

مقاله پژوهشی

مراقبت برتر

دوره ششم، شماره ۲۰۱، سال ۱۳۹۱

میزان مشارکت بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری در زندگی فردی و اجتماعی در مقایسه با افراد سالم در شهر رفسنجان در سال ۱۳۸۹

رضا وزیری نژاد^۱، علی اسماعیلی ندیمی^۲، شیما تکیه^۳، محسن رضائیان^۴، مجید کاظمی^{۵*}

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۳

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۱۰

خلاصه

زمینه و هدف: ارزیابی میزان مشارکت افراد در زندگی فردی و اجتماعی یکی از آخرین روش‌های شناخته شده در اندازه گیری سطح سلامتی است. در مطالعه حاضر میزان تاثیر بیماری‌های ایسکمیک قلبی بر میزان مشارکت در زندگی فردی و اجتماعی بیماران بررسی و مهمترین جنبه های متأثر از بیماری مورد ارزیابی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه همگروهی تاریخی (Historical cohort) یک همگروه که از لحاظ سن، جنس، طبقه اقتصادی، وضعیت تحصیلی و تأهل همسان بودند و تنها از نظر سابقه ابتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلب در دو گروه بیمار (تعداد ۵۰ نفر) و سالم (تعداد ۵۰ نفر) قرار داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. بخش اصلی ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه IPA-p (Impact on participation and autonomy) ترجمه فارسی شده بود که جهت اندازه گیری سطح مشارکت استفاده و از روش‌های آماری پارامتریک (آزمون تی) و غیر پارامتریک (آزمون های من ویتنی و کای دو) جهت انجام مقایسه نمرات کسب شده از سوالات پرسشنامه استفاده شد. اندازه خطر نسبی و نیز خطر قابل انتساب حضور بیماری ایسکمیک قلب در پدید آوردن "مشارکت نامطلوب" نیز محاسبه شده است.

یافته‌ها: همگروه یکصد نفره تحت بررسی، در دو گروه بیمار و سالم بر اساس مهمترین متغیرهای تاثیر گذار بر مشارکت یکسان بودند. نسبت افراد با مشارکت نامطلوب در گروه سالم به طور معنی داری کمتر از این نسبت در گروه مبتلا به سندرم حاد کرونر بود. مهمترین جنبه های متأثر از این بیماری مشارکت افراد در زندگی خانوادگی و نیز در انجام مراقبت از خود گزارش شد.

نتیجه گیری: سندرم حاد کرونر شانس مشارکت مناسب افراد را به ویژه در بعضی از جنبه های زندگی اجتماعی و فردی آنها به شدت کاهش می دهد. با توجه به افزایش امید به زندگی، بیماران سال‌های نسبتاً طولانی را با این بیماری طی می نمایند و ارتقاء میزان مشارکت این افراد از اهمیت بالایی برخوردار می باشد.

واژه های کلیدی: میزان مشارکت، سندرم حاد کرونر، خطر نسبی، خطر قابل انتساب

^۱ - دانشیار گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، مرکز تحقیقات محیط کار

^۲ - دانشیار گروه آموزشی داخلی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان - ایران

^۳ - پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان - ایران

^۴ - استاد گروه آموزشی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان - ایران

^۵ - استادیار گروه آموزشی داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان - ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

اولین قدم برای ارتقاء سلامتی، اندازه‌گیری سطح سلامتی موجود می‌باشد و از جمله بهترین روش‌های شناخته شده در اندازه‌گیری سطح سلامتی، ارزیابی کیفیت زندگی (QOL)، (Quality of life) است. این مفهوم غالباً به همراه مفاهیمی همچون ناتوانی و نقص عضو مطرح گردیده و به عنوان یک شاخص مناسب در ارزیابی وضعیت سلامتی به ویژه در افرادی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند استفاده شده است [۱-۳]. طبق نظر گروه کیفیت زندگی در سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی عبارت است از درک افراد از موقعیت‌شان در زندگی در زمینه سیستم‌های ارزشی و فرهنگی حاکم بر زندگی که در رابطه با هدف آنها، توقعات، معیارها و علاقه‌هایشان است [۴-۵]. با این وجود یکی از مهمترین نقاط ضعف این شاخص این است که مفهوم کیفیت زندگی به طور ذهنی ارزیابی شده و این ویژگی، دقت نتایج حاصل را به شدت کاهش می‌دهد. ذهنی بودن نتایج باعث می‌شود که آنچه به عنوان سطح کیفیت زندگی اندازه‌گیری شده است متأثر از احساسات درونی فرد بوده و در شرایط گوناگون اندازه‌گوناگونی را از وضعیت یکسان ارایه دهد. از این رو به نظر می‌رسد که باید به دنبال شاخص و مفهومی دیگر بود که نه تنها بار منفی مفاهیمی مانند "نقص عضو" را نداشته باشد بلکه به روشی کمتر ذهنی و بیشتر ملموس و عینی وضعیت سلامتی افراد را ارزیابی نماید. به این ترتیب در طی یک دهه اخیر استفاده از شاخص مشارکت مطرح گردید. مفهوم مشارکت به معنای استقلال و خود مختاری فرد در انجام نقش و وظایف فردی و اجتماعی او می‌باشد [۶].

QOL یک مفهوم چند بعدی است و عمدتاً در ارزیابی QOL سه قلمرو مهم زندگی اندازه‌گیری شده که شامل، عملکرد اجتماعی، فیزیولوژیکی و فیزیکی است. بنابراین QOL ترکیبی از وضعیت انسان در جنبه‌های مختلف زندگی می‌باشد. این جنبه‌ها بسته به ماهیت بیماری و به تناسب می‌توانند تحت تاثیر قرار گیرند. مفهوم مشارکت نیز جنبه‌های مختلف زندگی فرد را در بر می‌گیرد و به تناسب وضعیت سلامتی افراد، جنبه‌های مختلف می‌توانند تحت تاثیر قرار گیرند. به طور مثال

محدودیت در توان حرکتی فرد از لحاظ فیزیکی می‌تواند جنبه‌های مختلف مانند خود مختاری و مشارکت فرد در امور مانند نحوه تفریح فرد و یا نوع شغل وی را تحت تاثیر قرار دهد [۴].

مفهوم کلی کیفیت زندگی ماحصل طرز تلقی فرد از مجموعه و برابند وضعیت وی در تمامی این جوانب می‌باشد و می‌توان نتیجه گرفت که تقویت احساس و 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. مشارکت افراد در جنبه‌های مختلف زندگی خود نیز می‌تواند از چنین وضعیتی تبعیت نماید. مشارکت بیشتر و یا کمتر افراد در بعضی از جنبه‌های زندگی تابع وضعیت سلامت فرد خواهد بود. به عبارتی بیماری‌ها و آسیب‌های مختلف می‌توانند مشارکت افراد را در جنبه‌های گوناگونی از زندگی متأثر سازند که شناسایی و اندازه‌گیری این مشارکت نشانگر جنبه‌هایی از زندگی است که نیاز به مداخله و بهبود دارند. سندرم حاد کرونری از شایع‌ترین تشخیص‌ها در بین بیماران می‌باشند که به دلیل علائم مربوط به بیماری‌های قلبی و عروقی مراجعه می‌نمایند [۷].

در مبتلایان به سندرم حاد کرونری همچون سایر بیماری‌های مزمن، مشارکت در زندگی فردی و اجتماعی موضوع بسیار جدی است که بایستی مورد توجه و ارزیابی قرار گیرد. همانند هر بیماری مزمن و ناتوان کننده دیگری، فرد مبتلا به سندرم حاد کرونری با مشکلاتی مواجه است که تمام جنبه‌های زندگی روزمره وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۸]. مطالعات مقایسه‌ای قبلی که در سایر جوامع انجام شده تاثیر سندرم حاد کرونری بر جنبه‌های فیزیکی و اجتماعی زندگی مبتلایان نشان داده اند [۱۰-۸].

در مطالعه حاضر با طراحی یک مطالعه کوهورت تاریخی، میزان تاثیر حضور سندرم حاد کرونری بر میزان مشارکت بیماران در زندگی خود از جنبه‌های گوناگون مورد بررسی قرار گرفت. هدف از انجام مطالعه حاضر شناخت مهمترین جنبه‌های متاثر از بیماری در زندگی مبتلایان به سندرم حاد کرونری در شهر رفسنجان در سال ۱۳۸۹ می‌باشد.

در این مطالعه همگروهی تاریخی (Historical cohort) یک همگروه ۱۰۰ نفره در دسترس که از لحاظ سن، جنس، طبقه اقتصادی، وضعیت تحصیلی و وضعیت تأهل یکسان بودند و تنها از نظر ابتلا به سندرم حاد کرونر در دو گروه بیمار (تعداد ۵۰ نفر) و سالم (تعداد ۵۰ نفر) قرار داشتند مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار مدت ابتلا به بیماری (از زمان تشخیص قطعی) در گروه بیماران $4/1 \pm 4$ سال بوده است.

در این مطالعه با استفاده از نسخه فارسی پرسشنامه استاندارد شده IPA (Impact on participation and autonomy) سطح مشارکت مبتلایان به سندرم حاد کرونر، با همگروه‌های سنی و جنسی آنها که از نظر پاره ای دیگر از عوامل مهم تاثیر گذار نیز با بیماران یکسان گردیدند و مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفت.

این بیماران شامل گروهی از بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونر که در مقطع دوره سه ماهه مطالعه تحت نظر متخصصین قلب و عروق شهر رفسنجان بوده، از طریق کلینیک بیماری‌های قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان دعوت به مطالعه را نیز پذیرفتند. افراد سالم همگروه آنها نیز از بین دوستان، همکاران، خانواده و همچنین همراهان بیماران که در زمان مراجعه به پزشک حضور داشتند، انتخاب گردیدند. لازم به ذکر است که جزئیات لازم در مورد مطالعه و اهداف آن به کلیه افراد ارائه و در صورت تمایل از آنها خواسته شد که پرسشنامه را تکمیل نمایند.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل دو بخش اصلی بود. بخش اول شامل چک لیستی که در برگیرنده تعدادی سوال دموگرافیک از قبیل سن، جنس، وضعیت اجتماعی، اقتصادی (بر اساس میزان درآمد سالانه که کمتر از ۵۰۰ هزار تومان ضعیف و ۵۰۰ تا یک میلیون تومان متوسط و بیش از یک میلیون تومان خوب در نظر گرفته شد)، وضعیت تحصیل، وضعیت تاهل و مدت ابتلا به بیماری و بخش دیگر کلیه سوالات موجود در پرسشنامه IPA نیز که به فارسی ترجمه شده و مورد استفاده واقع شده است [۱۱]. بود.

پرسشنامه مذکور اول بار توسط Cardol به زبان هلندی طراحی و یکی از مهمترین پرسشنامه های مورد استفاده جهت ارزیابی میزان مشارکت در زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن می‌باشد که اعتبار و روایی آن مکرراً مورد تأیید محققان واقع شده است [۱۳-۱۲]. پرسشنامه IPA شامل ۴۲ سوال چند گزینه‌ای (پنج سوال در مورد وضعیت تحرک، هفت سوال در مورد مراقبت از خود، هفت سوال در مورد فعالیت های داخل و یا اطراف منزل، دو سوال در مورد نحوه مراقبت و استفاده از پول، دو سوال در مورد تفریح، هشت سوال در مورد زندگی و ارتباط اجتماعی، شش سوال در مورد شغل رسمی و یا مشاغل داوطلبانه، دو سوال در مورد آموزش و پرورش، دو سوال در مورد کمک و حمایت دیگران و یک سوال کلی برای ارزیابی وضعیت کلی مشارکت فرد در زندگی فردی و اجتماعی خود) می‌باشد.

اطلاعات کافی در مورد روش و اهداف مطالعه در اختیار افراد شرکت کننده قرار گرفت و در صورت تمایل افراد به شرکت در مطالعه از آنها رضایت نامه کتبی دریافت شد. سپس توسط یک فرد آموزش دیده در محیطی آرام (کلینیک و یا بیمارستان) ابتدا سوالات موجود در چک لیست مطرح و پس از پاسخ به آن از شرکت کنندگان درخواست گردید تا خود به مطالعه بخش دوم سوالات (پرسشنامه کتبی IPA) پرداخته و به آنها پاسخ دهند.

نمره گذاری ابزار طبق دستورالعمل خود ابزار انجام و اطلاعات جمع آوری شده در محیط SPSS 12 مورد پردازش قرار گرفته و از روش‌های آماری پارامتریک (t-test) و غیر پارامتریک (Chi-square, Mann-Whitney) جهت مقایسه متغیرهای مستقل و از جمله نمرات کسب شده از سوالات پرسشنامه IPA در دو گروه بیمار و سالم استفاده شد. با توجه به وجود توزیع نرمال و سایر شرایط مربوطه در نمرات کسب شده از پرسشنامه IPA، میانگین این نمرات محاسبه و از روش‌های آماری پارامتریک در انجام مقایسه بین دو گروه استفاده گردید. جهت محاسبه خطر نسبی و نیز میزان بروز مشکل (مشارکت نامطلوب) در دو گروه تحت بررسی (گروه مواجهه یافته با بیماری‌های ایسکمیک قلب و گروه مواجهه نیافته با بیماری) از نمرات حاصل از آخرین سوال پرسشنامه که به طور کلی و جامع وضعیت

مشارکت افراد را در زندگی فردی و اجتماعی آنها ارزیابی نموده بود، استفاده شد. ابتدا با توجه به محدوده پاسخ‌های داده شده با این سوال که بین کد ۲ (مشارکت ضعیف) و کد ۵ (مشارکت خیلی خوب) متغیر بوده است تمامی نمرات کسب شده از سوالات پرسشنامه توسط فرد پاسخ دهنده در دو گروه (مشارکت نامطلوب و مشارکت مطلوب) ادغام شد. بدین صورت که کد ۲ (مشارکت ضعیف) با کد ۳ (مشارکت متوسط) ادغام و به عنوان مشارکت نامطلوب در نظر گرفته شد و همچنین کد ۴ (مشارکت خوب) با کد ۵ (مشارکت خیلی خوب) ادغام و به عنوان مشارکت مطلوب در نظر گرفته شد. افراد سالم و بیمار نیز در دو گروه مشارکت مطلوب و مشارکت نامطلوب قرار گرفتند. به این ترتیب

خطر نسبی حاصل از بیماری در ایجاد مشارکت نامطلوب محاسبه گردید.

نتایج

نتایج این مطالعه در مقایسه وضعیت دموگرافی افراد مورد مطالعه در دو گروه بیمار و سالم با هم و همچنین از نظر مهمترین متغیرهای تاثیر گذار بر مشارکت چنین نشان داد که دو گروه یکسان بودند و تفاوت آماری با هم نداشتند. نتایج نشان داد که هیچ‌گونه اختلاف معنی دار آماری بین میانگین سنی دو گروه بیمار (۵۶.۵±۱۱ سال) و سالم (۵۵.۸±۹.۱ سال) وجود نداشت. حدود سه پنجم (۵۸٪) مبتلایان در گروه سنی بین ۳۰ و ۶۰ سال قرار داشته اند.

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد تحت بررسی در دو گروه بیمار و سالم براساس پاره ای از متغیرهای دموگرافیک.

کل تعداد (درصد)	گروه های مورد مقایسه		ویژگیهای دموگرافیک
	سالم تعداد (درصد)	بیمار تعداد (درصد)	
۵۷ (۵۷) ۴۳ (۴۳)	۲۸ (۵۶)	۲۹ (۵۶)	جنسیت مرد
	۲۲ (۴۴)	۲۱ (۴۴)	زن
۹ (۹) ۴۹ (۴۹) ۴۲ (۴۲)	۵ (۱۰)	۴ (۸)	سن زیر ۴۰
	۲۴ (۴۸)	۲۵ (۵۰)	۴۰-۵۹
	۲۱ (۴۲)	۲۱ (۴۲)	+۶۰
۴۶ (۴۶) ۳۶ (۳۶) ۱۸ (۱۸)	۲۰ (۴۰)	۲۶ (۵۲)	طبقه اقتصادی ضعیف
	۲۱ (۴۲)	۱۵ (۳۰)	متوسط
	۹ (۱۸)	۹ (۱۸)	بالا
۲۲ (۲۲) ۲۷ (۲۷) ۲۲ (۲۲) ۲۰ (۲۰) ۹ (۹)	۱۰ (۲۰)	۲۲ (۴۴)	وضعیت تحصیلی بیسواد
	۱۴ (۲۸)	۴ (۸)	ابتدایی
	۱۰ (۲۰)	۵ (۱۰)	راهنمایی
	۱۲ (۲۴)	۸ (۱۶)	دیپلم
	۴ (۸)	۱۱ (۲۲)	بالا تر از دیپلم
۹۰ (۹۰) ۱۰ (۱۰)	۴۶ (۹۲)	۴۴ (۸۸)	وضعیت تاهل متاهل
	۴ (۸)	۶ (۱۲)	مجرد

تفاوت معنی دار نداشتند (جدول ۱). بر اساس اطلاعات کسب شده تنها ۱۸ درصد افراد بیمار در طبقه اجتماعی اقتصادی بالا

به همین ترتیب بر اساس سایر متغیرهای دموگرافیک یعنی جنس، طبقه اجتماعی، وضعیت تحصیلی و وضعیت تاهل نیز تعداد و نسبت‌های افراد در دو گروه تحت بررسی از نظر آماری

قرار داشتند و اکثر آنها (۸۲٪، n=۴۱) در طبقه ضعیف و کم درآمد قرار گرفتند.

اما نتایج مطالعه در مورد نمرات به دست آمده از پرسشنامه IPA چنین بود که میزان خطر نسبی بروز مشارکت نامطلوب در افراد مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلب در جمعیت تحت بررسی محاسبه شد. همچنین توزیع افراد تحت بررسی بر اساس وضعیت مشارکت آنها در دو گروه مواجهه یافته با بیماری (گروه بیماران) و گروه مواجهه نیافته با بیماری (گروه افراد سالم) در جدول ۲ آمده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد نیمی (۵۰٪) از افرادی که به بیماری‌های ایسکمیک قلب دچار شده

اند از وضعیت نامطلوب مشارکت رنج می‌برند در حالیکه این نسبت در افرادی که به این بیماری مبتلا نمی‌باشند، (گروه سالم) ۱۶ درصد (۸ نفر) می‌باشد. محاسبه خطر نسبی (Relative risk) نشان می‌دهد که ابتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلب به طور معنی داری و به اندازه ۵/۲ برابر احتمال ایجاد مشارکت نامطلوب را در افراد تحت بررسی افزایش می‌دهد (۱۳/۴-۲/۱= CI=۹۵ درصد). از سوی دیگر محاسبه خطر قابل انتساب (attributable risk) نشان می‌دهد که ۳۶٪ از خطر ایجاد مشارکت نامطلوب به طور صرف ناشی از وجود بیماری‌های ایسکمیک قلب در مبتلایان می‌باشد.

جدول ۲- توزیع افراد تحت بررسی در دو گروه بیمار و سالم بر اساس وضعیت مشارکت

جمع تعداد (درصد)	مشارکت*		مواجهه با بیماری‌های ایسکمیک قلب
	مطلوب تعداد (درصد)	نامطلوب تعداد (درصد)	
۵۰ (۱۰۰)	۲۵ (۵۰)	۲۵ (۵۰)	وجود دارد (بیمار)
۵۰ (۱۰۰)	۴۲ (۸۴)	۸ (۱۶)	وجود ندارد (سالم)
۵۰ (۱۰۰)	۶۷ (۶۷)	۳۳ (۳۳)	جمع

*- نمره حاصل از آخرین سوال پرسشنامه IPA کمتر و مساوی ۳ به عنوان مشارکت نامطلوب و نمره بیشتر از ۳ به عنوان مشارکت مطلوب تعریف شده است.

مورد عدم وجود اختلاف معنی دار در ارتباط با تاثیر سلامتی روحی و جسمی بیماران بر مشارکت در فعالیت و روابط اجتماعی آنها به دست آمده است. مهمترین جنبه‌های زندگی افراد بیمار که در مقایسه با افراد سالم بیشتر تحت تاثیر بیماری واقع شده و نمره کمتری را نسبت به نمره افراد گروه سالم نشان می‌دهد به ترتیب عبارتند از "فعالیت‌های داخل و یا اطراف منزل" و "مراقبت از خود".

اطلاعات مربوط به نمرات کسب شده بیماران و افراد سالم در ارتباط با قضاوت آنها در مورد بخش‌های مختلف پرسشنامه IPA در جدول ۳ آمده است. میانگین و انحراف معیار نمرات افراد تحت بررسی در رابطه با مشارکت کلی آنها در دو گروه بیمار و سالم به ترتیب برابر با $3/4 \pm 1/0$ و $4/1 \pm 0/79$ (از حداکثر ۵) بوده است. آزمون t اختلاف بین این میانگین‌ها را معنی دار نشان داد ($P=0/000$).

چنانچه در جدول ۳ آمده تمامی میانگین نمرات کسب شده توسط افراد بیمار از بخش‌های مختلف پرسشنامه IPA در مقایسه با افراد سالم بطور معنی داری پایین تر می‌باشد و تنها

جدول ۳: نمرات کسب شده بیماران و افراد سالم در ارتباط با قضاوت آنها در مورد بخش‌های مختلف پرسشنامه IPA

P value	گروه‌های مورد مقایسه		بخش‌های IPA* (حداکثر نمره ۵)
	سالم انحراف معیار ± میانگین	بیمار انحراف معیار ± میانگین	
۰/۰۲	۴/۰ ± ۰/۸	۳/۶ ± ۱/۰	وضعیت تحرک
۰/۰۰۰	۴/۳ ± ۰/۶۸	۳/۷ ± ۰/۸۷	مراقبت از خود
۰/۰۰۰	۴/۰ ± ۰/۸۱	۳/۲ ± ۱/۰	فعالیت‌های داخل و یا اطراف منزل
۰/۰۱	۴/۳ ± ۰/۷۲	۳/۸ ± ۱/۱	نحوه مراقبت و استفاده از پول
۰/۰۱	۳/۷ ± ۰/۹۷	۳/۱ ± ۱/۲	تفریح
***۰/۵۲	۴/۲ ± ۰/۵۹	۴/۳ ± ۰/۵۷	زندگی و ارتباط اجتماعی
۰/۰۱	۳/۹ ± ۰/۶۶	۳/۵ ± ۰/۹۷	کمک و حمایت دیگران

نوع آزمون: t test

*- درصد اطلاعات جمع آوری شده برای دو بخش "شغل رسمی و یا مشاغل داوطلبانه" و "آموزش و پرورش" به اندازه ای نبوده است که قابل تجزیه و تحلیل باشد.
**- در سطح $\alpha = ۰/۰۵$ اختلاف معنی دار نبوده است.

بحث

کرونری بر مشارکت افراد طی یک رابطه اختصاصی مناسب مورد بررسی قرار گرفته است. هرچند تعداد بسیار زیادی از متغیرهای دموگرافیک وجود دارند که به راحتی مشارکت افراد در زندگی را می‌توانند تحت تاثیر قرار دهند و در مطالعه حاضر مورد ارزیابی و مقایسه در دو گروه قرار نگرفتند. البته نتیجه محاسبات انجام شده در این مطالعه نیز به خوبی نشان دهنده تاثیر این گونه متغیرها می‌باشد. اگرچه این متغیرها در صورت عدم همسان بودن در دو گروه تحت بررسی می‌توانند نتایج حاصل را مخدوش نمایند، اما بخش مهمی از مهمترین این متغیرها در مطالعه حاضر مورد توجه قرار گرفته و گروه مورد مطالعه از نظر این عوامل همسان شده اند. با این وجود، حداقل، به خوبی می‌توان پذیرفت که تاثیر تعداد قابل ملاحظه ای از این متغیرها که نقش و اهمیت بیشتری در رابطه با مشارکت دارند در مطالعه حاضر مورد کنترل واقع شده است.

آنچه اهمیت نتایج مطالعه حاضر را نسبت به سایر مطالعات مشابه که بر روی کیفیت زندگی صورت گرفته [۱۷-۱۵]، افزایش می‌دهد همین ویژگی مطالعه حاضر می‌باشد. به عنوان مثال اختلاف کیفیت زندگی بین گروه‌های مورد مقایسه در

به دلیل تاثیر مداخلات پزشکی و بهداشتی در جوامع انسانی در طول دهه‌های اخیر اکنون به وضوح شاهد طولانی شدن امید به زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن به ویژه مبتلایان به سندرم حاد کرونر می‌باشیم [۱۴]. عبارت دیگر اکنون مبتلایان به سندرم حاد کرونر مدت‌های طولانی با تجربه این بیماری به زندگی ادامه می‌دهند و این در حالی است که دیگر همچون قبل از بروز بیماری، آزادی و امکان انجام هرگونه فعالیت را ندارند و به عبارت دیگر شناسایی مهمترین جنبه‌های زندگی این افراد که در شرایط بیماری امکان مشارکت آنان در جنبه های خاص نسبت به گذشته وجود ندارد.

نتایج مطالعه حاضر (موجود در جدول ۱) نشان می‌دهد که افراد مورد مطالعه در دو گروه بیمار و سالم به نحو مطلوبی از نظر متغیرهای دموگرافیک موثر بر میزان مشارکت یعنی سن، جنس، طبقه اجتماعی، وضعیت تاهل و وضعیت تحصیلی یکسان شده بودند. به عبارت دیگر گروه انتخاب شده در این مطالعه کوهورت، یک گروه همسان شده مناسب براساس این متغیرها می‌باشد. به این ترتیب در مطالعه حاضر تاثیر وجود سندرم حاد

مطالعه صداقتی و همکاران به دلیل عدم یکسان بودن آماری دو گروه بر اساس متغیرهایی مثل سن، جنس، شغل، محل زندگی و سطح درآمد بوده و نمی‌تواند تنها به دلیل وجود و یا عدم وجود بیماری باشد [۱۶].

همانند بسیاری از مطالعات مشابه که در سایر جمعیت‌ها صورت گرفته و تأثیر بیماری‌های قلب را بر روی کیفیت زندگی بیماران نشان داده است [۱۷-۱۵] یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ابتلاء به بیماری‌های ایسکمیک قلب به شدت مشارکت افراد مبتلا را نیز در زندگی آنها تحت تأثیر خود قرار داده است. از آنجایی که افراد مبتلا به این بیماری بسته به خدمات بهداشتی و درمانی که دریافت می‌نمایند سال‌های نسبتاً طولانی را با این بیماری طی می‌نمایند، بهبود مشارکت این افراد از اهمیت بسیار بالا برخوردار می‌باشد.

مشارکت بیماران مورد مطالعه در بررسی حاضر بر اساس تمامی بخش‌های مختلف پرسشنامه IPA در مقایسه با افراد سالم به طور معنی‌داری پایین‌تر بود. تنها مورد عدم وجود اختلاف معنی دار در ارتباط با تأثیر سلامتی روحی و جسمی افراد بر فعالیت و روابط اجتماعی آنها به دست آمده است و جالب این‌که دقیقاً همین نتیجه از مطالعه Norekval و همکاران در رابطه با ارزیابی کیفیت زندگی آنها به دست آمده است [۱۵]. اگرچه دو مقوله مشارکت و کیفیت زندگی از لحاظ نحوه اندازه‌گیری از هم جدا و مستقل می‌باشند ولی از نظر ماهیت و مفهوم در ارتباط نزدیک با یکدیگر هستند. نتایج این دو مطالعه که در دو ملیت کاملاً متفاوت حاصل شده نشان می‌دهد که گذشته از تأثیر سنت‌های فرهنگی، اجتماعی و مذهبی دو ملیت که می‌تواند بسیار متفاوت باشد مبتلایان به بیماری‌های قلبی هم از میزان مشارکت و هم کیفیت زندگی در روابط اجتماعی خود با مشکل جدی روبرو نیستند. البته تأثیر بیماری بر سایر جنبه‌های تعیین کننده مشارکت کاملاً مشهود می‌باشد. از مهمترین جنبه‌هایی که میزان مشارکت فرد در آن بیشترین تأثیر را از بیماری‌های ایسکمیک قلب داشته "فعالیت‌های داخل و یا اطراف منزل" و "مراقبت از خود" بوده است که نشان از تأثیر قابل ملاحظه بیماری در میزان مشارکت مبتلایان در این جنبه‌ها دارد. حال با

مقایسه میزان مطلوب مشارکت بیماران در روابط اجتماعی که تفاوتی با افراد سالم نداشته است با میزان مشارکت نامطلوب آنها در جنبه‌های "مراقبت از خود" و "فعالیت‌های داخل و یا اطراف منزل" می‌توان توضیحی را ارائه نمود که توسط Norekval و همکارانش ارائه شده است. Norekval و همکارانش این گونه نتیجه گرفته‌اند که احتمالاً مبتلایان به بیماری MI سعی در ارزیابی وضعیت اجتماعی خود پس از بیماری دارند و این عامل جنبه روابط اجتماعی زندگی آنها را ارتقا می‌بخشد [۱۵] و برای این توضیح به مطالعات سایرین [۱۹-۱۷] نیز اشاره می‌نماید. این توضیح در رابطه با میزان مشارکت بیماران حاضر در مطالعه ما نیز می‌تواند بیان گردد و نیاز به مطالعات بیشتر را نشان می‌دهد.

یکی از نکات مهمی که در ارتباط با نتایج مطالعه ما که در شهر رفسنجان انجام شده، وجود دارد این است که درصد قابل ملاحظه‌ای از مبتلایان به سندرم حاد کرونر (۵۲٪) در طبقه اجتماعی پایین قرار دارند. این نتیجه بیانگر این نکته بسیار مهم می‌باشد که الگوی بروز بیماری‌های مزمن در کشور ما در حال تغییر می‌باشد و دیگر نمی‌توان این دسته از بیماری‌های مزمن را بیشتر در طبقات اجتماعی مرفه یافت بلکه اکنون زمان آن رسیده که در خصوص رابطه بین سبک زندگی و سایر عوامل مرتبط، در افراد طبقه بالای اجتماع و بروز بیشتر بیماری‌های قلبی عروقی در این افراد، بررسی بیشتری نموده و با دقت بیش از پیش به بررسی عوامل خطر مرتبط با بیماری در افراد جامعه پرداخت. شاید تغییراتی در سبک زندگی افراد رخ داده باشد. به طور مثال شاید یک دلیل آن توجه و پرداختن بیشتر افراد مرفه جامعه به امر ورزش باشد. به نظر می‌رسد که وجود این دلایل نشانگر نیاز جدی به انجام مطالعات وسیع، دقیق و علمی توسط محققین مربوطه می‌باشد. هر چند کیفیت اطلاعات جمع‌آوری شده در مطالعات پیش گفت را نیز بایستی تأیید نمود. تغییر الگوی این بیماری مزمن که قبلاً از جمله بیماری‌های ویژه طبقات بالای اجتماع به شمار می‌رفت می‌تواند با استفاده از مطالعات دیگر در بین طبقات گوناگون اجتماعی مورد بررسی و در صورت تأیید در برنامه ریزی‌های آتی و در اجرای روش‌های

پیشگیری اول، دوم و سوم بیماری در منطقه و در کشور مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه که حاصل ارزیابی میزان مشارکت مبتلایان به بیماری‌های قلبی بوده و با نتایج مربوط به ارزیابی کیفیت زندگی که در مطالعات مشابه در داخل و خارج کشور انجام شده است هماهنگ می‌باشد، نشان می‌دهد که ابتلا به بیماری‌های قلبی به منزله شروع روند کاهش هر دو شاخص میزان مشارکت و سطح کیفیت زندگی بیماران است. با توجه به مدت نسبتاً طولانی دوره بیماری، اقدامات لازم جهت بهبود و ارتقاء میزان مشارکت و سطح کیفیت زندگی این بیماران ضروری می‌باشد. اولین قدم در این مسیر شناسایی مهمترین جنبه های زندگی مبتلایان می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر و مقایسه آن با مطالعات مشابه که کیفیت زندگی را بررسی نموده‌اند نشان می‌دهد که به جز در حیطه روابط اجتماعی، برنامه ریزی لازم به منظور بهبود وضعیت مشارکت و کیفیت زندگی افراد در سایر حیطه ها لازم است. انجام مطالعات مشابه در سایر جمعیت‌های مناطق گوناگون کشور تصویری واضح از وضعیت مشارکت و کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های قلبی را نشان خواهد داد و نتایج آن می

منابع

- 1- Badley EM, Thompson RP, Wood PHN. 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; 145-151.
- 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. Measurement of activities of daily living. Clinical Rehabilitation, 1989, 3; 179-187.
- 4- Skerington S.M, Arthur PM, Somerset M. Developing item for the WHO QOL : An investigation of contemporary beliefs about QOL related to health in Britain . Britain journal of health psychology. 1997 ; 2 , 55-72.
- 5- WHO: WHOQOL user Manual. Geneva, World Health Organization; 1998.
- 6- Cardol M., H. R. J. d., Bos G.AM. Van den, Jong B.A.de, Groot I.JM.de 1999b. "The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA)." Clinical Rehabilitation 13: 411-419.

- 7- Kasper D.L. Braunwald E. fauci A. Hauser S. Longo D. Jameson J. Harrison's Principles of internal medicine ,ed(16) 2005,McGraw-Hill. New York. 1434.
- 8- Agewall S, Berglund M, Henareh L. Reduced quality of life after myocardial infarction in women compared with men. Clin Cardiol 2004, 27(5):271-274.
- 9- Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M: Myocardial infarction: gender differences in coping and Social support. J Adv Nurs 2003, 44(4): 360-374.
- 10- 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): 1315-1319.
- 11- Joorian J, Validity and reliability of the Persian version of Impact on Participation and Autonomy Scale for using among Iranian multiple sclerosis patients. Medical students' dissertation, 2008.
- 12- Cardol M, de Haan RJ, van den Bos GA, de Jong BA, de Groot IJ. The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). Clinical Rehabilitation 1999;13:411-419.
- 13- Kersten P, Sibley A, Ward CD, White B, George SL. The validity and reliability of the impact on participation and autonomy questionnaire. Clinical Rehabilitation 2005;19:575-576.
- 14- Tunstall-Pedoe H, Vanuzzo D, Hobbs M, Mahonen M, Cepaitis Z, Kuulasmaa K, Keil U, 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.
- 15- 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 and Quality of life outcomes. 2007, 5;58.
- 16- Sedaghati M, Ehsani M, Ghanbari a. Comparing quality of life between diabetic TypeII patients and non-diabetic people. Journal of Babol University of Medical Sciences, 2007; 9(5); 55-60. [Persian]
- 17- Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Munro J, Skene AM, Hampton JR. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. Heart, 1999, 81(4): 352-358.
- 18- Moons P, Van Deyk K, De Bleser L. Marquet K, Raes E, De Geest S, Budts W. 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): 407-413.
- 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): 324-331.

The effect of Ischemic Heart Diseases on the participation of patients in comparison to healthy people in Rafsanjan (2009)

Vazirinejad¹R, Esmaeili Nadimi² A, Tekyeh³Sh, Rezaeian⁴M, Kazemi M.^{5*}

1- Associate Professor, Social Medicine Dept, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan. Iran

2- Associate Professor, Intenal Medicine Dept, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan. Iran

3- General Physician, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan. Iran

4- Associate Professor, Social Medicine Dept, Medical School, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan. Iran

*5-Assistant professor, medical surgical Dep, Nursing school, Rafsanjan university of medical science Rafsanjan. Iran. [Tel:03915225900](tel:03915225900)-
fax:03915228497 – email: dr.kazemi.n@rums.ac.ir

Background and Objective: Assessing participation level of individuals in their personal and social life is of the most recent methods for measuring the level of health among them. In this study, the effect of Ischemic Heart Diseases on the participation level of patients was measured comparing to the general population of Rafsanjan in order to recognize the most important aspects of patient's life affected by the disease (2009).

Material and methods: In this historical cohort study, a group of people who were matched based on age, gender, educational status, social class, and marital status in two different groups of Ischemic Heart Diseases patients (n=50) and healthy people(n=50) was studied. The level of participation was measured using Impact on participation and autonomy (IPA) scale. Data were collected by a trained expert in a calm place. Parametric (t-test) and non-parametric (Mann-Whitney U) tests were used to compare groups where appropriate. Relative risk and attributable risk were also calculated.

Results: The cohort under study consisting 100 people in two different groups of patients and healthy people was statistically similar based on effective factors. Proportion of people with undesirable participation level among patients group was significantly greater than this proportion among the other group. The most important aspects of patients' life affected by the disease were “family role” and “self care”. Relative risk showed that suffering from Ischemic Heart Diseases significantly increases the probability of reporting undesirable participation among patients as 5.1 times (95%CI= 1.7-15.0) and 4.9 times (95%CI= 1.3-18.8) in aspects of “family role” and “self care”, respectively .

Conclusion: Our findings showed that Ischemic Heart Diseases affected the participation level of people in their life, significantly. Respecting the long duration of the disease among patients, improving the participation of patients is very important.

Key words: Participation level, Ischemic Heart Disease, Relative Risk, Attributable Risk