

مقایسه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی و جامعه سالم شهر رشت

پژوهشگران: نعیم خدادادی^۱، فرزانه شیخ الاسلامی^۲، هایده محمودی^۲، مژگان بقایی^۳، محمود حافظی^۴

(۱) کارشناس ارشد آموزش پرستاری (گرایش روان پرستاری)، مربی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت.

(۲) کارشناس ارشد آموزش پرستاری (گرایش روان پرستاری)، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت.

(۳) کارشناس ارشد آموزش پرستاری (گرایش داخلی جراحی)، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت.

(۴) کارشناس کامپیوتر، شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی گیلان

چکیده

مقدمه: اسکیزوفرنی از اختلالات روانی شایع و مزمن است که با مشکلات فردی و اجتماعی خاصی همراه می باشد. از طرف دیگر کیفیت زندگی به عنوان معیاری مهم از اثرات بیماری و درمان آن بر فرد مورد توجه متخصصین قرار گرفته است.

هدف: این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنیک با جامعه سالم در شهر رشت انجام گرفته است.

روش کار: این پژوهش مطالعه ای توصیفی- مقطعی بود که نمونه های آن را ۵۲ بیمار اسکیزوفرن مراجعه کننده به درمانگاه سرپایی مرکز آموزشی- درمانی شفا (به عنوان گروه مورد) و ۱۵۳ فرد سالم شهر رشت (به عنوان گروه شاهد) تشکیل می داد. ابزار گردآوری داده ها مشتمل بر ۳ بخش (۱ پرسشنامه عوامل فردی- اجتماعی، ۲) ابزار استاندارد ۲۸ عبارتی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و ۳) ابزار استاندارد بررسی وضعیت روانی بود که ابزار سوم فقط در نمونه های بیمار استفاده شد. 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 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که میانگین امتیازات کیفیت زندگی کل و تمامی حیطه های عمومی، روانی، ارتباطات اجتماعی و محیطی بیماران اسکیزوفرن (به ترتیب ۸۳/۰۳، ۲۲/۱۹، ۲۵/۱۵، ۶/۲۲ و ۲۳/۰۵) در سطحی پایین تر از جامعه سالم (به ترتیب ۹۰/۴۹، ۷/۲۶، ۲۵/۸۷، ۲۷/۶۲، ۷/۱۶ و ۲۳/۱۹) بود و آزمون تی مستقل تفاوت موجود در کیفیت زندگی کل ($P=0/0001$) و حیطه های عمومی ($P=0/006$)، فیزیکی ($P=0/0001$)، روانی ($P=0/001$) و ارتباطات اجتماعی ($P=0/015$) را از نظر آماری معنی دار نشان داد.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، مددجویان اسکیزوفرن در مقایسه با جامعه سالم شهر رشت دارای کیفیت زندگی پایین تری بودند که نشانگر نیاز به توجه ویژه به ارتقای درمان و مراقبت از این گروه از بیماران در مراحل پس از ترخیص می باشد.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، اسکیزوفرنی، بهداشت روانی

مقدمه:

توجهی در پذیرش بیمارستانی این بیماران گشته است (۶) که به دنبال آن تعدادی از این بیماران در میان خانواده ها نگهداری می شوند و تعدادی نیز به مراکز نگهداری شبانه روزی سپرده می شوند و البته تعدادی، به دلیل عدم وجود مراقبتهای سازمان یافته، سرگردان و بی پناه در جامعه رها می شوند. بسیاری از مددجویان به دلیل علایم بیماری و بستری شدنهای مکرر، بیکار شده و زندگی یکنواختی را در جامعه تجربه می کنند (۷) و به دلیل فقدان مراقبت کافی، دچار انزوای اجتماعی می شوند (۶) و نهایتاً حدود ۵۰-۲۰ درصد مبتلایان به اسکیزوفرنی اقدام به خودکشی می نمایند که ۱۳-۹ درصد موارد آن به مرگ ختم می شود (۴). بنابراین کنترل بیماری در مراکز روانپزشکی و ترخیص بیماران به تنهایی کافی نیست. از این رو مطالعات اخیر بیشتر بر روی ارتقای کیفیت زندگی این گروه از بیماران تمرکز دارد. زیرا

اسکیزوفرنی یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی است که تقریباً در یک درصد جامعه دیده می شود (۱). میزان بروز سالانه اسکیزوفرنی بین ۰/۵ تا ۵ در ده هزار نفر جامعه است (۲). به بیان دیگر اسکیزوفرنی ۵ برابر اسکروز مولتیپل، ۶ برابر دیابت وابسته به انسولین و ۸۰ برابر هانتینگتون شایعتر است (۳). فرآیند بیماری به گونه ای است که دوره های طولانی از عمر ۹۵ درصد افراد مبتلا به آن با علایم این بیماری سپری می شود (۴) که با توجه به شدت و تداوم آن، فرد مبتلا با آسیبهایی در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی مواجه می باشد (۵). از طرف دیگر آمار نشانگر آن بوده که ۵۰ درصد تختههای بیمارستانی مراکز روانپزشکی عموماً در اشغال این بیماران است (۴)، هر چند که به دنبال توجه به برنامه های بازتوانی و ورود داروهای ضد سایکوز جدید، فرآیند درمان به سمت درمان در جامعه سوق پیدا نموده و موجب کاهش قابل

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقایسه‌ای است که به منظور مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اسکیزوفرن و افراد سالم شهر رشت انجام شده است. متغیر اصلی این پژوهش کیفیت زندگی بوده که متغیری از نوع کیفی است و در یک طرح تک متغیری، دو گروهی (بیماران و جامعه سالم شهر رشت) و در یک مرحله مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه این پژوهش را کلیه مددجویان اسکیزوفرن مراجعه کننده به درمانگاه سرپایی مرکز آموزشی-درمانی شفاء شهر رشت، به عنوان گروه مورد و افراد سالم شهر رشت به عنوان گروه شاهد تشکیل می‌داد، که از میان آنها، 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 روانپرستار، به گونه‌ای باشد که قادر به پاسخگویی مناسب به سئوالات باشند. نمونه‌های گروه شاهد از میان افراد سالم (طبق اظهار خود فرد) انتخاب شدند که از نظر سنی با گروه بیماران همگن بودند. واحدهای پژوهش بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس و گروه سالم به روش تصادفی خوشه‌ای به صورت همزمان با گروه مورد انتخاب شدند. در نهایت ۵۲ مددجوی اسکیزوفرن به عنوان گروه مورد و ۱۵۳ فرد سالم جامعه به عنوان گروه شاهد در مطالعه شرکت نمودند.

ابزار گردآوری داده‌ها در نمونه‌های بیمار پرسشنامه‌ای ۳ بخشی مشتمل بر: (۱) پرسشنامه پژوهشگر ساخته در زمینه مشخصات فردی-اجتماعی-بالینی (۱۳ عبارت)، (۲) مقیاس خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۲۸ عبارت) و (۳) پرسشنامه استاندارد بررسی وضعیت روانی (۱۸ عبارت) بود. مقیاس کیفیت زندگی دارای ۵ حیطه عمومی (۲ عبارت)، ارتباطات

تحقیقات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی از معیارهای مهم تعیین کننده اثرات اسکیزوفرنی و درمان آن بر فرد است (۶) و اندازه‌گیری آن در بیماریهای مزمن، اطلاعات مناسبی را در مورد وضعیت سلامتی بیمار در اختیار قرار داده و می‌تواند راهنمای مفیدی برای ارتقای کیفیت مراقبت باشد. از این رو متغیر کیفیت زندگی به جای معیارهای سنتی چون مرگ و میر و ناخوشی به طور روزافزونی جهت بررسی نتایج مراقبت از بیمار بکار می‌رود (۸). اگرچه تعریف منفرد و جهانی از مفهوم کیفیت زندگی در دست نیست، اما یک توافق گسترده در زمینه چند بعدی بودن این مفهوم وجود دارد که در برگیرنده ابعاد رفاه اجتماعی، فیزیکی و روانی است (۹). در حقیقت کیفیت زندگی رهیافتی بیمار محور است که ارزیابی بیمار از شرایط وضعیت خود را به جای ارزیابی متخصصین و پارامترهای زیستی-طبی مورد توجه قرار می‌دهد (۱۰). تعریف سازمان بهداشت جهانی نیز بر ارزیابی ذهنی فرد از ابعاد مختلف زندگی تمرکز دارد (۶). این سازمان کیفیت زندگی را مفهومی با طیفی وسیع و شامل ۴ عنصر سلامت فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی می‌داند (۷). البته توجه به این نکته مهم است که علایم بیماری، ویژگیهای فردی-اجتماعی و اقتصادی از متغیرهای مهم مطرح در کیفیت زندگی می‌باشند (۱۱).

با وجود اهمیت کیفیت زندگی و ابعاد آن به عنوان معیاری از کیفیت مراقبتهای بهداشتی، توجه به آن ضروری به نظر می‌رسد. اما تحقیقات انجام شده بر روی بیماران روانی، که عمدتاً در غرب انجام شده، چندان با نتایج قاطعی در این زمینه همراه نبوده‌اند (۷). از طرف دیگر یافته‌های آنها ممکن است برای جامعه ایرانی قابلیت تعمیم نداشته باشند. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی چگونگی کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن مراجعه کننده به تنها مرکز آموزشی-درمانی تخصصی روانپزشکی استان گیلان و مقایسه آن با جامعه سالم انجام شده است. امید است که یافته‌های این پژوهش در شناسایی نقاط ضعف و قوت کیفیت زندگی و پیش بینی و برنامه ریزی خدمات درمانی-مراقبتی ضروری به این بیماران مفید واقع شود.

یافته های 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 و انحراف معیار (۲/۱۵ ± ۲/۴۴) در عبارت شماره ۲ یعنی "داشتن اضطراب، دلواپسی و ترس مفرط نسبت به حال و آینده" و کمترین آن (۰/۸۲ ± ۰/۳۷) در عبارت "دارا بودن حرکات و رفتار غیر عادی" مشاهده شد. در کل بیشترین درصد نمونه های بیمار (۴۲/۳٪) دارای نشانه های روانی در حد متوسط بودند و فقط در ۵/۸ درصد آنان وضعیت روانی در حد شدید مشاهده شد.

یافته های پژوهش در ارتباط با کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن بر حسب مشخصه های فردی-اجتماعی- بالینی نشان می دهد که نیمی از بیماران (۵۰٪) از سلامت عمومی خود راضی بودند. در مقابل بیشترین درصد (۴۰/۴٪) این نمونه ها 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 نمونه ها 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.

اجتماعی (عبارت ۳)، سلامت فیزیکی (عبارت ۷)، وضعیت روانی (عبارت ۸) و محیطی (عبارت ۸) بود که بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای با طیف بسیار راضی (امتیاز ۵) تا بسیار ناراضی (امتیاز ۱) تنظیم شده بود. این ابزار اخیراً توسط گروهی از محققین ایرانی از روی نسخه اصلی ۱۰۰ عبارتی منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی اقتباس و پس از ترجمه فارسی و تایید روایی و پایایی آن، مورد استفاده قرار گرفته است. کسب امتیاز بالاتر از این پرسشنامه نشانگر کیفیت زندگی بهتر است. پرسشنامه وضعیت روانی نیز بر اساس مقیاس لیکرت ۶ گزینه ای با طیف خیلی خفیف (امتیاز ۱) تا بسیار شدید (امتیاز ۶) تنظیم شده بود. تمامی این ابزارها به استثنای بخش بالینی (عبارت ۵) پرسشنامه مشخصات و پرسشنامه وضعیت روانی، در جامعه سالم نیز مورد استفاده قرار گرفت. داده ها پس از کسب رضایت شفاهی واحدهای پژوهش و با رعایت کلیه ملاحظات اخلاقی، به روش چهره به چهره گردآوری شد و با استفاده از روشهای آمار توصیفی (شامل توزیع فراوانی و شاخصهای پراکندگی) و استنباطی (شامل آزمون تی مستقل و همبستگی پیرسون) تحت نرم افزار SPSS ویرایش ۱۴ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

یافته های این پژوهش نشان داد که اکثر بیماران (۳۲/۷٪) و افراد سالم (۳۰/۷٪) در گروه سنی ۲۶-۳۵ سال قرار داشتند که بر اساس آزمون آماری پیرسون فاقد تفاوت آماری معنی دار 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 می شد. همچنین ۹۰/۴ درصد آنان با خانواده خود زندگی می کردند. در مقابل اکثر افراد سالم زن (۵۱٪)، متأهل (۶۶٪)، دارای تحصیلات دیپلم (۵۲/۳٪) دارای شغل آزاد (۵۴/۳٪) و دارای درآمد بیش از ۳۵۰ هزار تومان (۵۰/۴٪) بودند و اکثر آنان (۶۸٪) خود تامین کننده درآمد خانواده بوده و فقط ۴۹/۷ درصد آنان با خانواده خود زندگی می کردند.

در مقایسه کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن و جامعه سالم شهر رشت، یافته ها نشان دادند که میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی در بعد عمومی گروه سالم ($7/26 \pm 1/53$) با گروه بیمار ($6/42 \pm 1/9$) متفاوت بود که این تفاوت بر اساس نتیجه آزمون تی مستقل معنی دار ($P=0/002$) بود. در حیطه فیزیکی نیز میانگین و انحراف معیار $25/87 \pm 3/94$ در گروه سالم و $22/18 \pm 3/1$ در گروه بیمار مشاهده شد که طبق نتیجه آزمون تی مستقل از نظر آماری به طور معنی داری ($P=0/0001$) متفاوت بودند. تفاوت موجود در میانگین و انحراف معیار حیطه روانی کیفیت زندگی نمونه های سالم ($27/62 \pm 4/26$) با گروه بیمار ($25/15 \pm 5/11$) نیز طبق آزمون تی مستقل از نظر آماری معنی دار ($P=0/001$) 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 $7/16 \pm 1/53$ و $6/22 \pm 1/26$) تفاوت آماری معنی داری ($P=0/015$) وجود دارد. تنها بین میانگین و انحراف معیار حیطه محیطی کیفیت زندگی گروه سالم ($23/19 \pm 4/27$) و بیمار ($23/05 \pm 5/01$) تفاوت آماری معنی داری دیده نشد. نتیجه آزمون تی مستقل در مقایسه امتیازات کل کیفیت زندگی گروه سالم و بیمار (به ترتیب با میانگین و انحراف معیار $90/49 \pm 12/01$ و $83/03 \pm 14/16$) نیز نشانگر تفاوت آماری معنی دار ($P=0/0001$) بود (جدول ۲).

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش در زمینه تعیین کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن مراجعه کننده به درمانگاه سرپایی مرکز روانپزشکی شفا نشان می دهد که به ترتیب ۵ عبارت "داشتن فعالیتهای تفریحی و سرگرمی" در حیطه روانی، "درد و ناراحتی" از حیطه فیزیکی، "احساسات منفی" از حیطه روانی و "منابع مالی" و همچنین "فرصتهایی برای کسب اطلاعات جدید" از حیطه محیطی از جمله مواردی بودند که کمترین امتیاز کیفیت زندگی را در اکثریت نمونه های بیمار دریافت کرده بودند. در حالیکه در مطالعه چن و یو (۲۰۰۴) بر روی بیماران اسکیزوفرن در هنگ کنگ ۵ عبارت "سلامت

در کل بالاترین میانگین و انحراف معیار امتیازات کیفیت زندگی بیماران در حیطه سلامت روان ($25/15 \pm 5/12$) و پایین ترین میزان آن ($6/22 \pm 1/26$) در حیطه ارتباطات اجتماعی مشاهده شد. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی کل در این گروه به میزان $83/03 \pm 14/16$ تعیین شد که کمتر از میانگین ابزار (۸۴) بود. در نهایت هیچگونه ارتباط آماری معنی داری بین مشخصه های فردی اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران دیده نشد. در زمینه عوامل بالینی نیز فقط وضعیت روانی بیماران با کیفیت زندگی آنان دارای ارتباط معنی دار آماری معکوس ($P=0/007$) بود. بدینصورت که بیمارانی که از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند در همه حیطه های کیفیت زندگی امتیاز بیشتری کسب کرده بودند (جدول ۱).

یافته های پژوهش در زمینه کیفیت زندگی افراد جامعه سالم شهر رشت بر حسب مشخصه های فردی- اجتماعی نشان داد که اکثریت واحدهای پژوهش گروه سالم در مقابل "وابستگی به کمکهای پزشکی" ($78/5\%$) و "درد و ناراحتی" ($64/1\%$) در حیطه فیزیکی و پس از آن به عبارات "احساسات منفی" ($61/4\%$) در حیطه روانی و "نقل و انتقال" ($52/3\%$) در حیطه محیطی پاسخ بسیار ناراضی و ناراضی داده بودند. در مقابل اکثریت آنان از "سلامت عمومی" ($80/4\%$) در حیطه عمومی و پس از آن از "کیفیت کلی زندگی" ($69/9\%$) در حیطه عمومی، "توانایی کار" ($65/4\%$) در حیطه روانی، "توانایی کار" ($64/6\%$) و "تحرک" ($60/7\%$) در بعد فیزیکی راضی و بسیار راضی بودند. در کل بالاترین میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی افراد سالم ($27/62 \pm 4/26$) در حیطه سلامت روان و پایین ترین آن ($7/16 \pm 1/53$) در حیطه ارتباطات اجتماعی مشاهده شد. همچنین میانگین و انحراف معیار کیفیت کل زندگی در گروه سالم به میزان $90/49 \pm 12/01$ 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 ($P=0/001$) دارای ارتباط مستقیم معنی دار آماری بود.

نشان دادند که جنس زن ($P=0/01$)، بیکاری و دفعات بالاتر بستری با کیفیت زندگی پایین تر مرتبط بودند (۷). تفاوت موجود بین یافته های این تحقیق با تحقیقات مشابه خارجی می تواند به دلیل دریافت حمایت اکثریت نمونه های حاضر از طرف خانواده باشد. چنانکه ۹۰/۴ درصد نمونه ها با خانواده خود زندگی می کردند. در حالیکه این متغیر در مطالعه چن و یو (۲۰۰۴) به میزان ۷۲/۲ درصد و در مطالعه کاردوسا و همکاران (۲۰۰۵) ۴۸/۸ درصد گزارش شده است (۶ و ۷). البته کیفیت زندگی بیماران در این پژوهش با وضعیت روانی آنان دارای همبستگی منفی معنی داری بود ($P=0/0001$) و شرکت کنندگان با علائم روانی خفیف تر دارای امتیاز بالاتری در تمامی ابعاد کیفیت زندگی بودند. این یافته مشابه یافته های دیگر تحقیقات انجام شده مانند مطالعه چن و یو (۲۰۰۴) است. واضح است که وضعیت روانی می تواند منجر به موارد مکرر بستری و به دنبال آن بیکاری و مشکلاتی در زندگی اجتماعی شود (۷). که همگی می توانند بر کیفیت زندگی موثر باشند.

یافته ها در زمینه کیفیت زندگی افراد سالم بیانگر آن بود که بالاترین میانگین و انحراف معیار این گروه در حیطه سلامت روان ($27/62 \pm 4/26$) بود که بسیار بالاتر از یافته مطالعه چن و یو (۲۰۰۴) در جامعه سالم هنگ کنگ ($X=14/7$) می باشد (۷). از طرف دیگر پایین ترین میانگین در نمونه های سالم این پژوهش در حیطه ارتباطات اجتماعی ($X=7/16$) بود که بسیار پایین تر از میانگین اعلام شده توسط چن و یو (۲۰۰۴) در جامعه سالم هنگ کنگ است. این تفاوت در یافته ها می تواند به دلیل ارائه حمایت های اجتماعی بالاتر در هنگ کنگ باشد. چن و یو (۲۰۰۴) رایگان بودن مراقبتهای بهداشتی و حمایت های اجتماعی در هنگ کنگ را از نکات مثبت سیستم مراقبت بهداشتی آن کشور می شمارند (۷). در کل نمونه های سالم این پژوهش دارای میانگین کیفیت زندگی کمتر از میانگین ابزار در حیطه های ارتباطات اجتماعی و محیطی بوده اند. علاوه بر آن کیفیت زندگی نمونه های سالم فقط با "وضعیت زندگی مستقل" دارای ارتباط آماری معنی دار ($P=0/0001$) بود که همه این یافته ها نشانگر نیاز به

عمومی"، "لذت از زندگی"، "فعالیت جنسی"، "منابع مالی" و شرایط محیطی" دارای کمترین امتیاز کیفیت زندگی بودند (۷)، که نشان می دهد فقط در عبارت "منابع مالی" با تحقیق حاضر مشابهت دارد. این تفاوت در یافته ها می تواند به دلیل تفاوت های 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 حالیکه ۶۰/۸ درصد نمونه ها در مطالعه چن و یو (۲۰۰۴) از حمایت های پیشرفته اجتماعی بهره مند بودند که این خود می تواند بر داشتن فرصتهایی برای فعالیتهای تفریحی و یا کسب اطلاعات موثر باشد. از طرف دیگر بالاترین میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی بیماران در حیطه روانی و کمترین آن در ارتباطات اجتماعی دیده شد. در حالیکه چن و یو (۲۰۰۴) بالاترین میانگین را در سلامت فیزیکی و کمترین آن را در حیطه سلامت روان مشاهده کردند (۷). این تفاوت می تواند به دلیل درصد بالای بیکاری، تجرد و تحصیلات پایین تر در نمونه های این پژوهش باشد. که موجب عوارضی بر ارتباطات اجتماعی بیماران گشته است. در نهایت میانگین و انحراف معیار کل کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرن در این مطالعه $14/16 \pm 83/03$ (با محدوده ۱۴-۲۸) گزارش شده است که پایین تر از میانگین ابزار ($X=84$) می باشد. کاردوسا و همکاران (۲۰۰۵) نیز در مطالعه خود نشان دادند که تعداد کمی از نمونه ها دارای کیفیت زندگی مطلوب و یا بدون تغییر بوده و غالب نمونه ها در محدوده میانگین و یا پایین تر از آن قرار داشتند (۶).

نکته دیگر قابل توجه در یافته های این پژوهش آن است که کیفیت زندگی بیماران با هیچیک از مشخصه های دموگرافیک-اجتماعی آنان ارتباط معنی داری نداشت. این یافته بر خلاف نتیجه تحقیق کاردوسا و همکاران (۲۰۰۵) بود که در مطالعه خود بر روی بیماران اسکیزوفرن برزلی نشان دادند که جنس مذکر، تجرد و درآمد پایین از پیش بینی کننده های قوی کیفیت زندگی پایین در نمونه ها بوده اند (۶)، چن و یو (۲۰۰۴) نیز در مطالعه خود بر روی بیماران هنگ کنگ

زندگی در میان افراد مبتلا به اختلالات روانی است که حتی پس از بهبودی از مشکلات روانی نیازمند توجه می باشند (۷). در مطالعه حاضر نیز شاهد آن بودیم که اکثریت نمونه ها با وجود دارا بودن حد بسیار خفیف و خفیف بیماری، بیکار بوده و درآمد کمتر از ۱۵۰ هزار تومان در ماه داشتند. چن و یو (۲۰۰۴) در این رابطه می نویسند که فقدان فرصتها، تبعیضات، بیکاری و فقر با عوارض شدیدی بر کیفیت زندگی مددجویان همراه خواهد بود. بنابراین برنامه ریزی خدمات برای مبتلایان به اختلالات روانی باید نه تنها بر کاهش نشانه ها، بلکه بر فراهم نمودن فرصتهایی برای ورود مددجویان به جامعه تمرکز یابد (۷).

تشکر و قدردانی

در پایان پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از همکاری بخش مددکاری، گروه پیگیری در منزل، کارکنان درمانگاه سرپایی مرکز آموزشی- درمانی شفاء رشت تشکر و قدردانی نماید که بدون شک به انجام رسیدن این پژوهش بدون یاری آنان میسر نبود.

ارتقای سیستمهای حمایت اجتماعی- اقتصادی و مراقبتهای بهداشتی در کل جامعه است.

در نهایت، مقایسه میانگین امتیازات کیفیت زندگی نمونه های بیمار و سالم نشان داد که میانگین و انحراف معیار کلی کیفیت زندگی بیماران و همچنین تمامی حیطه ها کمتر از میزان مشاهده شده در گروه افراد سالم بود. هرچند که آزمون تی مستقل فقط تفاوت موجود در کیفیت زندگی کل ($P=0/0001$) و حیطه های عمومی ($P=0/002$)، سلامت فیزیکی ($P=0/0001$)، روانی ($P=0/001$) و ارتباطات اجتماعی ($P=0/015$) را معنی دار نشان داد. این یافته مشابه سایر مطالعات انجام شده در سایر کشورها مانند مطالعه چن و یو (۲۰۰۴) و تایید کننده فرضیه پژوهش می باشد. سازمان بهداشت جهانی نیز در این زمینه عنوان کرده که مددجویان اسکیزوفرن علاوه بر تجربه نشانه های دیسترس زای اختلال، از عدم توانایی اشتغال به کار و مشارکت در فعالیتهای تفریحی رنج می برند. مطالعات انجام شده نیز نشان داده اند که عدم تامین نیازهای اجتماعی و عملکردی از پیش بینی کننده های مهم کیفیت پایین

جدول ۱- ارتباط وضعیت اختلال روانی با کیفیت زندگی نمونه های گروه مورد (بیماران)

کیفیت زندگی	ناراضی		تاحدی راضی		راضی		جمع		نوع و نتیجه آزمون
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
اختلال روانی	۲	۳۳/۳	۳	۵۰	۱	۱۶/۷	۶	۱۰۰	$X^2=33/11$ $df=16$ $P=0/007$
خیلی خفیف	۵	۵۵/۵	۱	۱۱/۱	۳	۳۳/۴	۹	۱۰۰	
خفیف	۳	۱۳/۶	۱۴	۶۳/۷	۵	۲۲/۷	۲۲	۱۰۰	
متوسط	۲	۱۶/۶	۵	۴۱/۷	۵	۴۱/۷	۱۲	۱۰۰	
نسبتاً شدید	۰	۰	۱	۳۳/۳	۲	۶۶/۷	۳	۱۰۰	
شدید	۱۲	۲۱/۲	۲۴	۶۷/۳	۱۶	۱۱/۵	۵۲	۱۰۰	

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و حیطه های آن در بیماران اسکیزوفرن و جامعه سالم

کیفیت زندگی	بیمار	سالم	نتیجه آزمون تی مستقل
کیفیت زندگی کل	$82/03 \pm 14/16$	$90/49 \pm 12/01$	$t=3/68$ $df=203$ $P=0/0001$
حیطه عمومی	$6/42 \pm 1/96$	$7/26 \pm 1/53$	$t=3/18$ $df=203$ $P=0/002$
سلامت فیزیکی	$22/19 \pm 3/78$	$25/87 \pm 3/94$	$t=5/87$ $df=203$ $P=0/0001$
سلامت روانی	$25/15 \pm 5/12$	$27/62 \pm 4/26$	$t=3/42$ $df=203$ $P=0/001$
ارتباطات اجتماعی	$6/22 \pm 1/26$	$7/16 \pm 1/53$	$t=2/46$ $df=203$ $P=0/015$
شرایط محیطی	$23/05 \pm 5/01$	$23/19 \pm 4/27$	NS

11- Heider, Drik... (et al). A prospective study of quality of life in schizophrenia in three european countries. schizophrenia research. 2007; 93. pp:194-202. Available from: url:\\www. Sciencedirect.com

منابع:

- 1- Diehl T. Goldberg K. Psychiatric nursing. Philadelphia: Lippincott. 2004.
- 2- Kaplan H. Sadok B. Text Book of Psychiatry nursing. Vol(2). Philadelphia: Lippincott. 2005. pp:1329.
- 3- Stuart G. Laraia M. Psychiatric nursing. 8th Ed. Philadelphia: Mosby. 2005. pp:404.
- ۴- کاپلان و سادوک. خلاصه روان پزشکی. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۴.
- 5- Elder R. Evans K. Nizette D. Psychiatric and mental Health nursing. London: Mosby. 2005.
- 6- Cardoso S... (et al). Factors associated with low quality of life in schizophrenia. Cad. Saude Publica, Rio de Janerio. 2005. 21(5). pp: 1338 – 1348.
- 7- Chan S. Yu. I. W Quality of life of clients with schizophrenia. Journal of advanced Nursing 2003. 45(1). pp:72 – 83.
- 8- Karlson I... (et al). sense of Coherence: Qol befor and after coronary artery by pass surgery. A longitudinal study. Journal of advanced Nursing. 2000. 31(6). pp:1383 -1392.
- 9- FUH, JL... (et al). Assessing quality of life for adolescents in Taiwan. Pe Psychiatry and clinical Neuro sciences. Feb 2005. 59(1). pp: 1316 - 1323.
- 10- Benavente A, Morales B; Rubio. EA and Rey JM. qality of life of inadolescents suffering from epilepsy living in the community. Journal of padeiatrics and child health March, 2004; 40(3). pp: 110 – 113.

Comparison of quality of life of schizophrenic patients and healthy people in Rasht

By: khodadadi, N, MSN. Sheikholeslami, F, MSN. Mahmudi, H, MSN.

Baghaie, M, MSN. Hafezi, M, BSc

Abstract:

Introduction: Schizophrenia is a common chronic psychiatric disease which can result in personal-social problems. Recently, quality of life (QOL) is considered as an important measure of the impacts of schizophrenia and its treatment, and can be useful in proper planning.

Objective: The purpose of this study is to compare QOL in schizophrenic patients and healthy people in Rasht city.

Methods: This study is a cross-sectional descriptive survey that was done on 52 patients with schizophrenia visiting outpatient clinic in Shafa hospital which were selected by convenience sampling. Also 153 healthy people in Rasht were selected randomly by cluster method. Data collection instrument was a 3- part questionnaire consisting 1) personal-social questionnaire, 2) WHO 28-item QOL questionnaire, and 3) mental status assess form. Third tool was specially used for patient group. Data gathered by face-to-face interview and analyzed by SPSS.

Results: The finding indicated that mean score of QOL and all of its domains consisting general, physical, psychiatric, social relationship, and environmental was lower in schizophrenic patients (83.03- 6.42- 22.19- 25.15- 6.22, and 23.05 respectively) comparing to healthy people (90.49, 7.26, 25.87, 27.62, 7.16, and 23.19). There was statistically significant difference between schizophrenic patient's and healthy people's QOL ($P=0/0001$), and it's general ($P=0/006$), physical ($P=0/0001$), psychiatric ($P=0/001$), and social relationship ($P=0/015$) domains according to independent-t test results.

Conclusion: According to this result, schizophrenic clients, even with better mental status, have lower QOL level than healthy people that need special attention to improve their post-discharge treatment and care.

Key words: Quality of life, Schizophrenia, Mental health
