

بررسی ارتباط شیوه زندگی و ابتلا به استئوآرتریت در زنان و مردان سالمند

مریم آقا امیری*
شهلا محمد زاده*
بهار سیفی*
حمید علوی مجد**

چکیده

استئوآرتریت یا آرتروز یکی از شایعترین بیماری‌های مفصلی در سنین سالمندی است و اغلب منجر به ناتوانی می‌شود. تحقیق حاضر با هدف بررسی ارتباط شیوه زندگی و ابتلا به استئوآرتریت صورت گرفت. در این مطالعه تحلیلی، ۲۲۰ زن و مرد به روش تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه ۱۱۰ بیمار و غیربیمار تقسیم شدند. در ابتدا از هر دو گروه اطلاعات دموگرافیک جمع‌آوری و سئوالاتی درباره سابقه و وضعیت بیماری، و عادات تغذیه، فعالیت و تحرک بدنی، و استعمال دخانیات پرسیده شد. در این مطالعه از آزمون‌های آماری کای دو و ویتنی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. میانگین سنی بیماران ۶۰ سال بود و (۱/۵۹٪) درصد از بیماران زن بودند. اکثریت افراد در گروه مورد شاخص توده بدنی بین (۲۵-۲۹)، و (۲/۸۸٪) از افراد در گروه مورد هرگز پس از یائسگی هورمون درمانی نکرده و (۱۱/۳۲٪) افراد گروه مورد خانه دار (۲/۸۷٪) سابقه استفاده مکرر از پله، (۲/۶۴٪) سابقه حمل مکرر بار سنگین و (۱/۶۶٪) همیشه به صورت چهارزانو می‌نشسته‌اند و دارای تاریخچه مثبت خانوادگی ابتلا به استئوآرتریت بودند. از نظر تغذیه و عادات غذایی در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت (۰/۰۰۱ < p). از نظر فعالیت و تحرک بدنی اکثر افراد در گروه مورد در گذشته فعالیت سنگین داشته، پیاده روی و ورزش نمی‌کردند، و (۷/۲۸٪) افراد گروه مورد از سیگار استفاده می‌کردند. (۰/۰۰۱ < p).

مطالعه حاضر نشان داد افراد مبتلا به استئوآرتریت دارای شیوه زندگی نامناسب تری نسبت به افراد غیر مبتلا هستند و با اصلاح آن می‌توان تا اندازه‌ای از بروز آن پیشگیری کرد.

کلید واژگان: شیوه زندگی، استئوآرتریت، سالمند.

* دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران پزشکی، گروه پرستاری، تهران، ایران
** دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

مقدمه

بیماری های روماتیسمی شامل اختلالات شایعی هستند که عمدتاً عضلات اسکلتی، استخوان ها، رباط ها، تاندون ها و مفاصل بدن را در هر سنی در هر دو جنس گرفتار می کنند (اسملتز و همکاران^۱، ترجمه آتش زاده شوریده، ۱۳۸۷). در این بیماری، غضروف مفصلی، استخوان زیر غضروف مفصلی و غشای سینوویال درگیر میشوند، در این بیماری ترکیبی از تخریب، سفتی و التهاب و واکنشی در سینوویال رخ می دهد (آردن و نویت^۲، ۲۰۰۷). مشکلات ناشی از بیماریهای روماتیسمی تنها شامل محدودیت واضح در تحرک و فعالیتهای زندگی روزانه بیمار نیست، بلکه اثرات مبهم سیستمیک این بیماریها می تواند منجر به نارسایی اعضا و مرگ، یا بروز مشکلاتی مانند درد، خستگی، تغییر تجسم ذهنی از خود، و غیره شود (کاسپر و دنیس^۳، ترجمه زارع و همکاران، ۱۳۸۷). درک کامل بیماری های روماتیسمی و اثرات آن بر عملکرد بیمار و رفاه زندگی او، کلیدی برای طراحی یک برنامه مناسب برای مراقبت از بیماری باشد. بیماری های روماتیسمی یکی از ناتوان کننده ترین بیماری های موجود در زمان حال است که می تواند بر کیفیت و استقلال زندگی افراد اثر گذاشته و باعث ایجاد مشکلات جسمی، اجتماعی، روحی و روانی می گردد و ارتباط نزدیکی با شیوه زندگی دارد (براندوال و همکاران^۴، ۲۰۰۸). سیستم اسکلتی عضلانی به بدن انسان امکان حفظ حالت قائم، حرکت آزادانه و عملکرد مستقلانه را می دهد (بلک و هوکس^۵، ۲۰۰۵، ترجمه آتش زاده شوریده و همکاران، ۱۳۸۶). اختلالات سیستم عضلانی اسکلتی موجب ناخوشی قابل ملاحظه ای می شود که منجر به کاهش کیفیت زندگی و اغلب کاهش امید به زندگی می شود (اصلاح شیوه زندگی، هسته اصلی کنترل استئوآرتریت است) (ویلیام و اسپکتور^۶، ۲۰۰۷).

از آنجایی که استئوآرتریت از جمله بیماری های مزمنی است که مرتبط با عادات و رفتارها و شیوه زندگی افرادی باشد (اسملتز و همکاران^۱، ۲۰۰۸). با تعیین شیوه زندگی مناسب و بهداشتی می توان از شیوع این بیماری و عوارض و مشکلات ناشی از آن بردوش بیماران، خانواده ها و جامعه می باشد، کاست (سودو و همکاران^۷، ۲۰۰۸)، و همچنین نتایج این پژوهش کوچک می تواند برای دست اندر کاران آموزش، منبعی باشد تا با آموزش به مددجویان باعث تغییرات جدیدی در الگوها و شیوه های زندگی آنان گردند.

روش پژوهش

در این مطالعه تحلیلی، که به روش تصادفی ساده و مبتنی بر هدف صورت گرفت، بیماران زن و مرد مراجعه کننده به درمانگاههای روماتولوژی بیمارستان های امام خمینی، شریعتی، اختر، فیروزگر، و بوعلی تهران بررسی شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- طبق تشخیص متخصص

1. Smeltzer & et al
2. Arden & Nevitt
3. Kasper & denit
4. Braunwald & et al
5. Belck & Houks
6. Williams & Spector
7. Sudo & et al

روماتولوژی مبتلا به استئو آرتريت و دارای پرونده ۲- ازدو گروه جنسی زن و مرد باشند ۳- داشتن سن بالای ۴۵ سال ۴- تمایل به شرکت در پژوهش راداشته وقادر به پاسخگویی به سئولات ۵- مبتلا نبودن به سایر بیماری های روماتولوژی. واحد هاپس از انتخاب باروش مذکور به دو گروه مورد (۱۱۰) نفر وشاهد (۱۱۰) نفر تقسیم شدند. اطلاعات پژوهش از طریق مصاحبه و پرسشنامه ای خود ساخته توسط پژوهشگران که شامل اطلاعات دموگرافیک، سابقه و وضعیت بیماری، شیوه زندگی شامل عادت و الگوی تغذیه، فعالیت و تحرک بدنی و استعمال دخانیات و مصرف الکل بود، جمع آوری و ثبت شد. بخش اول پرسش نامه مشخصات دموگرافیک و سابقه شغلی شامل سئوال در رابطه با جنس، وزن، قد، تحصیلات، تاهل، شغل، استفاده از پله، حمل بار سنگین، وضعیت هورمون درمانی پس از یائسگی در زنان بود. بخش دوم در رابطه با تاریخچه بیماری، مدت ابتلا، نوع مفصل درگیر، سابقه ضربه به مفصل، علائم همراه و سابقه ابتلا در خانواده می باشد. بخش مربوط به شیوه زندگی که سئولاتی در رابطه با عادات غذایی و تغذیه مصرف مکمل ها و ویتامین، اشتهای افراد، مصرف سالاد و سبزی، فعالیت و تحرک بدنی، نوع فعالیت در گذشته، پیاده روی در گذشته و حال، انجام ورزش حرفه ای در گذشته و حال و در رابطه با استعمال دخانیات و مصرف الکل پرسیده شد. برای اعتماد علمی پرسشنامه از روش آزمون مجدد استفاده شد. اطلاعات جمع آوری شده در این پژوهش توسط نرم افزار (SPSS) به کامپیوتر داده شد و سپس با توجه به اهداف پژوهش از روشهای آماری توصیفی و استنباطی استفاده شده است. و در آمار استنباطی از آزمون های کای دو و فیشر استفاده شده است از آزمون مان و تینی به منظور مقایسه توزیع سنی، وزن، قد، شاخص توده بدنی، تحصیلات، حاملگی و زایمان، استفاده مکرر از پله در محیط کار، حمل بار سنگین، زمان سرپای ایستادن، نشستن چهارزانو، غذای مصرفی روزانه، اشتهای به غذا، نحوه فعالیت در گذشته و پیاده روی در گذشته، انجام ورزش حرفه ای در گذشته و مصرف سیگار در دو گروه مورد و شاهد استفاده شده است از آزمون کای دو به منظور مقایسه جنس، وضعیت تاهل، نوع زایمان، استفاده از هورمون پس از یائسگی، محل سکونت، استفاده از پله در محیط کار و زندگی و گروه غذایی مورد استفاده، استفاده از رژیم غذایی خاص، استفاده از مکمل های ویتامین در دو گروه مورد و شاهد استفاده شده است. براساس توضیحات ذکر شده فرضیه حاصل از این پژوهش بیانگر این بود که بین شیوه زندگی و ابتلا به استئو آرتريت در سنین سالمندی ارتباط وجود دارد.

نتایج پژوهش

جدول ۱. مشخصات واحدهای مورد پژوهش

مورد (n=۱۱۰) شاهد (n _p =۱۱۰)			
NS میانگین سنی ۱۰/۵۶+۱۰/۲۴-۶۰/۲۴ ۷۰/۴-۵۹			
گروه سنی (سال)			
	شاهد	مورد	
	۲۶(۲۳/۶۳)	۲۳(۲۰/۹)	کمتر از ۵۰ سال
	۲۵(۲۲/۷۰)	۲۴(۲۱/۸)	۵۰ تا ۵۵ سال
	۲۹(۲۶/۴)	۲۷(۲۴/۵)	۵۶ تا ۶۴ سال
	۳۰(۲۷/۲۷)	۳۶(۳۲/۷)	بالای ۶۴ سال
جنس			
NS	۶۵(۵۹/۱)	۶۵(۵۹/۱)	مونث
	۴۵(۴۰/۹)	۴۵(۴۰/۹)	مذکر
<۰/۰۰۱	۲۳/۱۹⊕۴/۱۲	۲۵/۹۵⊕۴/۲۹	میانگین شاخص توده بدنی
	۲۱(۲۰/۴)	۴۳(۴۴)	۲۵ تا ۲۹
میزان تحصیلات			
۰/۰۰۱	۶(۵/۵)	۱۷(۱۵/۶)	بی سواد
	۱۰۳(۹۳/۶)	۱۰۰(۹۱/۷)	دیپلم
تاهل			
NS	۴(۳/۶)	۸(۷/۳)	غیر متاهل
	۱۰۳(۹۳/۶)	۱۰۰(۹۱/۷)	متاهل
استفاده از هورمون پس از یائسگی			
<۰/۰۰۱	۳۰(۶۱/۲)	۶(۱۱/۸)	داشتند
	۱۹(۳۸/۸)	۴۵(۸۷/۲)	نداشتند
شغل			
<۰/۰۰۱	۲۴(۲۲/۲۲)	۳۵(۳۲/۱۱)	خانه دار
	۴۱(۳۷/۹۶)	۳۱(۲۸/۴۴)	کارمند
سابقه حمل بار سنگین			
<۰/۰۰۱	۲۴(۲۲/۲)	۷۰(۶۴/۲)	همیشه
استفاده از پله			
<۰/۰۰۱	۲۹(۲۶/۶)	۹۵(۸۷/۲)	همیشه
نشستن چهارزانو			
<۰/۰۰۱	۷(۶/۴)	۷۲(۶۶/۱)	همیشه

مدت ابتلا		
	۹۲(۸۷/۶)	کمتر از ده سال
	۸(۷/۶)	۱۰-۲۰ سال
	۵(۴/۸)	بیشتر از ۲۰ سال
نوع مفصل در گیر		
	۷۴(۴۳/۷)	زانو
	۴۱(۲۴/۲)	گردن
	۱۹(۱۱/۲)	لومبوساکرال
سابقه ضربه شدید به مفصل		
	۵۶(۵۱/۹)	بله
	۵۲(۴۸/۱)	خیر
علائم همراه بیماری		
	۹۳(۵۲/۲)	درد
	۳۲(۱۷/۹)	سفتی
	۳۵(۱۹/۶)	خشکی
	۱۲(۶/۷)	عدم تحرک
درمان		
	۷۸(۳۶/۴)	دارویی
	۵۸(۲۷/۱)	فزیوتراپی و کاردرمانی
سابقه ارثی		
	۹۹(۹۲/۵)	بله
	۸(۷/۵)	خیر

همانگونه که در جدول شماره ۱ مشاهده می شود میانگین سنی بیماران گروه مورد و شاهد به ترتیب ۶۰/۲۴ و ۵۹ بود. اکثر بیماران در هر دو گروه از نظر سنی بالای ۶۴ سال قرار داشتند. اکثر افراد در گروه مورد مونث بودند و شاخص توده بدنی ۲۵ تا ۲۹ در افراد گروه مورد بیشتر و در مقایسه با افراد گروه شاهد دارای اضافه وزن بودند، اکثر افراد هر دو گروه متاهل بودند. و تحصیلات دیپلم داشتند. اکثر زن های گروه مورد پس از یائسگی از هورمون استفاده نکرده و با گروه شاهد دارای اختلاف معناداری بودند ($P < 0/001$) در گروه مورد اکثر افراد خانه دار و در گروه شاهد کارمند بودند. افراد در گروه مورد سابقه حمل بار سنگین بیشتری را نسبت به گروه شاهد داشته و از پله نیز همیشه استفاده کرده اند. اکثر افراد گروه مورد سابقه ی نشستن چهار زانو را داشته، مدت زمان ابتلا به بیماری در آنها کمتر از ۱۰ سال بود بیشترین مفصل گرفتار در افراد گروه مورد زانو بود و پس از آن گردن و لومبوساکرال قرار داشت همچنین اکثریت افراد گروه سابقه ضربه شدید در مفصل خود را داشته اند و از درد مفاصل خود نسبت به سایر علائم بیشتر شکایت می کردند. اکثر پزشکان درمان های دارویی را برای بیماران تجویز می کردند و اکثریت مبتلایان سابقه ی ابتلای خانوادگی به استئوآریت را نشان دادند.

۲. توزیع فراوانی گروه مورد و شاهد بر حسب شیوه زندگی

مورد (n=110) شاهد (P=110)			
تعداد و وعده غذایی			
0/006	6(5/5)	21(19/3)	۲ وعده و کمتر
	101(92/7)	85(78)	۳ وعده
	2(1/8)	3(2/8)	۴ وعده و بیشتر
گروه غذایی مصرفی			
<0/001	48(23/53)	69(41/56)	نان و غلات
NS	66(35/23)	62(37/34)	گوشت و حبوبات
استفاده از مکمل و ویتامین			
<0/001	22(20/2)	1(0/8)	Vit C
	22(20/2)	4(3/7)	Vit D
	19(17/4)	1(0/9)	Vit E
	9(8/3)	6(5/6)	Vit C,D,E
	37(33/9)	96(87/9)	هیچکدام
مصرف سبزی و سالاد			
0/001	0	16(14/7)	هرگز
	92(84/4)	4(1/3)	همیشه
نحوه فعالیت در گذشته			
<0/001	13(12)	11(10/1)	بسیار سبک
	30(27/8)	5(6/4)	سبک
	49(45/4)	29(26/6)	متوسط
	16(14/8)	64(58/7)	سنگین
نحوه فعالیت در حال			
<0/001	19(17/9)	30(27/5)	بسیار سبک
	45(42/5)	51(46/8)	سبک
	36(34)	25(22/9)	متوسط
	6(5/7)	3(2/8)	سنگین
پایه روی در گذشته			
NS	19(17/4)	32(29/4)	هرگز
	32(29/4)	37(33/9)	همیشه
پایه روی در حال و منظم			

<۰/۰۰۱	۲۷ (۲۴/۸)	۵۵ (۵۰/۹)	هرگز
۰/۰۰۲	۳۵ (۳۲/۱)	۵۹ (۵۴/۶)	نظم
ورزش حرفه‌ای در گذشته			
NS	۷۶ (۶۹/۷)	۷۳ (۶۷)	هرگز
	۲۶ (۲۳/۹)	۲۷ (۲۴/۸)	همیشه
نوع ورزش حرفه‌ای			
	۸ (۲۵)	۳ (۳۵/۱۳)	وزنه‌برداری
	۳ (۹/۳۷)	۵ (۱۳/۵)	فوتبال
مصرف دخانیات			
<۰/۰۰۱	۸۸ (۸۰/۷)	۶۴ (۵۹/۳)	هرگز
	۱۶ (۱۴/۷)	۱۳ (۱۲)	گاهی
	۵ (۴/۶)	۳۱ (۲۸/۷)	همیشه
مصرف الکل			
NS	۱۰۳ (۹۴/۵)	۹۶ (۸۷/۱)	هرگز
	۵ (۴/۶)	۹ (۸/۳)	گاهی
	۱ (۰/۹)	۴ (۳/۷)	همیشه

جدول شماره ۲ گروه مورد و شاهد بر حسب شیوه زندگی را نشان می دهد. نسبت افرادی که ۲ وعده غذایی و کمتر داشته اند در گروه مورد بیشتر از نسبت این افراد در گروه شاهد است و تفاوت معنی داری بین گروه مورد و شاهد وجود دارد. همچنین اکثریت افراد در گروه مورد از گروه غذایی نان و غلات و اکثریت افراد گروه شاهد از گروه غذایی گوشت و حبوبات استفاده کرده اند و تفاوت آماری معنی داری را نشان می دهند. اکثریت افراد گروه مورد از هیچ مکمل و ویتامینی در رژیم غذایی خود استفاده نمی کرده اند و مصرف همیشگی سبزی و سالاد در ۴۱٪ آنها بوده است، در گذشته فعالیت سنگین و در حال حاضر فعالیت سبک داشته اند، و مصرف دخانیات در ۳۱٪ موارد داشته اند، و از نظر این سه عامل با گروه شاهد بطور معنی دار متفاوت بوده اند ($p < 0/001$). در حالیکه از نظر سابقه پیاده روی، پرداختن به ورزش حرفه‌ای و نوع خاصی از این ورزش، و همچنین مصرف الکل تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشده است.

بحث و نتیجه گیری

اصلاح شیوه زندگی هسته اصلی کنترل استئوآرتریت است و با تعیین شیوه زندگی مناسب و بهداشتی می توان از شیوع این بیماری و عوارض و مشکلات ناشی از آن که بر دوش بیماران، خانواده‌ها و جامعه سنگینی می کند کاست.

این پژوهش نشان داد، سن بالا، جنسیت زن، اضافه وزن، استفاده از هورمون‌ها پس از یائسگی،

مشاغل سخت و طاقت فرسا، حمل بار، استفاده از پله، نشستن‌های چهارزانو، همچنین عدم مصرف مواد غذایی سرشار از ویتامین و مکمل، فعالیت‌های سخت در گذشته و عدم انجام پیاده‌روی در گذشته، انجام فعالیت‌های ورزشی حرفه‌ای نظیر وزنه‌برداری و فوتبال و مصرف سیگار و سابقه مثبت خانوادگی در ابتلا به استئوآرتریت در سنین میان سالی و سالمندی مؤثر است. همچنین در پژوهشی که توسط کومارداس و همکاران در رابطه با استئوآرتریت صورت گرفت مشخص شد: عوامل خطرزای اصلی در استئوآرتریت شامل، سن بالا، جنس زن، چاقی، شغل، عملکردهای فیزیکی سخت و فاکتورهای ژنتیکی و ژن‌ادی، کاهش مصرف ویتامین در بدن و مصرف دخانیات می‌باشد. همچنین کرون^۱ و همکارانش در سال ۲۰۰۷ یک مطالعه گذشته نگر تحت عنوان عوامل خطر ساز در ایجاد استئوآرتریت ژنتیکی (ایجاد شده در اعضای خانواده) را در هلند انجام دادند. هدف این پژوهش بررسی ارتباط بین عوامل خطر ساز سیستماتیک و موضعی و ابتلا به استئوآرتریت ژنتیکی در مناطق مختلف بود. جامعه این پژوهش را ۳۴۵ مرد و زن میانسال با میانگین سنی ۵۷ سال تشکیل می‌دادند ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای بود که از طریق مصاحبه اطلاعات آن تکمیل شد سئوالاتی راجع به نوع بیماری، خصوصیات دموگرافیک، وزن، قد، سیگار، وضعیت تولد، وضعیت هورمون‌ها، و نوع شغل مورد پرسش قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد، ۸۲٪ درصد زنان دارای OA^۲ در ستون فقرات، ۷۲٪ در دستان، ۳۴٪ در زانوها و ۲۴٪ در مفصل هیپ خود بودند. یائسگی در سنین جوانی (کمتر از ۴۵ سال) ۶/۲٪ شانس ابتلا به استئوآرتریت را بالا می‌برد، و شغل‌های فیزیکی سخت طاقت فرسا باعث افزایش ۶/۲٪ شانس ابتلا به استئوآرتریت در مردان بود. همچنین نتایج نشان دهنده این بود که OA خانوادگی به طور مشخصی در کسانی که BMI > ۳۰ داشتند ۰/۲ شانس ابتلا را بالا می‌برد. چاقی به عنوان یک عامل خطر ساز برای OA محسوب می‌شود. و با فشار بر مفاصل انتهایی موجب بروز استئوآرتریت می‌گردد.

افراد قد بلند با قدی بیش از ۱۸۰ سانتی متر با ۰/۳۳٪ شانس کمتری برای OA نشان دادند. جاها کوسکی و همکاران در سال ۲۰۰۸ تحقیقی مقطعی که تحت عنوان بررسی درد گزارش شده و در باره چگونگی عملکرد فیزیکی در مبتلایان به استئوآرتریت هیپ انجام دادند. هدف از این پژوهش که در کلینیک توانبخشی بیمارستان فنلاند انجام شد مشخص کردن فاکتورهای مرتبط با درد گزارش شده و عملکرد فیزیکی در بیماران مبتلا به استئوآرتریت هیپ بوده است. جامعه این پژوهش را ۱۱۸ نفر که ۳۵ مرد و ۸۳ زن با سن بین ۸۰-۵۵ سال، تشکیل می‌داد. این تحقیق بدون مداخله بالینی و از طریق پرونده‌های بیماران که در آنها موارد درد و چگونگی عملکرد فیزیکی گزارش شده بود، انجام گردید. پرونده هادر ۳۶ مورد بررسی و با توجه به دسته بندی بین المللی از عملکرد و ناتوانی و مدل سلامتی و فاکتورهای تاثیر گذار بر فرد مثل (سن، جنس، تحصیلات، افسردگی، رضایت از زندگی، مصرف سیگار، انجام فعالیت‌های ورزشی) و فاکتورهای پاتولوژیک نظیر (درجه رادیولوژیکی استئوآرتریت هیپ، شاخص توده بدنی BMI، و عملکرد بدنی و ساختمانی، قدرت خارجی عضلات پا، چرخش داخلی غیر فعال، خم شدن

1. Kroon
2. Osteoarthritis

مفصل هیپ، تست پیاده روی ۶ دقیقه ای، ۱۰ متری) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بدست آمده از این تحقیق نشان داد که سطح تحصیلات ($P < 0.01$) BMI ($P < 0.01$) و عملکرد فیزیکی با ($P < 0.01$)، رضایت از زندگی با ($p < 0.01$) به عنوان فاکتورهای تأثیر گذار در گزارش خود شخص مشخص شد. ارتباط معنی داری بین درد و فاکتورهای روانی مشخص نشد. همچنین ۴۸٪ این بیماران محل درد خود را یک طرفه و روی عضله گلو تئال نشان دادند. که این درد ممکن است همراه با درد پشت باشد و به سمت پایین و خلفی جانبی ران تیر بکشد. نتیجه نهایی این پژوهش نشان داد که میزان تحصیلات و رضایت از زندگی از فاکتورهای مؤثر در درد گزارش شده توسط خود اشخاص است. در نهایت، معاینه کننده باید سطح درد و محدودیت جسمانی همراه با شکایات بیماران را ارزیابی کنند نتایج تحقیق حاضر نشان داد: اکثریت افراد در گروه مورد (۷/۳۲٪) میانگین سنی (۶۰) سال، (۵۹٪) مونث، (۴۴٪) دارای شاخص توده بدنی (۲۵ تا ۲۹)، (۹۱٪) دارای تحصیلات دیپلم، (۹۱٪) متأهل، (۳۲٪) خانه دار، (۲۷٪) ساکن در شهر، (۹۲٪) دارای سابقه مثبت خانوادگی ابتلا به آرتروز، (۴۳٪) و دارای استئوآرتریت در مفصل زانوی خود بودند. و از نظر تعداد زایمان، نوع زایمان مصرف هورمون پس از یائسگی، مدت زمان سرپای ایستادن در شبانه روز، استفاده مکرر از پله در محل کار و منزل، نشستن چهارزانو، و حمل بار سنگین، گروه مورد در مقایسه با گروه شاهد از نظر آماری اختلاف معنا داری وجود داشت ($p < 0.01$).

همانگونه که ویلیام و همکاران مینویسد: برنامه‌های خود مراقبتی در استئوآرتریت شامل کاهش وزن در بیماران چاق، فیزیوتراپی و کاردرمانی، تغییر تحرک و فعالیت، اصلاح عملکردهایی که نیاز به خمیدگی و استفاده مکرر از مفاصل دارد. غالباً اثرات این بیماری بر عملکرد بیماران و کیفیت زندگی آنها بخصوص در بیماران مسن نادیده گرفته می‌شود و چالش بزرگی در استقلال افراد مبتلا است. شناختن عوامل خطرزا اولین گام در ارتقا سلامتی و فعالیت‌های مربوط به تندرستی و پیشگیری از بیماری‌ها می‌باشد.

منابع

اسملترز، سوزان. بیر، جی براندا، پرستاری داخلی جراحی برونر سوارث، ایدز آلرژي و روماتولوژی، ترجمه فروزان آتش زاده شوریده (۱۳۸۷) نشر سالمی، تهران.
 بلک، جویس، هوکس، جین هو کاس (۲۰۰۵) پرستاری داخلی جراحی ۲، ترجمه فروزان آتش زاده شوریده و همکاران (۱۳۸۶) ویرایش هفتم، نشر جامعه نگر، تهران.
 کاسپر، دنیس، اصول طب داخلی هاریسون، بیماری‌های روماتولوژی، ترجمه الهام زارع و همکاران (۱۳۸۷) انتشارات اندیشه رفیع، تهران.

Arden N , Nevitt M , (2007) , Osteoarthritis: Epidemiology Research Clinical Rheumatology , 20(1) , 3-25. [on line].
 Braunwald, F and etal, (2008) , Harrison's principles of internal medicine, edited , 17th ed , New

- York , MC Graw-hill.
- Kroon m& et al ,(2007), Risk factors in familial osteoarthritis : the GARP sibiling study, osteoarthritis Research society international , 1 , (16) 1-7.
- Kumar dus S.(2008). Osteoarthritis: Research clinical rheumatology. Volume 22, issue 4 , august , 657 – 675.
- Smeltzer SC & Bare BG ,(2008),Brunner R Suddarth ,Text Book Of Medical Surgical Nursing ,11th ed ,Philadelphila ,Lippincott William & Wilkins.
- Sudo A. etal.(2008), jornal of orthopaedic science ,springer japan,volum 13, number 5 /September.
- Williams F , Spector T , (2007) , Osteoarthritis , Journal of Rhemmatology , 126(2), 364-368<
<http://www.sciencedirect.com>.
- Hurkreader H & Hogan M.(2004),Fundamental of Nursing : Caring and Clinical judgment , 2 th ed ,saunders.

تاریخ وصول: ۸۹/۵/۱۱

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۷