

تأثیر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید: مطالعه کارآزمایی بالینی

چکیده

پیش‌زمینه: آرتريت روماتوئید یک بیماری التهابی مزمن است که باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران می‌شود. یکی از عوامل مهم در شروع این بیماری استرس است. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی بیماران آرتريت روماتوئید انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، تمام افراد مبتلا به آرتريت روماتوئید مراجعه کننده به مراکز فوق تخصصی روماتولوژی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۵ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، ۳۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری انتخاب شدند. بیماران با استفاده از روش تخصیص تصادفی، به گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 بود. گروه مداخله طی ۱۰ جلسه، با پروتکل درمانی ایمن‌سازی در برابر استرس آموزش دیدند. در این مدت گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. در پایان، هر دو گروه، پرسشنامه کیفیت زندگی را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی مستقل و کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری در مرحله بعد از مداخله تغییر یافت. به این ترتیب که پس از مداخله، میانگین نمره کیفیت زندگی افزایش یافت. بنابراین مداخله باعث کاهش استرس ($p < 0.001$) و افزایش کیفیت زندگی و زیر مجموعه‌های آن شد ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: این پژوهش، «ایمن‌سازی در برابر استرس» را یک رویکرد اثربخش در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید معرفی می‌کند.

واژه‌های کلیدی: آرتريت روماتوئید، ایمن‌سازی در برابر استرس، کیفیت زندگی، SF-36

دریافت مقاله: ۶ ماه قبل از چاپ؛ مراحل اصلاح و بازنگری: ۱ بار؛ پذیرش مقاله: ۱ ماه قبل از چاپ

* وحید عیوقی راهنما، * مرادعلی زارعی پور، ** مسعود قربانعلی پور

مقدمه

آرتريت روماتوئید یک بیماری التهابی مزمن خود ایمنی است که موجب تخریب ساختار و بافت اطراف مفاصل و عملکرد آنها می‌شود^(۱). این بیماری اغلب با درد، التهاب و خشکی صبحگاهی مفاصل همراه است که ممکن است پس از چند سال به ضعف، ناتوانی و حتی مرگ زودرس منجر شود^(۲). میزان بروز بیماری در زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان است^(۳). همچنین مبتلایان به این بیماری در مقایسه با جمعیت عمومی عمر کوتاه‌تری دارند^(۴). برآوردها نشان می‌دهد که در سال ۲۰۲۰، شیوع این بیماری در ایالات متحده آمریکا به بیش از ۱۸ درصد می‌رسد^(۵) با این‌که در ایران مطالعات زیادی در مورد شیوع بیماری نشده است ولی در بررسی که در منطقه فشم و شمیرانات صورت گرفته به نظر می‌رسد بیماری شایعی باشد. گمانه‌زنی‌ها حدود ۰/۴ درصد است^(۶).

از عوامل مهم در بروز و تداوم این بیماری می‌توان استرس را نام برد. نقش این عامل در مبتلایان به آرتريت روماتوئید به حدی مهم است که اگر این بیماران نتوانند بر استرس و اضطراب خود غلبه کنند، حتی اگر در مرحله خاموش این بیماری هم باشند، عود بیماری را نظاره‌گر خواهند بود^(۷). بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید که باید با از دست دادن عملکرد خود و عودهای راجعه و دردناک ناشی از بیماری مقابله کنند ممکن است در میان آسیب‌پذیرترین افراد نسبت به پیامدهای مخرب استرس زندگی باشند^(۸).

استرس به خاطر تأثیر بر عود یا شروع بیماری به‌صورت غیرمستقیم کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. با تغییرات جسمانی عمده‌ای که در بیماران آرتريت روماتوئید ظاهر می‌شود، خطر پایین آمدن کیفیت زندگی، که اغلب به دلیل عواملی مانند درد است، افزایش می‌یابد^(۹).

* کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه
** دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز بهداشت شهرستان ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه
*** استادیار، روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی خوی

نویسنده مسئول:

مسعود قربانعلی پور

Email:
masoudgorbanalipour@g
mail.com

ساده به گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل این موارد بود: داشتن سن ۱۶ تا ۴۵ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری روانی و عدم ابتلا به بیماری جسمی مثل آرتروز و روماتیسم مفصلی. تشخیص بیماری بر اساس نظر متخصص روماتولوژی بود به این شرط که حداقل ۶ ماه از ابتلای به بیماری گذشته باشد و بیمار برای دوره‌ای بیش از ۶ ماه مبتلا به آرتروز روماتوئید باشد. معیارهای خروج شامل؛ عدم تمایل به شرکت در مطالعه و داشتن بیماری جسمی بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه SF-36 سؤالی کیفیت زندگی به فارسی بود. اعتبار و پایایی این پرسشنامه قبلاً در ایران بررسی شده است^(۱۷ و ۱۹). پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل اطلاعاتی در خصوص سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل بود. پرسشنامه SF-36 یک پرسشنامه استاندارد شامل هشت مؤلفه است که در آن مؤلفه‌های کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی مورد نظر است. این پرسشنامه با استفاده از شیوه نمره‌گذاری لیکرت نمره‌گذاری می‌شود.

نحوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بدین صورت است که در پرسش‌های ۱، ۲، ۲۰، ۲۲، ۳۴، ۳۵ و ۳۶؛ به گزینه ۱ نمره ۱۰۰، به گزینه ۲ نمره ۷۵، به گزینه ۳ نمره ۵۰، به گزینه ۴ نمره ۲۵ و به گزینه ۵ نمره صفر داده شده است.

در پرسش‌های ۳ تا ۱۲؛ به گزینه ۱ نمره صفر، به گزینه ۲ نمره ۵۰ و به گزینه ۳ نمره ۱۰۰ داده شده است.

در پرسش‌های ۱۳ تا ۱۹؛ به گزینه ۱ نمره صفر و به گزینه ۲ نمره ۱۰۰ داده شده است.

در پرسش‌های ۲۱، ۲۳، ۲۶، ۲۷ و ۳۰؛ به گزینه ۱ نمره ۱۰۰، به گزینه ۲ نمره ۸۰، به گزینه ۳ نمره ۶۰، به گزینه ۴ نمره ۴۰، به گزینه ۵ نمره ۲۰ و به گزینه ۶ نمره صفر داده شده است.

در پرسش‌های ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۹ و ۳۱؛ به گزینه ۱ نمره صفر، به گزینه ۲ نمره ۲۰، به گزینه ۳ نمره ۴۰، به گزینه ۴ نمره ۶۰، به گزینه ۵ نمره ۸۰ و به گزینه ۶ نمره ۱۰۰ داده شده است.

در پرسش‌های ۳۲، ۳۳ و ۳۵؛ به گزینه ۱ نمره صفر، به گزینه ۲ نمره ۲۵، به گزینه ۳ نمره ۵۰، به گزینه ۴ نمره ۷۵ و به گزینه ۵ نمره ۱۰۰ داده شده است.

کیفیت زندگی مفهومی است که در سه دهه گذشته تلاش‌های زیادی برای تعریف و اندازه‌گیری عینی آن انجام شده است^(۱۰). این مهم از برجسته‌ترین موضوعات تحقیقات بالینی است که به عنوان یکی از مهمترین جنبه‌ها در سنجش مداخلات درمانی، پیش‌بینی عواقب بیماری و مراقبت از بیماران مورد استفاده قرار می‌گیرد^(۱۱). برخی از محققان کیفیت زندگی را با رویکرد عینی تعریف کرده و آن را با موارد آشکار و مرتبط با معیارهای زندگی از جمله سلامت جسمانی، شرایط شخصی مثل ثروت، تحصیلات، شغل و یا سایر عوامل اجتماعی و اقتصادی مرتبط دانسته‌اند^(۱۲). از سوی دیگر رویکرد ذهنی کیفیت زندگی را هم معنی با شادی یا رضایت فرد تعریف می‌کند^(۱۳). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علائم فردی تعریف کرده است^(۱۴). در سال‌های اخیر کیفیت زندگی تبدیل به یکی از نگرانی‌های اصلی سیاستگذاران و افرادی که در حوضه پیشگیری فعالیت می‌کند تبدیل شده است که به عنوان شاخص مهم برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در پژوهش‌های شناخته شده به کار برده می‌شود. سنجش کیفیت زندگی در ارزیابی روش‌های مختلف درمانی، تغییرات درازمدت در افراد و سیستم ارائه خدمات بهداشتی بسیار کمک می‌کند به علاوه سنجش کیفیت زندگی در مطالعات بالینی موجب ایجاد ارتباط نزدیک‌تر بین بیمار و پزشک می‌گردد^(۱۵). نتایج مطالعات نشان دهنده پایین بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید می‌باشد^(۱۶-۹). با توجه به نقش استرس در سلامت جسمی و روانی بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید، و تأثیری که آرتروز روماتوئید بر کیفیت زندگی بیماران دارد به نظر می‌رسد آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس می‌تواند به عنوان یک مداخله روان‌شناختی، در کنار مداخلات معمول پزشکی، جهت ارتقاء سلامت روان و احتمالاً بهبود وضعیت جسمی این افراد کمک کننده باشد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی بیماران آرتروز روماتوئید انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به آرتروز روماتوئید مراجعه کننده به مراکز فوق تخصصی روماتولوژی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۵ است. در این پژوهش ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط به صورت تصادفی انتخاب و با استفاده از روش تخصیص تصادفی

مسئله‌گشایی، آموزش خودفرمانی و گفتگوی درونی هدایت شده و نقش انکار در بیماران.

ه) آموزش تن آرامی عضلانی که شامل: آموزش عضلانی در ۱۴ گروه از عضلات شامل: دست و مچ، بازوها، سر، چشم، لب، دهان، بینی، گردن، شکم، باسن، ران، مچ پا و انگشتان.

و) آموزش عضلانی در ۶ گروه از عضلات شامل: بازوی مسلط دست، بازوی غیرمسلط دست، صورت، گردن، شکم و پا.

ز) آموزش عضلانی در ۳ گروه از عضلات شامل: هر دو بازو، مرکز بدن و هر دو پا.

ح) یادآوری و تکرار آموزش عضلانی، ارزیابی پس از آموزش عضلانی.

۳- تمرین و پیگیری: شامل انجام تکالیف، تمرین و پیگیری آموزش‌ها است. بعد از اتمام جلسات درمانی از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا مجدداً پرسشنامه را تکمیل کنند. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های T مستقل و آنالیز واریانس و ضریب همبستگی استفاده شد. شایان ذکر است که مقاله حاضر از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی با کد اخلاق ۵۶۲۲۰۷۰۱۹۴۱۰۴۳ استخراج شده است.

جدول ۱ - عناوین موضوعی

جلسات درمانی گروه مداخله ایمن‌سازی در برابر استرس

موضوع جلسه	جلسه
مفهوم سازی استرس	جلسه اول
تصویر سازی ذهنی	جلسه دوم
خودبازنگری	جلسه سوم
ارزشیابی های رفتاری	جلسه چهارم
مفهوم سازی مجدد	جلسه پنجم
آموزش تکنیک های مقابله	جلسه ششم
بازسازی شناختی و مساله گشایی	جلسه هفتم
آموزش خودفرمانی با گفتگوی شخصی هدایت شده و تمرین تصویر سازی ذهنی	جلسه هشتم
تمرین رفتاری، نقش گذاری، سرمشق دهی	جلسه نهم
پیشگیری از عود و پیگیری مستمر	جلسه دهم

روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات ایرانی نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۲۰۱۸).

از افراد شرکت کننده در مطالعه رضایت آگاهانه دریافت شد. قبل از انجام مداخله، پرسشنامه کیفیت زندگی توسط شرکت‌کنندگان با راهنمایی پژوهشگر تکمیل شد. روش انجام مداخله به این صورت بود که آزمودنی‌های گروه آزمایش در ۱۰ جلسه درمان هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند و در گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. برای گروه مداخله پروتکل درمانی ایمن‌سازی در برابر استرس مایکنبام^۱ برای آنها ۱۰ جلسه آموزش‌های لازم در مورد ایمن‌سازی در مقابل استرس برگزار شد. آموزش توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی صورت گرفت. آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس به صورت جدول شماره ۱ بر روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام شد:

۱- مفهوم‌سازی مشکل: ایجاد رابطه همکارانه با مددجو، بحث درباره علائم و مسائل مربوط به استرس مددجو و تمرکز روی تجربه، تجزیه و تحلیل موقعیتی، گردآوری اطلاعات از طریق مصاحبه، پرسشنامه، روش‌های خودبازنگری، تصویرسازی ذهنی، ارزشیابی انتظارات مددجو، درباره فایده برنامه آموزش و تنظیم برنامه‌های درمانی و ایجاد اهداف کوتاه مدت تعلیم دادن مددجو، درباره ماهیت تعاملی استرس و مقابله با آن و توجه به نقش شناخت و هیجانات توضیح در مورد آشفتگی های روانشناختی، ماهیت، اثرات و پیامدهای آن در بیماران و گردآوری اطلاعات عینی و واقعی در مورد آشفتگی‌های ناشی از بیماری آرتریت روماتوئید و درمان آن و ایجاد آمادگی برای مواجه شدن با موقعیت جدید.

۲- اکتساب و تمرین مهارت: آموزش آرامش‌دهی، راهبردهای شناختی: - بازسازی شناختی شامل:

الف) شناسایی افکار خودکار، غیرمنطقی و نامربوط

ب) ارزیابی منطقی این افکار و توجه به شیوه تفکر خویش در حل مشکلات.

ج) بحث در مورد خطاهای شناختی و باورهای غیرمنطقی که باعث آشفتگی‌های هیجانی و شناختی می‌شوند.

د) آموزش در مورد این که چطور با باورهای غیرمنطقی، افکار خودکار و نامربوط با بیماری خود مقابله کنند و باورهای منطقی و افکار مربوط و مناسب را جایگزین سازند، آموزش

یافته‌ها

۳۰ بیمار وارد این بررسی شدند. ۸ نفر (۲۶/۷٪) مرد و ۲۲ نفر (۷۳/۳٪) زن بودند که به طور مساوی در دو گروه تقسیم شدند. بیشترین فراوانی به گروه سنی ۲۵-۳۵ سال و کمترین فراوانی به گروه سنی زیر ۲۵ سال مربوط بود. افراد دارای تحصیلات دیپلم دارای بیشترین فراوانی بودند. ۶۰ درصد بیماران متأهل و ۶۶/۶ درصد خانه‌دار بودند. تحلیل داده‌های دو گروه در مرحله قبل از مداخله و پس از مداخله در دو گروه نشان می‌دهد که مداخله باعث کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی در گروه مداخله شده است (جدول ۲).

به‌منظور بررسی مفروضه خطی بودن رابطه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی، از آزمون آنوا (آنوای خطی) استفاده شد که نشان داد مفروضه مورد نظر برقرار است ($p=0/042$). همچنین فرض مربوط به همگنی شیب رگرسیون با استفاده از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس تعامل بین متغیر هم‌پراش و متغیر مستقل مورد بررسی قرار گرفت که معنی‌دار بود ($p=0/004$). پس از تأیید مفروضه‌ها، به‌منظور مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه‌ها در پس‌آزمون، از آزمون ANCOVA استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش کنترل شد و سپس نمرات پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. به‌منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

پس از ارائه مفروضه‌ها، به‌منظور مقایسه میانگین نمرات سلامت جسمانی، سلامت روانی، کارکرد جسمانی، اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی در پس‌آزمون از آزمون MANCOVA استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراش کنترل شد و سپس نمرات پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. به‌منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون سلامت جسمانی، سلامت روانی، کارکرد جسمانی، اختلال نقش به‌خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به‌خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد که نتایج آن در جداول ۴ ارائه شده است.

تحلیل هریک از متغیرهای وابسته به‌تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بن‌فرونی (۰/۰۰۵) نشان داد که:

آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر سلامت عمومی بیماران آرتریت تأثیر معناداری داشته است ($p<0/0001$)، $F(20/1)=32/374$. آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر کارکرد جسمانی بیماران آرتریت روماتوئید تأثیر معناداری داشته است ($p<0/01$)، $F(20/1)=16/592$. رویکرد ایمن‌سازی در برابر استرس بر بهزیستی هیجانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر است ($p<0/0001$)، $F(20/1)=24/476$.

رویکرد ایمن‌سازی در برابر استرس بر محدودیت ایفای نقش به‌خاطر سلامت هیجانی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر است ($p<0/02$)، $F(20/1)=13/480$. رویکرد ایمن‌سازی در برابر استرس بر درد بدنی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر است ($p<0/0001$)، $F(20/1)=21/613$. رویکرد ایمن‌سازی در برابر استرس بر انرژی و شادابی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر است ($p<0/0001$)، $F(20/1)=69/541$. رویکرد ایمن‌سازی در برابر استرس بر کارکرد اجتماعی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر است ($p<0/0001$)، $F(20/1)=19/178$. رویکرد ایمن‌سازی در برابر استرس بر محدودیت ایفای نقش به‌خاطر سلامت جسمی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مؤثر است ($p<0/01$)، $F(20/1)=7/903$ ؛ بنابراین تمامی فرضیه‌های پژوهش تأیید می‌شود.

بحث

در طول سال‌های اخیر، علاقه‌مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشمگیری داشته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری در مرحله بعد از مداخله تغییر یافته است. به عبارتی میزان استرس افراد گروه آزمون در طی مداخله، کاهش و میانگین نمره کیفیت زندگی افزایش یافته است. این امر نشان‌دهنده تأثیر برنامه آموزشی ایمن‌سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است.

نتایج یک مطالعه متاآنالیز که توسط میلر و کوهن انجام گرفت شواهد ضعیفی از مداخلات گوناگون در زمینه مدیریت استرس را بر تغییرات عملکرد ایمنی پایه بدن در افراد سالم و بستری نشان داد^(۲۱). با این حال، تأثیر مداخلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید در مطالعات مختلف به دست آمده

جدول ۲: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی گروه‌ها

p-value	گروه مداخله		ابعاد کیفیت زندگی
	گروه کنترل	میانگین \pm انحراف معیار	
۰/۲۲۹	۵۸/۰۰ \pm ۲/۲۵	۵۷/۰۰ \pm ۲/۲۱	کارکرد جسمی
		قبل از مداخله	
۰/۰۰۱	۵۷/۰۰ \pm ۲/۱۳	۶۰/۳۳ \pm ۱/۵۱	کارکرد جسمی
		بعد از مداخله	
p-value (درون گروهی)			
۰/۱۳۶	۳۱/۸۶ \pm ۳/۰۹	۳۰/۲۰ \pm ۲/۸۴	اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی
		قبل از مداخله	
۰/۰۴۸	۳۱/۲۰ \pm ۲/۸۴	۳۳/۶۰ \pm ۳/۵۱	اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی
		بعد از مداخله	
p-value (درون گروهی)			
۰/۳۱۷	۳۴/۲۲ \pm ۳/۸۲	۳۵/۵۵ \pm ۳/۳۲	اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی
		قبل از مداخله	
۰/۰۰۲	۳۳/۳۳ \pm ۳/۰۲	۳۸/۰۰ \pm ۲/۹۶	اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی
		بعد از مداخله	
p-value (درون گروهی)			
۰/۲۳۲	۳۶/۱۰ \pm ۱/۳۱	۳۶/۶۶ \pm ۱/۲۰	انرژی/خستگی
		قبل از مداخله	
۰/۰۰۱	۳۶/۶۶ \pm ۱/۱۱	۳۹/۳۳ \pm ۱/۰۶	انرژی/خستگی
		بعد از مداخله	
p-value (درون گروهی)			
۰/۵۳۸	۴۴/۸۰ \pm ۱/۳۰	۴۴/۵۳ \pm ۱/۰۶	بهزیستی هیجانی
		قبل از مداخله	
۰/۰۰۱	۴۵/۱۰ \pm ۱/۰۶	۴۷/۲۰ \pm ۱/۲۴	بهزیستی هیجانی
		بعد از مداخله	
p-value (درون گروهی)			
۰/۴۴۲	۳۷/۸۳ \pm ۱/۹۱	۳۸/۳۳ \pm ۱/۵۹	کارکرد اجتماعی
		قبل از مداخله	
۰/۰۰۱	۳۸/۳۰ \pm ۱/۵۹	۴۱/۶۶ \pm ۱/۵۹	کارکرد اجتماعی
		بعد از مداخله	
p-value (درون گروهی)			
۴۱/۵۰ \pm ۱/۶۵	۴۰/۱۶ \pm ۱/۵۰	۴۰/۱۶ \pm ۱/۵۰	درد
		قبل از مداخله	
۴۰/۱۶ \pm ۱/۵۰	۴۶/۶۶ \pm ۱/۴۲	۴۶/۶۶ \pm ۱/۴۲	درد
		بعد از مداخله	
p-value (درون گروهی)			
۰/۱۵۶	۳۲/۶۶ \pm ۱/۴۶	۳۳/۳۳ \pm ۱/۰۲	سلامت عمومی
		قبل از مداخله	
۰/۰۰۱	۳۳/۰۰ \pm ۱/۰۴	۳۷/۰۰ \pm ۱/۴۵	سلامت عمومی
		بعد از مداخله	
p-value (درون گروهی)			

تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز بُعد اختلال در ایفای نقش به دلیل مشکل روانی بیماران با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی افزایش داشته است^(۲۷). این نتیجه با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است. در مطالعه لویز و همکاران، نتایج نشان داد که ۶ هفته بعد از اجرای مدیریت شناختی رفتاری استرس، نمره کیفیت زندگی واحدهای پژوهش در گروه مداخله افزایش و در گروه کنترل کاهش یافته بود^(۲۸). همچنین در مطالعه کول و همکاران، بعد از مداخله، نمره کیفیت زندگی واحدهای پژوهش نسبت به مرحله قبل از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافته بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو است^(۲۹).

است^(۲۲-۲۴). در مطالعه بروور و همکاران نشان داده شد که دوره کوتاه مدت آموزش مدیریت استرس باعث کاهش نگرانی فردی در بیماران آرتریت روماتوئید در پیگیری‌ها و به‌ویژه در بیمارانی که به‌طور روان شناختی در معرض خطر می‌باشند، شده است^(۲۵). در مطالعه پرادهان و همکاران، پس از انجام مداخله، علائم افسردگی، اضطراب، احساس خوب بودن و آگاهی، در دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. در نهایت مشخص شد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مدیتیشن می‌تواند به‌عنوان تکمیل‌کننده درمان پزشکی با استفاده از بهبود اضطراب روانی و احساس خوب بودن برای بیماران به ارمغان بیاورد^(۲۶). در مطالعه میشلزم و همکاران، پس از یک سال انجام مداخله،

جدول ۳: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس از آزمون کیفیت زندگی گروه‌ها

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش آزمون	۲۵۶۷۱/۴۶۴	۱	۲۵۶۷۱/۴۶۴	۲/۱۸۴	۰/۱۵۱	۰/۰۷۵	۰/۲۹۷
گروه	۳۸۴۶۳۳/۷۲۰	۱	۳۸۴۶۳۳/۷۲۰	۳۲/۷۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۸	۱/۰۰۰
خطا	۳۱۷۴۰/۱۸۱۴	۲۷	۱۱۷۵۵/۶۲۳				
کل	۶۰۵۹۲۹۴/۳۶۱	۳۰					

جدول ۴: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه میانگین جامعه نمرات متغیرهای وابسته

منابع	ارزش	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معناداری	ضرب اتا	توان آزمون
لامبدای ویلکز	۰/۱۶۷	۸/۱۱۵	۸/۰۰۰	۱۳/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۳	۰/۹۹۸

مبتلا به آرتریت روماتوئید در مقایسه با جمعیت سالم در حد پایین تری قرار دارد؛ که این‌ها همه مؤید این نکته است که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید چالش‌های شدیدی به خاطر استرس‌های قوی زندگی در ارتباط با بیماری خود تحمل می‌کنند^(۳۴).

تأثیرات منفی آرتریت روماتوئید در کاهش حرکات و توانایی فرد و همچنین ایجاد وابستگی، باعث ایجاد تغییرات عمده‌ای در شیوه زندگی می‌شود که در نهایت همه این موارد بر کیفیت زندگی فرد مبتلا به آرتریت روماتوئید تأثیر خواهد گذاشت^(۳۵). از این رو، بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا، به صورت یک هدف مهم درآمده است. بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد. اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی و درد در بیماران اثر مستقیمی روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد^(۳۶). ایمن‌سازی در برابر استرس همانند ایمن‌سازی پزشکی، بر پایه مواجهه با شرایط استرس‌زا در فرد به منظور تشکیل پادتن‌های روان‌شناختی یا مهارت‌های مقابله با استرس به وجود آمده است^(۳۷). این آموزش، یک مداخله آموزشی دقیق، چند بُعدی و چندجانبه است که هدف از آن حذف کامل استرس نیست، بلکه هدف، بهره‌برداری سازنده از آن است که مددجویان تشویق شوند تا موقعیت‌های پُراسترس را نه به عنوان تهدیدی برای خود، بلکه به عنوان مسائل قابل حل در نظر بگیرند. وجود بیماری آرتریت روماتوئید می‌تواند خود یک منبع استرس در این گروه از بیماران باشد. دلایل مختلفی برای

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین فعالیت فیزیکی و بیماری آرتریت روماتوئید ارتباط آماری معنی داری وجود دارد. نتایج مطالعه سوکا و همکاران نیز نشان داد که فعالیت فیزیکی تأثیر مثبتی بر روی درد، فعالیت و وضعیت عملکردی بیماران دارد^(۳۰). همچنین بر اساس مطالعات قبلی نشان داده شده که بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نسبت به جمعیت عمومی از نظر فعالیت فیزیکی در سطح پایینی قرار دارند^(۳۱ و ۳۰). در جمعیت‌های عمومی عوامل پایداری چون سن، جنس و موانع محیطی هرکدام به‌نوعی باعث کاهش فعالیت بدنی می‌شوند درحالی که لذت از ورزش، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و محرک‌های درونی از عواملی هستند که در بحث ورزش و فعالیت فیزیکی باعث پیش‌بینی سطح بالاتری از فعالیت بدنی می‌شوند^(۳۲). در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید متغیرهای خودکارآمدی و محرک‌های درونی، هر دو در ارتباط با افزایش میزان شرکت در فعالیت‌های بدنی و ورزشی هستند. خودکارآمدی یا اعتقاد فرد به توانایی‌های خود برای انجام یک رفتار خاص یک پیش‌بینی کننده برای فعالیت بدنی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است^(۳۳).

نتایج تحقیقات انجام‌شده روی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید حاکی از آن است که ۶۳ درصد این بیماران اختلالات شدیدی در وضعیت روانی دارند و ۶۰ درصد آنها تغییر در سلامت خانواده، مشکلات جنسی و یا افزایش اضطراب مربوط به مسائل زناشویی دارند. عزت‌نفس و رضایت شغلی در بیماران

از جمله محدودیت‌ها، محدودیت در حجم نمونه بود. در این مورد پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از حجم بالاتری از نمونه‌ها استفاده شود. نمونه‌گیری در دسترس که امکان تعمیم نتایج را کاهش می‌دهد و همچنین به دلیل محدودیت زمانی مرحله پیگیری انجام نشد و فاصله نسبتاً کمی برای بررسی اثرات بلندمدت درمان‌های صورت گرفته است.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس می‌تواند باعث کاهش استرس در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید شود که به دنبال آن، افزایش کیفیت زندگی این بیماران تأمین می‌شود؛ بنابراین ایمن‌سازی در برابر استرس را یک رویکرد اثربخش در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید معرفی می‌کنیم. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی نقش عوامل زمینه‌ای در ابتلا به بیماری و همچنین عود بیماری سنجیده شود.

اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مطرح شده است. موهر و همکاران بیان کردند که تکنیک‌های شناختی- رفتاری با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت می‌کند و استرس را کاهش می‌دهد^(۳۸). آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس از طریق تغییر نگرش، به تقویت مهارت‌های مقابله‌ای یا پادتن‌های روان‌شناختی می‌پردازد و از این طریق با ایجاد احساس کاردانی، به‌واسطه تجارب موفقیت‌آمیز در مقابله با استرس، به تقویت مهارت‌ها و ایجاد انتظارات مثبت و به کاهش استرس منجر می‌شود^(۳۷). همچنین با بررسی ماهیت تعاملی استرس و بیان افکار، احساسات، تصورات و رفتارهایی که در ایجاد استرس مؤثر بوده‌اند، مددجو درمی‌یابد که صرفاً قربانی استرس نیست، بلکه نحوه ارزیابی او از رویدادهای زندگی می‌تواند بر روی سطح استرس نقش داشته باشد. مهارت‌های مقابله‌ای باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه جدیدی برخورد کند و باورهای قبلی خود را مورد آزمون قرار دهد. این امر سبب قطع چرخه معیوب افکار خودآیند منفی می‌شود و از این طریق بر کاهش افسردگی تأثیر می‌گذارد^(۳۷).

منابع

- McInnes IB, Schett G. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med*. 2011;365:2205-19.
- Matcham F, Norton S, Scott DL, Steer S, Hotopf M. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55:268-78.
- Zakeri Z, Khazaei AR, Kousari AA, Taban MR. Comparison of Doxycycline and Azathioprine in the treatment of active rheumatoid arthritis. *Zahedan Journal Of Research In Medical Sciences (Tabib-E-Shargh)*. 2005;7(2): 101-9.
- Thierry S, Fautrel B, Lemelle I, Guillemin F. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: a systematic review. *Joint Bone Spine*. 2014;81:112-7.
- Lee SH, Byrne EM, Hultman CM, Kahler A, Vinkhuyzen AA, Ripke S, et al. New data and an old puzzle: The negative association between schizophrenia and rheumatoid arthritis. *Int J Epidemiol*. 2015;44:1706-21.
- Forghanizadeh j, Abhari R, Shakibi MR, Samadi F, Oiroozian M, Tavakoli S. Prevalence of rheumatic diseases in Fasham. *RJMS*. 1995;2:182-91.
- Brandstetter S, Riedelbeck G, Steinmann M, Ehrenstein B, Loss J, Apfelbacher C. Pain, social support and depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis: Testing the stress-buffering hypothesis. *Rheumatol Int*. 2017;37:931-6.
- Burmester GR, Pope JE. Novel treatment strategies in rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2017;389:2338-48.
- Monjamed Z, Varaei S, Kazemnejad A, Razavian F. Quality of life in rheumatoid arthritis patients. *Hayat*. 2007;13:57-66.
- Hu Y, Sparks JA, Malspeis S, Costenbader KH, Hu FB, Karlson EW, et al. Long-term dietary quality and risk of developing rheumatoid arthritis in women. *Ann Rheum Dis*. 2017;76:1357-64.
- Anderson J, Caplan L, Yazdany J, Robbins ML, Neogi T, Michaud K, et al. Rheumatoid arthritis disease activity measures: American College of Rheumatology recommendations for use in clinical practice. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:640-7.
- Liu L. Quality of life as a social representation in China: A qualitative study. *Soc Indic Res*. 2006;75:217-40.
- Malkina-Pykh IG, Pykh YA. Quality-of-life indicators at different scales: Theoretical background. *Ecological Indicators*. 2008;8:854-62.
- Zareipour M, Ghelichi Ghogh M, Mahdi-akhgar M, Alinejad M, Akbari S. The quality of life in

- relationship with glycemic control in people with type2 diabetes. *JCHR*. 2017;6(3):141-9.
15. Monjamed Z, Razavian F. The impact of signs and symptoms of disease on quality of life in patients with rheumatoid arthritis patients referred to hospitals in Tehran University of Medical Sciences. *Qom Univ Med Sci*. 2007;1(1):27-35.
 16. Chalesghar kordasiabi M, Akhlaghi M, Askarishahi M, Sabzmakan L, Abbasi shavazi M. Quality of life and related factors in rheumatoid arthritis patients. *J Health Res Commun*. 2016;2(3):1-11.
 17. Mohammadpour M, Zarrinpour N, Abedini M, Mohammadpour RA. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis in West of Mazandaran Province, 2013. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2014;24(119):154-62.
 18. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*. 2005;14:875-82.
 19. Mohammadpour RA, Yousefi Z. Factor analysis of SF-36 Persian Version healthrelated quality of life questionnaire in Iran. *World Appl Sci J*. 2008;3(4):548-54.
 20. Hamidzadeh S, Ahmadi F, Aslani Y, Etemadifar S, Salehi K, Kordeyazdi R. Study effect of a group-based exercise program on the quality of life in older men and women in 2006-2007. *JSSU*. 2008;16(1):167.
 21. Miller GE, Cohen S. Psychological interventions and the immune system: a meta-analytic review and critique. *Health Psychol*. 2001;20:47-63.
 22. Knittle K, Maes S, de Gucht V. Psychological interventions for rheumatoid arthritis: examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62:1460-72.
 23. Dissanayake RK, Bertouch JV. Psychosocial interventions as adjunct therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Int J Rheum Dis*. 2010;13:324-34.
 24. van Middendorp H, Geenen R, Sorbi MJ, van Doornen LJ, Bijlsma JW. Health and physiological effects of an emotional disclosure intervention adapted for application at home: a randomized clinical trial in rheumatoid arthritis. *Psychother Psychosom*. 2009;78:145-51.
 25. de Brouwer SJ, van Middendorp H, Kraaimaat FW, Radstake TR, Joosten I, Donders AR, et al. Immune responses to stress after stress management training in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther*. 2013;15:R200.
 26. Pradhan EK, Baumgarten M, Langenberg P, Handwerker B, Gilpin AK, Magyari T, et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum*. 2007;57:1134-42.
 27. Michalsen A, Grossman P, Lehmann N, Knoblauch NT, Paul A, Moebus S, et al. Psychological and quality-of-life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: results of a randomized trial. *Psychother Psychosom*. 2005;74:344-52.
 28. Lopez C, Antoni M, Penedo F, Weiss D, Cruess S, Segotas MC, et al. A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res*. 2011;70:328-34.
 29. Flugel Colle KF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complement Ther Clin Pract*. 2010;16:36-40.
 30. Sokka T, Hakkinen A, Kautiainen H, Maillefert JF, Toloza S, Mork Hansen T, et al. Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: data from twenty-one countries in a cross-sectional, international study. *Arthritis Rheum*. 2008;59:42-50.
 31. van den Berg MH, de Boer IG, le Cessie S, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. Are patients with rheumatoid arthritis less physically active than the general population? *J Clin Rheumatol*. 2007;13:181-6.
 32. Knittle KP, De Gucht V, Hurkmans EJ, Vlieland TP, Peeters AJ, Ronday HK, et al. Effect of self-efficacy and physical activity goal achievement on arthritis pain and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63:1613-9.
 33. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*. 2004;31:143-64.
 34. Parker JC, Smarr KL, Buckelew SP, Stucky-Ropp RC, Hewett JE, Johnson JC, et al. Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995;38:1807-18.
 35. Bae SC, Kim SJ, Sung MK. Inadequate antioxidant nutrient intake and altered plasma antioxidant status of rheumatoid arthritis patients. *J Am Coll Nutr*. 2003;22(4):311-5.
 36. Garrood T, Scott DL. Combination therapy with disease modifying anti-rheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *BioDrugs*. 2001;15:543-61.
 37. Meichenbaum D. *Stress Inoculation Training: a preventive and treatment approach*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2007.
 38. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Catledge C, Honos-Webb L, Vella L, et al. Telephone-administered psychotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1007-14.