مقاله پژوهشي
مجله دانشگاه علوم پزشكي رفسنجان
دوره یازدهم، مرداد و شهریور ۱۳۹۱، ۲۳۰-۲۱۹

بررسی مهم‌ترین جنبه‌های زندگی متأثر از بیماری در مبتلایان به انفارکتوس میوکارد در رفسنجان: یک مطالعه کوهورت تاریخی بر کیفیت زندگی

رضا وزیری‌نژاد[1]، علی اسماعیلی ندیمی[2]، یگانه پرورش[3]، محسن رضائیان[4]

دریافت مقاله: ۸۹/۱۰/۱۵ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۰/۱/۲۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۰/۵/۲۲ پذیرش مقاله: ۹۰/۷/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: یکی از بهترین روش‌های شناخته شده در اندازه‌گیری سطح سلامتی، ارزیابی کیفیت زندگی است. در مطالعه حاضر، میزان تأثیر بیماری انفارکتوس میوکارد (Myocardial Infarction) بر کیفیت زندگی بیماران و مهم‌ترین جنبه‌های متأثر از بیماری در زندگی مبتلایان مورد ارزیابی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه هم‌گروهی تاریخی (Historical cohort) در سال ۱۳۸۷ در شهرستان رفسنجان انجام شد. یک هم‌گروه که از لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات، طبقه اجتماعی و وضعیت تأهل همسان بودند و تنها از نظر ابتلا به بیماری MI در دو گروه بیمار (۵۰ نفر) و سالم (۵۰ نفر) قرار داشتند، مورد بررسی قرار گرفته‌اند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه Short Form-366 بود. از روش‌های آماری پارامتریک (*t-test*) و غیر پارامتریک (من‌ویتنی و مجذور کای) جهت انجام مقایسات نمرات کسب شده در دو گروه استفاده شد.

یافته‌ها. نسبت افراد با کیفیت زندگی نامطلوب در گروه مبتلا به MI به طور معنی‌داری بیش از این نسبت در گروه سالم بود(p=۰/۰۰۱). مهم‌ترین جنبه متأثر از این بیماری وضعیت احساسی و عاطفی بوده است. محاسبه خطر نسبی نشان داد که ابتلا به بیماری دیابت به طور معنی‌داری و به اندازه ۲/۷ برابر احتمال ایجاد کیفیت زندگی نامطلوب را در افراد تحت بررسی افزایش می‌دهد (۶-۱/۲ CI=٪۹۵).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این مطالعه بیماری MI احتمال ایجاد زندگی با کیفیت نامطلوب را در بیماران به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد. انجام مداخلات لازم که متمرکز بر مهم‌ترین جنبه‌های متأثر از بیماری MI باشد، می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، انفارکتوس میوکارد، خطر نسبی، خطر قابل انتساب

1- دانشیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
تلفن: ۰۳۹۱-۵۲۳۴۰۰۳، دورنگار: ۰۳۹۱-۵۲۲۵۲۰۹، پست الکترونیکی: rvazirinejad@yahoo.co.uk
2- دانشیار گروه آموزشی داخلی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
3- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
4- استاد گروه آموزشی اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مقدمه

اولین قدم برای ارتقاء سلامتی، اندازه‌گیری سطح سلامتی موجود می‌باشد و یکی از بهترین روش‌های شناخته شده در اندازه‌گیری سطح سلامتی، ارزیابی کیفیت زندگی (Quality of life ,QOL) است. این مفهوم غالباً به همراه مفاهیمی همچون ناتوانی (Disability)، نقص عضو (Impairment) و معلولیت (Handicap) مطرح گردیده و به عنوان یک شاخص بهتر در ارزیابی وضعیت سلامتی به ویژه در افرادی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، استفاده شده است [۳-۱].

همان‌طور که در تعریف واژه‌ها ذکر شد، بر طبق نظر گروه کیفیت زندگی در سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی عبارت است از درک افراد از موقعیت‌شان در زندگی در زمینه سیستم‌های ارزشی و فرهنگی حاکم بر زندگی آنها و در رابطه با هدف آنها، توقعاتشان، معیارهایشان و علاقه‌هایشان [۵-۴].

اگرچه QOL یک مفهوم چند بعدی است ولی عمدتاً در ارزیابی آن، سه قلمرو مهم زندگی اندازه‌گیری شده است که شامل عملکرد اجتماعی، فیزیولوژیکی و فیزیکی است [۴]. پس QOL ترکیبی از وضعیت انسان در جنبه‌های مختلف زندگی است. این جنبه‌ها بسته به ماهیت بیماری و به تناسب می‌توانند تحت تأثیر قرار گیرند. از آن جایی که مفهوم کلی کیفیت زندگی ماحصل طرز تلقی فرد از مجموعه و برآیند وضعیت وی در تمامی این جوانب می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که تقویت برداشت مثبت فرد از یک یا چند جنبه خاص از زندگی می‌تواند تا حدودی جبران ضعف یک یا چند جنبه دیگر از زندگی وی را بنماید. بنابراین، گر چه مثلاً یک بیماری یا بالا رفتن سن می‌تواند روی طبیعت جسمی و روحی فرد اثر بگذارد، اما فرد می‌تواند به رشد، ترقی و تقویت سایر جنبه‌ها در مسیرهای دیگر اجتماعی، فیزیولوژیکی و ذهنی ادامه دهد. تشخیص مهم‌ترین جنبه‌های زندگی فرد بیمار که متأثر از بیماری و وضعیت سلامتی وی می‌باشد در این مسیر امری ضروری و حیاتی است.

انفارکتوس میوکارد یکی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در بیماران بستری شده در بیمارستان‌های کشورهای صنعتی می‌باشد و زمانی روی می‌دهد که میزان جریان خون کرونر به دنبال انسداد ترومبوتیک شریان کرونری که قبلاً توسط اترواسکلروز تنگ شده است، ناگهان کاهش یابد.

در مبتلایان به MI همچون سایر بیماری‌های مزمن، کیفیت زندگی موضوع بسیار جدی است که بایستی مورد توجه و ارزیابی قرار گیرد. همانند هر بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دیگری، فرد مبتلا به MI با مشکلاتی مواجه است که تمام جنبه‌های زندگی روزمره وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۶]. مطالعات مقایسه‌ای قبلی که در سایر جوامع انجام شده است، تأثیر بیماری MI را بر جنبه‌های فیزیکی و اجتماعی زندگی مبتلایان به ویژه زنان بیمار نشان داده‌اند [۸-۶]. به دلیل تأثیر مداخلات پزشکی و بهداشتی در جوامع انسانی در طول دهه‌های اخیر، به وضوح شاهد طولانی شدن امید به زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به ویژه مبتلایان به MI می‌باشیم [۹]. به عبارت دیگر، اکنون مبتلایان به MI مدت‌های طولانی با تجربه این بیماری به زندگی ادامه می‌دهند و این در حالی است که دیگر همچون قبل از بروز بیماری، آزادی انجام هرگونه فعالیت را ندارند. این بدین معنا است که انجام مطالعاتی از قبیل مطالعه حاضر به منظور شناسایی مهم‌ترین جنبه‌های زندگی که متأثر از بیماری بوده

ضروری می‌باشد و نتایج حاصل در انجام مداخلات لازم، مفید و مؤثر خواهد بود.

در پژوهش حاضر سطح کیفیت زندگی مبتلایان به MI با هم‌گروه‌های سنی و جنسی آنها که از نظر پاره‌ای دیگر از عوامل مهم تأثیرگذار نیز با بیماران یکسان گردیده‌اند، با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد شده SF-36 مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفته است. مقالات پزشکی منتشر شده در سراسر دنیا نشان می‌دهند که SF-36 از ابزارهایی است که بیشترین استفاده را در ارزیابی کیفیت زندگی مبتلایان به MI در سراسر دنیا و با زبان‌ها و فرهنگ‌های مختلف داشته است [۱۰]. مهم‌ترین اشکالی که بر بسیاری از مطالعات مشابه در این زمینه وارد می‌باشد این است که از روش صحیحی در ارزیابی و مقایسه کیفیت زندگی استفاده نشده است و غالباً نتایج معتبری را گزارش ننموده‌اند[۱۲-۱۱].

در مطالعه حاضر با طراحی یک مطالعه کوهورت تاریخی میزان تأثیر حضور بیماری MI بر کیفیت زندگی بیماران از جنبه‌های گوناگون مورد بررسی واقع شده است. هدف از انجام مطالعه حاضر، شناخت مهم‌ترین جنبه‌های متأثر از بیماری در زندگی مبتلایان به MI می‌باشد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه هم‌گروهی تاریخی (Historical cohort) است که در سال ۱۳۸۷ در شهر رفسنجان انجام شد و در آن یک هم‌گروه ۱۰۰ نفره که از لحاظ سن، جنس، سطح تحصیلات، طبقه اجتماعی و وضعیت تأهل یکسان بوده‌اند، مورد مطالعه قرار گرفته است. افراد هم‌گروه تنها از نظر ابتلا به بیماری MI در دو گروه بیمار (تعداد ۵۰ نفر) و سالم (تعداد ۵۰ نفر) قرار داشتند.

با استفاده از پرسش‌نامه استاندارد شده SF-36 در یک دوره سه ماهه از تاریخ اول شهریور ۱۳۸۷ تا پایان آبان ماه همان سال سطح کیفیت زندگی افراد مورد ارزیابی قرار گرفته است. در زمان شروع مطالعه از تاریخ شروع بیماری مبتلایان حداقل ۶ ماه گذشته بود. بیماران شامل تمامی افراد مبتلا به MI که در مقطع زمانی سه ماهه‌ی مطالعه، تحت نظر متخصصین قلب و عروق شهر رفسنجان بوده‌اند، می‌شدند. این افراد از طریق کلینیک بیماری‌های قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در دسترس بوده و دعوت به مطالعه را پذیرفتند. افراد سالم هم‌گروه از بین دوستان، همکاران، خانواده و آشنایان آنها به صورتی انتخاب شده‌اند که همسانی مورد نظر بر اساس متغیرهای مهم وجود داشته باشد. اطلاعات کافی در مورد روش و اهداف مطالعه در اختیار افراد شرکت‌کننده قرار گرفت و در صورت تمایل افراد به شرکت در مطالعه از آنها رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. پس از اخذ موافقت‌نامه توسط یک فرد آموزش‌دیده در محیطی آرام (کلینیک و یا بیمارستان) ابتدا سؤالات موجود در چک لیست مطرح و پس از پاسخ به آن از شرکت‌کنندگان درخواست گردید تا خود به مطالعه بخش دوم سؤالات (پرسش‌نامه کتبی SF-36) پرداخته و به آنها پاسخ دهند. روش مطالعه به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه رسیده بود.

به منظورجمع‌آوری اطلاعات، ابزاری شامل دو بخش اصلی مورد استفاده قرار گرفت. بخش اول چک لیست مطالعه بود که تعدادی سؤال دموگرافیک از قبیل سن، جنس، طبقه اجتماعی (بر اساس میزان درآمد سالانه)، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت ابتلا به بیماری در مبتلایان را شامل می‌شد. بخش دیگر کلیه سؤالات موجود در پرسش‌نامه SF-36 بود که قبلاً به فارسی ترجمه شده و

مورد استفاده قرار گرفته است [۱۲-۱۱]. در این پرسش‌نامه ۳۶ سؤال به صورت؛ ۲ سؤال کلی در مورد وضعیت سلامتی، ۱۰ سؤال در مورد فعالیت فیزیکی روزانه، ۴ سؤال در مورد تأثیر مشکلات فیزیکی بیماری بر شغل، ۳ سؤال در مورد تأثیر مشکلات روحی و روانی ناشی از بیماری بر شغل، ۱ سؤال در مورد تأثیر مشکلات فیزیکی، روحی و روانی ناشی از بیماری بر فعالیت اجتماعی آنها، ۲ سؤال در مورد وجود درد و تأثیر ان بر فعالیت‌های روزانه، ۴ سؤال در مورد درک و تصور افراد از سلامتی خود، ۹ سؤال در مورد احساس فرد در مورد محیط اطراف خود و یک سؤال در مورد تأثیر مشکلات فیزیکی، روحی و روانی ناشی از بیماری بر روابط اجتماعی افراد وجود دارد. پرسش‌نامه SF-36 اول بار توسط Ware طراحی گردید و یکی از مهم‌ترین پرسش‌نامه‌های مورد استفاده جهت ارزیابی کیفیت زندگی هم در جمعیت سالم و هم در بین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌باشد که اعتبار و روایی آن مکرراً مورد تأیید محققان واقع شده است [۱۵-۱۳، ۱۰].

اطلاعات جمع‌آوری شده در محیط SPSS نسخه ۱۲مورد پردازش قرار گرفت و از روش‌های آماری پارامتریک *(t-test)* و غیرپارامتریک (من‌ویتنی و مجذور کای) استفاده گردید. جهت مقایسه متغیرهای تحت بررسی به منظور محاسبه خطر نسبی و نیز میزان بروز کیفیت زندگی نامطلوب در دو گروه تحت بررسی، ابتدا تمامی نمرات کسب شده از سؤالات پرسش‌نامه توسط افراد پاسخ‌دهنده (در هر دو گروه) با یکدیگر جمع و سپس بر تعداد سؤالات (۳۶ عدد) تقسیم شد. به این ترتیب، یک میانگین کلی از نمرات هر فرد محاسبه گردید که در واقع میانگین نمره کیفیت زندگی فرد بر اساس پرسش‌نامه SF-36 می‌باشد. به منظور تقسیم افراد به دو دسته با کیفیت زندگی مطلوب و کیفیت زندگی نامطلوب تفاوت حداقل (کسی که پایین‌ترین کیفیت زندگی ممکن را دارد میانگین=۱/۷۲) و حداکثر (کسی که بالاترین کیفیت زندگی ممکن را دارد میانگین=۳/۵۳) میانگین کسب شده محاسبه و حد وسط آن (۰/۹) به اندازه حداقل (میانگین=۱/۷۲) اضافه گردید و حاصل آن (میانگین=۲/۶۲) به عنوان مرز بین کیفیت زندگی مطلوب و نامطلوب در نظر گرفته شد.

نتایج

نتایج حاصل از مطالعه در دو قسمت زیر ارایه می‌گردد:

الف) ویژگی‌های دموگرافیک: در جدول یک اطلاعات مربوط به وضعیت افراد مورد مطالعه در دو گروه بیمار و سالم از نظر متغیرهای دموگرافیک تحت بررسی نمایش داده شده است. بر اساس مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی توزیع افراد تحت بررسی در دو گروه بیمار و سالم از نظر آماری یکسان می‌باشد. آزمون آماری مورد استفاده (مجذورکای) اختلاف معنی‌داری را بین توزیع افراد بر اساس این متغیرها در دو گروه نشان نداد.

نتایج نشان داد که هیچ‌گونه اختلاف معنی‌دار آماری بین میانگین سنی دو گروه بیمار (۱۱/۸±۵۶/۵ سال) و سالم (۹/۱±۵۵/۹ سال) وجود نداشت. حدود سه‌پنجم (۵۸٪) مبتلایان در گروه سنی بین ۳۰ و ۶۰ سال قرار داشته‌اند. به همین ترتیب بر اساس سایر متغیرهای دموگرافیک تحت بررسی یعنی طبقه اجتماعی، وضعیت تحصیلی و وضعیت تأهل نیز تعداد و نسبت‌های افراد در دو گروه تحت بررسی از نظر آماری تفاوت معنی‌دار نداشته‌اند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد تحت بررسی در دو گروه بیمار و سالم براساس پاره‌ای از متغیرهای دموگرافیک

ویژگي‌هاي دموگرافيك	گروه‌هاي مورد مقايسه				کل	
	بیمار		سالم			
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)
جنسیت						
- مرد	۲۹	(۵۸)	۲٦	(٥٦)	٥٥	(٥٥)
- زن	۲۱	(٤۲)	۲٤	(٤٤)	٤٥	(٤٥)
سن						
- زیر ۴۰	۴	(۸)	۲	(۴)	۶	(۶)
- ۴۰-۵۹	۲۵	(۵۰)	۲۶	(۵۲)	۵۱	(۵۱)
- ٦۰+	۲۱	(۴۲)	۲۲	(۴۴)	۴۳	(۴۳)
طبقه اجتماعي						
- ضعیف	۲۶	(۵۲)	۲۸	(۵۶)	۵۴	(۵۴)
- متوسط	۱۵	(۳۰)	۱۶	(۳۲)	۳۱	(۳۱)
- بالا	۹	(۱۸)	۶	(۱۲)	۱۵	(۱۵)
وضعيت تحصيلي						
- بیسواد	۱۷	(۳٤)	۱۷	(۳٤)	۳۱	(۳٤)
- ابتدايي	۹	(۱۸)	۱۳	(۲٦)	۲۵	(۲۲)
- راهنمايي	۵	(۱۰)	۳	(٦)	۵	(۸)
- دیپلم	۸	(۱٦)	۸	(۱٦)	۱٦	(۱٦)
- بالاتر از دیپلم	۱۱	(۲۲)	۹	(۱۸)	۲۰	(۲۰)
وضعيت تأهل						
- متأهل	۴۴	(۸۸)	۴۴	(۸۸)	۸۸	(۸۸)
- مجرد	۶	(۱۲)	۶	(۱۲)	۱۲	(۱۲)
محل سکونت						
- شهر	۴۱	(۸۲)	۳۹	(۷۸)	۸۰	(۸۰)
- روستا	۹	(۱۸)	۱۱	(۲۲)	۲۰	(۲۰)

بر اساس اطلاعات کسب شده تنها ۱۸٪ افراد بیمار در طبقه اجتماعی بالا قرار داشته‌اند و اکثریت آنها (۸۲٪، ۴۱ نفر) در طبقه ضعیف و کم درآمد قرار می‌گرفته‌اند.

ب) نمرات مربوط به پرسش‌نامه SF-36: میزان خطر نسبی بروز کیفیت زندگی نامطلوب در افراد مبتلا به بیماری MI در جمعیت تحت بررسی محاسبه شد.

توزیع افراد تحت بررسی بر اساس وضعیت کیفیت زندگی آنها در دو گروه مواجهه یافته با بیماری (گروه بیماران) و گروه مواجهه نیافته با بیماری (گروه افراد سالم) نشان می‌دهد ۶۴٪ افرادی که به بیماری MI دچار شده‌اند از وضعیت نامطلوب کیفیت زندگی رنج می‌برند در حالی که این نسبت در افرادی که به این بیماری مبتلا نمی‌باشند (گروه سالم) ۴۰٪ (۲۰ نفر) می‌باشد. محاسبه

خطر نسبی نشان می‌دهد که ابتلا به بیماری MI به طور معنی‌داری و به اندازه ۲/۷ برابر احتمال ایجاد کیفیت زندگی نامطلوب را در افراد تحت بررسی افزایش می‌دهد (CI=۱/۲-۶/۰ ٪۹۵).

محاسبه خطر قابل انتساب (attributable risk) نشان می‌دهد که ۳۷/۵٪ از خطر ایجاد کیفیت زندگی نامطلوب در بیماران به طور صرف، ناشی از وجود بیماری MI می‌باشد.

اطلاعات مربوط به نمرات کسب شده بیماران و افراد سالم در ارتباط با قضاوت آنها در مورد ۹ بخش مختلف پرسش‌نامه SF-36 در جدول ۲ آمده است.

همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد میانگین نمرات حاصل از بعضی جنبه‌های زندگی در گروه بیماران به طور معنی‌داری پایین‌تر از افراد سالم می‌باشد. این جنبه‌ها به ترتیب اهمیت و تأثیر بیشتر بیماری بر آنها عبارتند از: تأثیر وضعیت سلامت روحی و جسمی بر روابط اجتماعی (p=۰/۰۰۰، df=۹۸، t=۴)؛ احساس افرد در رابطه با محیط اطراف و انرژی آنها (p=۰/۰۰۰، df=۹۸، t=۳/۹)؛ سلامتی کلی آنها و نیز در مقایسه با سال گذشته (p=۰/۰۰۰، df=۹۸، t=۴/۲)؛ تأثیر سلامتی فیزیکی بر فعالیت‌های روزانه (p=۰/۰۰۰، df=۹۸، t=۳/۷) و احساس افراد در رابطه با وضعیت سلامتی (p=۰/۰۴۹، df=۹۸، t=۱/۹). سایر ابعاد مورد ارزیابی توسط پرسش‌نامه SF-36 در دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند.

جدول ۲- نمرات کسب شده بیماران و افراد سالم در ارتباط با قضاوت آنها در مورد ۹ بخش مختلف پرسش‌نامه SF-36

قسمت‌های مختلف **SF-36** (حداکثر نمره)	گروه‌های مورد مقایسه		P value
	بیمار انحراف معیار±میانگین	سالم انحراف معیار±میانگین	
سلامتی کلی افراد و نیز در مقایسه با سال گذشته [۵]	۳/۲۶±۰/۵۴	۲/۶۸±۰/۸۲	۰/۰۰۰
تأثیر سلامتی فیزیکی بر فعالیت‌های روزانه [۳]	۲±۰/۵۲	۲/۴±۰/۵	۰/۰۰۰
تأثیر سلامت فیزیکی بر فعالیت شغلی [۲]	۱/۴±۰/۴۴	۱/۵۴±۰/۴۷	۰/۱۸۸*
تأثیر سلامتی روحی بر فعالیت شغلی [۲]	۱/۵±۰/۴۸	۱/۶±۰/۴۴	۰/۳۱۵*
تأثیر سلامتی روحی و جسمی بر فعالیت اجتماعی [۵]	۳/۷±۱/۳	۳/۶±۱/۳	۰/۸۷۷*
وجود دردهای بدنی و تأثیر ان بر فعالیت‌های داخل و خارج منزل [۶]	۳/۳±۱/۶	۳/۷±۱/۵	۰/۳۴۰*
احساس افراد در رابطه با وضعیت سلامتی [۵]	۳/۱±۰/۷۸	۳/۴±۰/۷	۰/۰۴۹
احساس افرد در رابطه با محیط اطراف و انرژی آنها [۶]	۲/۵±۰/۸۴	۳/۲±۱/۰	۰/۰۰۰
میزان تاثیر وضعیت سلامت روحی و جسمی بر روابط اجتماعی [۵]	۳/۱±۱/۲	۴/۰±۱/۱	۰/۰۰۰

: در سطح ۰/۰۵ =α اختلاف معنی‌دار نبوده است.* آزمون آماری: *t-test

بحث

تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان می‌دهد که متغیرهای دموگرافیک مؤثر بر کیفیت زندگی یعنی سن، جنس، طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل؛ محل سکونت و وضعیت تحصیلی افراد مورد مطالعه در دو گروه بیمار و سالم به نحو مطلوبی یکسان شده بودند. به عبارت دیگر، هم‌گروه انتخاب شده بر اساس این متغیرها یک هم‌گروه همسان شده مناسب می‌باشد. به این ترتیب می‌توان پذیرفت که در مطالعه حاضر تأثیر وجود بیماری MI بر کیفیت زندگی افراد طی یک رابطه اختصاصی مناسب مورد بررسی قرار گرفته است. هرچند متغیرهای دموگرافیک بسیار زیادی وجود دارند که می‌توانند براحتی وضعیت کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهند و در مطالعه حاضر مورد ارزیابی و مقایسه در دو گروه قرار نگرفته‌اند. اگرچه این متغیرها در صورت همسان نبودن در دو گروه تحت بررسی می‌توانند نتایج حاصل را مخدوش نمایند، اما مهم‌ترین این متغیرها در مطالعه حاضر مورد توجه قرار گرفته و هم‌گروه مورد مطالعه از نظر این عوامل همسان شده است. با این وجود، حداقل، به خوبی می‌توان پذیرفت که تأثیر تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از این متغیرها که نقش و اهمیت بیشتری در رابطه با کیفیت زندگی دارند در مطالعه حاضر کنترل شده است.

همین ویژگی پژوهش حاضر، اهمیت نتایج مطالعه حاضر را نسبت به سایر مطالعات مشابه افزایش می‌دهد. به عنوان مثال اختلاف کیفیت زندگی بین گروه‌های مورد مقایسه در مطالعه Sedaghati و همکاران[۱۲] که بر روی بیماران دیابتی انجام شده است به دلیل یکسان نبودن آماری دو گروه بر اساس متغیرهایی مثل سن، جنس، شغل، محل زندگی و سطح درآمد نمی‌تواند تنها به دلیل وجود و یا عدم وجود بیماری باشد.

نتایج مطالعه حاضر، نتایج بسیاری از مطالعات مشابه که در سایر جمعیت‌ها صورت گرفته [۸-۶] و نشان داده‌اند که ابتلای به بیماری MI به شدت کیفیت زندگی افراد مبتلا را تحت تأثیر خود قرار داده است؛ تأیید می‌نماید. وجود خدمات بهداشتی و درمانی مدرن، باعث گردیده که افراد مبتلا به این بیماری سال‌های نسبتاً طولانی را با این بیماری سپری نمایند و بنابراین، بهبود کیفیت زندگی این افراد از اهمیت بسیار بالا برخوردار می‌باشد.

بررسی کیفیت زندگی بیماران در مطالعه حاضر و بر اساس بخش‌های مختلف پرسش‌نامه SF-36 نشان داد که بعضی از جنبه‌های زندگی مبتلایان در مقایسه با افراد سالم به طور معنی‌داری پایین‌تر بوده است. در حالی که در بعضی جنبه‌های دیگر تأثیر بیماری قابل‌ملاحظه نبوده است. این نتایج به روشنی نشان می‌دهد که برنامه‌ریزی‌های مربوط به افزایش سطح کیفیت زندگی در مبتلایان به MI بایستی بر جنبه‌های متأثر شده از بیماری متمرکز باشد. این امر با توجه به محدود بودن منابع؛ استفاده بهینه از خدمات را به طور جدی افزایش خواهد داد. مطالعه حاضر نشان داد که مهم‌ترین جنبه‌های متأثر از بیماری در زندگی بیماران تحت بررسی به ترتیب میزان اهمیت عبارتند از: تأثیر وضعیت سلامت روحی و جسمی ناشی از بیماری MI بر روابط اجتماعی؛ اثر بیماری بر احساس افراد در رابطه با محیط اطراف و انرژی آنها؛ تصور کلی بیماران در مورد سلامتی کلی آنها و نیز در مقایسه با سال گذشته؛ تأثیر سلامتی فیزیکی بر فعالیت‌های روزانه؛ و احساس افراد در رابطه با وضعیت سلامتی.

مهم‌ترین تـأثیر بیمـاری MI در مبتلایـان، بـر روابـط اجتماعی آنهـا بـوده اسـت. ایـن یافتـه بـا نتیجـه مطالعـه Norekval و همکاران [۱۶] مغـایرت دارد. نتـایج متفـاوت این دو مطالعه ممکـن اسـت بـه دلیـل تـأثیر سـنت‌هـای فرهنگی، اجتماعی و مذهبی دو ملیت که می‌توانند بـسیار متفاوت باشند، باشد. این تفـاوت بـه هـر دلیـل کـه باشـد نشان‌دهنده نیاز به برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و خدماتی بـه صورتی است که تقویت‌کننده روابط اجتماعی این گـروه از افراد جامعه باشد. با این وجود، انجـام مطالعـات بیـشتر در این موضوع خاص می‌تواند به شناخت کامل‌تر نحـوه تـأثیر این بیمـاری بـر روابـط اجتمـاعی بیمـاران بیانجامـد و در برنامه‌ریزی‌هـای بعـدی مـورد اسـتفاده قـرار گیـرد. البتـه توضیحی که Norekval و همکارانش در مورد بهتـر بـودن وضعیت روابط اجتماعی نسبت به سایر جنبه‌ها ارایه نموده این است که احتمـالاً مبتلایـان بـه MI سـعی در ارزیـابی وضعیت اجتماعی خود پس از بیماری دارنـد و ایـن عامـل جنبه روابط اجتماعی زندگی آنها را ارتقا می‌بخشد و بـرای ایـن توضـیح بـه مطالعـات سـایرین [۱۹-۱۷] نیـز اشـاره می‌نماید. این توضیح در رابطه بـا بیمـاران مطالعـه حاضـر قابل طرح نیست و نیاز به مطالعات بیشتر را نشان می‌دهد.

از سایر جنبه‌هایی که بیشترین تأثیر را از بیمـاری MI داشته است " احساس افراد در رابطه با وضـعیت سـلامتی آنهـا" و "سـلامتی کلـی آنهـا و نیـز در مقایـسه بـا سـال گذشته" و "اثر بیماری بر احساس افراد در رابطه با محیط اطراف و انرژی آنها"؛ بوده است که نشان از تأثیر روحـی و احساسی بیماری در مبتلایان دارد. کاملاً واضـح مـی‌باشـد که این نتیجه یعنی نیاز جامعه پزشکی و بهداشت در ارایه برنامه‌های مرتبط به منظور تقویت روحیـه بیمـاران مبـتلا ضروری است. مطالعات قبلی نشان داده‌اند کـه ابـتلای بـه MI می‌تواند منجر به بروز مشکلات روحی و روانی از جمله افـسردگی، هیجـان، خـستگی، غـم و خـشم گـردد [۲۰]. Mierzynska و همکارانش ارایه خدمات روان‌شناسی را بـه مبتلایان به MI به طور جدی سفارش می‌نمایند [۲۰]. بـه نظر می‌رسد که ضرورت استفاده از این خدمات بـر اسـاس نتایج حاصل از مطالعه حاضـر در جمعیـت تحـت بررسـی قابـل چـشم‌پوشـی نبـوده و بایـستی حـوزه‌هـای مختلـف بهداشتی و درمانی برنامه‌ریزی لازم را در این مورد داشـته باشند. Perkins و همکارانش در مطالعه خود به این نتیجه رسیده‌اند که بایستی به مبتلایان به MI خـدمات و درمـان روانی متناسب با نحوه برخورد بیمار با ایـن بیمـاری ارایـه گردد [۲۱] که ممکن است از فردی به فرد دیگر مقـداری متفاوت باشد.

یکی از نکات مهمـی کـه در ارتبـاط بـا نتـایج مطالعـه حاضر که در شهر رفسنجان و در جنوب کشور انجام شده، وجود دارد این است که درصد قابل‌ملاحظه‌ای از مبتلایـان به MI در این مطالعه در طبقه اجتماعی پایین (۵۲٪) قرار دارند. در یک مطالعه مشابه و تقریباً همزمـان کـه بـر روی سطح کیفیت زندگی مبتلایان به دیابـت در ایـن جمعیـت انجام گردید نیز نشان داده شد که درصد قابل ملاحظـه‌ای از بیماران در طبقه پایین اجتماع قـرار دارنـد. ایـن نتـایج می‌تواند بیانگر این نکته بسیار مهم باشد کـه الگـوی بـروز بیماری‌های مزمن در کشور ما در حال تغییر است و دیگـر نمی‌توان ایـن دسـته از بیمـاری‌هـای مـزمن را بیـشتر در طبقات اجتماعی مرفه یافت. مطالعات بیشتر برای بررسـی رابطه بین سبک زندگی و سایر عوامـل مـرتبط بـه طبقـه اجتماعی مبتلایان و رونـد بـروز بیمـاری‌هـای مـزمن و از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی لازم می‌باشد تا بـا دقـت بـیش از پـیش بـه بررسـی عوامـل خطـر مـرتبط بـا ایـن

بیماری‌ها در افراد جامعه پرداخت. تغییر الگوی بروز این بیماری‌ها که قبلاً از جمله بیماری‌های ویژه طبقات بالای اجتماع محسوب می‌شدند در صورت تأیید می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های آتی و در اجرای روش‌های پیشگیری اول، دوم و سوم بیماری در منطقه و در کشور از اهمیت بالا برخوردار باشد.

نتیجه‌گیری

مجموع نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه در داخل و خارج کشور نشان می‌دهد که شروع بیماری MI در بیماران به منزله شروع روند کاهش سطح کیفیت زندگی در آنهاست و با توجه به مدت نسبتاً طولانی دوره بیماری در شرایط امید به زندگی فزاینده به نظر می‌رسد که اقدامات لازم جهت بهبود و ارتقاء سطح کیفیت زندگی آنها ضروری باشد. اولین قدم در این مسیر شناسایی مهم‌ترین جنبه‌های زندگی مبتلایان که متأثر از بیماری بوده است خواهد بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از مجموع ۵ جنبه از جنبه‌های زندگی افراد مبتلا به MI که به طور معنی‌داری از سطح پایین‌تری نسبت به افراد غیرمبتلا برخوردار بودند، ۴ جنبه آن به نوعی با جنبه احساسی و روحی - روانی بیماران مرتبط می‌باشند. بنابراین، توجه به وضعیت روحی و روانی بیماران مبتلا به MI در جمعیت تحت بررسی در این مطالعه و برنامه‌ریزی دقیق و مؤثر در جهت حل مشکلات مربوط به افزایش سطح کیفیت زندگی آنها کمک خواهد نمود. انجام مطالعات مشابه در سایر جمعیت‌های مناطق گوناگون کشور تصویری واضح از وضعیت کیفیت زندگی مبتلایان به MI در کشور را نشان خواهد داد و نتایج آن می‌تواند به طور کاملاً کاربردی در برنامه‌ریزی‌های مربوط به ارایه خدمات بهداشتی و درمانی به این گروه فزآینده در کشور کمک نماید.

البته با توجه به نتایج و تجربه حاصل از انجام مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که مطالعات بیشتر که با توجه به متغیرهای تأثیرگذار بیشتری طراحی گردد، نتایج دقیق‌تری را در اختیار قرار دهد. یکی از این مطالعات می‌تواند یک مطالعه طولی و کوهورت به صورتی باشد که بیماران را از زمان شروع بیماری وارد مطالعه سازد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین‌وسیله از تمامی همکارانی که در انجام مطالعه حاضر آن‌ها را یاری نموده‌اند به ویژه بیماران و سایر شرکت‌کنندگان در مطالعه نهایت تشکر را دارد. هم‌چنین از دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و مرکز تحقیقات سلامت و بهداشت محیط دانشگاه به واسطه حمایت مالی از طرح کمال تشکر به عمل می‌آید.

References

[1] Badley EM, Thompson RP, Wood PH. The prevalence and severity of major disabling conditions; a reappraisal of the government social survey on the handicapped and impaired

in Great Britain. *International Journal of Epidemiology* 1978; 7(2):145-51.

[2] Murray CJL, Lopez AD. Regional Patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: Global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1347-52.

[3] Barer D, Nouri F. Measurment of activities of daily living. *Clin Rehab* 1989; 3: 179-87.

[4] Skerington SM, Arthur PM, Somerset M. Developing item for the WHO QOL: An investigation of contemporary beliefs abut QOL related to heath in Britain. *Britain J Health Psychol* 1997; 2: 55-72.

[5] WHO: WHOQOL user Manual. Geneva, World Health Organization; 1998.

[6] Agewall S, Berglund M, Henareh L. Reduced quality of life after myocardial infarction in women compared with men. *Clin Cardiol* 2004; 27(5): 271-4.

[7] Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: gender differences in coping and Social support. *J Adv Nurs* 2003; 44(4): 360-74.

[8] Wiklund I, Herlitz J, Johansson S, Bengtson A, Karlson BW, Persson NG. Subjective symptoms and well-being differ in women and men after myocardial infarction. *Eur Heart J* 1993; 14(10): 1315-9.

[9] Tunstall-Pedoe H, Vanuzzo D, Hobbs M, Mahonen M, Cepaitis Z, Kuulasmaa K, et al. Estimation of contribution of changes in coronary care to improveing survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project population. *Lancet* 2000; 355(9205): 688-700.

[10] Ware JE JR, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36).I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-83.

[11] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14(3): 875-82. [Farsi]

[12] Sedaghati M, Ehsani M, Ghanbari A. Comparing quality of life between diabetic TypeII patients and non-diabetic people. *J Babol Univ Med Sci*, 2007; 9(5); 55-60. [Farsi]

[13] Lim LY, Seubsman SA, Sleigh A. Thai SF-36 health survey: tests of data quality, scaling

assumptions, reliability and validity in healthy men and women. *Health Quality of Life Outcomes* 2008; 6: 52.

[14] Failde I, Ramos I. Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. *J Clin Epidemiol* 2000; 53(4): 359-65.

[15] Qu B, Guo HQ, Liu J, Zhang Y, Sun G. Reliability and validity testing of the SF-36 questionnaire for the evaluation of the quality of life of Chinese urban construction workers. *J Int Med Res.* 2009; 37(4): 1184-90.

[16] Norekval TM, Wahl AK, Fridlund B, Nordrehaug JE, Wentzel-Larsen T, Hanestad BR. Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort. *Health Quality of Life Outcomes* 2007; 5: 58.

[17] Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Munro J, Skene AM, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart* 1999; 81(4): 352-8.

[18] Moons P, Van Deyk K, De Bleser L, Marquet K, Raes E, De Geest S, et al. Quality of life and health status in adults with congenital heart disease: a direct comparison with healthy counterparts. *Eur Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13(3): 407-13.

[19] Wahl AK, Rustoen T, Hanestad BR, Gjengedal E, Moum T. Living with systic fibrosis: impact on global quality of life. *Heart Lung* 2005; 34(5): 324-31.

[20] Mierzynska A, Kowalska M, Stepnowska M, Piotrowicz R. Psychological support for patients following myocardial infarction. *Cardiol J* 2010; 17(3): 319-24.

[21] Perkins RJ, Oldenburg B, Andrews G. The role of psychological intervention in the management of patients after myocardial infarction. *Med J Aust* 1986; 144(7): 358-60.

A Survey on the Most Important Life Aspects of Patients Suffering from Myocardial Infarction In Rafsanjan: A Historical Cohort Study Assessing Quality of Life

R. Vazirinejad[1], A. Esmaeili Nadimi[2], Y. Parvaresh[3], M. Rezaeian[4]

Received: 05/01/2011 Sent for Revision: 14/04/2011 Received Revised Manuscript: 13/08/2011 Accepted: 20/10/2011

Background and Objectives: The effect of diseases on the quality of life (QOL) of patients is due to the resulting temporary or permanent disability among patients. In this study, the effect of the myocardial infarction on the (QOL) of patients was measured and compared to the general population of Rafsanjan in order to recognize the most important aspects of patients life affected by the disease.

Material and Mthods: In this historical cohort study, a group of people who were matched based on age, gender, educational status, social class, living place, occupation and marital status in two different groups of MI (n=50) and healthy (n=50) people were studied. The level of quality of life was measured using SF-36 scale. Parametric *(t-test)* and non-parametric (Mann-Whitney U and X^2) tests were used to compare groups where appropriate.

Results Proportion of people with undesirable quality of life among patients group was significantly greater than this value among the other group (P=0.001). Relative risk showed that suffering from MI significantly increases the probability of undesirable quality of life among people as 2.7 times greater (95%CI= 1.2-6.0).

Conclusion: Our findings showed that MI decreased the quality of life significantly. It seems that providing adequate interventions for most patients suffering from MI can improve the vital aspects of their lives.

Key words: Quality of life, Myocardial Infarction, Relative risk, Attributable risk

Funding: This research was funded by Rafsanjan University of Medical Sciences.

Conflict of intrest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Comittee of Rafsanjan University of Medical Sciences, approved the study.

How to cite this article: Vazirinejad R, Esmaeili Nadimi A, Parvaresh Y, Rezaeian M. A Survey on the Most Important Life Aspects of Patients Suffering from Myocardial Infarction In Rafsanjan: A Historical Cohort Study Assessing Quality of Life. *J Rafsanjan Univ Med Scie* 2012; 11(3): 219-30. [Farsi]

1- Associate Prof., Dept. of Social Medician, School of Medicine, Occupational Environmental Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
(Corresponding Author) Tel: (0391) 5234003, Fax: (0391) 5225209, E-mail: rvazirinejad@yahoo.co.uk
2- Associate Prof., Dept. of Intenal Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
3- General Physician, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
4- Prof., Dept. of Epidemiology, School of Medicine, Occupational Environmental Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran