

بررسی رابطه بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد

زبيده صالحی، کیان نوروزی تبریزی*، محمدعلی حسینی، ناصر صدقی گوی آقاج، پوریا رضا سلطانی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۳۱ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۹

چکیده:

زمینه و هدف: تبعیت بیماران از رژیم درمانی از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد و عدم تبعیت از آن به‌عنوان یک مانع جهت دستیابی به اهداف درمانی است. هدف از پژوهش حاضر، تعیین همبستگی بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد در سال ۱۳۹۵ بوده است.

روش بررسی: مطالعه‌ی حاضر توصیفی- همبستگی بوده که جامعه‌ی پژوهشی آن کلیه‌ی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی شهر تهران می‌باشند. ۲۵۲ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. داده‌ها با سه پرسشنامه‌ی مشخصات جمعیت شناختی، تبعیت از رژیم دارویی "CQR" و کیفیت زندگی SF-36 جمع‌آوری گردید. روایی و پایایی SF-36 در مطالعات مشابه و روایی پایایی CQR توسط محقق تأیید شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها میزان تبعیت از رژیم دارویی را با میانگین $5/58 \pm 65/86$ و کیفیت زندگی بیماران را با میانگین $9/73 \pm 51/96$ نشان داد. ضریب همبستگی اسپرمن نشان داد که بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/663$, $r=0/02$). بین تبعیت از رژیم دارویی و زیر مقیاس انرژی/خستگی بیماران ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P=0/035$, $r=13/0$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه تبعیت از رژیم دارویی پیش‌بینی‌کننده‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد نبود، نمی‌توان بر اساس توجه به تبعیت از رژیم دارویی این بیماران برای ارتقای کیفیت زندگی آنان برنامه ریخت.

واژه‌های کلیدی: تبعیت از رژیم دارویی، کیفیت زندگی، آرتريت روماتوئيد.

مقدمه:

حاصل از این بیماری متعدد بوده و از اصلی‌ترین آن‌ها می‌توان درد مزمن، تورم مفاصل، حساس و سفت شدن مفاصل، اختلال در تحرک فیزیکی، خستگی، تغییر در ایفای نقش، اختلال در تصویر ذهنی فرد از خود و مختل شدن حس اعتماد به نفس را نام برد (۳).

این بیماری به علت ماهیت مزمن، دردناک و ناتوان‌کننده آن، تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی دارد. بررسی چندبعدی کیفیت زندگی نشان داده است که این وضعیت تنها محدودیت فیزیکی ایجاد نمی‌کند، بلکه

آرتريت روماتوئيد از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن ناشناخته، مسبب عمده ناتوانی‌ها به‌خصوص در سنین بزرگ‌سالی می‌باشد. این بیماری التهابی، مزمن و سیستمیکی، فقط در انسان دیده می‌شود و علت آن نامعلوم و با گرفتاری مفاصل همراه است (۱). میزان بقا در این بیماران حدود ۱۰-۳ کاهش می‌یابد. شیوع بیماری در دنیا ۱٪ برآورد شده و در زنان بیشتر دیده می‌شود. در ایران در یک مطالعه جمعیتی شیوع آرتريت روماتوئيد معادل ۱۹٪ بیان شد (۲). عوارض

بر جنبه‌های دیگر کیفیت زندگی همانند عملکرد روان‌شناختی و اجتماعی نیز موثر است (۴). بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به علت درد، خستگی، محدودیت حرکت و فعالیت روزانه دچار اختلال در عملکرد جسمانی، اجتماعی، روانی و احساسات می‌شوند و در نتیجه در کیفیت زندگی آنان اختلال به وجود می‌آید (۵). صاحب‌نظران، کیفیت زندگی را ارزیابی مثبت یا منفی از خصوصیات زندگی و نیز میزان رضایت کلی فرد از زندگی خود تعریف کرده‌اند. این مفهوم دیدگاه فرد را درباره تفاوت درک شده بین آنچه باید باشد و آنچه هست را نشان می‌دهد (۶). کیفیت زندگی مفهوم چندبعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را درک افراد از وضعیت زندگی خود با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های موردنظر او تعریف می‌کند و نیز به‌عنوان یک مفهوم بهداشتی، دارای ویژگی‌های متعدد از جمله چندبعدی بودن، پویا بودن و ذهنی بودن می‌باشد که دربرگیرنده ابعاد گوناگون نظیر ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است (۷). Haroon و همکاران در مطالعه خود اعلام کردند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید به‌صورت معنی‌داری بسیار پایین‌تر از جمعیت عادی می‌باشد و بسیار نیازمند توجه می‌باشند (۸). Da Rocha معتقد است که هر چه شدت بیماری آرتریت روماتوئید بیشتر باشد کیفیت زندگی پایین‌تر است (۹). در ایران هم منجمد و همکاران در مطالعه‌ای با هدف تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید نشان دادند که ۵۰٪ این بیماران کیفیت زندگی خود را نامطلوب شمردند (۱۰). کسب اطلاعات در زمینه چالش‌های روزانه این بیماران و چگونگی تأثیر آن بر کیفیت زندگی آن‌ها می‌تواند نقش مهمی را در مراقبت‌های پرستاری داشته و در بهبود عملکرد اعضای تیم درمانی، افزایش کیفیت برنامه‌ریزی و ارزیابی از نحوه مراقبت‌ها مفید واقع شود (۱۱). یکی از عوامل مهمی که در بیماری‌های مزمن به‌عنوان

پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی مطرح است تبعیت از رژیم‌درمانی و دارویی است (۱۲). تبعیت از رژیم دارویی به‌صورت «مصرف داروهای تجویز شده در زمان و مقدار صحیح، به خاطر داشتن صحیح زمان و مقدار مصرف آن‌ها و ادامه مصرف آن‌ها در طول مدت تجویز شده» آورده شده است (۱۳) و به‌عنوان یک چالش مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مطرح است، در صورت عدم تبعیت، این بیماران گرفتار عواقب وخیم آن از جمله عود بیماری و پیشرفت ناتوانی شده، در نتیجه نیاز به درمان‌های فوری و بستری شدن در بیمارستان خواهند داشت (۱۴). آمارها بیانگر این مسئله است که ۴۰٪-۳۰٪ از بیماران با بیماری‌های مزمن رژیم دارویی خود را رعایت نمی‌کنند (۱۵).

اگرچه در برخی مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته تبعیت از رژیم دارویی پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت زندگی بیماران بوده است، اما نتایج عموماً متفاوت بوده و این همبستگی تأیید نمی‌شود (۱۲). Martinez و همکاران در مطالعه‌ی خود که با هدف تعیین ارتباط بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که هیچ ارتباط معنی‌داری بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی وجود ندارد (۱۶). Saleem و همکاران هم در مطالعه‌ی خود همین یافته را تأیید نمودند (۱۷). Hommel و همکاران هم ارتباط بین تبعیت از برخی داروها و کیفیت زندگی کودکان مبتلا به بیماری‌های التهابی روده را منفی عنوان می‌کند (۱۸). نبود مطالعه‌ای با این هدف در بیماران آرتریت روماتوئید و متناقض بودن نتایج مطالعات انجام گرفته در این زمینه چالش اصلی و خلأیی می‌باشد که انجام مطالعه را ضروری نموده است. از آنجایی که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن آرتریت روماتوئید یک مسئله‌ی مهم است، توجه، شناسایی و تقویت عوامل مرتبط با آن یکی از دغدغه‌های اصلی متولیان سلامت می‌باشد. از طرف دیگر تبعیت از رژیم دارویی از عوامل اصلی کنترل بیماری‌های مزمن است. محقق به دنبال این است

می‌شود که (۴=۳،۲=۴،۱=۲،۱=۲) می‌باشد. نمره کل پرسشنامه با کم کردن عدد ۱۹ از مجموع نمرات ۱۹ گویه پرسشنامه و تقسیم حاصل آن بر ۰/۵۷ به دست می‌آید که نمره کل از صفر (بدون تبعیت) تا ۱۰۰ (تبعیت کامل) متفاوت است (۲۳). در مطالعه‌ای که توسط Garcia-Gonzalez و همکاران این ابزار را در بین ۱۰۲ نفر از بیماران کلینیک روماتولوژی بیمارستانی در آمریکا مورد روایی و پایایی قرار دادند که روایی آن تأیید و آلفای کرونباخ ۰/۷۱ با حساسیت ۹۸٪ و دقت ۶۷٪ جهت تشخیص پابندی به درمان برآورد شد (۲۴). از آنجا که این پرسشنامه در ایران روایی و پایایی نشده بود، بومی‌سازی و روایی و پایایی آن توسط تیم تحقیق انجام گرفت. بعد از ترجمه به زبان فارسی و ترجمه‌ی مجدد آن به زبان انگلیسی و دوباره به زبان فارسی، در اختیار ۲۲ تن شامل ۱۰ بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید و ۱۲ تن از متخصصین مرتبط علوم پزشکی (پرستاری، علوم پایه، روان‌پزشکی، روانشناسی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و سالمندی) قرار گرفت که نظرات خود را در مورد ترجمه و روایی صوری و محتوایی اعلام کنند.

در بررسی روایی صوری از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. در روش کیفی مصاحبه با ۱۰ نفر از پاسخ‌دهندگان (بیماران آرتریت روماتوئید) انجام شد و در مورد تناسب، سادگی و روان بودن و درک گویه‌ها و وجود واژه‌های منعکس‌کننده مفهوم از آن‌ها سوال شد و نظرات آن‌ها اعمال گردید (۲۵). در روش کمی از مقیاس تأثیر آیتم نیز برای تعیین نمره اثر استفاده گردید (۲۶). برای این کار طیف لیکرتی ۵ آیتمی از کاملاً مهم تا اصلاً اهمیت ندارد (۱ تا ۵) در نظر گرفته شد و توسط ۱۰ بیمار تکمیل گردید. اگر میزان اثر بیش از میزان موردنظر مربوطه باشد، آیتم در مجموعه سوالات و ابزار باقی می‌ماند (۲۵). علاوه بر بیماران نظرات ۱۲ نفر افراد متخصص نیز جهت بهبود روایی صوری لحاظ شد.

که مشخص نماید آیا تبعیت از رژیم دارویی با کیفیت زندگی بیماران آرتریت روماتوئید ارتباط دارد و پرستاران می‌توانند با توجه و آموزش در مورد تبعیت دارویی به ارتقای کیفیت زندگی این بیماران کمک نمایند؟ لذا این مطالعه با هدف تعیین همبستگی بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بستری در بیمارستان شریعتی شهر تهران انجام شد.

روش بررسی:

مطالعه‌ی حاضر توصیفی- همبستگی بوده که جامعه‌ی پژوهشی آن را کلیه‌ی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی شهر تهران سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. برای تعیین تعداد نمونه از مطالعه مشابه، کوشیار و همکاران با احتمال خطای نوع اول α ۰/۰۵ و توان آزمون $(\beta-1)$ ۸۰٪ طبق فرمول آماری حداقل ۴۲ نفر در هر طبقه مشخص شده که بر اساس دوطبقه جنسی (زن و مرد) و سه طبقه مدت‌زمان ابتلا (کمتر از یک سال، ۵-۱ سال و بیشتر از ۵ سال) در مطالعه ۶ طبقه وجود داشت و در مجموع ۲۵۲ نفر مشخص شد و از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود نمونه‌ها وارد مطالعه شدند (۱۹). گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های تبعیت از رژیم دارویی بیماران روماتولوژی (CQR) و کیفیت زندگی SF-36 بود (۲۰-۲۲).

پرسشنامه‌ی CQR شامل ۱۹ گویه می‌باشد و طیف نمره‌گذاری به روش لیکرت چهارگزینه‌ای از ۱-۴ می‌باشد (۱= اصلاً موافق نیستم، ۲= موافق نیستم، ۳= موافقم، ۴= بسیار موافقم) از ۱۹ گویه پرسشنامه نیز ۶ گویه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند که شامل گویه‌های (۱۱، ۹، ۴، ۱۲، ۱۹) می‌باشد و نمره‌گذاری آن‌ها به صورت (۴=۳، ۱=۲، ۲=۱، ۳=۴) می‌باشد و سایر گویه‌های پرسشنامه به صورت مستقیم نمره‌گذاری

سوال از ۱ تا ۴ به آن نمره بدهند و محاسبه‌ی آن بر اساس فرمول زیر انجام شد.

$CVI = \text{تعداد کل نمره دهندگان} / \text{تعداد افرادی}$

که به سوال مربوطه نمره ۳ یا ۴ داده‌اند.

نمرات بالای ۰/۷ دارای شاخص اعتبار محتوای خوبی بوده و آن سوال در ابزار حفظ می‌شود که در مورد پرسشنامه‌ی حاضر تمام نمرات بالای ۰/۷ بوده و تمام سوالات حفظ شدند (۲۹). بر اساس نقطه نظرات بیماران و متخصصین، پرسشنامه‌ی نهایی تهیه شده و جهت تعیین پایایی از روش test-retest استفاده گردید. برای این کار، حجم نمونه با استفاده از قانون ۱۰-۵ نمونه به ازای هر سوال پرسشنامه، با در نظر گرفتن ۷ نمونه به ازای هر سوال، ۱۳۵ نفر تعیین گردید و پرسشنامه با استفاده از روش مصاحبه توسط ۱۳۵ بیمار آرتزیتی مراجعه کننده به بیمارستان شریعی تهران که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، تکمیل گردید. بعد از یک تا دو هفته مجدداً به همان روش پرسشنامه‌ها برای دومین بار توسط بیماران تکمیل گردید. میزان ICC برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد که در سطح $P > 0.01$ معنی دار بود و نشان داد که پرسشنامه از تکرارپذیری بالایی برخوردار است. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسشنامه‌ی مذکور هم ۰/۷۴ محاسبه گردید.

پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سوالی (SF-36) یک ابزار عمومی اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی است که از آن می‌توان برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در گروه‌های جمعیتی سالم و بیمار استفاده کرد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال است و از هشت زیر مقیاس تشکیل شده است که هر زیر مقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه کارکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد، سلامت عمومی. نمره دهی به این صورت است که در سوالات ۱-۲-۲۰-۲۲-۳۴-۳۶

میزان اهمیت \times فراوانی (درصد) = میزان تأثیر فراوانی = درصد مشارکت کنندگانی که هر آیتم را بررسی کرده‌اند.

میزان اهمیت = متوسط پاسخ مشارکت کنندگان به گزینه‌های مربوط به اهمیت هر گویه (۲۷). نمره‌ی به دست آمده برای هر سوال بیش از ۱/۵ بود و تمام آن‌ها حفظ شدند.

برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی، از دو ضریب نسبی روایی محتوا (Content Validity Ratio= CVR) و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index= CVI) استفاده شد (۲۸). بدین منظور از ۱۲ متخصص درخواست شد، پس از مطالعه‌ی توضیحات کتبی و پرسشنامه، به چهار سوال زیر در قالب سه گزینه‌ی «در حد مطلوب»، «در حد قابل قبول» و «غیر قابل قبول» پاسخ دهند. ۱- تا چه حد در ترجمه حق مطلب ادا شده و آنچه مورد نظر پرسشنامه بوده است، به درستی مورد سوال قرار گرفته است؟ ۲- تا چه حد پرسشنامه برای جامعه‌ی مورد نظر مناسب و قابل قبول است؟ ۳- تا چه حد متن پرسشنامه برای مخاطب ایرانی فارسی زبان قابل فهم است؟ ۴- تا چه حد پرسشنامه را برای سنجش تبعیت دارویی بیماران آرتزیتی مناسب می‌دانید؟ نتایج ارزیابی نظر متخصصین به این صورت بود که هر ۱۲ نفر پرسشنامه را در حد مطلوب دانسته بودند و روایی محتوایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت.

$$CVR = \frac{Ne - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

Ne = معرف تعداد متخصصینی می‌باشد که گزینه‌ی در حد مطلوب را انتخاب کرده‌اند.

N = معرف تمام متخصصینی است که به سوال پاسخ داده‌اند.

$$CVR = \frac{10 - \frac{10}{2}}{\frac{10}{2}} = 1$$

برای تعیین CVI از متخصصان خواسته شد که در مورد ضرورت، مرتبط بودن، سادگی و وضوح هر

یافته‌ها:

بر اساس یافته‌ها ۵۲/۵٪ از شرکت‌کننده‌ها مرد، ۸۰/۳٪ متأهل، ۵۴/۹۲٪ در بازه‌ی سنی ۳۶-۵۰ سال، ۳۱/۶٪ دارای تحصیلات دبیرستان/ دیپلم، ۴۱/۸٪ دارای شغل آزاد و ۴۵/۱٪ مدت‌زمان ابتلای بیشتر از پنج سال داشتند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای

مورد پژوهش			
متغیر	ابعاد	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۲۸	۵۲/۵
	زن	۱۱۶	۴۷/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۴۸	۱۹/۷
	متأهل	۱۹۶	۸۰/۳
سطح تحصیلات	ابتدایی	۵۱	۲۰/۹
	راهنمایی	۷۵	۳۰/۷
شغل	دبیرستان/ دیپلم	۷۷	۳۱/۶
	دانشگاهی	۴۱	۱۶/۸
بازه‌ی سنی	کارگر	۱۳	۵/۳
	کارمند	۳۸	۱۵/۶
مدت‌زمان ابتلا	نظامی	۹	۳/۷
	آزاد	۱۰۲	۴۱/۸
بازنشسته	خانهدار	۳۶	۱۴/۸
	بیکار	۶	۲/۵
محصل	محصل	۳	۱/۲
	۱۸-۳۵	۲۱	۸/۶
مدت‌زمان ابتلا	۳۶-۵۰	۱۳۴	۵۴/۹۲
	۵۱-۶۵	۸۹	۳۶/۴۸
کمتر از یک سال	۱-۵ سال	۷۹	۳۲/۴
	بیش‌تر از ۵ سال	۵۵	۲۲/۵
		۱۱۰	۴۵/۱

پرسیدن از پزشک، پرستار و سایر کارکنان بهداشتی به‌عنوان منبع اصلی کسب اطلاعات بیماران و بعدازآن هم کتابچه، جزوه و بروشور منبع دوم بود. میانگین نمره‌ی تبعیت از رژیم دارویی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید با میانگین ۶۵/۸۶±۵/۵۸ و کیفیت زندگی بیماران با میانگین ۵۱/۹۶±۹/۷۳ به دست آمد.

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 ۰، در سوالات ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲ به گزینه ۱ نمره ۰، به گزینه ۲ نمره ۵۰ و به گزینه ۳ نمره ۱۰۰، در سوالات ۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹ به گزینه ۱ نمره ۰ و به گزینه ۲ نمره ۱۰۰، در سوالات ۲۱-۲۳-۲۶-۲۷-۳۰ 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 ۰، در سوالات ۲۴-۲۵-۲۸-۲۹-۳۱ به گزینه ۱ نمره ۰، 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، در سوالات ۳۲-۳۳-۳۵ به گزینه ۱ نمره ۰، به گزینه ۲ نمره ۲۵، به گزینه ۳ نمره ۵۰، به گزینه ۴ نمره ۷۵ و به گزینه ۵ نمره ۱۰۰ داده می‌شود (۳۰). این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران ترجمه، بومی‌سازی، روایی و پایایی شده است (۳۱).

معیارهای ورود به مطالعه: رضایت برای شرکت در مطالعه، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن، قطعی بودن تشخیص آرتريت روماتوئید با تأیید توسط پزشک متخصص، عدم مشکلات روانی شناخته‌شده از جمله افسردگی و یا تحت درمان با داروهای روان‌گردان قبل از ابتلا به آرتريت روماتوئید، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و پرخطر دیگر، حداقل گذشت شش ماه از ابتلا به آرتريت روماتوئید و معیارهای خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و انصراف از مطالعه بود.

جهت رعایت اخلاق در پژوهش، پژوهشگر ضمن اخذ مجوز از تحصیلات تکمیلی دانشگاه و مدیریت بیمارستان شریعتی، محقق خود را برای پرسنل و بیماران معرفی نموده و تشریح اهداف پژوهش یادآور نمود که ذکر نام و نام خانوادگی لازم نبوده و شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری بوده و تأثیری بر روند درمان آن‌ها ندارد. آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

نمره‌ی به دست آمده برای میزان تبعیت از رژیم دارویی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید $65/86 \pm 5/85$ می‌باشد که در سطح متوسط و روبه بالا می‌باشد. کیفیت زندگی این بیماران $51/96 \pm 9/73$ به دست آمد که مقدار متوسطی می‌باشد و کیفیت سلامت روانی این بیماران بیشتر از کیفیت جسمی به دست آمد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: شاخص‌های آماری تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
تبعیت از رژیم دارویی	۵۰/۸۸	۸۹/۴۷	۶۵/۸۶	۵/۵۸
کارکرد جسمی	۰	۸۸	۵۶/۱۰	۱۸/۵۵
اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	۰	۸۹	۵۱/۳۷	۲۳/۳۹
اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی	۰	۸۸	۵۵/۲۰	۲۴/۷۷
انرژی / خستگی	۴	۸۷	۵۸/۶۰	۱۶/۲۰
بهبودی هیجانی	۸	۸۷	۶۶/۴۰	۱۴/۹۱
کارکرد اجتماعی	۰	۱۰۰	۵۶/۰۲	۲۳/۸۲
درد	۰	۹۰	۲۸/۳۹	۱۵/۴۲
سلامت عمومی	۲	۸۵	۴۳/۶۰	۱۶/۹۶
سلامت جسمی	۱۲/۲۵	۷۵	۴۴/۸۶	۱۰/۲۸
سلامت روانی	۱۴/۸۸	۸۰	۵۹/۰۶	۱۲/۵
کیفیت زندگی کل	۲۴/۷۳	۷۰/۲۵	۵۱/۹۶	۹/۷۳

بین متغیرهای اصلی مطالعه (میزان تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی) در این بیماران و هیچ‌یک از مشخصات دموگرافیک رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. نتایج حاصل از جدول شماره ۳ نشان داد که ارتباط بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی این بیماران معنی‌دار نیست ($t=0/028$, $P=0/063$). تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید تنها پیش‌بینی کننده‌ی زیر مقیاس انرژی/خستگی از کیفیت زندگی بود.

جدول شماره ۳: بررسی همبستگی بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی زیر مقیاس‌های آن‌ها در بیماران

متغیرها	ضریب	P
کیفیت زندگی	۰/۰۲۸	۰/۶۶۳
کارکرد جسمی	۰/۰۷	۰/۲۶۲
اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	۰/۰۶	۰/۳۴۱
اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی	۰/۰۲	۰/۷۵۱
انرژی/خستگی	۰/۱۳	*۰/۰۳۵
بهبودی هیجانی	۰/۰۰۵	۰/۹۴۲
کارکرد اجتماعی	۰/۰۹	۰/۱۴۴
درد	۰/۰۰۲	۰/۹۷۱
سلامت عمومی	۰/۰۲	۰/۶۸۰
سلامت جسمی	۰/۰۵۳	۰/۴۱۲
سلامت روانی	۰/۰۸۳	۰/۱۹۸

*: سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵.

بحث:

دلایل افت کیفیت زندگی بیماران را عدم تبعیت از رژیم دارویی و درمانی ذکر می‌کند (۳۴)؛ اما مطالعاتی هم هستند که همسو با مطالعه‌ی حاضر بوده و ارتباط بین این دو متغیر را تأیید نمی‌کنند. Saleem و همکاران با انجام مطالعه بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در پاکستان به این نتیجه رسیدند که تبعیت از رژیم دارویی پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت زندگی این بیماران نیست (۱۷). Martinez و همکاران در مطالعه‌ی خود که ارتباط بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را مورد بررسی قرار دادند، به این نتیجه رسیدند که هیچ ارتباط معنی‌داری بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی این بیماران وجود ندارد (۱۶). یکسری مطالعات هم به دوگانه بودن ارتباط توجه می‌کنند و هم کیفیت زندگی را پیش‌بینی کننده‌ی تبعیت از رژیم دارویی می‌دانند و هم تبعیت از رژیم دارویی را پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت زندگی می‌دانند (۳۵). تقریباً اکثر مطالعات بررسی‌شده در این زمینه نشان‌دهنده‌ی وجود ارتباط بین این دو متغیر است و در مطالعات مختلف تبعیت از رژیم دارویی یک عامل پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت زندگی می‌باشد، اما در مطالعه‌ی حاضر این نتیجه به دست نیامد. از نظر پژوهشگر دلایل متنوعی همچون جامعه و محیط پژوهش، ابزاری که جهت سنجش کیفیت زندگی و تبعیت از رژیم دارویی استفاده شده‌اند، زمان و تعداد نمونه‌های مورد مطالعه و ماهیت بیماری می‌تواند توجیه‌کننده تفاوت و تنوع در نتایج مطالعات انجام‌شده باشد. تفاوت بیماری آرتریت روماتوئید با سایر بیماری‌ها در بحث مشخصه‌های بیماری، سیستم مراقبت بهداشتی، رابطه بین مراقب و بیمار، نوع رژیم درمانی تجویز شده، عوامل فردی و جمعیت شناختی می‌تواند در مقایسه‌ی نتایج دخیل باشد و با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در این بیماران و نیاز به توجهات پرستاری در آن‌ها لازم است مطالعه‌ی بیشتر برای تأیید یا رد فرضیه انجام شود.

پژوهش حاضر به تعیین همبستگی بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید بیمارستان شریعتی شهر تهران پرداخته است. مطابق نتایج، هیچ ارتباط معنی‌داری بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری آرتریت روماتوئید وجود ندارد، به این معنی که با تغییر تبعیت از رژیم دارویی در این بیماران، کیفیت زندگی آنان تغییر نمی‌کند. مطالعاتی که در داخل و خارج کشور انجام گرفته است نتایجی غیرهمسو داشته و اکثراً بین این دو متغیر ارتباط معنی‌دار ذکر کرده‌اند. مسرور رودسری و همکاران پژوهشی تحت عنوان ارتباط تبعیت از رژیم درمانی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام دادند. در این مطالعه‌ی توصیفی مقطعی ۲۶۴ بیمار به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و با پرسشنامه‌هایی شامل فرم اطلاعات فردی و اجتماعی، پرسشنامه تبعیت از رژیم درمانی و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند نتایج نشان داد که بین تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی همبستگی معنی‌دار مثبت وجود داشت (۱۳). از آنجاکه مطالعه‌ای کامل مرتبط با عنوان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام نگرفته است. محقق مجبور شد از مطالعاتی که در سایر بیماران انجام گرفته است، جهت مقایسه و بحث استفاده کند. April و همکاران در مطالعه خود بر روی کودکان مبتلا به بیماری آرتریت ناشناخته به این نتیجه رسیدند که تبعیت از رژیم درمانی به خصوص در مورد برنامه‌های ورزشی، می‌تواند به ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران کمک نماید (۳۲). شعبانی همدان و همکاران ارتباط بین تبعیت از رژیم درمانی و کیفیت زندگی بیماران تحت پیوند کلیه را معنی‌دار و غیرمستقیم گزارش می‌کنند (۳۳). Treviso و همکاران یکی از

مورد بررسی قراردادند. در این مطالعه کیفیت زندگی ۲۰۰ بیمار با استفاده از پرسشنامه‌ی SF-36 پایین ارزیابی شد (۴۰).

امیریان و همکاران در یک مطالعه تحت عنوان «تأثیر فعالیت بدنی منظم در منزل بر کیفیت زندگی بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر» با استفاده از پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی مک نیو کیفیت زندگی ۵۸ بیمار مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدای ارومیه را اعلام کردند که متوسط بوده و تقریباً مشابه یافته‌های این مطالعه می‌باشد (۴۱).

راهنورد و همکاران نیز بر اساس تحقیقی که در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام دادند، بیان کردند که این بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته است و اکثر بیماران مورد پژوهش وضعیت نامطلوبی در ابعاد جسمی، فعالیت، روانی و اقتصادی - اجتماعی داشته‌اند (۴۲). Molloy و همکاران نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی این بیماران مطلوب نبوده و بیشترین محدودیت را در حیطه فیزیکی و عملکردی کیفیت زندگی تجربه می‌کنند (۴۳). با توجه به اینکه بیماری‌های مزمن شرایطی را ایجاد می‌کنند که روی تمام ابعاد کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. توجه به آن در پرستاری از اهمیت زیادی برخوردار است. برای افزایش طول عمر، راحتی و رضایت این بیماران باید برای ارتقای کیفیت زندگی آنان برنامه‌ریزی کرد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌تواند میزان دقت و صداقت در پاسخ‌گویی به سوالات، شرایط روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش در زمان پاسخ به پرسشنامه‌ها باشد که محقق سعی نمود علاوه بر توضیح کامل در مورد ماهیت پژوهش به بیماران، زمان کافی برای تکمیل پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار دهد. همچنین چون فقط بیمارستان دکتر شریعتی تهران (به خاطر اختصاصی بودن در مورد بیماران روماتولوژی) به عنوان محیط پژوهش انتخاب شد، تعمیم نتایج به سایر بیمارستان‌ها باید با احتیاط صورت گیرد.

همچنین بر اساس نتایج به دست آمده در این مطالعه سطح تبعیت از رژیم دارویی بیماران، سطح متوسط و حتی رو به بالا به دست آمد. سوخک و همکاران یک مطالعه در بیماران دیالیزی انجام دادند که بیماران تبعیت از رژیم دارویی متوسط داشتند (۳۶). کوشیار و همکاران میزان تبعیت از رژیم درمانی ۳۰۰ نفر از سالمندان مبتلا به دیابت شهر مشهد را در سطح متوسطی گزارش نمودند (۱۹)؛ اما مطالعه‌ی هادی و رستمی حاکی از این بود که بیماران مبتلا به فشارخون از رژیم دارویی خود تبعیت نمی‌کنند (۳۷). از نظر محقق عواملی همچون، محیط پژوهش، جامعه‌ی متفاوت، زمان اندازه‌گیری و ابزارهای مورد استفاده می‌تواند توجیه‌کننده‌ی دلایل متفاوت باشد. متوسط و بالا بودن میزان تبعیت از رژیم دارویی در این بیماران یک نقطه قوت و خبر خوبی است که می‌تواند رسیدن به اهداف بهداشتی درمانی و کنترل عوارض و توانمندی آنان برای مراقبت از خود را افزایش دهد و نیازمند توجه، حفظ و حتی ارتقای آن توسط پرستاران و پرسنل بهداشت و درمان می‌باشد.

برای میزان کیفیت زندگی این بیماران، نمره‌ی ۵۱/۹۶ به دست آمد. نمره‌ی کل کیفیت زندگی در این بیماران نشان‌دهنده‌ی مقدار متوسطی می‌باشد. نصیری زرین قبایی در مطالعه‌ی خود تحت عنوان ارتباط بین کیفیت زندگی با سلامت روان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ۱۵۰ نفر از بیماران بستری در بخش قلب بیمارستان امام رضا (ع) شهر بجنورد را به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب نموده و با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 کیفیت زندگی اکثر آنان را متوسط اعلام کردند (۳۸).

سیام و حیدرنیا هم کیفیت زندگی ۱۱۰ بیمار قلبی بیمارستان حشمت رشت را با پرسشنامه‌ی SF-36 مورد بررسی قراردادند که کیفیت زندگی این بیماران در حد متوسط ارزیابی شد (۳۹). عابدی و همکاران در یک مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به مراکز سرپایی شهر کرمان را

نتیجه گیری:

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین تبعیت از رژیم دارویی و کیفیت بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود ندارد به گونه‌ای که با تغییر میزان تبعیت از رژیم دارویی این بیماران کیفیت زندگی آنان تغییری نمی‌کند. از آنجاکه بیماری‌های مزمن همچون آرتریت روماتوئید بر کل ابعاد زندگی بیمار تأثیر می‌گذارد و عدم تبعیت از رژیم دارویی مشکلات متعددی را برایشان به دنبال دارد، پرستاران باید با کسب اطلاعات جامع از رژیم درمانی بیماران، در تحقیقات خود عوامل موثر بر تبعیت از رژیم دارویی این بیماران را بررسی نموده تا بتوانند برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تری را انجام دهند و برای توانمندسازی و افزایش تبعیت آنان گام بردارند. با توجه به نتیجه‌ی تحقیق که حاکی از عدم رابطه‌ی بین تبعیت از رژیم دارویی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید می‌باشد، نمی‌توان میزان تبعیت از رژیم دارویی را پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت زندگی آنان دانست؛ اما چون برخی مطالعات حاکی از وجود رابطه‌ی معنی‌دار بین این دو متغیر هستند، انجام مطالعات بیشتر در بیماران آرتریت روماتوئید و با ابزار اختصاصی مربوط به کیفیت زندگی در بیمارستان‌های متعدد پیشنهاد می‌گردد.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و بسیاری از مطالعات توجه به کیفیت زندگی بیماران در بیماری‌های مزمن مخصوصاً در بیماری آرتریت روماتوئید مهم و حیاتی است و شناسایی عوامل موثر و پیش‌بینی کننده‌ی آن برای برنامه‌ریزی‌های متولیان امر سلامت واجب و ضروری است و پرستاران می‌توانند با توجه به این عوامل گامی را در راستای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران بردارند.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه‌ی خانم زبیده صالحی به راهنمایی دکتر نوروزی در دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تهران مصوب شماره ۹۲۱۶۹۶۰۱۸ می‌باشد که در بیمارستان شریعتی تهران انجام گردید؛ لذا از تحصیلات تکمیلی دانشگاه و همکاری صمیمانه‌ی مدیریت بیمارستان و مدیریت محترم پرستاری و کارکنان محترم پرستاری و بالاحص بیماران عزیز که بدون همکاری آن‌ها این پژوهش ممکن نبود، نهایت سپاسگزاری به عمل می‌آید.

منابع:

1. West E, Wallberg-Jonsson S. Health-related quality of life in Swedish men and women with early rheumatoid arthritis. *Gender Medicine*. 2009; 6(4): 544-54.
2. Mobini M. Probable risk factors of rheumatoid arthritis, a case control study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2010; 20(75): 38-44.
3. Feldthusen C, Bjork M, Forsblad-d'Elia H, Mannerkorpi K, Care UoGCfP-C. Perception, consequences, communication, and strategies for handling fatigue in persons with rheumatoid arthritis of working age-a focus group study. *Clinical Rheumatology*. 2013; 32(5): 557-66.
4. Linde L, Sorensen J, Stergaard M, Hørslev-Petersen K, Hetland ML. Health-related quality of life: validity, reliability, and responsiveness of SF-36, EQ-15D, EQ-5D, RAQoL, and HAQ in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*. 2008; 35(8): 1528-37.
5. Kingsley G, Scott IC, Scott DL. Quality of life and the outcome of established rheumatoid arthritis. *Best Practice Research Clinical Rheumatology*. 2011; 25(4): 585-606.
6. ADIB HM, Abbasinia M. Assessing Quality of life of elders with femoral neck fractures, using SF36 and EQ5D. *Journal of Nursing Research*. 2009; 4(15): 71-9.

7. Borzou SR, Salavati M, Safari M, Hadadinejad S, Zandieh M, Torkaman B. Quality of life in type II diabetic patients referred to Sina Hospital, Hamadan. *Zahedan Journal of Research In Medical Sciences*. 2011; 13(4): 43-6.
8. Haroon N, Aggarwal A, Lawrence A, Agarwal V, Misra R. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. *Modern Rheumatology*. 2007; 17(4): 290-5.
9. Da Rocha CPG, Khandker R, Sato R, Rose A, Piercy J. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life, work productivity and resource utilisation: an observational, cross-sectional study in Brazil. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2012; 31(3): 334-40.
10. Monjamed Z, Varaei S, Kazemnejad A, Razavian F. Quality of life in rheumatoid arthritis patients. *Hayat*. 2007; 13(3): 57-66.
11. Rambod M, Rafii F, Hosseini F. Quality of life in patients with end stage renal disease. *Hayat*. 2008; 14(2): 51-61.
12. Masror Roudsari D, Dabiri Golchin M, Haghani H. Relationship between adherence to therapeutic regimen and health related quality of life in hypertensive patients. *Iran Journal of Nursing*. 2013; 26(85): 44-54.
13. Donovan JL, Blake DR. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Social science and medicine*. 1992; 34(5): 507-13.
14. Abbasi M, Salemi S, Fatemi N, Hosseini F. Hypertensive Patients, their Compliance Level and its'Relation to their Health Beliefs. *Iranian Journal of Nursing*. 2005; 18(41): 61-8.
15. Rifkin DE, Laws MB, Rao M, Balakrishnan V, Sarnak MJ, Wilson IB. Medication adherence behavior and priorities among older adults with CKD: A semistructured interview study. *American Journal of Kidney Diseases*. 2010; 56(3): 439-46.
16. Martinez YV, Prado-Aguilar CA, Rascon-Pacheco RA, Valdivia-Martinez JJ. Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2008; 8(1): 164.
17. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Awad GA, Atif M, ul Haq N, et al. Does treatment adherence correlates with health related quality of life? Findings from a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2012; 12(1): 318.
18. Hommel KA, Davis CM, Baldassano RN. Medication adherence and quality of life in pediatric inflammatory bowel disease. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008; 33(8): 867-74.
19. Kooshyar H, Shoorvazi M, Dalir Z, Hosseini M. Health literacy and its relationship with medical adherence and health-related quality of life in diabetic community-residing elderly. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014; 23(1): 134-43.
20. Lee JY, Lee SY, Hahn HJ, Son IJ, Hahn SG, Lee EB. Cultural adaptation of a compliance questionnaire for patients with rheumatoid arthritis to a korean version. *The Korean Journal of Internal Medicine*. 2011; 26(1): 28.
21. Cinar F, Cinar M, Yilmaz S, Acikel C, Erdem H, Pay S, et al. AB0658 cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the Turkish version of the compliance questionnaire on rheumatology (CQR-T) in patients with behçet's disease. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2015; 74(2): 1118-9.
22. Oldridge N, Höfer S, McGee H, Conroy R, Doyle F, Saner H. The HeartQoL: Part II. Validation of a new core health-related quality of life questionnaire for patients with ischemic heart disease. *European Journal Of Preventive Cardiology*. 2014; 21(1): 98-106.
23. Arturi P, Schneeberger EE, Sommerfleck F, Buschiazzo E, Ledesma C, Cocco JAM, et al. Adherence to treatment in patients with ankylosing spondylitis. *Clinical Rheumatology*. 2013; 32(7): 1007-15.

24. Garcia-Gonzalez A, Richardson M, Popa-Lisseanu MG, Cox V, Kallen MA, Janssen N, et al. Treatment adherence in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clinical Rheumatology*. 2008; 27(7): 883-9.
25. Pazargadi M, Ashktorab T, Alavimajd H, Khosravi S. Developing an assessment tool for nursing students general clinical performance. *Iranian Journal of Medical Education*. 2013; 12(11): 877-87.
26. Delshad MH, Hidarnia A, Niknam S. Psychometric measure continuous variables preventive behaviors of hepatitis B virus infection in health care workers. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014; 23(109): 71-82.
27. Galea MP, Dunlop SA, Davis GM, Nunn A, Geraghty T, Hsueh Y-sA, et al. Intensive exercise program after spinal cord injury ("Full-On"): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013; 14(1): 291.
28. Bastani P, Rouhollahi N, Tahernejad A. Validity and reliability of teachers evaluation questionnaires from students point of view in Tehran University of Medical Sciences. *Biannual Journal of Medical Education Development Center (edc) Babol University of Medical Sciences*. 2015; 3(1): 7-14.
29. Kemp BJ, Bateham AL, Mulroy SJ, Thompson L, Adkins RH, Kahan JS. Effects of reduction in shoulder pain on quality of life and community activities among people living long-term with SCI paraplegia: A randomized control trial. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. 2011; 34(3): 278-84.
30. Zahmatkeshan N, Akaberian S, Yazdanpanah S, Khoramroodi R, Gharibi T, Jamand T. Assessing quality of life and related factors in Bushehr, s elders-1387-8. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012; 2(1): 53-8.
31. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninya M. Translation, reliability and validity of SF-36 questionnaire. *Payesh Journal* 2005; 5(1): 49-56.
32. April KT, Feldman DE, Zunzunegui MV, Duffy CM. Association between perceived treatment adherence and health-related quality of life in children with juvenile idiopathic arthritis: perspectives of both parents and children. *Patient Prefer Adherence*. 2008; 2: 121-8.
33. Shabany-Hamedan M, Mohmmad-Aliha J, Shekarabi R, Hosseini A. The relationship between medication adherence and quality of life in Renal Transplant Patients. *Iran Journal of Nursing*. 2010; 23(67): 29-34.
34. Trevisol D, Moreira L, Fuchs F, Fuchs S. Health-related quality of life is worse in individuals with hypertension under drug treatment: results of population-based study. *Journal of human hypertension*. 2012; 26(6): 374-80.
35. Agh T, Domotor P, Bartfai Z, Inotai A, Fujsz E, Meszaros A. Relationship between medication adherence and health-related quality of life in subjects with COPD: A systematic review. *Respiratory Care*. 2015; 60(2): 297-303.
36. Sookhak F, Zolfaghari M, Asadi Noghahi AA, Haghani H. Effect of a cognitive-behavioral intervention on medication adherence in patients' undergoing hemodialysis. *Hayat*. 2014; 20(3): 85-94.
37. Hadi N, Rostami GN. Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. 2004; 7(4): 292-6.
38. Nasiry Zarrin Ghabaee De. Relationship between mental health and quality of life in patients with heart failure. *Journal of Nursing Rehabilitation Research*. 2015; 1(4): 21-30.
39. Seyam S, Heidarnia AR. Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2013; 19(6): 33-41.

40. Abedi H, Yasamanalipour M, Abdeyazdan G. Quality of life in heart failure patients referred to the Kerman outpatient centers. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2011; 13(5): 55-63.
41. Amirian Z, Maslakpak MH, Jalali R, Khalkhali H, Salehi S. The Effects of Regular Physical Activity at Home on Patients' Quality of Life after Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of Knowledge and Health*. 2013; 8(2): 51-6.
42. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour K. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. *Journal of hayat*. 2006; 12(1): 77-86.
43. Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. *European Journal of Heart Failure*. 2005; 7(4): 592-603.

The study of the correlation between medication adherence and quality of life of Rheumatoid Arthritis patients

Salehi Z, Norouzi Tabrizi K*, Hoseini MA, Sedghi Goyaghaj N, Soltani PR
University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, I.R. Iran.

Received: 21/Sep/2016

Accepted: 28/Jan/2017

Background and aims: Patient adherences with therapeutic regimens reduce the severity of disease negative complications and its non-adherence as a barrier to achieving the medical. The aim at this study was to determine the correlation between medication adherence and quality of life of Rheumatoid Arthritis patients in Shariati hospital in 2016.

Methods: This study was descriptive-correlational that population consisted of all Arthritis patients in Shariati hospital in Tehran. 252 patients were recruited by convenience sampling. Three questionnaires were used to collect data including the demographic characteristics questionnaire, the medication adherence "CQR" and SF-36. The validity and reliability of SF-36 in similar studies and the validity and reliability of CQR by researcher was approved. Data were analyzed by SPSS.

Results: The results showed the levels of medication adherence with an average of 65.86 ± 5.85 and the quality of life of patients with an average of 51.96 ± 9.73 . Spearman correlation coefficient showed that no significant correlation between medication adherence and quality of life of patients ($P=0.663$, $r=0.02$). Medication adherence had a significant correlation between energy/fatigue subscales of quality of life ($P=0.035$, $r=0.13$).

Conclusion: Due to the fact that medication adherence was not a predictor of quality of life in patients with rheumatoid arthritis Therefore, it cannot be poured programs for these patients to improve their quality of life due to medication adherence.

Keywords: Medication adherence, Quality of life, Rheumatoid Arthritis.

Cite this article as: Salehi Z, Norouzi Tabrizi K, Hoseini MA, Sedghi Goyaghaj N, Soltani PR. Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on reducing symptoms of depression in women. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2017; 6(2): 1-13.

***Corresponding author:**

University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, I.R. Iran, Tel: 00989387864709,
E-mail: zobeidehs@gmail.com