

ارزیابی وضعیت مشارکت و خودمختاری بیماران قلبی - عروقی با نتیجه آنژیوگرافی مثبت در شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۶

زهره موردویی^۱، محمود شیخ فتح الهی^۲، محسن رضائیان^۳، محسن میرزایی^۴، محمد صفریان^۴، رضا وزیری نژاد^{۵*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۴/۹

خلاصه

مقدمه: بیماری‌های قلبی، مشکل عمده بهداشتی در جهان می‌باشند که عوارض ناشی از آن‌ها منجر به ناتوانی و کاهش مشارکت فرد در زندگی‌اش می‌شود. بنابراین لازم است جنبه‌هایی از زندگی که بیمار در آن‌ها دچار ضعف در مشارکت است، مشخص شود. لذا هدف از مطالعه حاضر تعیین وضعیت مشارکت و خودمختاری بیماران قلبی - عروقی با نتیجه آنژیوگرافی مثبت بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۲۰۲ بیمار با نتیجه آنژیوگرافی مثبت در شهر رفسنجان انجام گرفت. از پرسش‌نامه (Impact on Participation and Autonomy scale-Persian; IPA-p) برای ارزیابی وضعیت مشارکت و خودمختاری بیماران استفاده شد. اطلاعات با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره مشارکت کل پرسش‌نامه $3/09 \pm 0/66$ بود. بیش‌ترین نمره مشارکت مربوط به حیطه زندگی و ارتباط اجتماعی ($3/63 \pm 0/67$) و کم‌ترین نمره مربوط به حیطه تفریح ($2/50 \pm 1/00$) بود. آنالیز رگرسیون خطی چندگانه نشان داد میانگین نمره مشارکت در زنان کمتر از مردان ($B = -0/419$, $p = 0/036$) و در بیماران با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، بیشتر از افراد بی‌سواد ($B = 0/262$, $p = 0/040$) بود. متغیرهای مورد بررسی $2/12\%$ از تغییرات نمره مشارکت را تبیین می‌کردند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد بیماران در بیش از نیمی از حیطه‌های پرسش‌نامه، مشارکت کمتر از 60% (نمره ۳ از ۵) داشته‌اند و حیطه تفریح ضعیف‌ترین آن‌ها بوده است. لذا وجود برنامه‌هایی جهت تقویت این حیطه‌ها پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مشارکت، خودمختاری، بیماری قلبی - عروقی، آنژیوگرافی، پرسش‌نامه IPA، رفسنجان

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۲- استادیار، گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۳- استاد، گروه آموزشی اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، استاد مرکز تحقیقات محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۴- استادیار، گروه آموزشی قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۵- استاد، گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، استاد مرکز تحقیقات مؤلفه‌های اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: rvazirinejad@yahoo.co.uk ، تلفن: ۳۱۳۱۵۱۲۱ (۰۳۴)

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی (Cardiovascular diseases; CVDs)، بیماری‌های مزمن و غیر واگیری هستند که مشکل عمده بهداشتی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشند [۱]. بیماری‌های قلبی-عروقی علت اصلی مرگ و میر در جهان به‌شمار می‌روند، به طوری که در سال ۲۰۱۵، تقریباً ۵۰۰ هزار مرگ و میر در سراسر انگلستان [۲] و در سال ۲۰۱۲، ۴۶٪ از مرگ‌های ناشی از بیماری‌های غیرواگیر به این بیماری‌ها، نسبت داده شده است [۳ و ۴]. بیماری‌های قلبی ثانویه به علت آترواسکلروز ۳۳٪ از همه مرگ و میرها را در انگلستان تشکیل می‌دهند [۵]. CVDs شایع‌ترین علت مرگ و میر در ایالت متحده و بسیاری از کشورهای توسعه یافته می‌باشند [۶]. همانند سایر کشورهای در حال توسعه، میزان‌های بروز و مرگ ناشی از بیماری عروق کرونر قلب طی سال‌های اخیر در ایران نیز روند افزایشی پیدا کرده است. به طوری که شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی در سال ۲۰۱۵ در ایران ۳۲/۲٪ گزارش شده بود [۷]. بر اساس مطالعات انجام شده بیش از ۵۸٪ از مرگ‌ها در ایران در سال ۱۳۹۱ مربوط به CVDs بوده است [۸].

بیماری‌های قلبی-عروقی علاوه بر مرگ، سبب ایجاد عوارض متعددی می‌شوند [۹ و ۱۰]. این عوارض منجر به عدم امکان اتکاء فرد به خودش، افزایش اضطراب و افسردگی [۱۱] و بستری شدن افراد در بیمارستان و ناتوانی آن‌ها می‌شود [۹]. در سال‌های اخیر اندازه‌گیری مشارکت بیماران در زندگی فردی و اجتماعی، به عنوان یکی از اهداف اولیه درمان معرفی شده است که می‌توان با بررسی زندگی فردی و اجتماعی بیماران، واکنش آنان را در برابر بیماری ارزیابی نمود و از طریق بررسی وضعیت سلامتیشان و سنجش بهبود زندگی، تأثیر منفی بیماری و یا اثرات درمان را تعیین نمود [۱۱]. مطالعات متعددی به منظور ارزیابی وضعیت مشارکت و خودمختاری انجام شده است. مطالعه Suttiwong و همکاران در تایلند بر روی بیماران سکتة مغزی انجام شد. نتایج نشان داد مشارکت یک مسئله روانی-اجتماعی است که حتماً باید مورد بررسی قرار گیرد و بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های مشارکت را حمایت اجتماعی و توانایی عملکردی دانست [۱۲]. مطالعه

Piatt و همکاران بر روی بیماران با آسیب طناب نخاعی انجام شد. نتایج نشان داد که سطح آسیب به طناب نخاعی تأثیر زیادی بر میزان مشارکت و خودمختاری این بیماران ندارد اما متغیر سلامت درک شده بر مشارکت و خودمختاری بیماران با آسیب طناب نخاعی تأثیرگذار بود [۱۳].

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت به وضعیت کامل سلامتی فیزیکی، روحی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری گفته می‌شود [۱۴]. بیماری‌های قلبی بیش از هر بیماری‌های مزمن دیگری موجب ناتوانی و تحمیل هزینه‌های اقتصادی می‌شوند [۱۵]. این بیماران مدت طولانی از عمر خود را با ناتوانی‌های ناشی از بیماریشان سپری می‌کنند. بنابراین لازم است سطح سلامت بیماران، وضعیت مشارکت و خودمختاری آن‌ها در جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی‌شان مورد بررسی قرار گیرد. گرچه مطالعات مشابهی در این زمینه بر روی بیماران سکتة مغزی، دیابتی و آسیب طناب نخاعی در داخل و خارج از کشور انجام شده اما بر اساس جستجوی ما، مطالعه مشابهی در رابطه با بیماران قلبی-عروقی با نتیجه آنژیوگرافی مثبت انجام نشده است، بنابراین هدف از مطالعه حاضر ارزیابی وضعیت مشارکت و خودمختاری بیماران قلبی-عروقی با نتیجه آنژیوگرافی مثبت بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی می‌باشد که به ارزیابی وضعیت مشارکت و خودمختاری بیماران قلبی با نتایج آنژیوگرافی مثبت شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۶ پرداخته است. در مطالعه حاضر، بیماران قلبی با نتیجه آنژیوگرافی مثبت که در مقاطع زمانی تیر تا شهریور ماه به کلینیک بیماری‌های خاص مراجعه می‌کردند و بیماری آن‌ها مورد تأیید کاردیولوژیست بود، به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. به منظور تعیین حجم نمونه از روش تعیین حجم نمونه در تحلیل عاملی استفاده شد که در این روش حداقل حجم نمونه لازم برابر با ۵ الی ۱۰ نفر برای هر حیطه پرسش‌نامه می‌باشد [۱۶]. با توجه به این که نسخه فارسی پرسش‌نامه اندازه‌گیری میزان مشارکت و خودمختاری (IPA-p) دارای ۱۰ حیطه

اقتصادی (بر اساس درآمد ماهانه و نظر بیماران) و سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری‌های قلبی توسط پژوهشگر از بیماران پرسیده شد و در چک لیست مربوطه ثبت شد. سپس پرسش-نامه IPA-p در اختیار بیماران قرار گرفت تا پس از مطالعه دقیق آن، به سؤالات پاسخ دهند. در مورد بیماری که سواد نداشتند، سؤالات توسط پژوهشگر و یا همراهان وی از او پرسیده می‌شد و بر طبق نظر بیمار گزینه مورد نظر علامت-گذاری می‌شد. بیماری که تمایل به همکاری نداشتند و یا وضعیت جسمانی مناسبی نداشتند از مطالعه حذف و فرد دیگری جایگزین می‌شد.

اطلاعات پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t دو نمونه مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی میانگین نمره مشارکت در هر یک از گروه‌های مورد بررسی از آزمون ناپارامتری کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و انحرافی از نرمال بودن مشاهده نگردید ($p > 0/05$). هم‌چنین، برای ارزیابی تساوی واریانس میانگین نمره مشارکت در گروه‌های مورد بررسی، از آزمون لون استفاده شد و تساوی واریانس‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفت ($p > 0/05$). سطح معنی‌داری در آزمون‌ها $0/05$ در نظر گرفته شد. اطلاعات کیفی به صورت "تعداد و درصد" و اطلاعات کمی به صورت "انحراف معیار \pm میانگین" گزارش گردیدند. برای محاسبه نمره مشارکت بیماران در هر حیطه پرسش‌نامه، ابتدا نمره میزان مشارکت مربوط به بیماران در هر حیطه بر تعداد سؤالات مربوط به آن حیطه تقسیم گردید. بدین ترتیب میانگین نمره میزان مشارکت بیماران در هر حیطه پرسش‌نامه محاسبه شد. سپس به منظور محاسبه نمره مشارکت کل پرسش‌نامه، میانگین نمرات تمام ۱۰ بخش به عنوان میانگین کل در نظر گرفته شد و در تجزیه و تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

دامنه سنی بیماران ۹۱-۲۹ سال و میانگین و انحراف معیار سنی $11/24 \pm 61/14$ سال بود. ۱۲۲ نفر ($60/4\%$) از

می‌باشد، حجم نمونه ۱۰۰ کفایت می‌کند که مقدار اضافی انتخاب شده برای از بین بردن اثر ۵۰-۴۰٪ ریزش می‌باشد. از این رو، ۲۰۲ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس، پس از کسب رضایت آگاهانه در مطالعه وارد شدند. معیار ورود به مطالعه شامل مثبت بودن نتیجه آنژیوگرافی و مراجعه به کینیک جهت ادامه درمان و معیار خروج از مطالعه عدم همکاری بیماران و وجود بیماری‌های همراه مانند دیابت، دیسک کمر و غیره بود.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه روا و پایایی IPA-p استفاده شد. به منظور ارزیابی روایی محتوایی، پرسش‌نامه مذکور در اختیار ۱۱ نفر متخصص قرار گرفت و دامنه نسبت روایی محتوایی آن از $0/63$ تا ۱ و مقدار شاخص روایی محتوایی در آن $0/94$ بدست آمد. هم‌چنین به منظور ارزیابی پایایی، پرسش‌نامه در اختیار بیماران قرار گرفت و مقدار ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه $0/962$ گزارش شد. [۱۷]. پرسش‌نامه مذکور دارای ۴۵ سؤال در ۱۰ بخش تحرک، مراقبت از خود، فعالیت‌های داخل و خارج از منزل، مراقبت و استفاده از پول، تفریح، زندگی و ارتباط اجتماعی، شغل رسمی یا مشاغل داوطلبانه، آموزش و پرورش، کمک و حمایت دیگران و ایفای نقش مذهبی می‌باشد. مقیاس پرسش‌نامه لیکرت است و پاسخ‌های آن در قالب چهار گزینه "خیلی راحت، راحت، متوسط، با مشکل و به سختی" می‌باشند. نحوه نمره‌دهی به گزینه‌ها نیز به این صورت است که به گزینه به سختی، نمره ۱ و به گزینه خیلی راحت، نمره ۵ تعلق گرفت که نمره ۵ نشان‌دهنده مشارکت خوب و نمره ۱ نشان‌دهنده مشارکت ضعیف است. بنابراین هر چه فرد نمره بالاتری را در پرسش‌نامه کسب نماید یعنی مشارکتش در بخش‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی بیشتر است. حداقل و حداکثر نمره و میانگین نمره مشارکت در کل پرسش‌نامه به ترتیب ۴۵ تا ۲۲۵ و ۱ تا ۵ می‌باشد.

پس از کسب مجوز کتبی از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان با کد اخلاق (IR. RUMS. REC.1396. 49)، اهداف مطالعه برای بیماران توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها، اطلاعات دموگرافیک از قبیل سن، جنسیت، شغل، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت

بیماران، مرد و ۲۰۰ نفر (۰/۹۹) متأهل بودند. ۹۹ نفر (۰/۴۹) سابقه خانوادگی مثبت ابتلا به بیماری‌های قلبی را گزارش کردند. ۱۵۸ نفر (۰/۷۸/۲) تحصیلات زیر دیپلم داشتند. ۱۳ نفر (۰/۶/۴) وضعیت اقتصادی خوب، ۱۱۹ نفر (۰/۵۸/۹) وضعیت اقتصادی متوسط و ۷۰ نفر (۰/۳۴/۷) وضعیت اقتصادی ضعیف را گزارش کردند. ۲۸ نفر (۰/۱۲/۹) از آنان بیکار، ۷۴ نفر (۰/۳۶/۶) خانه‌دار، ۱۹ نفر (۰/۹/۴) کارمند بودند و ۸۱ نفر (۰/۴۰/۱) شغل آزاد داشتند.

به منظور محاسبه نمره مشارکت و خودمختاری بیماران در هر حیطة و در کل پرسش‌نامه از میانگین نمره بیماران استفاده شد. بیشترین نمره مشارکت مربوط به حیطة زندگی و ارتباط اجتماعی (۳/۶۳ ± ۰/۶۷) و کمترین نمره مربوط به حیطة تفریح (۲/۵۰ ± ۱/۰۰) بود. میانگین و انحراف معیار نمره مشارکت کل پرسش‌نامه ۰/۶۶ ± ۳/۰۹ (از حداکثر نمره ۵) با دامنه ۱/۲۴ تا ۴/۶۰ بدست آمد (جدول ۱).

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی نمره میزان مشارکت و خودمختاری بیماران با نتیجه آنژیوگرافی مثبت مراجعه‌کننده به کلینیک بیماری‌های خاص شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۶ (N=۲۰۲)

حیطه	حداقل	حداکثر	انحراف معیار ± میانگین (حداکثر نمره ۵)
تحرک	۱/۰۰	۴/۶۰	۳/۰۴ ± ۰/۸۸
مراقبت از خود	۱/۰۰	۴/۶۷	۳/۳۴ ± ۰/۸۳
فعالیت‌های داخل و یا اطراف منزل	۱/۰۰	۴/۷۱	۲/۸۹ ± ۰/۹۶
استفاده و مراقبت از پول	۱/۰۰	۴/۰۰	۲/۶۷ ± ۰/۹۰
تفریح	۱/۰۰	۴/۰۰	۲/۵۰ ± ۱/۰۰
زندگی و ارتباط اجتماعی	۱/۱۳	۴/۷۵	۳/۶۳ ± ۰/۶۷
شغل رسمی و یا مشاغل داوطلبانه	۱/۰۰	۵/۰۰	۲/۷۲ ± ۱/۱۱
آموزش و پرورش	۱/۰۰	۴/۰۰	۲/۹۳ ± ۰/۷۲
کمک و حمایت دیگران	۱/۰۰	۴/۰۰	۲/۸۹ ± ۰/۸۸
ایفای نقش در امور مذهبی	۱/۰۰	۵/۰۰	۳/۱۳ ± ۰/۹۵

میانگین نمره مشارکت بیماران آنژیوگرافی مثبت برحسب جنسیت، سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری‌های قلبی، سطح تحصیلات، شغل و وضعیت اقتصادی محاسبه شد. همان‌گونه

که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمره مشارکت برحسب سطح تحصیلات، شغل و وضعیت اقتصادی تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره مشارکت برحسب متغیرهای مورد بررسی در بیماران با نتیجه آنژیوگرافی مثبت مراجعه‌کننده به کلینیک بیماری‌های خاص شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۶ (N = ۲۰۲)

متغیر	نمره مشارکت انحراف معیار ± میانگین	مقدار P
جنسیت		
مرد (n = ۱۲۲)	۳/۱۴ ± ۰/۶۴	*۰/۱۳۸
زن (n = ۸۰)	۳/۰۰ ± ۰/۶۹	
سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری‌های قلبی		
بله (n = ۹۹)	۳/۰۶ ± ۰/۶۷	*۰/۶۴۹
خیر (n = ۱۰۳)	۳/۱۱ ± ۰/۶۶	
سطح تحصیلات		
بی‌سواد (n = ۹۴)	۲/۹۱ ± ۰/۶۶	**۰/۰۰۱

	۳/۱۹ ± ۰/۵۸	زیر دیپلم (n = ۶۴)
	۳/۳۱ ± ۰/۶۹	دیپلم و بالاتر (n = ۴۴)
		شغل
	۲/۸۸ ± ۰/۵۸	بیکار (n = ۲۸)
**،/۰۱۷	۳/۰۳ ± ۰/۷۰	خانه‌دار (n = ۷۴)
	۳/۴۷ ± ۰/۶۵	کارمند (n = ۱۹)
	۳/۱۲ ± ۰/۶۳	آزاد (n = ۸۱)
		وضعیت اقتصادی
**<،/۰۰۱	۲/۷۳ ± ۰/۶۹	ضعیف (n = ۷۰)
	۲/۲۷ ± ۰/۵۵	متوسط (n = ۱۱۹)
	۳/۲۸ ± ۰/۷۶	خوب (n = ۱۳)

*: آزمون t دو نمونه مستقل، **: آنالیز واریانس یک طرفه، p < ۰/۰۵

به منظور بررسی ارتباط بین سن و نمره مشارکت از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. آزمون ناپارامتری کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد توزیع فراوانی سن و نمره مشارکت از توزیع نرمال برخوردار می‌باشد (به ترتیب، $p = ۰/۶۸۲$ و $p = ۰/۳۴۳$). مقدار ضریب همبستگی $r = -۰/۱۳۰$ و بدست آمد که نشان‌دهنده همبستگی ضعیف و معکوس بین سن و نمره مشارکت بیماران می‌باشد. به منظور پیش‌بینی میانگین نمره مشارکت بیماران برحسب متغیرهای جنسیت، سابقه خانوادگی بیماری قلبی، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و شغل از مدل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. لازم به ذکر است که در این آنالیز، شیوه ورود متغیرهای پیش‌بین به مدل رگرسیونی به صورت Enter بود (جدول ۳).

آزمون ناپارامتری کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد توزیع فراوانی نمره مشارکت، از توزیع نرمال برخوردار می‌باشد.

مقدار آماره دوربین-واتسون معادل $۱/۹۰۳$ (p = ۰/۳۴۳). مقدار آمد و از آن جایی که این آماره بین $۲/۵$ - $۱/۵$ قرار دارد، فرض استقلال خطاها برقرار می‌باشد. بافت‌نگار خطاها (Residuals) توزیع نرمال با میانگین صفر را نشان داد. نمودار P-P plot نشان داد که خطاها از توزیع نرمال برخوردار می‌باشند. نمودار ZPRED در مقابل ZRESID از الگوی مشخصی برخوردار نبود که نشان‌دهنده پراکندگی یکنواخت نقاط حول صفحه رگرسیونی می‌باشد. مقادیر شاخص وضعیت (Condition index) کوچک‌تر از ۱۰ بودند که نشان‌دهنده عدم وجود هم‌خطی قابل ملاحظه بین متغیرهای مستقل بود. نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد آنالیز واریانس رگرسیون خطی چندگانه برای پیش‌بینی میانگین نمره مشارکت با درجات آزادی ۹ و ۱۹۲ و مقدار $F = ۵/۷۴۰$ و $p < ۰/۰۰۱$ از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۳- ضرایب رگرسیونی برای پیش‌بینی میانگین نمره مشارکت در بیماران با نتیجه آنژیوگرافی مثبت مراجعه‌کننده به کلینیک بیماری‌های خاص شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۶ (N = ۲۰۲)

متغیر	ضرایب استاندارد نشده (B)	ضرایب استاندارد شده (Beta)	فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای B	مقدار t	مقدار P
مقدار ثابت	۲/۶۶۲	-	۲/۳۹۷ - ۲/۹۲۷	۱۹/۷۷۹	<،/۰۰۱
جنسیت					
زن نسبت به مرد	-۰/۴۱۹	-۰/۳۱۰	-۰/۸۱۰ - -۰/۰۲۷	-۲/۱۱۰	*،/۰۳۶
سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری‌های قلبی	-۰/۱۳۷	-۰/۱۰۴	-۰/۳۱۱ - -۰/۰۳۷	-۱/۵۵۱	،/۱۲۳
سطح تحصیلات					
بی‌سواد	طبقه				
زیر دیپلم	۰/۱۸۳	۰/۱۲۹	-۰/۰۲۰ - -۰/۳۸۶	۱/۷۷۷	،/۰۷۷
دیپلم و بالاتر	۰/۲۶۲	۰/۱۶۴	۰/۰۱۲ - ۰/۵۱۲	۲/۰۶۹	*،/۰۴۰

وضعیت اقتصادی			
			طبقه
			ضعیف
			متوسط
			خوب
			شغل
			بیکار
			خانه‌دار
			کارمند
			آزاد

مقدار ضریب تعیین $(R^2) = ۰.۲۱۱۲$ و مقدار ضریب تعیین تعدیل شده $(Adjusted R^2) = ۰.۱۷۱۵$ درصد است. $p < ۰.۰۵$

عوامل اجتماعی و عمومی بر مشارکت فرد تأثیرگذار باشند. پس متخصصین در برنامه‌های درمانی و ارائه خدمات بهداشتی باید به شکلی عمل نمایند که نمره مشارکت در این حیطه ارتقاء یابد. همچنین آن‌ها باید از درمانی که سبب کاهش مشارکت بیمار در جنبه‌های مختلف زندگی می‌شود، خودداری نمایند.

نتایج نشان داد که میانگین نمره مشارکت کل پرسش‌نامه در مردان بیشتر از زنان، در خانم‌های خانه‌دار بیشتر از بیکاران و در افراد با وضعیت اقتصادی خوب و متوسط بیشتر از افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف بود. همچنین قوی‌ترین پیش‌بینی کننده وضعیت مشارکت در بین متغیرهای مورد بررسی، وضعیت اقتصادی بود. در مطالعه Vazirinejad و همکاران، میانگین نمره مشارکت مردان دیابتی در سه حیطه استفاده و مراقبت از پول، ارتباط اجتماعی و شغل بیشتر از زنان دیابتی بود [۱۹]. نتایج مطالعه Vazirinejad و همکاران در سه حیطه ذکر شده با مطالعه حاضر همسو بود، اما در دیگر حیطه‌ها نتایج تفاوت داشت. علت عدم هم‌خوانی نتایج در حیطه‌های دیگر احتمالاً تفاوت در نحوه تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات و تفاوت در جامعه آماری می‌باشد. جامعه آماری در مطالعه Vazirinejad و همکاران را بیماران دیابتیک و در مطالعه حاضر بیماران قلبی-عروقی با نتیجه آنژیوگرافی مثبت تشکیل داده بودند. نوع بیماری نیز می‌تواند از علل احتمالی تفاوت در نتایج باشد زیرا بیماری‌های مختلف می‌توانند درجات و شدت متفاوتی از ناتوانی را ایجاد کنند.

در مطالعه Piatt و همکاران، متغیر سلامت درک شده، پیش‌بینی کننده مهم در حیطه‌های زندگی و ارتباط اجتماعی،

نتایج آنالیز رگرسیون خطی چندگانه نشان داد میانگین نمره مشارکت در زنان بیمار $۰/۴۱۹$ کمتر از مردان بیمار بود. میانگین نمره مشارکت در بیماران با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر $۰/۲۶۲$ بیشتر از افراد بی‌سواد و خانم‌های خانه‌دار نیز میانگین نمره مشارکتشان $۰/۴۶۲$ بیشتر از بیکاران بود. همچنین بیماران که وضعیت اقتصادی خوب و متوسط داشتند، میانگین نمره مشارکتشان به ترتیب $۰/۴۹۷$ و $۰/۴۸۰$ بیشتر از بیماران بود که وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند. به علاوه، متغیرهای مورد بررسی $۲/۱۱۲$ ٪ از تغییرات نمره مشارکت را تبیین می‌کردند که از بین متغیرها، وضعیت اقتصادی، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌ها بود.

بحث

در مطالعه حاضر نمره مشارکت در کل پرسش‌نامه و حیطه‌های مختلف آن محاسبه شد. میانگین و انحراف معیار نمره مشارکت کل پرسش‌نامه $۰/۶۶ \pm ۳/۰۹$ و کمترین نمره مشارکت مربوط به حیطه تفریح ($۱/۰۰ \pm ۲/۵۰$) بود. با توجه به میانگین و انحراف معیار سن بیماران ($۱۱/۲۴ \pm ۶۱/۱۴$ سال)، لازم است بررسی شود چرا بیمارانی که در سن بازنشستگی [۱۸] بوده‌اند و باید بیشتر به برنامه‌های تفریحی بپردازند، این امکان از آن‌ها گرفته شده است. اینجاست که وجود برنامه‌هایی جهت تقویت این حیطه در زندگی بیماران احساس می‌شود. بنابراین متخصصین باید این نکته مهم را مد نظر قرار دهند که پایین بودن نمره مشارکت در جنبه‌های مختلف زندگی، صرفاً به دلیل بیماری نیست بلکه ممکن است

بیماران و منابع حمایتی مد نظر قرار گیرند. همچنین، مطالعات مشابهی بر روی دیگر بیماری‌های مزمن انجام شود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد وضعیت مشارکت و خودمختاری بیماران قلبی با نتیجه آنژیوگرافی مثبت در جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی‌شان قابل بهبود است. بنابراین ضروری به نظر می‌رسد جنبه‌هایی از زندگی که بیماران در آن دچار ضعف در مشارکت هستند، مورد بررسی بیشتر قرار گیرند و در صورت نیاز با ارائه آموزش‌های لازم و خدمات درمانی و توان‌بخشی بهتر، کیفیت زندگی و وضعیت مشارکت بیماران را در تمامی جنبه‌های زندگی شخصی و اجتماعی افزایش داد.

تعارض منافع

نویسنده هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش ننموده است.

سهم نویسندگان

در این پژوهش، رضا وزیري-نژاد و محسن رضائیان مسئولیت بازنگری نهایی را بر عهده داشتند. محمود شیخ‌فتح-الهی داده‌های جمع‌آوری شده را تجزیه و تحلیل نمود. زهره موردویی مسئولیت اجرای طرح و نوشتن مقاله را بر عهده داشت و محسن میرزایی و محمد صفریان نیز در جمع‌آوری داده‌ها همکاری داشتند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان به شماره ۹۶۰۳۴ می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه به خاطر تأمین هزینه‌های طرح تشکر به عمل می‌آید. همچنین از کلیه بیمارانی که در این مطالعه شرکت کردند، قدردانی و تشکر می‌شود.

فعالیت‌های داخل و خارج از منزل، و متغیر تعداد بازدیدهای پزشکی نیز پیش‌بینی کننده معنی‌داری برای حیطه‌های شغل و فعالیت‌های داخل و خارج از منزل بودند [۲۰]. در مطالعه Suttiwong و همکاران، بهترین پیش‌بینی کننده‌های مشارکت، حمایت اجتماعی، پیاده‌روی و تعادل، توانایی عملکردی و مشکلات ثانویه بهداشتی بودند [۱۲]. در مطالعه دیگری از Piatt و همکاران، متغیر سلامت درک شده بر مشارکت و خودمختاری بیماران با آسیب طناب نخاعی تأثیرگذار بود. این متغیر بیش‌ترین تأثیر را بر حیطه‌های نقش خانواده، زندگی و ارتباط اجتماعی، آموزش و پرورش، شغل و فعالیت‌های خارج از منزل داشت [۱۳]. در مطالعات ذکر شده همانند مطالعه حاضر، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده برای میزان مشارکت و خودمختاری مشخص شده است اما متغیر پیش‌بین در این مطالعات متفاوت می‌باشد. احتمالاً تفاوت در فرهنگ و سبک زندگی افراد در کشورهای مختلف، نیازهای مختلف موجود در جامعه آن کشور و تفاوت در سیاست‌های حاکم بر جوامع علت این اختلاف است. در مطالعه حاضر، با توجه به قوی‌ترین پیش‌بینی کننده وضعیت مشارکت یعنی وضعیت اقتصادی، ضروری به نظر می‌رسد کار دیولوژیست‌ها از تجویز داروها و خدمات بهداشتی و درمانی که سبب بار مالی اضافه و هزینه‌های گزاف برای بیماران می‌شوند، اجتناب کنند تا نمره مشارکت بیماران در بعد اقتصادی زندگی افزایش یابد. یک متخصص بالینی، قبل از شروع درمان لازم است بتواند وضعیت بیمار را در تمام جنبه‌های مهم زندگی فردی و اجتماعی‌اش پیش‌بینی نماید، سپس بر اساس آن، درمان را برای وی شروع کند.

از جمله محدودیت‌های موجود در مطالعه حاضر، عدم بررسی وضعیت روان‌شناختی افراد شرکت‌کننده و منابع حمایتی مانند زندگی با فرزندان، دریافت کمک‌های مالی از سازمان‌های امدادی و نوع بیمه بود. همچنین، این مطالعه تنها بر روی بیماران قلبی با نتایج آنژیوگرافی مثبت انجام شد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی ویژگی‌های روان‌شناختی

References

1. Jarge M, Yalfani A, Nazem F. Survey on the efficacy of cardiac rehabilitation programs on anxiety and depression control in coronary artery bypass grafting patients (short report). JRUMS 2012;11(3):293-8.

- [Persian]
2. Kypridemos C, Collins B, McHale P, Bromley H, Parvulescu P, Capewell S, et al. Future cost-effectiveness and equity of the NHS Health Check cardiovascular disease prevention programme: Microsimulation modelling using data from Liverpool, UK. *PLoS medicine* 2018;15(5):e1002573.
 3. Nowrouzi-Kia B, Li AK, Nguyen C, Casole J. Heart disease and occupational risk factors in the Canadian population: an exploratory study using the Canadian community health survey. *Safety and health at work* 2018;9(2):144-8.
 4. Mann D, Zipes D, Libby P, Bonow R. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine, single volume. 10 nd ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2014:1-20.
 5. Van Bulck L, Luyckx K, Goossens E, Oris L, Apers S, Moons P. P1525 Illness identity as predictor of healthcare use in adults with congenital heart disease. *European Heart Journal* 2017;38(suppl_1):317-18.
 6. LeFevre ML. Behavioral counseling to promote a healthful diet and physical activity for cardiovascular disease prevention in adults with cardiovascular risk factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of internal medicine* 2014;161(8):587-93.
 7. Farahani A, Masoudnia E. Relationship between family functioning indices and incidence risk of myocardial infarction. *IJCN* 2015;4(3):26-34. [Persian]
 8. Yavari P, Lotfi MH, Hassanzadeh J. Epidemiology text book of prevalent disease in iran. 1nd ed. Tehran: Gap nashr; 2014: 55-66. [Persian]
 9. Wang T-C, Huang J-L, Ho W-C, Chiou A-F. Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;15(2):157-67.
 10. Hua C, Huang Y, Su Y, Bu J, Tao H. Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with chronic heart failure. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2017;50(11):1-6.
 11. Carod-Artal FJ, Egido JA. Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovascular diseases* 2009;27(Suppl. 1):204-14.
 12. Suttiwong J, Vongsirinavarat M, Hiengkaew V. Predictors of Community Participation Among Individuals With First Stroke: A Thailand Study. *Annals of rehabilitation medicine* 2018;42(5):660-9.
 13. Piatt JA, Van Puymbroeck M, Zahl M, Rosenbluth JP, Wells MS. Examining how the perception of health can impact participation and autonomy among adults with spinal cord injury. *Topics in spinal cord injury rehabilitation* 2016;22(3):165-72.
 14. World health organization. Business dictionary. [cited 2018 Nov 8]. Available from: [http:// Com/ Definition/ Health](http://Com/Definition/Health).
 15. Salimi T, Tavangar H, Shokripour S, Ashrafi H. The effect of spiritual self-care group therapy on life expectancy in patients with coronary artery disease: An educational trial. *JRUMS* 2017;15(10):917-28. [Persian]
 16. Ertel S. Factor analysis: Healing an ailing model. 1nd ed. Universitätsverlag: Göttingen 2013:15-9.
 17. Vazirinejad R, Joorian J, Taghavi MM, Lilley JM, Sayadi Anari AR. The Persian Version of a Participation Scale: Is It Valid and Reliable Enough for Use among Iranian Patients with Multiple Sclerosis? *Journal of Clinical Neurology* 2015;11(2):157-63.
 18. Darabi S, Torabi F. Analysis and Comparison of Aging Population in Europe and Asia During 1950 to 2015. *Iranian Journal of Ageing* 2017;12(1):30-43. [Persian]
 19. Vazirinejad R, Rezaeian M, Nazari F, Hosseini S. Measuring the Level of Participation and Autonomy among people with Type II diabetes, Rafsanjan, Iran (2016). *Journal of Occupational Health and Epidemiology* 2016;5(4):235-44.
 20. Piatt JA, Li J, Nagata S, Kang S. Spinal Cord Injury Level, Physician's Visits, and Perceived Health's Impact on Participation and Autonomy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2015;96(10):e74.

A Study of Participation and Autonomy in Cardiovascular Patients with Positive Angiography Results in the City of Rafsanjan in 2017

Mordouei Z¹, Sheikhfathollahi M², Rezaeian M³, Mirzaei M⁴, Safarian M⁴, Vazirinejad R⁵

1- MSc Student, Dept of Epidemiology and Biological Statistics, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

3- Prof, Dept of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, Professor of Occupational Environment Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

4- Assistant Prof, Dept of Cardiology Medicine, School of Medicine, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

5- Prof, Dept of Social Medicine, School of Medicine, Professor of Social Determinants of Health Research Center, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran. (Corresponding Author)

Email: rvazirinejad@yahoo.co.uk, Tel: 03431315121

Received: 25 January 2019 Accepted: 30 June 2019

Introduction: Heart diseases are among the major health problems in the world, whose complications lead to disability reduced participation in one's life. Therefore, it is necessary to identify the aspects of life in which the patient participates weakly. Thus, the aim of this study was to investigate the participation and autonomy of cardiovascular patients with positive angiography results.

Materials and Methods: This descriptive study was performed on 202 patients with positive angiography results in Rafsanjan in 2017. The Impact on Participation and Autonomy Scale-Persian (IPA-p) questionnaire was used to assess participation and autonomy in the patients. Independent two-sample t-tests, Pearson's correlation coefficients, one-way ANOVAs, and multiple linear regression models were used to analyze the data.

Results: The patients' mean score for participation was used to measure the total participation score for the questionnaire. The mean and standard deviation of the scores for participation in the questionnaire was 3.09 ± 0.66 . The highest score for participation was related to social relations domain (3.63 ± 0.67), and the lowest score was obtained for Leisure domain (2.50 ± 1.00). The multiple linear regression analysis showed that the mean score for participation in females was lower than in males ($B = -0.419$, $p = 0.036$). Also, the mean score for participation in patients with a diploma and higher degrees was higher than illiterate patients ($B = 0.262$, $p = 0.040$). Furthermore, the variables explained 21.2% of the changes in the score for participation.

Conclusion: The results showed that patients in more than half of the domain of the IPA questionnaire had a participation level of less than 60% (a score 3 out of 5), and the Leisure domain was the weakest of all. Therefore, it is suggested that plans be developed to strengthen these domains.

Key words: Participation, Autonomy, Cardiovascular Diseases, Angiography, IPA Questionnaire, Rafsanjan

Please cite this article as follows:

Mordouei Z, Sheikhfathollahi M, Rezaeian M, Mirzaei M, Safarian M, Vazirinejad R. A Study of Participation and Autonomy in Cardiovascular Patients with Positive Angiography Results in the

City of Rafsanjan in 2017. Community Health journal 2019; 13(1): 74-83.

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

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences approved the study (IR. RUMS. REC.1396. 49).