(5): 490-2

Assessment of the relationship between mental health and job stress among nurses

Mardani Hamouleh M^{*1}, Shahraki Vahed A², Moshtagh Eshgh Z³

1. Division of Nursing, Fatemeh Zahra Hospital, Najafabad, Iran
2. Dept. of Nursing, School of Nursing, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
3. Dept. of Nursing, School of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Journal of Jahrom University of Medical Sciences Vol. 8, No.2, Summer 2010

Abstract

Introduction:

Mental health is known as a factor in buffering negative effects of job stress. There are several stressful situations in nursing which could cause dissatisfaction, low work performance, quitting or job-changing among nurses. These situations cause physical and mental problems which mostly lead to irreparable damages in nursing care. The purpose of this study was to determine the relationship between mental health and job stress among nurses.

Material and Methods:

This study is a descriptive and correlation research. The population of this study consisted of 150 nurses who worked in educational hospitals of Zabol University of Medical Sciences in 2009 and the sample included all the nurses. The data were gathered using 2 questionnaires, Goldberg mental health tool and Altmayer job stress tool and analyzed through SPSS using descriptive (mean and standard deviation) and analytical statistics (Pearson correlation, t-test, analysis of variance and Tukey's test) .

Results:

The findings showed that 57/3% of nurses were healthy and 42/7% of them suffered impaired mental health. Also, job stress in nurses was 50/7%, 46/7% and 1/7% severe, moderate and mild, respectively. The findings showed that there was a relationship between mental health and job stress among nurses.

Conclusion:

Based on the findings, taking the nurses' mental health into account is essential in decreasing job stress among them and increasing the quality of nursing care.

Keywords:

General Health, Sleep Quality, Rheumatoid Arthritis

* Corresponding author, Email: mardanimarjan@gmail.com