Psychometric Properties of Persian Version of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life scale

Mina Vesal[1*], Maryam Ghaemi[2], Mohammad Ali Nazarinia[3]

[1]Faculty of Education and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran
[2]Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
[3]Geriatric Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Article Info:

Received: **13 Sep 2019** ***Revised:*** **10 Nov 2019** ***Accepted*:** **26 Nov 2019**

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease characterized by a pattern of destruction of bones and joints. Quality of life is one of the important psychological factors in the field of public health. The purpose of this study was to determine the psychometric indices of the Persian version of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life questionnaire (RAQoL). ***Materials and Methods:*** In this descriptive study, 93 patients with RA referred to Hafez hospital Rheumatology Clinic of Shiraz University of Medical Sciences were selected through a purposive sampling method and they responded to the RAQoL and the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). Convergent validity was calculated by measuring the correlation between the quality of life and depression, anxiety, and tension. ***Results:*** The reliability of the scale was confirmed by an Alpha factor of 0.88, indicating a high internal consistency. In assessing convergent validity, the lowest quality of life was associated with depression symptoms (R = -0.75) stress (R = -0.67) and anxiety (R = -0.59) at the 0.01 level of significance. ***Conclusion:*** Our findings indicate that the Persian version of the RAQOL questionnaire has reliability and validity and is sensitive to changes in RA in clinical situations. Furthermore, it can be used as a useful self-assessment tool for research and counseling.

Key words:

1. Quality of Life
2. Arthritis, Rheumatoid
3. Patients

***Corresponding Author:** Mina Vesal

E-mail: *mvesal@edu.ui.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.29252/shefa.8.2.47]

ویژگی‌های روانســنجی نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ کیفیّت زندگی روماتیسم مفصلی

مینا وصال[1*]، مریم قائمی[2]، محمدعلی نظری نیا[3]

[1]دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

[2]دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

[3]مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۲۲ شهریور ۱۳۹۸ **اصلاحیه:** ۱۹ آبان ۱۳۹۸ **پذیرش:** ۵ آذر ۱۳۹۸

چـــــکیده

مقدمه: روماتیسم مفصلی یک بیماری التهابی مزمن است که با الگوی تخریب استخوان‌ها و مفاصل مشخص می‌شود. کیفیت زندگی، یک از عوامل مهم روانشناختی در حوزهٔ بهداشت عمومی است. هدف از این پژوهش تعیین شاخص‌های روانسنجی نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ کیفیت زندگی روماتیسم مفصلی بود. ***مواد و روش‌ها:*** در این مطالعهٔ توصیفی، ۹۳ بیمار مبتلا به روماتیسم مفصلی مراجعه‌کننده به کلینیک روماتولوژی بیمارستان حافظ وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی روماتیسم مفصلی و پرسشنامهٔ افسردگی، اضطراب و تنیدگی -۲۱ پاسخ دادند. روایی همگرا با اندازه‌گیری همبستگی بین کیفیت زندگی و افسردگی، اضطراب و تنیدگی محاسبه شد. ***یافته‌ها:*** پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۸۸ مورد تأیید قرار گرفت و نشان از همسانی درونی بالای آن دارد. در بررسی میزان روایی همگرا، پایین‌ترین کیفیت زندگی با علایم افسردگی (R= -۰/۷۵)، تنیدگی (R= -۰/۶۷) و اضطراب (R= -۰/۵۹) در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ مشاهده شد. ***نتیجه‌گیری:*** یافته‌های ما نشان می‌دهد که نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ RAQOL از پایایی و روایی لازم برخوردار است و به تغییرات ناشی از RA در موقعیت‌های بالینی حساس است. علاوه بر این می‌تواند به‌عنوان یک ابزار خودسنجی مفید برای تحقیقات و مشاوره‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه‌ها:

۱. کیفیت زندگی
۲. روماتیسم مفصلی
۳. بیماران

* **نویسنده مسئول:** مینا وصال

آدرس الکترونیکی: *mvesal@edu.ui.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.29252/shefa.8.2.47]

مقدمه

روماتیسم مفصلی (RA)[1] یک بیماری خود ایمنی و چندعاملی[2] با علل ناشناخته[3] است که در نتیجهٔ تعامل عوامل محیطی و ژنتیکی حاصل می‌شود و اغلب با عود و گاهی فروکش خود به خودی همراه است (۳-۱). این بیماری یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روماتیسمی التهابی و مسبب عمدهٔ ناتوانی‌ها به‌خصوص در سنین بزرگسالی است که با دوره‌های التهاب در سینوویوم[4] آغاز می‌شود و باعث ضخیم شدن و ایجاد اِدِم[5] در آن می‌گردد. التهاب سینوویوم ایجاد شده در مفصل یا مفاصل باعث تورم، حساس شدن و سفت شدن آن‌ها شده که می‌تواند خستگی، کاهش وزن، ناتوانی، اختلالات خواب، اضطراب و افسردگی را به همراه داشته باشد (۵، ۴)؛ روماتیسم مفصلی غالباً با تورم مفاصل، درد، کاهش عملکرد فیزیکی، از کار افتادگی و کاهش عملکرد اجتماعی همراه است (۶). هنوز اطلاعات بسیار اندکی در خصوص علایم بالینی این بیماری و درمان آن وجود دارد (۷).

بر اساس مطالعات انجام گرفته، حدود یک درصد از مردم سراسر جهان مبتلا به RA می‌باشند؛ احتمال مرگ و میر افراد مبتلا به RA نسبت به گروه سنی خودشان در کل جمعیت دو برابر است (۸) و امید به زندگی[6] حدود ۳ تا ۱۰ سال در این بیماران کاهش می‌یابد (۲). میزان شیوع روماتیسم مفصلی در ایران حدود ۰/۳۷ درصد گزارش شده است (۹). این بیماری بیشتر در سنین ۳۰ تا ۵۰ سال بروز می‌کند، شیوع آن با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و میزان بروز آن در زنان دو تا سه برابر بیشتر از مردان است (۱۱، ۱۰). آمارها نشان می‌دهند سالانه از هر یک میلیون نفر، ۷۵۰ تن به این بیماری مبتلا می‌شوند. در تهران رقمی حدود هزار در هر صد هزار نفر و در ایران ششصد هزار نفر به آن مبتلا هستند (۱۲).

روماتیسم مفصلی به دلیل ماهیت مزمن، دردناک و ناتوان‌کننده، تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی (QoL)[7] دارد. بررسی چند بعدی کیفیت زندگی نشان داده است که این وضعیت تنها محدودیت فیزیکی ایجاد نمی‌کند، بلکه بر جنبه‌های دیگر کیفیت زندگی مانند عملکرد روانشناختی و اجتماعی نیز اثر می‌گذارد (۱۳)، همچنین در این بیماران، کاهش معنی‌داری در ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی رخ می‌دهد (۱۴).

پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است بیماری‌های روماتیسمی از جمله روماتیسم مفصلی اغلب با شیوع بالای اختلالات روانپزشکی و پریشانی‌های روانشناختی همراه است، به طوری که ابتلای همزمان به افسردگی یا اضطراب با تأثیر بر پیامدهای بیولوژیکی و روانشناختی این بیماری، در بروز یا تشدید ناتوانی حاصل از بیماری مؤثر است (۱۵). اختلالات اضطرابی و افسردگی در ۲۰ تا ۲۵ درصد از بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی دیده می‌شود که این اختلالات با کاهش آستانهٔ درد موجب می‌شوند که شخص نسبت به دردهای جسمی ناشی از بیماری‌های مزمن، حساس‌تر شود (۱۴). بروز همزمان افسردگی با یک بیماری مزمن دیگر در مقایسه با بروز همزمان دو بیماری مزمن دیگر (غیر افسردگی) کاهش بیشتری در سطح سلامت بیمار ایجاد می‌کند (۱۶)، همچنین مشخص شده است که بیماران RA افسرده، در مقایسه با همتایان غیر افسردهٔ خود، درصد بالاتری از مرگ و میر طبیعی (غیر خودکشی) را به خود اختصاص می‌دهند (۱۷). به طور کلی، اختلالات روانی از طریق کاهش تمایل بیمار به ویزیت روماتولوژیست، کاهش تبعیت بیمار از توصیه‌های دارویی و غیر دارویی و کاهش علاقهٔ وی به دستیابی به اطلاعات کافی در مورد بیماری روماتیسم مفصلی، بر پیامدهای بیولوژیکی این بیماری مؤثر خواهد بود (۱۸).

اگر چالش اصلی و عمدهٔ بهداشت عمومی در قرن بیستم افزایش امید به زندگی بود، چالش اصلی قرن بیست و یکم «زندگی با کیفیت بهتر است». سازمان بهداشت جهانی (WHO)[8] اعلام کرده است: در همه جا عمر طولانی یکی از مواهبت توسعهٔ اجتماعی شناخته شده است، ولی به شرطی که به کیفیت زندگی، بیشتر از شمار سال‌های عمر توجه شود (۱۹).

کیفیت زندگی به‌عنوان یک مفهوم بهداشتی که در برگیرندهٔ ابعاد گوناگونی نظیر بعد فیزیکی، روانی، اجتماعی و ... است، تعریف می‌شود. هر یک از این ابعاد به زیر مجموعه‌هایی تقسیم می‌شوند؛ به‌عنوان مثال، بعد فیزیکی به دریافت بیمار از توانایی‌هایش در انجام دادن فعالیت‌ها و وظایف روزانه که به صرف انرژی نیاز دارد، اشاره دارد و یا بعد روانی، جنبه‌های روانی احساس سلامت مانند افسردگی، ترس، عصبانیت و آرامش را در بر می‌گیرد، همچنین بعد اجتماعی که به توانایی‌های فرد در برقراری ارتباط با اعضای خانواده، همسایگان و همکاران مربوط می‌شود (۱۲). گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، مفهوم کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: «دریافت‌های شخصی فرد از جایگاه زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند که متأثر از اهداف، انتظارات و استانداردهای مورد نظر فرد است» (۲۰).

کیفیت زندگی در طی دو دهه گذشته، یکی از مهم‌ترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و به‌عنوان یکی از

[1] Rheumatoid arthritis
[2] Autoimmune, inflammatory and multifactorial disease
[3] Unknown etiology
[4] Synovium
[5] Edema
[6] The life expectancy
[7] Quality of life
[8] World health organization

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-02-02]
[DOI: 10.29252/shefa.8.2.47]

جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران به آن تأکید شده و بررسی آن به‌منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران و پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۱).

در مورد بیماری وکیفیت زندگی می‌توان به طور مستقل بحث کرد ولی ارتباط متقابلی بین آن‌ها وجود دارد. اختلالات جسمانی و وجود علایم فیزیکی روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی اثر مستقیم دارد. برای مثال، مشکلات جسمی کنترل‌نشده، موجب مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی در بیماران می‌شود و همچنین علایم جسمانی به طور مستقیم روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارد. در طول ۲۰ سال اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن به طور چشمگیری افزایش یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی این بیماران به صورت یک هدف در آمده است (۱۲).

جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی در بیماران مزمن، به‌خصوص به علت طول مدت و شدت آن‌ها باعث می‌شود، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی دستخوش تغییر و دگرگونی فراوانی شود (۲۲). شواهد نشان می‌دهد که کیفیت زندگی، پیش‌آگهی مهمی در موقعیت درمانی و شاخصی است که نشان می‌دهد اقدامات درمانی تا چه حد مؤثر واقع شده است (۲۳).

از پرسشنامه‌های عمومی و اختصاصی گوناگونی برای ارزیابی QoL استفاده می‌شود، پرسشنامه‌های عمومی در جمعیت عادی برای بررسی و ارزیابی حوزه‌های مختلفی کاربرد دارند، در حالی که پرسشنامه‌های اختصاصی برای بیماری‌ها تنها برای همان بیماری کاربرد دارد (۲۴). مزیتی که این پرسشنامه‌های خاص بیماری[9] دارند این است که برای بررسی جنبه‌های مرتبط با سلامت در رابطه با یک بیماری خاص طراحی شده‌اند و برای سنجش پاسخ به درمان از ابزارهای عمومی مؤثرتر هستند (۲۵). پرسشنامهٔ RAQoL ابزاری است که میزان کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی می‌سنجد. این پرسشنامه بر اساس مدل کیفیت زندگی مبتنی بر نیاز[10] ساخته شده است، این مدل فرض می‌کند که کیفیت زندگی بر مبنای توانایی فرد در تأمین نیازهایش مشخص می‌شود. وقتی نیازهای فرد برآورده می‌شوند، کیفیت زندگی بالاست و در غیر این صورت کیفیت زندگی پایین است (۲۶). این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ توسط دی‌یونگ[11] و همکارانش ساخته شده (۲۷) و تاکنون در تحقیقات بسیاری مورد استفاده قرار گرفته است، اما هنوز در ایران مورد توجه واقع نشده و ترجمهٔ آن به فارسی و اطلاعات روانسنجی آن در دست نیست. لذا هدف این پژوهش تعیین ویژگی‌های روانسنجی نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ RAQoL است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش توصیفی و به‌منظور اعتباریابی پرسشنامهٔ کیفیت زندگی مبتلایان به روماتیسم مفصلی صورت گرفته است. به این منظور، در ابتدا نسخهٔ اصلی انگلیسی پرسشنامهٔ RAQoL تهیه و توسط دو مترجم مستقل به فارسی ترجمه و پس از بررسی و تأیید دو تن از اساتید روانشناسی و روماتولوژی، نسخهٔ فارسی آن تهیه گردید. توصیف داده‌ها بر اساس میانگین، انحراف استاندارد صورت گرفت و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 انجام گرفت. جهت بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی استفاده شد و آلفای کرونباخ محاسبه گردید. جهت بررسی روایی همگرا، از پرسشنامهٔ افسردگی، اضطراب و تنیدگی -۲۱ (DASS-21)[12] استفاده شد. بدین صورت که مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات به دست آمده از دو ابزار محاسبه گردید.

جامعهٔ آماری شامل کلیهٔ بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی بیمارستان حافظ شیراز بود. در این پژوهش، ۱۱۰ نفر بیمار که توسط متخصص روماتولوژی ارجاع شده بودند (روش نمونه‌گیری هدفمند)، شرکت کردند که نهایتاً پس از کنار گذاشتن موارد ناقص، ۹۳ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. افراد داوطلب برای تکمیل پرسشنامه‌ها از بین بیماران سرپایی انتخاب شده و لذا هیچ یک از این بیماران در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها در بیمارستان بستری نبوده‌اند. ملاک‌هایی که طبق آن‌ها پرسشنامه به افراد داده شده شامل تشخیص ابتلای فرد به رماتیسم مفصلی توسط یک روماتولوژیست و گذشت یک سال از تشخیص بیماری و سن بالای ۱۸ سال بود. معیارهای خروج عبارت بود از: بیماران با شواهدی از نشانگان ارگانیک مغزی، ابتلا به فیبرومیالژیا، مصرف بیش از ۱۰ میلی‌گرم پردنیزولون[13] در روز، ابتلا به هر بیماری کنترل نشده (مانند دیابت، میگرن، فشار خون بالا)، سابقهٔ اختلالات روانی غیر از افسردگی، افرادی که علی‌رغم داشتن مشکلات عضلانی-اسکلتی هنوز تشخیصی دریافت نکرده‌اند و سالمندانی که مشکوک به زوال عقل هستند.

ابزارهای پژوهش

جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامهٔ کیفیت زندگی روماتیسم مفصلی و پرسشنامهٔ افسردگی اضطراب تنیدگی انجام گرفت.

[9] Disease-specific measures
[10] Needs-based QOL model
[11] De Jon
[12] The depression anxiety stress scales
[13] Prednisolone

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-02-02]
[DOI: 10.29252/shefa.8.2.47]

پرسشنامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی

این پرسشنامه شامل سوالاتی از قبیل سن، وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات و مدت بیماری بود.

پرسشنامهٔ کیفیت زندگی روماتیسم مفصلی

یک پرسشنامهٔ سنجش کیفیت زندگی اختصاصی است که به طور همزمان در انگلستان و هلند ساخته شده است. این پرسشنامه حاصل مصاحبه‌های کیفی جامع به‌منظور شناسایی تأثیرات RA بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی است. این ابزار شامل ۳۰ سؤال به صورت بله/خیر است. هر یک از بخش‌ها که مورد تأیید قرار گیرد (گزینهٔ بله انتخاب شود)، بدین معناست که این نیاز برآورده نشده است. سؤالات این پرسشنامه طیف وسیعی از نیازها را شامل: خودمراقبتی[14]، فعالیت‌ها و روابط بین فردی را تحت پوشش قرار می‌دهد. پرسشنامهٔ RAQoL از ویژگی‌های روانسنجی بسیار خوبی برخوردار بوده و ثبات درونی بالا[15]، قابلیت تکثیر و اعتبار سازه[16] را در ۳۷ زبان مختلف داراست که در بسیاری از کشورها از جمله استرالیا، کانادا، ترکیه، استونی، مکزیک، آرژانتین، صربستان و سوئد ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است (۲۶).

پرسشنامهٔ افسردگی اضطراب تنیدگی

این پرسشنامه مجموعه‌ای از ۲۱ ماده است و به صورت خودسنجی به روش لیکرت ۴ گزینه‌ای (هیچ وقت تا همیشه) پاسخ داده می‌شود که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و تنیدگی طراحی شده است. مولفهٔ افسردگی، احساس ملالت، ناامیدی، بی ارزش شمردن زندگی، ناارزنده سازی خود، فقدان علاقه و مشارکت و بی‌لذتی و سکون؛ مولفهٔ اضطراب برپایی خودکار[17]، تأثیرات اسکلتی ماهیچه‌ای، اضطراب موقعیتی و تجربهٔ فاعلی احساس اضطراب[18] و مولفهٔ تنیدگی دشواری در آرام شدن، برپایی عصبی[19]، سهولت در تحریک شدگی/ ناآرامی، فزونی تحریک‌پذیری/ واکنش‌پذیری[20] و عدم تحمل را شامل می‌شوند. صاحبی، اصغری و سالاری نشان دادند پایایی و روایی پرسشنامه مورد قبول است؛ آلفای کرونباخ آن را برای مؤلفهٔ افسردگی ۰/۷۷، مؤلفهٔ اضطراب ۰/۷۹ و مؤلفهٔ تنیدگی ۰/۷۸ و میزان همسانی درونی مؤلفه‌ها را بین ۰/۶۱ تا ۰/۶۷ به دست آوردند (۲۸).

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۹۳ بیمار مبتلا به روماتیسم مفصلی بودند که ۷۷ زن (۸۳ درصد) و ۱۶ مرد (۱۷ درصد) را شامل می‌شدند. دامنهٔ سنی آن‌ها بین ۲۵ تا ۷۲ سال، ۱۱ درصد مجرد، ۷۱ درصد متأهل و ۱۸ درصد مطلقه یا بیوه که ۶۵ درصد آنان خانه‌دار، ۲۸ درصد شاغل و ۷ درصد دانشجو بودند. میزان تحصیلات: ۴۶ درصد سیکل، ۳۳ درصد دیپلم و ۲۱ درصد لیسانس بود. همچنین مدت بیماری ۳۷ درصد از ۱ تا ۵ سال، ۲۹ درصد از ۵ تا ۱۰ سال و ۳۴ درصد بالاتر از ۱۰ سال بود. میزان ضریب همبستگی هر گویه با نمرهٔ کل هم محاسبه شد که طیف ۶۶-۳۴ در سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ را نشان داد و سه سؤال ۳ و ۱۱ و ۱۵ به دلیل معنی‌دار نبودن در نمونهٔ مورد بررسی حذف شدند. سپس جهت بررسی میزان روایی همگرا، همبستگی کیفیت زندگی با افسردگی، اضطراب و تنیدگی به دست آمد و نتایج نشان داد کیفیت زندگی پایین با تمامی مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی رابطهٔ منفی و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ دارد (جدول ۱).

ماتریس همبستگی پیرسون بین نمرات حاصل از دو پرسشنامه محاسبه شد (جدول ۲). جهت بررسی همسانی درونی RAQoL ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و با میزان ۰/۸۸ روایی درونی را تأیید کرد.

جدول ۱- آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش.

مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	پایین‌ترین نمره	بالاترین نمره
کیفیت زندگی	۱۴/۷	۶/۶	۴	۲۶
افسردگی	۱۵/۷	۴/۳	۸	۲۵
اضطراب	۱۳/۰۳	۳/۱	۷	۲۲
تنیدگی	۱۸/۳	۳/۵	۱۱	۲۶

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش (**$P<۰/۰۱$).

مؤلفه‌ها	کیفیت زندگی	افسردگی	اضطراب	تنیدگی
کیفیت زندگی	۱	–	–	–
افسردگی	-۰/۷۵**	۱	–	–
اضطراب	-۰/۵۹**	۰/۶۴**	۱	–
تنیدگی	-۰/۶۷**	۰/۷۲**	۰/۵۵**	۱

[14] Self-care
[15] High internal consistency
[16] Reproducibility and construct validity
[17] Autonomic arousal
[18] Subjective experience of anxious affect
[19] Nervous arousal
[20] Irritable/ over-reactive

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-02-02]
[DOI: 10.29252/shefa.8.2.47]

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر ویژگی‌های روانسنجی نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ RAQoL را در نمونهٔ ایرانی بررسی و تأیید کرد. این پژوهش نشان داد که این پرسشنامه ابزاری معتبر و پایا برای سنجش میزان کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی است. روایی درونی گویه‌های پرسشنامهٔ RAQoL بر حسب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه و تأیید شد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مشابه در کشورهای گوناگون مانند کاتلی و همکارانش در ترکیه با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ (۲۹)، تامارو و همکاران در استونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ (۳۰)، پچیکوتنا و همکاران در مکزیک با آلفای کرونباخ ۰/۹۱ (۱۱)، ویمن و همکاران در آرژانتین با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ (۳۱) همسو می‌باشد. تحقیقات نشان داده‌اند که پرسشنامهٔ RAQoL تغییرات در سنجش نتایج گزارش‌شده توسط بیماران[21] را بهتر نشان می‌دهد (۳۲).

نتیجهٔ دیگر پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی پایین در مبتلایان به RA با افسردگی، اضطراب و تنیدگی رابطهٔ مثبت و معنی‌دار دارد. این بدان معناست که هر چه نمرهٔ بیمار مبتلا به روماتیسم مفصلی در پرسشنامهٔ کیفیت زندگی افزایش یابد (کاهش کیفیت زندگی)، با افزایش شدت علایم افسردگی، تنیدگی و اضطراب همراه است. در این راستا تحقیقات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی کاهش می‌یابد (۳۴، ۳۳). تخریب عملکرد ناشی از RA می‌تواند از لحاظ جسمی و روانی ناتوان‌کننده باشد. کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در این بیماران با افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و افزایش میزان افسردگی همراه است و تأثیر منفی بر روابط خانوادگی بیماران می‌گذارد (۳۵). افزایش درد، فعالیت بیماری و کاهش عملکرد جسمی با کاهش کیفیت زندگی در این بیماران همراه است (۳۴). در مجموع می‌توان اذعان داشت که درجات بالاتر فعالیت بیماری، درد و ناتوانی در عملکرد می‌تواند بیماران مبتلا به RA را به سمت افسردگی، اضطراب و تنیدگی و حتی افزایش خطر خودکشی سوق دهد (۳۶).

از آنجایی که این بیماری حدود ۰/۵ تا ۳ درصد از جمعیت در جهان را درگیر کرده، مادام‌العمر بوده و درمان قطعی برای این بیماری مخرب[22] وجود ندارد، هدف از درمان، تسکین درد، کاهش نشانه‌ها و افزایش وضع عملکردی بیماران است که این کار با فرونشاندن فعالیت بیماری[23] در حد مطلوب، کاهش ناتوانی[24] و بهبود کیفیت زندگی صورت می‌گیرد (۳۷، ۳۲، ۲۶، ۶). ناتوانی جسمی ناشی از روماتیسم مفصلی در سطح بالینی مورد توجه قرار می‌گیرد ولی مشکلات روانشناختی و اجتماعی از دید روماتولوژیست مخفی می‌ماند (۳۸). لذا درمان‌های روانشناختی در راستای ارتقاء سطح کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روانشناختی در این دسته از بیماران باید مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله نویسندگان مقاله، مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیهٔ بیمارانی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، ابراز می‌دارد، همچنین این تحقیق بدون حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام شده است.

ضمیمه ۱- نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ کیفیت زندگی بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی.

ردیف	سؤالات		
۱	باید زودتر از آنچه مایلم به رختخواب بروم.	بلی	خیر
۲	از اینکه سایرین مرا لمس کنند، می‌ترسم.	بلی	خیر
۳	پیدا کردن کفش راحتی که دوست دارم، برایم دشوار است.	بلی	خیر
۴	به خاطر شرایطم، از حضور در مکان‌های شلوغ امتناع می‌کنم.	بلی	خیر
۵	لباس پوشیدن برایم دشوار است.	بلی	خیر
۶	فهمیدم که پیاده خرید کردن، برایم سخت است.	بلی	خیر
۷	کارهای خانه وقت زیادی از من می‌گیرد.	بلی	خیر
۸	گاهی اوقات استفاده از سرویس بهداشتی برایم دشوار است.	بلی	خیر
۹	اغلب احساس ناکامی می‌کنم.	بلی	خیر
۱۰	در حین انجام کار مجبورم برای استراحت، کارم را متوقف کنم.	بلی	خیر
۱۱	استفاده از کارد و چنگال برایم مشکل است.	بلی	خیر
۱۲	متوجّه شدم که تمرکز کردن برایم دشوار است.	بلی	خیر
۱۳	بعضی وقت‌ها فقط می‌خواهم تنهایم بگذارند.	بلی	خیر
۱۴	دریافتم که راه رفتن طولانی برایم سخت است.	بلی	خیر

[21] Patient-reported outcome measure
[22] Destructive disease
[23] Disease activity
[24] Disability

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-02-02]
[DOI: 10.29252/shefa.8.2.47]

ادامهٔ ضمیمه ۱- نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ کیفیت زندگی بیماران مبتلا به رماتیسم مفصلی.

۱۵	از دست دادن با دیگران اجتناب می‌کنم.	بلی	خیر
۱۶	اغلب افسرده می‌شوم.	بلی	خیر
۱۷	نمی‌توانم به فعالیّت‌های خانوادگی و دوستانه بپیوندم.	بلی	خیر
۱۸	دریافتم در دوش گرفتن/ حمام کردن مشکل دارم.	بلی	خیر
۱۹	به خاطر شرایطم، گاهی وقت‌ها شدیداً گریه می‌کنم.	بلی	خیر
۲۰	شرایطم، مرا در رفتن به مکان‌هایی که می‌توانم بروم، محدود می‌کند.	بلی	خیر
۲۱	از انجام هرکاری احساس خستگی می‌کنم.	بلی	خیر
۲۲	احساس می‌کنم به دیگران وابسته هستم.	بلی	خیر
۲۳	شرایطم همواره در ذهنم است.	بلی	خیر
۲۴	اغلب از دست خودم عصبانی هستم.	بلی	خیر
۲۵	به سختی می‌توانم خودم را برای بیرون رفتن و ملاقات با مردم، راضی کنم.	بلی	خیر
۲۶	شب‌ها بد می‌خوابم.	بلی	خیر
۲۷	فهمیده‌ام که مراقبت از نزدیکان برایم دشوار است.	بلی	خیر
۲۸	احساس می‌کنم نمی‌توانم شرایطم را کنترل کنم.	بلی	خیر
۲۹	از برخوردهای فیزیکی اجتناب می‌کنم.	بلی	خیر
۳۰	در پوشیدن لباس با محدودیّت مواجه هستم.	بلی	خیر

منابع

1. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. Arthritis Rheum. 2008; 58(1): 26-35.

2. Tobón GJ, Youinou P, Saraux A. The environment, geo-epidemiology, and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis. J Autoimmun. 2010; 35(1): 10-4.

3. Kanecki K, Tyszko P, Wisłowska M, Łyczkowska-Piotrowska J. Preliminary report on a study of health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatol Int. 2013; 33(2): 429-34.

4. Chen S, Wang H. The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self-care behavior in patients with rheumatoid arthritis. J Nurs Res. 2007; 15(3): 83-92.

5. Goes ACJ, Reis L, Silva MBG, Kahlow B, Skare TL. Rheumatoid arthritis and sleep quality. Revista Brasileira de Reumatologia. 2017; 57(4): 294-8.

6. Cox SR, McWilliams L, Massy-Westropp N, Meads DM, McKenna SP, Proudman S. Adaptation of the RA QoL for use in Australia. Rheumatology International. 2007; 27: 661-6.

7. Michaud K, Wolfe F. Comorbidities in rheumatoid arthritis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2007; 21(5): 885-906.

8. Morowatisharifabad M, Nadrian H, Soleimani Salehabadi H, Mazloomy Mahmoodabad SMA. The Relationship between Predisposing Factors and Self-care Behaviors among Patients with Rheumatoid Arthritis. Journal of Hayat. 2009; 15(3): 39-51.

9. Davatchi F, Sandoughi M, Moghimi N, Jamshidi A, Tehrani Banihashemi A, Zakeri Z, et al. Epidemiology of rheumatic diseases in Iran from analysis of four COPCORD studies. International Journal of Rheumatic Diseases. 2016; 19(11): 1056-62.

10. Pakpour AH, Zeidi IM, Hashemi F, Saffari M, Burri A. Health-related quality of life in young adult patients with rheumatoid arthritis in Iran: reliability and validity of the Persian translation of the PedsQL™ 4.0 generic core scales young adult version. Clinical Rheumatology. 2013; 32(1): 15-22.

11. Pacheco-Tena C, Reyes-Cordero G, Mckenna SP, Ríos-Barrera VA. Adaptación y validación del Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale (RAQoL) al español de México. Reumatologia Clinica. 2011; 7(2): 98-103.

12. Razavian F, Abbasi M, Kazemnejad A. The relationship between depression and the quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Daneshvar Medicine. 2009; 16(80): 27-34.

13. King IM. Quality of life and goal attainment. Nursing Science Quarterly. 1994; 7(1): 29-32.

14. Jain A, Bhadauria D. Evaluation of efficacy of fluoxetine in the management of major depression and arthritis in patients of Rheumatoid Arthritis. Indian Journal of Rheumatology. 2013; 8(4): 165-9.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.29252/shefa.8.2.47]

15. M. V, M. N. Prediction of depression and sleep quality based on thought rumination and its components (inhibition and reflection) in patients with Rheumatoid arthritis. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2016; 9(41): 47-56.

16 .Mardani Hamouleh M, Shahraki Vahed A, Moshtagh Eshgh Z. Assessment of the relationship between mental health and job stress among nurses. Pars Journal of Medical Sciences. 2010; 8(2): 35-40.

17. Lawrence A, Aggarwal A. Depression in rheumatoid arthritis: An under-recognized comorbidity. Indian Journal of Rheumatology. 2013; 4(8): 153-4.

18. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Archives of Internal Medicine. 2000; 160(14): 2101-7.

19. Sajadi H, Biglarian A. The quality of life of the elderly woman in the Kahrizak charity nursing home. Payesh. 2004; 5(2): 105-8.

20. Karimlou M, Salehi M, Zayeri F, Massah O, Hatami A, Moosavy Khatat M. Developing the persian version of the world health organization quality of life 100- ques tionnaire. Archives of Rehabilitation. 2011; 11(4): 73-82.

21. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. Jama. 1994; 272(8): 619-26.

22. Omidi A, Momeni J, Raygan F, Akbari H, Talighi E. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on quality of life among patients with cardiovascular diseases. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2017; 10(42): 7-16.

23. Izadi S, Neamat Tavousi M. The effectiveness of mindfulness therapy in quality of life among patients with MS. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2017; 11(42): 37-46.

24. Garip Y, Eser F, Bodur H. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. Rheumatology International. 2011; 31(6): 769-72.

25. 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.

26 .Zlatkovic-Svenda M, Rouse M, Radak-Perovic M, Stojanovic R, Vujasinovic-Stupar N, Lazovic-Popovic B, et al. Adaptation and validation of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) questionnaire for use in Serbia. Rheumatology International. 2017; 37(4): 641-6.

27. De Jong Z, Van der Heijde D, McKenna S, Whalley D. The reliability and construct validity of the RAQoL: a rheumatoid arthritis-specific quality of life instrument. Rheumatology. 1997; 36(8): 878-83.

28. Sahebi A, Asghari M, Salari R. Validation of depression anxiety and stress scale (dass-21) for an iranian population. Iranian Psychologists. 2005; 1(14): 36-54.

29. Kutlay S, Küçükdeveci AA, Gönül D, Tennant A. Adaptation and validation of the Turkish version of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale. Rheumatology International. 2003; 23(1): 21-6.

30. Tammaru M, McKenna SP, Meads DM, Maimets K, Hansen E. Adaptation of the rheumatoid arthritis quality of life scale for Estonia. Rheumatology International. 2006; 26(7): 655-62.

31. Waimann CA, Dal Pra FM, Marengo MF, Schneeberger EE, Gagliardi S, Cocco JAM, et al. Quality of life of patients with rheumatoid arthritis in Argentina: reliability, validity, and sensitivity to change of a Spanish version of the rheumatoid arthritis quality of life questionnaire. Clinical Rheumatology. 2012; 31(7): 1065-71.

32. Wilburn J, McKenna SP, Twiss J, Rouse M, Korkosz M, Jancovic R, et al. Further international adaptation and validation of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) questionnaire. Rheumatology International. 2015; 35(4): 669-75.

33 .Strand V, Singh JA. Improved health-related quality of life with effective disease-modifying antirheumatic drugs: evidence from randomized controlled trials. Am J Manag Care. 2008; 14(4): 234-54.

34. Matcham F, Scott IC, Rayner L, Hotopf M, Kingsley GH, Norton S, et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a syststematic review and meta-analysis. Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2014; 44(2): 123-30.

35. Gamal RM, Mahran SA, El Fetoh NA, Janbi F. Quality of life assessment in Egyptian rheumatoid arthritis patients: Relation to clinical features and disease activity. The Egyptian Rheumatologist. 2016; 38(2): 65-70.

36. Cunha M, Ribeiro A, André S. Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2016; 217: 337-43.

37. Wickrematilake GWG, Wijeratne LS. Assessing the impact of rheumatoid arthritis on quality of life in a group of patients attending a rheumatology clinic in Sri Lanka. Indian Journal of Rheumatology. 2013; 8(1): 14-8.

38. Al-Fadl EMA, Ismail MA, Thabit M, El-Serogy Y. Assessment of health-related quality of life, anxiety and depression in patients with early rheumatoid arthritis. The Egyptian Rheumatologist. 2014; 36(2): 51-6.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-02-02]

[DOI: 10.29252/shefa.8.2.47]