

کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک

نعیما خدادادی^۱، مژگان بقایی^۲، هایده محمودی^۱، فرزانه شیخ الاسلامی^۱

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۴/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۹/۷

۱. کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

۲. کارشناس ارشد پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

چکیده

زمینه و هدف: کیفیت زندگی از معیارهای تعیین کننده اثرات اسکیزوفرنی و درمان آن بر فرد مبتلا بوده و ارزیابی آن در بیماران اسکیزوفرنی حائز اهمیت می باشد. از این رو مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی با جامعه سالم در شهر رشت انجام گرفته است.

مواد و روش کار: این پژوهش مطالعه ای توصیفی مقطعی بود که نمونه های آن را ۵۲ بیمار اسکیزوفرنی مراجعه کننده به مرکز شفا (گروه مورد) و ۱۵۳ فرد سالم (گروه شاهد) شهر رشت تشکیل می داد. ابزار گردآوری داده ها مشتمل بر ۳ بخش پرسشنامه عوامل فردی-اجتماعی، ابزار استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و ابزار استاندارد بررسی وضعیت روانی (خاص بیماران) بود. نمونه های گروه بیماران به روش در دسترس و گروه سالم به روش تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. داده ها به روش مصاحبه چهره به چهره گردآوری و تحت نرم افزار SPSS و آزمون های آماری t و ANOVA تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: بنابر یافته های این مطالعه تفاوت معنی داری بین کیفیت زندگی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و سالم در ابعاد کیفیت کلی ($p < 0/0001$) و حیطه های عمومی ($p < 0/006$)، فیزیکی ($p < 0/001$)، روانی ($p < 0/001$) و ارتباطات اجتماعی ($p < 0/015$) وجود داشت.

نتیجه گیری: مددجویان اسکیزوفرنی در مقایسه با جامعه سالم شهر رشت دارای کیفیت زندگی پایین تری بوده و نیازمند ارتقای درمان و مراقبت پس از ترخیص با توجه خاص به جنبه ارتباطات اجتماعی می باشند. [م ت ع پ ز، ۱۳۹۱؛ ۱۴(۱): ۶۶-۷۱]

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، اسکیزوفرنی، سلامت

مقدمه

اسکیزوفرنی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی است که تقریباً در یک درصد افراد جامعه دیده می شود^۱ و فرآیند آن به گونه ای است که بیماران را دچار آسیب هایی در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی می سازد^۲. امروزه برنامه های باز توانی فرایند درمان را به سمت درمان در جامعه سوق داده اند^۳. اما این سیاست به دلیل عدم آمادگی جامعه و کمبود تجهیزات برای تامین نیازهای بیماران با مشکلاتی همراه شد^۴. با توجه به امکانات محدود بسیاری از خانواده ها در نگهداری از بیماران، برخی از آنان به مراکز نگهداری سپرده می شوند و تعدادی، به دلیل عدم وجود مراقبت های سازمان یافته، سرگردان و بی پناه در جامعه رها می شوند. بسیاری از مددجویان بیکار^۵ و منزوی می شوند^۶. حدود ۵۰-۲۰ درصد مبتلایان اقدام به خودکشی می نمایند که ۱۳-۹ درصد آن ها به مرگ ختم می شود^۷. از این رو مطالعات اخیر بیشتر بر ارتقای کیفیت زندگی این بیماران تمرکز دارند. چرا که کیفیت زندگی از معیارهای مهم تعیین کننده اثرات اسکیزوفرنی و درمان آن بر فرد است^۸ و می تواند راهنمای مفیدی برای ارتقای کیفیت مراقبت باشد^۹. از این رو ارزیابی آن در مراقبت از بیمار و تحقیقات بالینی حائز اهمیت می باشد^۸.

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را مفهومی مشتمل بر ابعاد سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی می داند. در حقیقت کیفیت زندگی رهیافتی بیمارمحور است که ارزیابی بیمار از شرایط و وضعیت خود را به جای ارزیابی متخصصین مورد توجه قرار می دهد^۹. Duval می نویسد که هیچ کس، حتی یک فرد حرفه ای، قادر به تعیین کیفیت زندگی بیماران نیست و برخلاف باور عموم، حتی افراد شدیداً بیمار، می توانند عوامل

مهم موثر بر کیفیت زندگی خود را مشخص سازند. در حقیقت، این بیماران دارای توانایی گزارش دقیق ادراکات خود از کیفیت زندگی می باشند^۴. البته علایم بیماری، ویژگی های فردی-اجتماعی و اقتصادی از متغیرهای مهم مطرح در کیفیت زندگی می باشند^{۱۰}. Duval نیز متغیرهای مکان و شرایط زندگی فرد را بر درک بیمار از کیفیت زندگی موثر می داند^۴. با وجود اهمیت کیفیت زندگی، غالب تحقیقات مرتبط با آن در کشورهای توسعه یافته انجام شده است. بنابراین با اثبات اثر تفاوت های فرهنگی بر پیش آگهی اختلالات روانی به ویژه اسکیزوفرنی^{۱۱}، یافته های آن ها ممکن است قابل تعمیم به جامعه ایرانی نباشند. علاوه بر آن، تحقیقات موجود با نتایج قاطعی در این زمینه همراه نبوده اند^۵. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی مراجعه کننده به مرکز تخصصی روانپزشکی استان گیلان و مقایسه آن با جامعه سالم انجام شده است، تا شاید با شناسایی دقیق آن در برنامه ریزی خدمات درمانی-مراقبتی ضروری به این بیماران مفید واقع شود.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که به منظور بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و مقایسه آن با افراد سالم شهر رشت انجام شده است. جامعه این پژوهش را کلیه مددجویان اسکیزوفرنی مراجعه کننده به درمانگاه سرپایی مرکز آموزشی-درمانی شفا شهر رشت، به عنوان گروه مورد و افراد سالم شهر رشت به عنوان گروه شاهد تشکیل می داد، که از میان آن ها، افراد دارای شرایط و معیارهای تعیین شده، به عنوان واحدهای

مورد پژوهش انتخاب شدند. تمامی نمونه‌ها در گروه بیمار و سالم باید ساکن شهر رشت و فاقد مشکلات شنوایی و یا نقص عضو محسوس و مشخص موثر بر کیفیت زندگی و یا سابقه مصرف مواد مخدر می‌بودند. نمونه‌های گروه بیمار علاوه بر موارد فوق، باید دارای بیماری اسکیزوفرنی ثبت شده در پرونده، با سابقه حداقل یک سال بوده و وضعیت جسمی و روانی آنان در زمان نمونه‌گیری، طبق نظر یک روان پرستار مسئول، به گونه‌ای باشد که قادر به پاسخگویی مناسب به سوالات باشند.

بر آورد حجم نمونه گروه بیماران در این پژوهش براساس نتایج مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه با ضریب اطمینان ۰/۹۵ و قدرت آزمون ۰/۹۰ انجام شد که تعداد ۵۲ نفر برآورد گردید. واحدهای پژوهش بیمار به‌روش نمونه‌گیری در دسترس با حضور درنوبت کاری صبح از اردیبهشت ۸۸ در درمانگاه سرپایی مرکز آموزشی-درمانی شفا در شهر رشت تا زمان تکمیل حجم نمونه تعیین شده انتخاب شدند. انتخاب نمونه‌های گروه سالم (طبق اظهار خود فرد) به‌روش تصادفی خوشه‌ای به‌صورت همزمان با گروه مورد (با استفاده از شماره کتورهای برق خانگی در مناطق مختلف شهر رشت) با در نظر گرفتن همگنی سنی با گروه بیماران و در همان محدوده زمانی و به نسبت ۳ به ۱ با تعداد بیماران انجام شد. در نهایت ۵۲ مددجوی اسکیزوفرن به‌عنوان گروه مورد و ۱۵۳ فرد سالم جامعه به‌عنوان گروه شاهد، پس از اعلام رضایت شفاهی، در مطالعه شرکت نمودند.

ابزار گردآوری داده‌ها درنمونه‌های بیمار پرسشنامه‌ای ۳ بخشی مشتمل بر پرسشنامه پژوهشگرساخته در زمینه مشخصات فردی، اجتماعی، بالینی (۱۳ عبارت)، مقیاس خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۸ عبارت) و پرسشنامه استاندارد بررسی وضعیت روانی (۱۸ عبارت) بود. مقیاس کیفیت زندگی دارای ۵ حیطه عمومی (۲ عبارت)، ارتباطات اجتماعی (۳ عبارت)، سلامت فیزیکی (۷ عبارت)، وضعیت روانی (۸ عبارت) و محیطی (۸ عبارت) بود که براساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای با طیف بسیار راضی (امتیاز ۵) تا بسیار ناراضی (امتیاز ۱) تنظیم شد. محدوده امتیازات تعیین شده برای این ابزار ۱۴۰-۲۸ بود که براساس آن کسب امتیاز بالاتر به‌عنوان کیفیت زندگی بهتر تفسیر شده است. پرسشنامه وضعیت روانی نیز براساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای با طیف خیلی خفیف (امتیاز ۱) تا بسیار شدید (امتیاز ۶) تنظیم شده بود. امتیازات این پرسشنامه نیز پس از محاسبه میانگین مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. عبارات تمامی این ابزارها، به استثنای بخش بالینی (۵ عبارت) پرسشنامه مشخصات و پرسشنامه وضعیت روانی، توسط نمونه‌های سالم نیز پاسخ داده شدند.

روایی و پایایی مقیاس خلاصه شده کیفیت زندگی اخیراً توسط گروهی از محققین ایرانی از روی نسخه اصلی ۱۰۰ عبارتی منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی اقتباس و پس از ترجمه فارسی مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. با این حال روایی پرسشنامه‌ها مجدداً به روش اعتبار محتوی سنجیده شد. بدین ترتیب ابتدا پرسشنامه استاندارد وضعیت روانی توسط پژوهشگر ترجمه گردید. سپس ترجمه فارسی، جهت برگردان مجدد در اختیار دو نفر از اعضای هیئت علمی متخصص در زبان انگلیسی قرار داده

شد. این ابزار، پس از اعمال نظرات و تغییرات مورد نیاز، همراه با دیگر پرسشنامه‌های مورد استفاده برای بررسی روایی محتوایی و نیز مناسب بودن از نظر ترجمه، نگارش و سازمان‌بندی در اختیار ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی قرار گرفت. نتایج مقیاس اعتبار محتوی در سه حیطه مربوط بودن، واضح بودن و ساده و روان بودن ۰/۸ حاصل گردید. پایایی ابزارها نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقیاس کیفیت زندگی با ضریب ۰/۸۰ درصد و ابزار بررسی وضعیت روانی با ۰/۸۷ درصد مورد تایید قرار گرفتند.

داده‌ها پس از کسب رضایت شفاهی واحدهای پژوهش و با رعایت کلیه ملاحظات اخلاقی شامل ارائه معرفی‌نامه کتبی به ریاست مرکز آموزشی درمانی شفا و مسئول درمانگاه سرپایی، ارائه توضیحات ضروری در مورد هدف پژوهش و توجه کامل به حفظ اطلاعات به صورت محرمانه، به‌روش چهره به چهره گردآوری شد و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (شامل توزیع فراوانی و شاخص‌های پراکندگی) و استنباطی (شامل t و ANOVA) تحت نرم‌افزار SPSS-14 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان داد که اکثر بیماران (۳۲/۷٪) و افراد سالم (۳۰/۷٪) در گروه سنی ۲۶-۳۵ سال قرار داشتند که براساس آزمون آماری پیرسون فاقد تفاوت آماری معنی‌دار از نظر سنی بودند. اکثریت بیماران مرد (۵۱/۹٪)، مجرد (۶۵/۴٪)، دارای تحصیلات در حد متوسطه (۴۰/۴٪)، بیکار (۴۸/۱٪) دارای درآمد ماهیانه کمتر از ۱۵۰ هزار تومان (۴۶/۲٪) بودند که درآمد نیمی از آنان (۵۰٪) توسط خانواده تامین می‌شد. همچنین ۹۰/۴ درصد آنان با خانواده خود زندگی می‌کردند. درمقابل اکثر افراد سالم را زنان (۵۱٪)، متأهل (۶۶٪)، دارای تحصیلات دیپلم (۵۲/۳٪)، شغل آزاد (۵۴/۳٪) و درآمد بیش از ۳۵۰ هزار تومان (۵۰/۴٪) تشکیل می‌دادند. اکثر نمونه‌ها (۶۸٪) خود تامین‌کننده درآمد خانواده بوده و فقط ۴۹/۷ درصد آنان با خانواده خود زندگی می‌کردند.

یافته‌های حاصل از این پژوهش در زمینه عوامل بالینی که خاص گروه بیماران بود، نشان دادند که ۹۴/۲ درصد بیماران سابقه بستری در بیمارستان داشتند که اکثر آنان (۴۷/۱٪) بیش از ۳ بار بستری شده بودند. بیشترین درصد واحدهای پژوهش (۴۶٪) دارای حداقل یک فرد مبتلا به اسکیزوفرنی در خانواده درجه یک خود بودند.

در بررسی وضعیت روانی، بالاترین میانگین ($2/44 \pm 2/15$) در عبارت شماره ۲ یعنی "داشتن اضطراب، دلواپسی و ترس مفرط نسبت به حال و آینده" و کمترین آن ($0/82 \pm 0/37$) در عبارت "دارا بودن حرکات و رفتار غیرعادی" مشاهده شد. در کل بیشترین درصد نمونه‌های بیمار (۴۲/۳٪) دارای نشانه‌های روانی در حد متوسط بودند.

یافته‌های پژوهش در ارتباط با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن برحسب مشخصه‌های فردی، اجتماعی، بالینی نشان می‌دهد که نیمی از بیماران (۵۰٪) از سلامت عمومی خود راضی بودند. درمقابل بیشترین درصد (۴۰/۴٪) این نمونه‌ها از "داشتن احساسات منفی" در حیطه روانی بسیار ناراضی بودند.

همچنین اکثریت واحدهای پژوهش بیمار (۵۹/۷٪) در مقابل عبارت "داشتن فعالیت‌های تفریحی و سرگرمی" در حیطه محیطی پاسخ بسیار ناراضی و ناراضی داده بودند و پس از آن عبارات "درد و ناراحتی" از حیطه فیزیکی (۵۵/۸٪)، "احساسات منفی" از حیطه روانی (۵۵/۸٪)، "منابع مالی" (۵۱/۹٪) و "فرصت‌هایی برای کسب اطلاعات جدید" (۵۰/۸٪) از حیطه محیطی از مواردی بودند که بیشترین درصد نمونه‌ها به آن پاسخ بسیار ناراضی و ناراضی داده بودند. در مقابل اکثریت واحدهای پژوهش بیمار در مقابل عبارت "سلامت عمومی" در حیطه عمومی (۵۹/۶٪)، و پس از آن به عبارات "خواب و استراحت" در حیطه فیزیکی (۵۵/۸٪)، "کیفیت زندگی کل" در حیطه عمومی (۵۱/۹٪)، مراقبت بهداشتی و اجتماعی" در حیطه محیطی (۵۱/۹٪) و "وابستگی به کمک‌های پزشکی" در حیطه فیزیکی (۴۶/۲٪) پاسخ راضی و بسیار راضی داده بودند.

در کل بالاترین میانگین و انحراف معیار امتیازات کیفیت زندگی بیماران در حیطه سلامت روان (۲۵/۱۵±۵/۱۲) و پایین‌ترین میزان آن (۶/۲۲±۱/۲۶) در حیطه ارتباطات اجتماعی مشاهده شد. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کل در این گروه به میزان ۸۳/۰۳±۱۴/۱۶ تعیین شد که کمتر از میانگین ابزار (۸۴) بود. در نهایت هیچ‌گونه ارتباط آماری معنی‌داری بین مشخصه‌های فردی اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران دیده نشد. در زمینه عوامل بالینی نیز فقط شدت اختلال روانی بیماران با ابعاد عمومی ($p < 0.03$)، جسمی ($p < 0.009$)، اجتماعی ($p < 0.014$) و کل کیفیت زندگی ($p < 0.015$) آنان، طبق آزمون ANOVA، دارای ارتباط معنی‌دار آماری معکوس بود. بدین صورت که بیمارانی که از شدت اختلال روانی کمتری برخوردار بودند، در حیطه‌های نامبرده فوق از کیفیت زندگی امتیاز بیشتری کسب کرده بودند (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین کیفیت زندگی نمونه‌های گروه مورد بررسی

کیفیت زندگی	شدت اختلال روانی آنان				p
	خیلی خفیف	خفیف	متوسط	شدید	
کل	۸۸±۱۷/۸	۸۰/۷±۱۴/۷	۷۰/۷±۱۱/۳	۶۷±۸/۴	<۰/۰۱۵
عمومی	۷/۱±۲/۱	۶/۴±۲/۱	۵/۱±۱/۸	۴	<۰/۰۳۳
جسمی	۲۳/۴±۴/۶	۲۱/۱±۴/۱	۱۸/۳±۳/۶	۱۸/۵±۰/۷	<۰/۰۰۹
روانی	۲۵/۷±۶/۱	۲۴/۴±۵/۵	۲۰±۴/۶	۲۱±۱/۴	>۰/۰۵۶
اجتماعی	۸/۸±۳/۱	۶/۸±۱/۷	۵/۵±۱/۳	-	<۰/۰۱۴
محیطی	۲۴/۱±۵/۷	۲۲/۳±۴/۸	۲۱±۳/۸	۲۰±۷/۱	<۰/۳۴۷

یافته‌های پژوهش در زمینه کیفیت زندگی افراد جامعه سالم شهر رشت بر حسب مشخصه‌های فردی-اجتماعی نشان داد که اکثریت واحدهای پژوهش گروه سالم در مقابل "وابستگی به کمک‌های پزشکی" (۷۸/۵٪) و "درد و ناراحتی" (۶۴/۱٪) در حیطه فیزیکی و پس از آن به عبارات "احساسات منفی" (۶۱/۴٪) در حیطه روانی و "نقل و انتقال" (۵۲/۳٪) در حیطه محیطی پاسخ بسیار ناراضی و ناراضی داده بودند. در مقابل اکثریت آنان از "سلامت عمومی" (۸۰/۴) و پس از آن از "کیفیت کلی زندگی" (۶۹/۹٪) در حیطه

عمومی، "تغذیه" (۶۵/۴٪) در حیطه روانی، "توانایی کار" (۶۴/۶٪) و "تحرك" (۶۰/۷٪) در بعد فیزیکی راضی و بسیار راضی بودند. در کل بالاترین میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی افراد سالم (۲۷/۶۲±۴/۲۶) در حیطه سلامت روان و پایین‌ترین آن (۷/۱۶±۱/۵۳) در حیطه ارتباطات اجتماعی مشاهده شد. هم‌چنین میانگین و انحراف معیار کیفیت کل زندگی در گروه سالم به میزان ۹۰/۴۹±۱۲/۰۱ ارزیابی شد که بالاتر از میانگین ابزار مورد استفاده (۸۴) بود. این متغیر در افراد سالم فقط با درآمد متوسط خانواده ($p < 0.009$) و زندگی با خانواده ($p < 0.0001$) دارای ارتباط مستقیم معنی‌دار بود.

در مقایسه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن و جامعه سالم شهر رشت، یافته‌ها نشان دادند که میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی گروه سالم (۷/۲۶±۱/۵۳) با گروه بیمار (۶/۴۲±۱/۹) در حیطه عمومی تفاوت داشته است که این تفاوت براساس نتیجه آزمون t مستقل معنی‌دار ($p < 0.02$) بود. در حیطه فیزیکی نیز میانگین گروه سالم (۲۵/۸۷±۳/۹۴) بیشتر از گروه بیمار (۲۲/۱۸±۳/۱) بود که تفاوت موجود معنی‌دار ($p < 0.0001$) بود. تفاوت موجود در میانگین و انحراف معیار حیطه روانی کیفیت زندگی نمونه‌های سالم (۲۷/۶۲±۴/۲۶) با گروه بیمار (۲۵/۱۵±۵/۱۱) نیز از نظر آماری معنی‌دار ($p < 0.0001$) تلقی شد. مقایسه کیفیت زندگی در حیطه ارتباطات اجتماعی دو گروه نشان داد که بین میانگین و انحراف معیار گروه سالم و بیمار (به ترتیب ۷/۱۶±۱/۵۳ و ۶/۲۲±۱/۲۶) تفاوت آماری معنی‌داری ($p < 0.015$) وجود دارد. تنها بین میانگین حیطه محیطی کیفیت زندگی گروه سالم (۲۳/۱۹±۴/۲۷) و بیمار (۲۳/۰۵±۵/۰۱) تفاوت آماری معنی‌داری دیده نشد. مقایسه امتیازات کل کیفیت زندگی گروه سالم و بیمار به ترتیب ۹۰/۴۹±۱۲/۰۱ و ۸۳/۰۳±۱۴/۱۶ نشانگر تفاوت آماری معنی‌دار ($p < 0.0001$) بود (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین کیفیت زندگی و میانه‌های آن در بیماران

اسکیزوفرن و جامعه سالم			
کیفیت زندگی	بیمار	سالم	p
کیفیت زندگی کل	۸۳/۰۳±۱۴/۱۶	۹۰/۴۹±۱۲/۰۱	<۰/۰۰۰۱
حیطه عمومی	۶/۴۲±۱/۹۶	۷/۲۶±۱/۵۳	<۰/۰۰۲
سلامت فیزیکی	۲۲/۱۹±۳/۷۸	۲۵/۸۷±۳/۹۴	<۰/۰۰۰۱
سلامت روانی	۲۵/۱۵±۵/۱۲	۲۷/۶۲±۴/۲۶	<۰/۰۰۱
ارتباطات اجتماعی	۶/۲۲±۱/۲۶	۷/۱۶±۱/۵۳	<۰/۰۱۵
شرایط محیطی	۲۳/۰۵±۵/۰۱	۲۳/۱۹±۴/۲۷	<۰/۰۰۵

بحث

یافته‌های این پژوهش در زمینه تعیین کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن مراجعه‌کننده به درمانگاه سرپایی مرکز روانپزشکی شفا نشان می‌دهد که به ترتیب ۵ عبارت "داشتن فعالیت‌های تفریحی و سرگرمی" در حیطه روانی، "درد و ناراحتی" در حیطه فیزیکی، "احساسات منفی" در حیطه روانی و "منابع مالی" و هم‌چنین "فرصت‌هایی برای کسب اطلاعات جدید" در حیطه محیطی از جمله مواردی بودند که کمترین امتیاز کیفیت زندگی را در

اکثریت نمونه‌های بیمار دریافت کرده بودند. در حالی که در مطالعه Chan و Yu بر روی بیماران اسکیزوفرن در هنگ کنگ ۵ عبارت "سلامت عمومی"، "لذت از زندگی"، "فعالیت جنسی"، "منابع مالی" و "شرایط محیطی" دارای کمترین امتیاز کیفیت زندگی بودند^۵ و فقط در عبارت "منابع مالی" با تحقیق حاضر مشابهت دارد. این تفاوت در یافته‌ها می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و دیدگاه افراد نسبت به زندگی و شرایط محیطی و هم‌چنین نوع حمایت مالی باشد. چنان‌که نیمی از واحدهای این پژوهش تحت حمایت خانواده خود بودند. در حالی که ۶۰/۸ درصد نمونه‌ها در مطالعه Chan و Yu از حمایت‌های پیشرفته اجتماعی بهره‌مند بودند،^۵ که این خود می‌تواند به داشتن فرصت‌هایی برای فعالیت‌های تفریحی و یا کسب اطلاعات کمک نماید. از طرف دیگر بالاترین میانگین امتیاز کیفیت زندگی بیماران در حیطه روانی و کمترین آن در ارتباطات اجتماعی دیده شد. در مقابل Yu و Chan بالاترین میانگین را در سلامت فیزیکی و کمترین آن را در حیطه سلامت روان مشاهده کردند.^۵ این تفاوت می‌تواند به دلیل درصد بالای بیکاری، مجرد و تحصیلات پایین‌تر در نمونه‌های این پژوهش باشد که موجب عوارضی بر ارتباطات اجتماعی بیماران گشته است.

هرچند مطالعه Solanki و همکاران در هند نیز نمایانگر کمترین نمره کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن در بعد ارتباطات اجتماعی بود. این پژوهشگران در نتیجه‌گیری خود می‌نویسند که بیماران روانی مزمن از برچسب بیماری روانی بر خود که آنان را از زندگی اجتماعی منزوی می‌سازد، تنفر دارند.^{۱۱} در نهایت میانگین کل کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن در این مطالعه $83/03 \pm 14/16$ گزارش شده است که پایین‌تر از میانگین ابزار ($X=84$) می‌باشد.

Cardoso و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که تعداد کمی از نمونه‌ها دارای کیفیت زندگی مطلوب و یا بدون تغییر بودند و غالب نمونه‌ها در محدوده میانگین و یا پایین‌تر از آن قرار داشتند.^۳ Solankhi و همکاران نیز در تحقیق خود با هدف مقایسه ناتوانی و کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن و وسواسی در مراکز روانپزشکی سرپایی هند نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن با وجود درمان پیشرفته، پایین‌تر است.^{۱۱} نکته دیگر قابل توجه در یافته‌های این پژوهش آن است که کیفیت زندگی بیماران با هیچ یک از مشخصه‌های دموگرافیک-اجتماعی آنان ارتباط معنی‌داری نداشت. این یافته برخلاف نتیجه تحقیق Cardoso و همکاران بود که در مطالعه خود بر روی بیماران اسکیزوفرن برزیل نشان دادند که جنسیت مذکر، مجرد و درآمد پایین از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی کیفیت زندگی پایین در نمونه‌ها بوده‌اند.^۳

Chan و Yu نیز در مطالعه خود بر روی بیماران هنگ کنگ نشان دادند که جنسیت زن، بیکاری و دفعات بالاتر بستری با کیفیت زندگی پایین‌تر مرتبط بودند.^۵ تفاوت موجود بین یافته‌های این تحقیق با تحقیقات مشابه خارجی می‌تواند به دلیل دریافت حمایت اکثریت نمونه‌های پژوهش حاضر از طرف خانواده باشد. چنان‌که ۹۰/۴ درصد نمونه‌ها، در این پژوهش، با خانواده خود زندگی می‌کردند. درحالی‌که این متغیر در مطالعه Chan و Yu به میزان

۷۲/۲ درصد و در مطالعه Cardoso و همکاران ۴۸/۸ درصد گزارش شده است.^{۳،۵} البته کیفیت زندگی بیماران در این پژوهش با وضعیت روانی آنان دارای همبستگی منفی معنی‌داری بود و شرکت کنندگان با علایم روانی خفیف‌تر دارای امتیاز بالاتری در ابعاد عمومی، جسمی و اجتماعی کیفیت زندگی بودند. این یافته مشابه یافته‌های دیگر تحقیقات انجام‌شده مانند مطالعه Chan و Yu است. واضح است که وضعیت روانی پایین‌تر می‌تواند منجر به موارد مکرر بستری و به دنبال آن بیکاری و مشکلاتی در زندگی اجتماعی شود^۴ که همگی می‌توانند بر کیفیت زندگی موثر باشند. از طرف دیگر توجه به این نکته حائز اهمیت است که وضعیت روانی بهتر اصولاً با بینش و درک بالاتر بیماران همراه است که آگاهی بیماران را از محدودیت‌های موجود در کار، مدرسه یا خانه و تضادهای موجود در ارتباطات اجتماعی افزایش داده و می‌تواند کیفیت زندگی آنان را ضعیف‌تر سازد. این موضوع در یافته تحقیق انجام شده در ۱۰ کشور اروپایی قابل مشاهده است که در آن بیماری روانی شدیدتر با کیفیت زندگی بالاتر مرتبط بوده است.^{۱۲}

یافته‌ها در زمینه کیفیت زندگی افراد سالم بیانگر آن است که بالاترین میانگین این گروه در حیطه سلامت روان $27/62 \pm 4/26$ بود که بسیار بالاتر از یافته مطالعه Chan و Yu در جامعه سالم هنگ کنگ ($X=14/7$) می‌باشد.^۵ از طرف دیگر پایین‌ترین میانگین در نمونه‌های سالم این پژوهش در حیطه ارتباطات اجتماعی ($X=7/16$) بود که بسیار پایین‌تر از میانگین اعلام شده توسط Chan و Yu در جامعه سالم هنگ کنگ است. این تفاوت در یافته‌ها می‌تواند به دلیل ارائه حمایت‌های اجتماعی بالاتر در هنگ کنگ باشد. این پژوهشگران رایگان بودن مراقبت‌های بهداشتی و حمایت‌های اجتماعی در هنگ کنگ را از نکات مثبت سیستم مراقبت بهداشتی آن کشور بر می‌شمارند.^۵ در کل نمونه‌های سالم این پژوهش دارای میانگین کیفیت زندگی کمتر از میانگین ابزار در حیطه‌های ارتباطات اجتماعی و محیطی بوده‌اند. علاوه بر آن کیفیت زندگی نمونه‌های سالم فقط با "وضعیت زندگی مستقل" دارای ارتباط آماری معنی‌دار بود که همه این یافته‌ها نشانگر نیاز به ارتقای سیستم‌های حمایت اجتماعی-اقتصادی و مراقبت‌های بهداشتی در کل جامعه است.

در نهایت، مقایسه میانگین امتیازات کیفیت زندگی نمونه‌های بیمار و سالم نشان داد که میانگین کلی کیفیت زندگی بیماران و هم‌چنین تمامی حیطه‌ها کمتر از میزان مشاهده شده در گروه افراد سالم بود. هرچند که تفاوت موجود در کیفیت زندگی کل و حیطه‌های عمومی، سلامت فیزیکی، روانی و ارتباطات اجتماعی معنی‌دار نشان داده شد. این یافته مشابه سایر مطالعات انجام شده در سایر کشورها می‌باشد.^۵ سازمان بهداشت جهانی نیز در این زمینه عنوان کرده که مددجویان اسکیزوفرن علاوه بر تجربه نشانه‌های دیسترس‌زای اختلال، از عدم توانایی اشتغال به کار و مشارکت در فعالیت‌های تفریحی رنج می‌برند.

مطالعات انجام شده نیز نشان داده‌اند که عدم تامین نیازهای اجتماعی و عملکردی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم کیفیت پایین زندگی در میان افراد مبتلا به اختلالات روانی است که حتی پس از بهبودی از مشکلات روانی نیازمند

مبتلایان به اختلالات روانی باید نه تنها بر کاهش نشانه‌ها، بلکه بر فراهم نمودن فرصت‌هایی برای ورود مددجویان به جامعه تمرکز یابد.^۵

سیاسگزاری

لازم به ذکر است که این پژوهش با هزینه‌ی شخصی محققین انجام شده و به ارگان یا سازمان خاصی وابستگی ندارد.

توجه می‌باشند.^۹ در مطالعه حاضر شاهد آن بودیم که اکثریت نمونه‌ها با وجود دارا بودن حد بسیار خفیف و خفیف بیماری، بیکار بوده و درآمد کمتر از ۱۵۰ هزار تومان در ماه داشتند. Chan و Yu در این رابطه می‌نویسند که فقدان فرصت‌ها، تبعیضات، بیکاری و فقر با عوارض شدیدی بر کیفیت زندگی مددجویان همراه خواهد بود. بنابراین برنامه‌ریزی خدمات برای

References

1. Diehl T, Goldberg K. Psychiatric nursing. 1st ed. Philadelphia: Lippincott; 2004: 161-165.
2. Edler R, Evans KE, Nizette D. Psychiatric and mental health nursing. 1st ed. London: Mosby; 2005: 219-220.
3. Cardoso SC, Caiaffa TW, Bandeira M, et al. Factors associated with low quality of life in schizophrenia. Rio de Janeiro: Saude Press; 2005: 1338-1348.
4. Duval HM. Quality of life and severe and persistent mental illness: A pilot study [dissertation]. New England: Antioch University; 2010.
5. Chan S, Yu IW. Quality of life of clients with schizophrenia. JAN 2003; 45(1): 72-83.
6. Kaplan H, Sadok B. Text book of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott; 2005: 487-495.
7. Karlson I, Berglin VA, Larsson PA. Sense of coherence: QOL before and after coronary artery bypass surgery. A longitudinal study. J Adv Nurs 2000; 31(6): 1383-1392.
8. Ueka Y, Tomotake M, Tanaka T, et al. Quality of life and cognitive dysfunction in people with schizophrenia. Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2011; 35(1): 53-9.
9. Benavente A, Morales B, Rubio EA and Rey JM. Quality of life of in adolescents suffering from epilepsy living in the community. JPCH 2004; 40(3): 110-113.
10. Heider D, Angermeyer MC, Winkler I, et al. A prospective study of quality of life in schizophrenia in three european countries. Schizophr Res J 2007; 93(1-3): 194-202.
11. Solanki RK, Singh P, Midha A, et al. Disability and quality of life in schizophrenia and obsessive compulsive disorder: A cross-sectional comparative study. East Asian Arch Psychiatry 2010; 20: 7-13.
12. Alonso J, Groudce T, Brown J, et al. Health related quality of life (HRQL) and continuous antipsychotic treatment: 3-year results from the schizophrenia health outcomes (SOHO) study. ISPOR 2009; 12(4): 536-43.

Quality of Life in Schizophrenic Patients

Naema Khodadadi,¹ Mojgan Baghaie,² Haeideh Mahmudi,¹ Farzaneh Sheikholeslami¹

Received: 18/July/2010

Accepted: 28/Nov/2010

Background: Nowadays, quality of life (QoL) is an important indicator of treatment outcome and it's evaluation in schizophrenic patients will be vital. So, this study is conducted to compare QoL in schizophrenic patients and healthy people in Rasht, Guilan.

Materials and Method: This study is a cross-sectional descriptive survey that was done on 52 patients with schizophrenia referred to Shafa hospital with convenience sampling method and 153 healthy people of Rasht by cluster method. Data collection instrument was a 3 part questionnaire consisting demographic-social questionnaire, WHO QoL questionnaire, and mental status assessment form. Data gathered by interview and analyzed with SPSS software using descriptive and inferential statistics (χ^2 , ANOVA, independent-*t* test).

Results: Our finding indicated that patients and healthy individuals QoL had overall statistically significant difference ($p<0.0001$), and it's general ($p<0.006$), physical ($p<0.0001$), psychiatric ($p<0.001$), and social relationship ($p<0.015$).

Conclusion: According result, schizophrenic clients compare with healthy people had lower QoL level that need special attention to improve treatment and their post-discharge care with focus on social relationship in this group of patients. [ZJRMS, 2012; 14(1): 61-66]

Keywords: Quality of life, schizophrenia, health

1. MSc of Psychiatric Nursing, Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Guilan Medical Science University, Rasht, Iran.
2. MSc of Medical-Surgical Nursing, Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery, Guilan Medical Science University, Rasht, Iran.

Please cite this article as: Khodadadi N, Baghaie M, Mahmudi H, Sheikholeslami F. Quality of life in schizophrenic patients. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2012; 14(1): 61-66.