

مقاله پژوهشی اصیل

ارتباط کیفیت زندگی با ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد مبتلا به آنژین صدری

محمدرضا جانی^۱، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه* محمدرضا رزم‌آرا^۲، کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد مبتلا به آنژین صدری در بیمارستان شهدای شهرستان قاین در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

زمینه. بیماری‌های قلبی عروقی شایع‌ترین علت مرگ در بیشتر کشورهای جهان از جمله ایران و مهم‌ترین عامل از کار افتادگی محسوب می‌شوند. بیماری‌های قلبی عروقی از قابل پیشگیری‌ترین بیماری‌های غیر واگیر به شمار می‌آیند. کیفیت زندگی در بیماری‌های قلبی عروقی با تغییرات نامناسب همراه است و عوامل متعددی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران نقش دارند.

روش کار. این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی- همبستگی بود که بر روی ۲۴۰ فرد مبتلا به آنژین صدری پایدار بستری در بخش‌های سی-سی‌یو و پست‌سی‌سی‌یو بیمارستان شهدای قاین از فروردین تا دی ماه ۱۳۹۴ از طریق سرشماری انجام شد. برای بررسی کیفیت زندگی از ابزار SF-36 استفاده شد. پرسشنامه از طریق مصاحبه برای بیماران تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری من ویتنی و کروسکال والیس با کمک نرم‌افزار SPSS-20 تحلیل شد.

یافته‌ها. میانگین نمره کل کیفیت زندگی از صد نمره، ۶۱/۷۴ با انحراف معیار ۲۲/۴۹ بود که نشان‌دهنده کیفیت زندگی در سطح خوب است. بر اساس یافته‌های این پژوهش، متغیر سن با ابعاد اختلال نقش به خاطر سلامت عاطفی ($P=0/034$)، انرژی/خستگی ($P=0/001$)، و سلامت عمومی ($P=0/004$)؛ متغیر جنس با ابعاد اختلال نقش به خاطر سلامت عاطفی ($P=0/008$)، انرژی/خستگی ($P=0/01$)، عملکرد اجتماعی ($P=0/003$)، و سلامت عمومی ($P=0/04$)؛ متغیر وضعیت تاهل با ابعاد عملکرد جسمی ($P=0/032$)، و انرژی/خستگی ($P=0/04$)؛ و متغیر وضعیت تحصیلات با ابعاد انرژی/خستگی ($P=0/007$) و سلامت عمومی ($P=0/001$) ارتباط معنی‌داری آماری دارند.

نتیجه‌گیری. با توجه به ارتباط کیفیت زندگی با برخی متغیرهای دموگرافیک، استفاده از رویکردهای مناسب مراقبتی ارتقای کیفیت زندگی از جمله اجرای برنامه‌های آموزشی برای افراد مبتلا به بیماری آنژین صدری توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آنژین صدری، کیفیت زندگی، متغیرهای دموگرافیک

۱ مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی قاین، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۲ مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری قاین، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قانات، قانات، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک:

reza.razmara69@gmail.com

مقدمه

بیماری عروق کرونر یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قلبی عروقی و به‌عنوان اصلی‌ترین عامل ناتوانی و مرگ در کشورهای پیشرفته است (حسین زاده و همکاران، ۲۰۱۰). آنژین قلبی درد قفسه سینه ناشی از بیماری عروق کرونری قلب است که به علت انسداد نسبی شریان‌های کرونر قلب و در نتیجه، نرسیدن خون کافی به قلب ایجاد می‌گردد. آترواسکلروز که در اثر تجمع چربی در دیواره داخلی رگ‌ها به وجود می‌آید نقش مستقیمی در بیماری عروق کرونری بازی می‌کند. بعضی عوامل خطر ساز پیدایش آنژین شامل سن بالا، جنس مذکر، دوران بعد از یائسگی، چاقی، سابقه خانوادگی، کمی تحرک و فعالیت بدنی، و استرس هستند (ساهرس و همکاران، ۲۰۰۴).

با وجود پیشرفت‌های سریع در حوزه تشخیصی و درمانی هنوز یک‌سوم بیمارانی که دچار سکته قلبی می‌شوند فوت می‌کنند و دو سوم آنها که زنده می‌مانند، هرگز بهبودی کامل پیدا نمی‌کنند و به زندگی عادی بر نمی‌گردند. این بیماری‌ها، هزینه هنگفتی را بر نظام‌های بهداشتی درمانی کشورها تحمیل می‌کنند. با این همه، بیماری‌های قلبی عروقی از قابل پیشگیری‌ترین بیماری‌های غیر واگیر محسوب می‌شوند (شهسواری و همکاران، ۲۰۱۲). آمارها در سطح جهانی نشان می‌دهد که ۲۳ درصد از موارد مرگ به علت ابتلا به بیماری عروق کرونر روی می‌دهد. از ۷۱۲ میلیون مرگ گزارش شده در هر سال در کشورهای توسعه یافته، شایع‌ترین علت، بیماری عروق کرونر است. تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰، بیماری‌های قلبی و عروقی، به ویژه بیماری عروق کرونر، سردسته بیماری‌هایی باشد که کارآمدی افراد را کاهش می‌دهد (نامداری و همکاران، ۲۰۰۵).

بیماری عروق کرونر باعث افزایش مرگ و ناتوانی در ایران می‌شود و تقریباً عامل ۵۰ درصد تمام مرگ‌ها در سال محسوب می‌گردد. در حالی که میزان مرگ ناشی از بیماری‌های عروق کرونر قلبی برحسب سن در کشورهای توسعه یافته در حال کاهش است، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این بیماری در ایران رو به افزایش می‌رود، به طوری که میزان آن بین ۲۰ تا ۴۵ درصد افزایش داشته است (شهسواری و همکاران، ۲۰۱۲). در ایران اولین و شایع‌ترین علت مرگ در همه سنین و در دو جنس، بیماری‌های قلبی به‌خصوص بیماری‌های عروق کرونر است و از کل ۷۰۰ تا ۸۰۰ مورد مرگ روزانه، ۳۱۷ نفر به علت بیماری‌های قلبی عروقی می‌میرند که از این تعداد، ۱۶۶ نفر به علت سکته قلبی فوت می‌کنند (موسسه بین‌المللی سلامت، ۲۰۱۱).

بیماری‌های قلبی عروقی از دیرباز سلامت انسان را به مخاطره انداخته و آن را تهدید نموده است. تغییراتی که در قرون اخیر در شیوه زندگی بشر امروزی ایجاد شده است، به‌ویژه تغییر در رفتارهای تغذیه‌ای، بهداشت روان، استرس‌های روزافزون و تنش‌های روحی، عادت‌های ناهنجار و غیربهداشتی (مصرف سیگار، آلودگی هوا و ...) سبب شده است سهم بیماری‌های قلبی عروقی در زمینه مراجعات پزشکی، هزینه‌های درمانی و از همه مهم‌تر مرگ افراد، افزایش یابد تا جایی که برخی پژوهشگران معتقدند امروزه شایع‌ترین علت مرگ و از کارافتادگی در سراسر دنیا، بیماری‌های قلبی عروقی است (بکس و همکاران، ۲۰۰۸). بیمارانی مبتلا به آنژین بیش از نیمی از موارد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی را تشکیل می‌دهند. بستری شدن مجدد بسیاری از بیماران، ناشی از نداشتن اطلاعات کافی و عدم پیروی از توصیه‌های پزشکی است (میر باقر آجریز و همکاران، ۲۰۱۴).

کیفیت زندگی مفهومی وسیع است و به‌صورت پیچیده‌ای با سلامت جسمی، وضعیت روان‌شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی فرد و همچنین عوامل محیطی ارتباط دارد (کریم زاده شیرازی، ۲۰۰۸). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک افراد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف استاندارد و علایق تعریف کرده است (ایسی کان و همکاران، ۲۰۰۱). کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی، ذهنی و پویا است که باگذشت زمان و بسته به موقعیت تغییر می‌کند (محمدی و همکاران، ۲۰۰۶). همان‌گونه که نتیجه مطالعه حسن پور دهکردی (۱۳۸۶) نشان داد برخی ابعاد کیفیت زندگی افراد مبتلا به سکته قلبی در سطح نسبتاً مطلوب و نامطلوب قرار داشته است.

حفظ و ارتقای کیفیت زندگی بیماران ایسکمیک در بهبودی و برگشت سریع‌تر بیماران به زندگی عادی، کاهش عوارض و پیشگیری از سکته قلبی مجدد نقش مهمی دارد (ایسی کان و همکاران، ۲۰۰۱). در بیماری ایسکمیک قلبی نیز مفهوم کیفیت زندگی از چنان اهمیتی برخوردار است که امروزه به‌عنوان معیار ارزیابی درمان در نظر گرفته می‌شود (شفیعی پور و همکاران، ۲۰۰۸؛ یونزاوا و همکاران، ۲۰۰۹). طی سه دهه اخیر، کیفیت زندگی به‌عنوان جزئی از سلامتی شناخته شده است و در ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی و درمانی و پیش‌بینی نیازهای مرتبط با مراقبت‌های اجتماعی و بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد (افتخار اردبیلی و همکار، ۲۰۱۵).

دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی علاوه بر کمک به درمان موثر، در ارتقای برنامه‌های حمایتی و اقدامات توانبخشی نیز سهم عمده‌ای دارد. با توجه به اینکه به حداکثر رساندن کیفیت زندگی از اهداف عمده درمان مبتلایان به نارسایی قلبی است، بنابراین، در گام اول، مراقبین بهداشتی و محققان باید اطلاعات بیشتری در مورد کیفیت زندگی این بیماران و نحوه ارتقای آن کسب کنند (عباسی و همکاران، ۲۰۱۶). شاخص کیفیت زندگی می‌تواند به صورت همه جانبه، تاثیر مراقبت ارائه شده را ارزیابی نماید و شناسایی عوامل موثر بر کاهش کیفیت زندگی و اتخاذ اقدامات پیشگیرانه جهت رفع آن بسیار حائز اهمیت است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط ویژگی‌های جمعیت شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آنژین صدری انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-همبستگی است که در آن، جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران آنژین صدری بودند که در بخش‌های مراقبت ویژه قلب (بخش سی‌سی‌یو با ۷ تخت و بخش پست‌سی‌سی‌یو با ۹ تخت) در بیمارستان آموزشی شهدای قاین در بازه زمانی فروردین تا دی ماه سال ۱۳۹۴ بستری شدند. نمونه‌ها (۲۴۰ نفر) از طریق سرشماری انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل تشخیص آنژین صدری توسط متخصص قلب، وجود علائم بالینی در بیمار و وجود نشانه‌های بیماری در نوار قلب، سن بین ۲۰ تا ۹۹ سال، و عدم ابتلا به بیماری مزمن یا حاد دیگر بودند. پژوهشگر پس از تصویب طرح تحقیقاتی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و انجام مطالعات کتابخانه‌ای و کسب آمادگی لازم برای انجام تحقیق، ثبت طرح تحقیقاتی و اخذ معرفی نامه رسمی از دانشکده پرستاری و مامایی قاین، به بیمارستان شهدا مراجعه و پس از کسب موافقت مسئولین، در بخش‌های مراقبت ویژه قلب بیمارستان اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود. بدین صورت که پژوهشگر هر روز از ساعت ۷/۳۰ صبح الی ۱۲ ظهر و از ساعت ۴ الی ۷ بعد از ظهر به بخش‌های مذکور مراجعه می‌کرد و بیماران واجد شرایط شرکت در مطالعه را انتخاب می‌نمود. پژوهشگر پس از معرفی خود به بیمار، اخذ رضایت کتبی آگاهانه از وی و توضیح هدف مطالعه، فرم اطلاعات دموگرافیک را بر اساس گفته‌های بیمار (مصاحبه) و پرونده بیمار تکمیل می‌نمود. سپس، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 به روش مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل می‌شد.

ابزارهایی که جهت جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی SF-36 بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل جنس، سن، وضعیت تاهل و تحصیلات بود. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 شامل هشت بعد عملکرد فیزیکی، ایفای نقش، درد بدن، درک کلی از سلامت، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روان است و هر کدام از این هشت بعد، صفر تا ۱۰۰ امتیاز دارد. امتیاز بالاتر، نشانه عملکرد بهتر است. سؤالات سه‌گزینه‌ای با نمره‌های صفر، ۵۰، و ۱۰۰؛ سؤالات پنج‌گزینه‌ای با نمره‌های صفر، ۲۵، ۵۰، ۷۵، و ۱۰۰؛ و سؤالات شش‌گزینه‌ای با نمره‌های صفر، ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، و ۱۰۰ در نظر گرفته شده‌اند. میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی ۵۰ است که نمرات بالاتر و پایین‌تر از ۵۰ به ترتیب نشان‌دهنده کیفیت بالای زندگی و کیفیت پایین زندگی هستند. این پرسشنامه به چندین زبان مختلف دنیا ترجمه شده است و روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد داخلی و خارجی مورد تایید قرار گرفته است. جهت تعیین ثبات درونی این پرسشنامه در جامعه مورد نظر، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که ۰/۷۹ به دست آمد. برای تعیین پایایی این ابزار از آزمون مجدد استفاده شد و ضریب پایایی پیرسون بین دو مرحله ۰/۸۴ محاسبه گردید. داده‌ها در فزار SPSS-20 وارد شدند و با توجه به غیرنرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون‌های آماری کروسکال‌والیس و من ویتنی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌ها، بیشترین درصد افراد تحت مطالعه در رده سنی ۴۰ تا ۵۹ سال (۴۲/۵ درصد)، زن (۵۸ درصد)، متاهل (۷۹/۵ درصد)، بی‌سوا (۴۳ درصد)، و خانه‌دار (۵۲ درصد) بودند. میانگین سنی واحدهای پژوهش، ۴۱ سال با انحراف معیار ۸/۲ بود. بر اساس آزمون کولموگوروف اسمیرنوف، همه ابعاد مختلف کیفیت زندگی دارای توزیع غیرطبیعی بودند. بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد درد بدنی (۶۸/۶۶) با انحراف معیار (۲۵/۴۰) و کمترین میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی (۵۰/۴۱ با انحراف معیار ۴۷/۶۴) بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی برخی متغیرهای دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
مرد	۱۰۱ (۴۲)
زن	۱۳۹ (۵۸)
سن (سال)	
۲۰-۳۹	۱۹ (۸)
۴۰-۵۹	۱۰۲ (۴۲/۵)
۶۰-۷۹	۹۱ (۳۸)
۸۰-۹۹	۲۸ (۱۱/۵)
وضعیت تاهل	
مجرد	۴۹ (۲۰/۵)
متاهل	۱۹۱ (۷۹/۵)
تحصیلات	
بی سواد	۱۰۳ (۴۳)
ابتدایی	۶۱ (۲۵/۴)
راهنمایی	۳۸ (۱۵/۸)
دیپلم	۲۳ (۹/۶)
بالتر از دیپلم	۱۵ (۶/۲)

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین (انحراف معیار)
عملکرد جسمی	۶۳/۶۶ (۲۸/۶۳)
اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	۵۰/۴۱ (۴۷/۶۴)
اختلال نقش به خاطر سلامت عاطفی	۶۷/۲۲ (۴۴/۶۰)
انرژی / خستگی	۶۴/۴۱ (۱۹/۹۱)
سرزندگی و نشاط	۶۷/۸۰ (۱۸/۲۴)
عملکرد اجتماعی	۶۵/۴۱ (۱۶/۸۶)
درد بدنی	۶۸/۶۶ (۲۵/۴۰)
سلامت عمومی	۵۳/۱۶ (۱۸/۸۸)
کیفیت زندگی به طور کلی	۶۱/۷۴ (۲۲/۴۹)

در بررسی ارتباط متغیر سن با ابعاد مختلف کیفیت زندگی، ارتباط معنی دار آماری بین این متغیر و ابعاد انرژی / خستگی ($P=0/001$)، اختلال نقش به خاطر سلامت عاطفی ($P=0/034$) و سلامت عمومی ($P=0/004$) مشاهده شد (جدول شماره ۳). در بررسی ارتباط متغیر جنس با ابعاد مختلف کیفیت زندگی، ارتباط معنی دار آماری بین جنس و عملکرد اجتماعی ($P=0/03$)، اختلال نقش به خاطر سلامت عاطفی ($P=0/008$)، انرژی و خستگی ($P=0/01$) و سلامت عمومی ($P=0/04$) مشاهده شد، به این ترتیب که کیفیت زندگی زنان در این ابعاد، از مردان بیشتر بود. همچنین، میانگین نمره کیفیت زندگی افراد متاهل در ابعاد انرژی و خستگی ($P=0/04$) و عملکرد جسمی ($P=0/032$) به طور معنی داری نسبت به افراد مجرد بیشتر بود. وضعیت تحصیلات نیز با بعد انرژی / خستگی ($P=0/007$) و سلامت عمومی ($P=0/001$) کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری داشت. در مقایسه دو به دوی سطوح مختلف تحصیلات از نظر بعد انرژی / خستگی کیفیت زندگی، بین افراد بی سواد و راهنمایی، بی سواد و دیپلم، بی سواد و بالاتر از دیپلم، و

ابتدایی و دیپلم تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت و در بعد سلامت عمومی کیفیت زندگی، تفاوت آماری معنی‌داری بین افراد بی‌سواد و ابتدایی، بی‌سواد و راهنمایی، بی‌سواد و بالاتر از دیپلم، ابتدایی و بالاتر از دیپلم، و دیپلم و بالاتر از دیپلم مشاهده شد.

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمرات ابعاد گوناگون کیفیت زندگی بر حسب متغیر سن

آزمون	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	رده سنی (سال)	ابعاد کیفیت زندگی
کروسکال-والیس	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)		
p=۰/۸۹	۶۰/۷۱ (۳۲/۱۳)	۶۳/۰۴ (۳۱/۰۵)	۶۳/۶۰ (۲۷/۱۳)	۷۱ (۲۶/۲۳)	۲۰-۳۹	عملکرد جسمی
p=۰/۵۳	۳۵/۷۱ (۴۴/۸۳)	۴۸/۹۱ (۴۷/۷۳)	۵۴ (۴۷/۵۰)	۶۰ (۵۰/۲۶)	۴۰-۵۹	اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی
p=۰/۰۳۴	۸۵/۷۱ (۲۴/۷۲)	۵۷/۹۷ (۴۸/۶۳)	۶۸ (۴۳/۹۱)	۸۰ (۴۱/۰۳)	۶۰-۷۹	اختلال نقش به خاطر سلامت عاطفی
p=۰/۰۰۱	۶۰ (۱۸/۶۵)	۵۹/۷۸ (۲۱/۱۹)	۶۵/۸۰ (۱۷/۶۲)	۸۵ (۱۱/۶۹)	۸۰-۹۹	انرژی/خستگی
p=۰/۰۶۲	۶۶/۲۸ (۱۰/۶۳)	۶۴ (۱۸/۱۰)	۶۹/۹۲ (۱۹/۵۰)	۷۶/۸۰ (۱۷/۰۹)		سرزندگی و نشاط
p=۰/۰۷	۶۷/۸۵ (۱۱/۵۰)	۶۰/۸۶ (۱۷/۸۹)	۶۹/۵۰ (۱۷/۴۳)	۶۲/۵۰ (۸/۱۱)		عملکرد اجتماعی
p=۰/۰۱۴	۷۹/۶۴ (۱۸/۴۳)	۶۴/۰۲ (۲۷/۰۶)	۶۷/۱۰ (۲۵/۹۱)	۸۲/۵۰ (۱۱/۵۸)		درد بدنی
p=۰/۰۰۴	۵۷/۱۴ (۱۴/۸۷)	۴۶/۵۲ (۱۹/۰۱)	۵۶ (۱۹/۲۱)	۶۴ (۱۱/۴۲)		سلامت عمومی
p=۰/۱۵۸	۶۴/۱۳ (۱۳/۸۸)	۵۸/۱۳ (۲۶/۵۶)	۶۳/۱۱ (۲۰/۹۳)	۶۹/۴۸ (۱۶/۰۲)		کیفیت زندگی به طور کلی

بحث

تحقیق حاضر به منظور بررسی ارتباط ویژگی‌های جمعیت شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آرتروز صدری انجام شد. یافته‌های مطالعه نشان داد میانگین نمره کل کیفیت زندگی، ۶۱/۷۴ با انحراف معیار ۲۲/۴۹، نشان‌دهنده سطح نسبتاً خوب کیفیت زندگی است. در بررسی نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی مشخص شد که ابعاد اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی و سلامت عمومی دارای پایین‌ترین میانگین نمره هستند که با نتایج مطالعه دسورت و همکاران (۲۰۱۱)، شجاعی و همکاران (۲۰۰۸) و همچنین، مطالعه یوسفی و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد.

در این مطالعه، میانگین نمره کیفیت زندگی زنان در ابعاد اختلال نقش به خاطر سلامت عاطفی، انرژی و خستگی، سلامت عمومی، سرزندگی و نشاط و درد بدنی بیشتر از مردان بود که با نتایج مطالعات یوریزا و همکاران (۲۰۰۶)، عابدی و همکاران (۲۰۱۱) و استرونبرگ و همکاران (۲۰۰۳) که گزارش دادند کیفیت زندگی زنان نسبت به مردان کمتر است همخوانی ندارد. عوامل متعددی می‌توانند کیفیت زندگی و ابعاد آن را تحت تاثیر قرار دهند که از جمله می‌توان به متفاوت بودن منطقه جغرافیایی، فرهنگ، و رده سنی اشاره کرد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، با افزایش سن، میانگین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کند. همچنین، رده سنی ۶۰ تا ۷۹ سال در ابعاد اختلال نقش به خاطر سلامت عاطفی، انرژی/خستگی، سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی دارای میانگین نمره پایین‌تری نسبت به سایر گروه‌های سنی بودند. این نتایج با نتایج مطالعات یوسفی و همکاران (۲۰۰۸)، سیام و همکاران (۲۰۱۳) و هو و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی دارند. نتایج مطالعه کارسون و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان می‌دهد که در افراد بالای ۶۵ سال کیفیت زندگی پایین‌تر است. همچنین، نتایج مطالعه رژه و همکاران (۲۰۱۴) نشان‌دهنده پایین بودن کیفیت زندگی در سنین ۶۰ سال به بالا می‌باشد.

در این مطالعه افراد متاهل دارای کیفیت زندگی بالاتری بودند؛ و در بیشتر ابعاد، میانگین نمره افراد مجرد پایین‌تر از افراد متاهل گزارش شد. در مطالعه سیام و همکاران (۲۰۱۳) نیز نتایج نشان‌دهنده پایین‌تر بودن کیفیت زندگی افراد مجرد است که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. نتایج مطالعه یوسفی و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان می‌دهد افراد مجرد دارای عملکرد اجتماعی و جسمی

پایین تری هستند. در مطالعه رژه و همکاران (۲۰۱۴) نیز عملکرد اجتماعی افراد مجرد پایین تر گزارش شد. به نظر می رسد وجود خانواده و داشتن همسر می تواند به بیماران در برخورد با تنیدگی ها کمک بیشتری نماید و در نتیجه کیفیت زندگی را افزایش دهد. بر اساس یافته های این مطالعه، افراد با سطح تحصیلات پایین تر و بی سواد کیفیت زندگی پایین تری داشتند. در مطالعه یوسفی و همکاران (۲۰۰۸) نیز نتایج نشان می دهد که در افراد بی سواد میانگین نمره کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی پایین تر است که با نتایج این مطالعه مطابقت دارد. در مطالعه سیام و همکاران (۲۰۱۳) نیز مشخص شد افراد با سطح تحصیلات بالاتر دارای کیفیت زندگی بالاتری هستند. از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به بی سواد بودن تعداد زیادی از نمونه ها اشاره کرد که به همین دلیل، پژوهشگر مجبور به خواندن تمامی سوالات برای آنها می شد که زمان زیادی را به خود اختصاص داد.

نتیجه گیری

با توجه به ارتباط بین کیفیت زندگی و برخی متغیرهای دموگرافیک، استفاده از رویکردهای مناسب مراقبتی ارتقای کیفیت زندگی از جمله اجرای برنامه های آموزشی برای بیماران مبتلا به بیماری آنژین صدری پیشنهاد می شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند است که با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1396.1 به ثبت رسیده است. پژوهشگران از پرسنل محترم بیمارستان شهدای قاین و بیماران شرکت کننده در پژوهش که در انجام مطالعه کمک کردند قدردانی می کنند.

منابع فارسی

- افتخاردبیلی، ح. میرسعیدی، ز. بررسی کیفیت زندگی و متغیرهای دموگرافیک مؤثر بر آن در سالمندان تحت پوشش مرکز بهداشت جنوب تهران در سال (۱۳۸۹)، مجله سالمندی ایران، ۹ (۴)، ۲۶۸-۲۷۷.
- حسن پور دهکردی و همکاران. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی درمانی هاجر شهرکرد (۱۳۸۴)، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۹ (۳)، ۷۸-۸۴.
- حسن زاده، ط. پاریاد، ع. کاظم نژاد، ا. اسیری، ش. پیش بینی کننده های خودکارآمدی رفتار تغذیه ای در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر (۱۳۸۹)، مجله پرستاری و مامایی، ۲۰ (۱۳)، ۸-۱۳.
- حیدری، م. شهبازی، س. بررسی تأثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان (۱۳۹۱)، نشریه پرستاری ایران، ۲۵ (۷۵)، ۸۰-۱.
- سیام، ش. حیدرنیا، ع. طوافیان، ص. بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران قلبی پس از جراحی قلب (۱۳۹۱)، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۹ (۶)، ۳۳-۴۱.
- شجاعی، ف. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (۱۳۸۷)، مجله حیات، ۱۴ (۲)، ۱۳-۵.
- شفیع پور، و. شفیع پور، ل. نیازهای آموزشی هنگام ترخیص بیماران زن و مرد مبتلا به انفارکتوس میوکارد در بیمارستان های شهرستان ساری (۱۳۸۶)، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۹ (۴)، ۶۶-۷۱.
- شهسواری اصفهانی، س. نظری، ف. کریم یار جهرمی، م. صادقی، م. بررسی اپیدمیولوژیک بیماران قلبی عروقی بستری در بیمارستان های جهرم در سال (۱۳۹۱)، فصلنامه پرستاری قلب و عروق، ۲ (۲)، ۲۱-۱۴.
- صفرزادگان، ن و همکاران. شیوع بیماری عروق کرونر در یک جمعیت شهری در اصفهان، ایران (۱۳۷۹)، ۵۴ (۵)، ۲۴۳-۲۵۷.
- عابدی، ح. یاسمن علیپور، م. عبد یزدان، غ. کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به مراکز سرپایی شهر کرمان (۱۳۸۹)، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۳ (۵)، ۶۳-۵۵.
- عباسی، ک. محمدی، ع. صادقیان، ح. غلامی فشارکی، م. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (۱۳۹۵)، مجله پژوهش پرستاری، ۱۱ (۲)، ۲۳-۱۰.
- کازرانی، ح. ارتباط بین سطح بالای پروتئین های فاز حاد با وقوع حملات قلبی در بیماران با آنژین ناپایدار در بیمارستان (۱۳۸۶)، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی همدان، ۱۴ (۳)، ۵-۸.
- کریم زاده شیرازی، م. رضویه، ا. کاوه، م. ارتباط کیفیت زندگی و خودکارآمدی معلمان شاغل شهرستان شهرکرد (۱۳۸۷)، مجله دانشگاه علوم

- پزشکی شهرکرد، ۱۰(۱)، ۲۸-۳۵.
- محمدی، ف. طاهریان، ا. حسینی، م. رهگذر، م. بررسی تأثیر اجرای توان بخشی قلبی در منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی (۱۳۸۵) مجله توانبخشی، ۷(۳)، ۱۱-۱۹.
- میرباقر آجرپز، ن. کفایی عطریان، م. تأثیر آموزش مراقبت از خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری ناپایدار در بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال (۱۳۸۹)، مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی، ۱۱(۱)، ۷-۱.
- نامداری، م و همکاران. سندرم های حاد کرونری مکمل (۱۳۸۴)، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۷(۱)، ۲۳-۲۸.
- هروی، م و همکاران. کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد و عوامل مرتبط با آن، یک مطالعه مقطعی (۱۳۹۳)، ۹(۴)، ۱-۱۱.
- یوسفی، ب. سبزواری، س. محمدعلیزاده، س. حقدوست، ع. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی کرمان (۱۳۹۰)، پژوهش پرستاری، ۶(۲۱)، ۵۹-۶۷.

منابع انگلیسی

- Bekos C, Pieri L, Angelides N, Moro S. Prevalence of multifocal atherosclerosis and comorbidity on symptomatic Cypriot inpatients. *IntAngiol* 2008. Oct; 419-25.
- Broddadottir H, Jensen L, Norris C, Graham M. Health related quality of life in women with coronary artery disease. *European journal of cardiovascular nursing*. 2009; 8 (1):18-25.
- Carson P, Tam SW, Ghali JK, Archambault WT, Taylor A, Cohn JN, Braman VM, et al. Relationship of quality of life scores with baseline characteristics and outcomes in the African- American heart failure trial. *J Card Fail*. 2009; 15(10): 835-42
- Dessotte CA, Dantas RA, Schmidt A, Rossi LA. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(5): 1106-13.
- Hou N, Chui MA, Eckert GJ, Oldridge NB, Murray MD, Bennett SJ. Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. *Am J Crit Care*. 2004; 13 (2): 153-61.
- Isikhan V, Guner P, Kömürçü S, Ozet A, Arpacı F, Öztürk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer-I. *Cancer Nurs*. 2001; 24(6): 490-5.
- Izabel Cristina Ribeiro da Silva Saccomann, Fernanda Aparecida Cintra, Maria Cecilia Bueno Jayme Galvani. Health-related quality of life among the elderly with heart failure: a generic measurement. *Sao Paulo Med J*. 2010; 128(4):192-6
- National Institute for Health and Clinical Excellence. The management of stable angina. [Cited 2011 July]. Available from: URL:<http://www.nice.org.uk/guidance/CG126>.
- Sehars K, Kathleen E, The effect of tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life, and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. *Heart Lung*. 2004; 33(4):249-260.
- Spiraki Ch, kaitelidou D, papakonstantinou V, prezerakos P, maniadakis N. Health related quality of life measurement in patients admitted with coronary heart disease and heart failure to a cardiology department of a secondary urban hospital in Greece. *HJc*. 2008; 49: 241-247.
- Stromberg A, Martensson J. Gender differences in patients with heart failure. *Eur J CardioNurs*. 2003; 2 (1): 7-18.
- Urizar GG, Sears SF. Psychosocial and cultural influences on cardiovascular health and quality life among Hispanic cardiac patients in South Florida. *J Behav Med*. 2006; 29(3): 255-68.
- Velanovich V, Behavior and analysis of 36-Item short-form Health survey data for surgical quality of life research. *Arch sury* 2007; 142(5): 473- 478.
- Yonezawa R et al. Effects of phase 2 cardiac rehabilitation on job stress and health-related quality of life after return to work in middle-aged patients with acute myocardial infarction. *int heart j* 2009; 50(3): 279-289.

Original Article

The relationship between quality of life and demographic characteristics of people with angina pectoris

Mohammadreza Jani¹, MSc
* Mohammadreza Razmara², MSc

Abstract

Aim. The aim of this study was to determine the relationship between quality of life and demographic characteristics of people with angina pectoris in Shohada Hospital in Qaen city, Iran in 2014.

Backgrounds. Cardiovascular disease is the most common cause of death in most countries around the world, including Iran, and also, it is the most important cause of disability. Cardiovascular disease is one of the most preventable non-communicable diseases. Quality of life in heart disease is associated with inappropriate changes, as several factors contribute to improving the quality of life of these patients..

Method. This cross-sectional correlational study was conducted on 240 individuals with angina pectoris in the CCU and Post-CCU wards of Shohada Qaen Hospital, Qaen, Iran, from April to December 2014. The sample were recruited by census method and the SF-36 tool was used to assess the quality of life. The questionnaire was completed by interviewing patients. Data were analyzed in SPSS-20, using Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests.

Findings. The mean score of total quality of life was 61.74 ± 22.49 , indicating good quality of life. The findings showed that the age was significantly related to the role disorder due to emotional health ($P=0.034$), energy/ fatigue ($P=0.001$) and general health ($P=0.004$) domains of quality of life. The gender was significantly related to the role disorder due to emotional health ($P=0.008$), energy/ fatigue ($P=0.01$), social function ($P=0.003$) and general health ($P=0.04$). The marital status was significantly related to the physical function ($P=0.032$), and energy/ fatigue ($P=0.04$). Finally, a statistically significant relationship was found of education level with energy/ fatigue ($P=0.007$) and general health ($P=0.001$).

Conclusion. The use of appropriate care approaches, including educational programs is suggested for people with angina pectoris in order to improve their quality of life.

Keywords: Angina pectoris, Quality of life, Demographic variables

1 MSc in Critical Care Nursing, Qaen Nursing and Midwifery School, Birjand, Iran

2 MSc in Medical-Surgical Nursing education, Faculty Member of Nursing Department, Qaen Nursing School, Islamic Azad University, Qaen Branch, Qaen, Iran ,(*Corresponding Author) email: reza.razmara69@gmail.com