پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال پانزدهم، شماره 6، پی در پی 78، صفحات 264 تا 272
بهمن و اسفند 1389

تاریخ دریافت مقاله: 1389/5/23
تاریخ پذیرش مقاله: 1389/9/21

کیفیت زندگی بیماران بعد از ابتلا به اولین سکته قلبی حاد

دکتر محمد رضا بیرانوند[1]، دکتر عباس لروند[2]، دکتر سعید علیپور پارسا[3]، دکتر محمد رضا معتمدی[4]، دکتر علی‌اصغر کلاهی[5]

1- دانشیار قلب و عروق، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
2- دستیار قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
3- استادیار قلب و عروق، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
4- استاد بیماریهای قلب و عروق، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
5- دانشیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: درمانهای حمایتی جدید برای کنترل سکته قلبی، موجب افزایش تعداد بیمارانی می‌شود که بعد از سکته قلبی زنده می‌مانند. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران بعد از ابتلا به اولین سکته قلبی حاد مراجعه‌کننده به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام گرفت.

مواد و روشها: مطالعه به روش Cross-sectional با مشارکت 300 نفر از بیماران زن و مرد 32 تا 79 ساله مبتلا به اولین سکته قلبی که بین 6 تا 30 ماه از حمله حاد شان گذشته باشد انجام شد. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود. نمونه‌ها از میان بیماران واجد شرایطی که جهت پیگیری و ویزیت معمول به درمانگاه های قلب بیمارستانهای شهید مدرس، لقمان حکیم، آیت‌اله طالقانی و شهید لبافی‌نژاد مراجعه نموده و قبلاً به علت سکته قلبی حاد در این بیمارستانها دارای پرونده بودند و همچنین از شرکت در مطالعه رضایت داشتند، انتخاب شدند. داده‌ها به‌وسیله مصاحبه با بیماران جمع‌آوری شد. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه گونه فارسی استاندارد شده برای جمعیت ایران The Short Form Health Survey (SF-36) استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران 9/5 ± 56/6 سال و 42/3% از بیماران زن و 57/7% مرد بودند. میانگین امتیازکیفیت زندگی بیماران در مقیاسهای مختلف شامل عملکرد جسمی (67/2)، محدودیت جسمی (52/9)، درد جسمی (71/1)سلامت عمومی (48)، نشاط(52/6)، عملکرد اجتماعی (71/3)، مشکلات روحی (59/2) و سلامت روان (57/2) بود. در مقایسه با جامعه، کیفیت زندگی بیماران در همه مقیاسها کاهش نشان می‌داد، ولی این کاهش در همه مقیاسها یکسان نبود. کیفیت زندگی با بالا رفتن سن در همه مقیاسها کاهش نشان می‌داد. همچنین کیفیت زندگی زنان بعد از سکته قلبی حاد نسبت به مردان بین 9% تا 23% در مقیاسهای مختلف بیشتر کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران شش تا سی ماه بعد از اولین سکته قلبی حاد کاهش یافته است. این کاهش در مقیاسهای جسمانی بیشتر از مقیاسهای روحی-روانی بود همچنین کیفیت زندگی با بالا رفتن سن و در زنان بیشتر از مردان کاهش نشان داد.

واژگان کلیدی: اولین سکته قلبی حاد، کیفیت زندگی، SF-36.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Beyranvand MR, Lorvand A, Alipour Parsa S, Motamedi MR, Kolahi AA. The quality of life after first acute myocardial infarction 2011;15(6):264-72.

مقدمه

بیماری قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر در کل دنیا است، به‌طوری‌که حدود 16 میلیون مرگ در دنیا به علت بیماری عروق کرونری اتفاق می‌افتد که 82% آن در کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود (1). تا سال 2020 بیماریهای قلبی عروقی و سکته مغزی با 20 میلیون مرگ، اولین علت مرگ و ناتوانی در دنیا خواهد بود (2).

در ایران نیز بیماریهای قلبی عروقی اولین عامل مرگ و میر است. در سال 1383 تعداد 304583 مورد مرگ در کشور

*نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر علی‌اصغر کلاهی؛ تهران ولنجک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی؛ تلفن: 8-23872567؛ نمابر: 22439936؛ پست الکترونیک: a.kolahi@sbmu.ac.ir

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

ثبت شده است. میزان تقریبی مرگ و میر خام، 435 نفر به‌ازای هر صد هزار نفر جمعیت است. اولین عامل مرگ با تعداد 138007 نفر (45/3%) به علت بیماریهای قلبی و عروقی رخ داده است که نیمی از آنها به علت سکته قلبی است. میزان مرگ به علت بیماریهای قلبی عروقی در کل سنین، 205 نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت و در سنین بیش از 70 سال، به 4156 نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت افزایش یافته است. به عبارت دیگر 45% مرگ در کلیه سنین و 64% مرگها در سنین بیش از 70 سال به علت بیماریهای قلبی و عروقی رخ می‌دهد. میزان عمر از دست رفته به علت بیماریهای قلبی عروقی برابر 1183188 سال (26% از کل) است (3). برآوردها نشان می‌دهد که بار بیماری در یک سال به علت بیماریهای قلبی عروقی در کشور بالغ بر 1/5 میلیون سال است، یعنی در مجموع 1/5 میلیون سال (10/4% از کل) از سالهای زندگی در کشور به علت مرگ و میر و ناتوانی حاصل از بیماریهای قلب عروقی از دست می‌رود (4). بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که بیماریهای قلب عروقی اولین علت مرگ در کشور را با 45 % مرگها و 26 % سالهای از دست رفته عمر و 10/4% بار بیماری به خود اختصاص می‌دهند.

ظهور درمانهای حمایتی جدید برای کنترل سکته قلبی موجب افزایش تعداد بیمارانی می‌شود که بعد از سکته قلبی زنده می‌مانند. بیشترین توجه پزشکان در مرحله حاد به جنبه‌های فیزیکی بیماری معطوف می‌شود درحالی‌که نیاز بیماران فقط زنده ماندن نیست بلکه کیفیت زندگی نیز به همان اندازه اهمیت دارد. مجموعه ناتوانیهای جسمی، اجتماعی و روانی بیماران کیفیت زندگی آنها را شکل می‌دهد. در سالهای اخیر پژوهشگران به نقش مهمی که کیفیت زندگی در درمان و مراقبت مؤثر از بیماران مبتلا به سکته قلبی ایفا می‌کند، توجه کرده‌اند. روش های مختلفی برای سنجش کیفیت زندگی ابداع شده است، رایج‌ترین و جامع‌ترین ابزار استاندارد عمومی موجود در این زمینه، پرسشنامه 36 سؤالی (The Short Form Health Survey: SF-36) است (5) که با آن کیفیت زندگی در هشت مقیاس عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان اندازه‌گیری می‌شود. این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی استاندارد شده است (6). به نظر می‌رسد پرسشنامه SF-36 با شرایط فرهنگی، اجتماعی ایران روایی و سازگاری بیشتری داشته باشد (7).

مطالعات زیادی در این زمینه توسط پژوهشگران درکشورهای مختلف دنیا انجام شده است، ولی در ایران تنها مطالعه یافت انجام شده، مطالعه حسن پوردهکردی است که در شهرکرد بر روی 150 بیمار مبتلا به سکته قلبی در مدت زمان هشت هفته بعد از مرحله حاد بیماری انجام شده و در سال 1386 گزارش شده است (8). انتخاب زمان کوتاه بعد از سکته قلبی حاد و گزارش نامناسب مقیاسهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی بر اساس پرسشنامه انتخاب شده SF-36 ،ارزش مطالعه را پایین آورده است. مطالعه دیگری نیز با هدف مقایسه روایی کیفیت زندگی با پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی و SF-36 بر روی بیمارانی که در مرکز قلب تهران در سال 1385 مورد عمل جراحی bypass قرارگرفته‌اند، انجام شده است (7).

بنابراین به علت فقدان یک بررسی قابل استناد، این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که بین 6 تا 30 ماه بعد از ابتلا به اولین سکته قلبی حاد آنها گذشته بود، با استفاده از پرسشنامه استاندارد شده SF-36 انجام گرفت.

مواد و روشها

مطالعه به روش Cross-sectional با مشارکت بیماران زن و مرد 32 تا 79 ساله مبتلا به اولین سکته قلبی که بین 6 تا 30 ماه از حمله حادشان گذشته باشد، انجام شد. تعداد نمونه، 300 بیمار برآورد شد. این نمونه با فرض کیفیت زندگی 50% و حدود اطمینان 8% و سطح اطمینان 95% برای دو جنس تعیین شد، ولی در عمل به علت کم بودن بیماران زن در نهایت 127 نفر بیمار زن و 173 بیمار مرد وارد مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود. نمونه‌ها از میان بیماران واجد شرایطی که جهت پیگیری و ویزیت معمول به درمانگاههای قلب بیمارستانهای شهید مدرس، لقمان حکیم، آیت‌اله طالقانی و شهید لبافی‌نژاد مراجعه نموده و قبلاً به علت سکته قلبی حاد در این بیمارستانها دارای پرونده بودند و همچنین از شرکت در مطالعه رضایت داشتند، انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود:

1- ابتلا به سکته قلبی برای اولین بار

2- تشخیص سکته قلبی بر اساس وجود دو معیار از سه معیار زیر:

الف) درد قفسه سینه به مدت بیش از 30 دقیقه،

ب) بالا رفتن قطعه ST بیش از یک میلی متر در دو لید اندامی یا بیش از 2 میلی‌متر در دو لید سینه ای،

ج) افزایش کراتین‌کیناز به دو برابر حد بیشینه طبیعی و افزایش CKMB،

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

3- سپری شدن حداقل 6 ماه و حداکثر 30 ماه از سکته قلبی حاد.

بیماران مبتلا به بیماریهای جدی دیگر، شامل سرطانها، سکته مغزی یا اختلال شناختی از مطالعه خارج شدند. شواهد مربوط به سکته قلبی حاد از پرونده‌های بیماران استخراج شد و سایر داده‌ها به روش انجام مصاحبه با خود بیمار جمع‌آوری شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه‌ای بود که اجزای آن در دو بخش تنظیم شده بود:

بخش اول، سؤالات دموگرافی مربوط به بیمار را در بر می‌گرفت و شامل مجموعه پرسشهایی در زمینه متغیرهای جمعیت‌شناختی-اجتماعی (سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح سواد، قومیت، محل سکونت، شغل و درآمد)، نوع بیمه،Function class و ساعات خواب بود.

بخش دوم، پرسشنامه SF-36 بود (5). این پرسشنامه استاندارد، سلامت جسمی (عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی) و سلامت روانی (عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی و نشاط) و تغییر در وضعیت سلامتی را در طی دوره یک سال قبل ارزیابی می‌کند و پایایی و روایی گونه فارسی آن برای جمعیت ایرانی تعیین شده است (6). سؤالات این پرسشنامه از هشت مقیاس تشکیل شده است که هر مقیاس دارای دو تا ده سؤال بوده و در مجموع دارای 36 سؤال می‌باشد. مقیاس ها و تعداد سؤالات به شرح زیر است:

عملکرد جسمی(10 سؤال)، محدودیت جسمی(4 سؤال)، درد جسمی(2 سؤال)، سلامت عمومی (5سؤال)، نشاط (4 سؤال)، عملکرد اجتماعی (2 سؤال)، مشکلات روحی (3 سؤال)، سلامت روان (5 سؤال). یک سئوال نیز به تغییر در وضعیت سلامتی فرد در مقایسه با یکسال قبل از مصاحبه می‌پردازد. نتیجه نهایی هر مقیاس بین صفر و 100 متغیر می‌باشد که صفر بدترین و 100 بهترین وضعیت را از نظر کیفیت زندگی، در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد برنامه نرم‌افزاری SPSS نسخه 11/5شده و با استفاده از آزمون Pearson Chi-Square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مجموع 300 بیمار که وقوع اولین سکته قلبی حاد آنها بر اساس معیارهای تعیین شده به اثبات رسیده بود، مورد بررسی قرار گرفتند. 55% بیماران از مراجعین مرکز پزشکی آموزشی درمانی شهید مدرس، 23% از مرکز آیت‌اله طالقانی بودند و 11% از هریک از مراکز لقمان حکیم و شهید لبافی‌نژاد وارد مطالعه شدند. 53/7% بیماران، شش تا دوازده ماه و 46/3% بیماران، سیزده تا سی ماه از سکته حادشان گذشته بود. ویژگیهای جمعیت‌شناختی بیماران در جدول یک آورده شده است. شاخصهای کیفیت زندگی بیماران شش تا سی ماه بعد از اولین سکته قلبی حاد در جدول 2 نشان داده شده است. البته باید توجه داشت که به‌طورمثال میانگین امتیاز 67 برای مقیاس عملکرد جسمی بدین معنی نمی‌باشد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی حاد به‌طورمثال در مورد عملکرد جسمی 33% کمتر از افراد فاقد بیماری است، زیرا افراد غیر بیمار نیز عملکرد جسمی برابر 100 را ندارند.

در نمودار شماره یک مقیاسهای کیفیت زندگی بیماران مطالعه حاضر، با مقیاسهای کیفیت زندگی افراد جامعه مشابه مقایسه شده‌اند. مقیاسهای جامعه از مطالعه منتظری اقتباس شده که با مشارکت 4164 نفر از مردم بالای 15 سال شهر تهران انجام شده است (9). بر اساس این مقیاسها مشاهده می‌شود که کیفیت زندگی بیماران در همه مقیاسها کاهش نشان می‌دهد، ولی این کاهش در مورد همه مقیاسها یکسان نیست. بیشترین تفاوت به ترتیب مربوط به مقیاسهای سلامت عمومی(29%)، محدودیت جسمی(24%)، عملکرد جسمی(21%)، نشاط(20%) و کمترین تفاوت به ترتیب مربوط به مقیاسهای عملکرد اجتماعی(6%)، مشکلات روحی(10%)، درد جسمی(11%) و سلامت روان (15%) است. به عبارت دیگر کاهش کیفیت زندگی بیماران مطالعه ما در مقایسه با افراد جامعه، بیشتر ناشی از مشکلات جسمی است (نمودار1).

تقریباً کیفیت زندگی با بالا رفتن سن در همه مقیاسها کاهش نشان می‌دهد و کیفیت زندگی در گروه سنی بیش از 65 سال نسبت به گروههای سنی پایین، کمتر است (جدول 3). در مقایسه با جامعه، کاهش کیفیت زندگی در بیماران مطالعه ما بر حسب گروههای سنی یکنواخت نیست، به‌طوری‌که در مقیاسهای محدودیت و درد جسمی در گروه سنی بیش از 65 سال بیشتر کاهش نشان می‌دهد، درحالی‌که در مقیاسهای مشکلات روحی و نشاط تفاوت چندانی با مقادیر جامعه ندارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که سکته قلبی حاد کیفیت زندگی را بیشتر در مقیاسهای جسمانی تحت تأثیر قرار داده است و تأثیر چندانی در مقیاسهای روحی نداشته و تأثیر اندکی بر مقیاسهای روانی دارد.

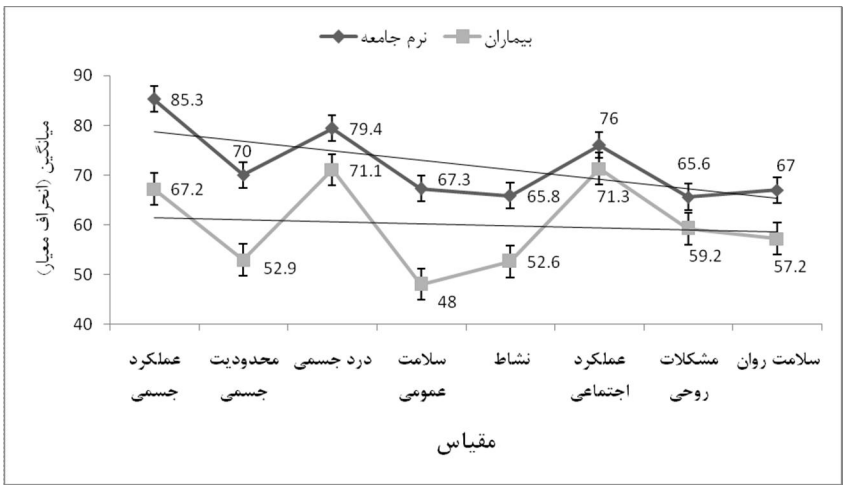
[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

جدول 1- ویژگیهای جمعیت‌شناختی بیماران بعد از ابتلا به اولین سکته قلبی حاد

		زن	مرد	جمع
		(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
جنس		127 (42/3)	173 (57/7)	300 (100)
سن (میانگین± انحراف معیار)		58/2 ± 9/4	55/5 ± 9/5	56/6 ± 9/5
وضعیت تاهل	متاهل	82 (64/6)	162 (93/6)	244 (81)
	همسر فوت شده	36 (28/3)	4 (2/3)	40 (13/3)
	جدا شده	6 (4/7)	5 (2/9)	11 (3/7)
	هرگز ازدواج نکرده	3 (2/4)	2 (1/2)	5 (1/7)
قومیت	فارس	101 (79/5)	115 (66/5)	216 (72)
	ترک	17 (13/4)	35 (20/2)	52 (17/3)
	سایر	9 (7/1)	23 (10/7)	32 (10/7)
تحصیلات	بیسواد	24 (18/9)	15 (8/7)	39 (13)
	ابتدائی	64 (50/4)	31 (17/9)	95 (31/7)
	راهنمایی	15 (11/8)	35 (20/2)	50 (16/7)
	دبیرستان	9 (7/1)	55 (31/8)	64 (21/3)
	فوق دیپلم	9 (7/1)	11 (6/4)	20 (6/7)
	لیسانس و بالاتر	6 (4/7)	26 (15)	32 (10/7)
محل سکونت	شهر تهران	85 (66/9)	126 (72/8)	211 (70/3)
	استان تهران	24 (18/9)	12 (6/9)	36 (12)
	خارج از استان تهران	18 (14/2)	35 (20/2)	53 (18)

جدول 2- شاخصهای آماری کیفیت زندگی بیماران بعد از سکته قلبی حاد

مقیاس		Mean	SD
عملکرد جسمی	Physical Functioning (PF)	67/2	22/1
محدودیت جسمی	Role Limitation due to physical health problems (RP)	52/9	22/9
درد جسمی	Bodily Pain (BP)	71/1	23/4
سلامت عمومی	General health (GH)	48/0	19/8
نشاط	vitality (VT)	52/6	19/1
عملکرد اجتماعی	Social function (SF)	71/3	24/3
مشکلات روحی	Role Limitation due to emotional problems (RE)	59/2	25/0
سلامت روان	Mental health (MH)	57/2	19/6



نمودار 1- مقایسه مقیاسهای کیفیت زندگی بیماران بعد از سکته قلبی حاد با مقیاسهای نرم جامعه

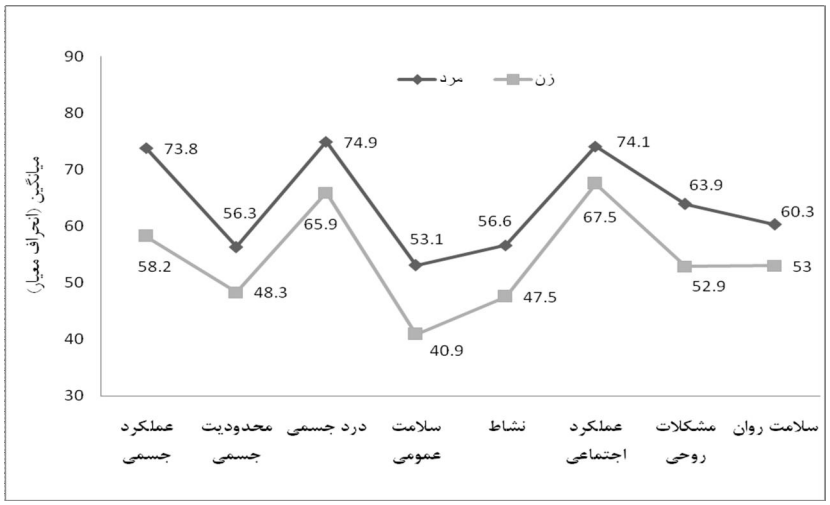
[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

جدول 3- شاخصهای آماری کیفیت زندگی بیماران بعد از سکته قلبی حاد بر حسب گروه های سنی

مقیاس	گروه های سنی	N	Mean	SD
عملکرد جسمی	32-44	31	78/2	15/7
	64-45	198	68/2	21/9
	>65	71	59/4	22/3
	Total	300	67/2	22/1
محدودیت جسمی	32-44	31	61/7	17/7
	64-45	198	54/8	23/7
	>65	71	43/8	20/0
	Total	300	52/9	22/9
مشکلات روحی	32-44	31	62/9	28/0
	64-45	198	62/8	23/9
	>65	71	47/7	23/7
	Total	300	59/2	25/0
نشاط	32-44	31	56/9	23/0
	64-45	198	51/9	19/3
	>65	71	52/6	16/2
	Total	300	52/6	19/1
سلامت روان	32-44	31	59/2	24/6
	64-45	198	56/4	20/0
	>65	71	58/7	15/8
	Total	300	57/2	19/6
عملکرد اجتماعی	32-44	31	69/8	19/8
	64-45	198	73/2	23/8
	>65	71	66/9	27/6
	Total	300	71/3	24/3
درد جسمی	32-44	31	76/4	21/2
	64-45	198	70/7	24/0
	>65	71	69/9	22/7
	Total	300	71/1	23/4
سلامت عمومی	32-44	31	48/6	22/7
	64-45	198	48/4	19/6
	>65	71	46/6	19/1
	Total	300	48/0	19/8

همیچنین کیفیت زندگی بر حسب جنسیت افراد تفاوتهایی نشان می‌دهد. به‌طورکلی کیفیت زندگی زنان بعد از سکته قلبی حاد نسبت به مردان بین 9% تا 23% در مقیاسهای مختلف بیشتر کاهش یافته است. علاوه بر پایین بودن کیفیت زندگی در میان زنان مطالعه ما، کیفیت زندگی زنان در مقایسه با جامعه نسبت به مردان کاهش بیشتری نشان می‌دهد. هرچند در جامعه نیز تفاوت اندکی بین کیفیت زندگی زنان و مردان وجود دارد و کیفیت زندگی زنان بین 5% تا 9% پایین‌تر از مردان است، ولی در مطالعه ما این تفاوت دو تا سه برابر شده است، که در آن سلامت عمومی و عملکرد جسمی زنان بیشتر از سایر مقیاسها تفاوت نشان می‌دهد. سایر مقیاسها در نمودار 2 نشان داده شده است.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]



نمودار 2- مقایسه کیفیت زندگی بیماران بعد از سکته قلبی حاد بر حسب جنسیت

جدول 4 توزیع فراوانی بیماران بر حسب function class را نشان می‌دهد. همان‌طورکه در این جدول دیده می‌شود، function class اکثر بیماران در حد کلاس II است. این گروه از بیماران مذکور، در فعالیت های معمول مانند بالا رفتن سریع از پله دچار تنگی نفس یا درد سینه می‌شوند. function class بیماران زن نسبت به بیماران مرد به‌طور معنی‌داری محدودیت بیشتری دارند.

جدول 4- توزیع فراوانی function class بیماران بر حسب جنسیت

function class	زن تعداد (درصد)	مرد تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
I	22 (17/3)	75 (43/4)	97 (32/3)
II	60 (47/2)	69 (39/9)	129 (43)
III	39 (30/7)	20 (11/6)	59 (19/7)
IV	6 (4/7)	9 (5/2)	15 (5)
جمع	127 (100)	173 (100)	300 (100)

P=0.001

I- محدودیت عملکرد ندارم، فعالیت من مثل افراد طبیعی است
II- در فعالیتهای بدنی معمول (بالا رفتن سریع از پله) دچار تنگی نفس یا درد سینه می‌شوم
III- با فعالیت کمتر از معمول دچار تنگی نفس یا درد سینه می‌شوم، ولی در زمان استراحت مشکلی ندارم
IV- در زمان استراحت هم اغلب موارد دچار تنگی نفس یا درد سینه می‌شوم

وجود تفاوت بین بیماران زن و مرد از نظر function class و همچنین تفاوت بارز مشهود بین کیفیت زندگی زنان و مردان این فرضیه را مطرح کرد که شاید علت پایین بودن کیفیت زندگی، بخصوص مقیاسهای جسمی در بیماران زن، به علت function class بیماران زن باشد. یافته ارائه شده در جدول 5 این فرضیه را تأیید می‌کند. همان‌طورکه مشهود است بین کیفیت زندگی بیماران زن و مرد با function class (I) تفاوت چندانی وجود ندارد ولی با افزایش function class این تفاوت آشکارتر می‌شود.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

جدول 5- مقایسه بین مقیاسهای کیفیت زندگی بیماران زن و مرد بر حسب function class

مقیاس	Function Class	میانگین	
		زن	مرد
عملکرد جسمی	I	78/3	80/5
	II	64/8	75/8
	III	41/7	60/0
	IV	22/5	32/2
	Total	58/2	73/8
محدودیت جسمی	I	76/1	65/4
	II	52/5	55/2
	III	31/7	40/0
	IV	12/5	25/0
	Total	48/3	56/3
درد جسمی	I	86/7	83/5
	II	74/6	74/1
	III	45/8	59/8
	IV	33/8	43/9
	Total	65/9	74/9
سلامت عمومی	I	52/9	63/3
	II	43/3	46/1
	III	34/6	44/0
	IV	15/00	42/2
	Total	40/92	53/1
نشاط	I	59/7	63/4
	II	50/3	55/0
	III	38/5	48/1
	IV	34/4	25/0
	Total	47/4	56/3
مشکلات روحی	I	79/2	73/4
	II	57/5	63/4
	III	37/2	44/2
	IV	12/50	31/5
	Total	52/9	63/9
عملکرد اجتماعی	I	93/2	78/3
	II	72/5	75/7
	III	48/1	65/0
	IV	50/0	47/2
	Total	67/5	74/1
سلامت روان	I	65/0	67/1
	II	57/3	58/0
	III	42/3	49/3
	IV	35/0	46/1
	Total	52/9	60/3

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

بحث

مطالعه نشان داد که میانگین کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه در مقیاسهای هشت‌گانه به ترتیب برابر است با: عملکرد جسمی(67/2)، محدودیت جسمی(52/9)، درد جسمی(71/1)، سلامت عمومی(48)، نشاط(52/6)، عملکرد اجتماعی(71/3)، مشکلات روحی (59/2) و سلامت روان (57/2). خاطر نشان می‌شود که امتیاز کیفیت زندگی مطلوب در هر مقیاس برابر 100 است ولی در نرم جامعه نیز کیفیت مطلوب دست نیافتنی است. هر چند کیفیت زندگی بیماران مطالعه ما در همه مقیاسها نسبت به مقادیر مشابه جامعه (9) کاهش یافته است، این کاهش در همه مقیاسها یکسان نیست. بیشترین تفاوت به ترتیب مربوط به مقیاسهای سلامت عمومی(29%)، محدودیت جسمی(24%)، عملکرد جسمی(21%)، نشاط(20%) و کمترین تفاوت به ترتیب مربوط به مقیاسهای عملکرد اجتماعی(6%)، مشکلات روحی(10%)، درد جسمی(11%) و سلامت روان (15%) بود. این مقایسه نشان می‌دهد که کاهش کیفیت زندگی بیماران مطالعه ما در مقایسه با افراد جامعه به ترتیب مربوط به مقیاس سلامت عمومی، محدودیت جسمی، عملکرد جسمی، نشاط، سلامت روان، درد جسمی، مشکلات روحی و عملکرد اجتماعی است. به عبارت دیگر سکته قلبی مقیاسهای جسمی کیفیت زندگی را بیشتر از مقیاسهای روحی-روانی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. در واقع مشکلات جسمی بیشتر از مشکلات روحی-روانی باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود

یافته‌های این مطالعه در مورد کاهش کیفیت زندگی بعد از سکته قلبی با مطالعه Brown، در شهر ناتینگهام انگلستان (10)، مطالعه Norekval در نروژ (11) مطالعهRubenach در استرالیا (12)، مطالعه Bengtsson در سوئد (13) منطبق است.

کیفیت زندگی با بالا رفتن سن در همه مقیاسها کاهش نشان می‌دهد ولی این کاهش در بیماران مطالعه ما بر حسب گروههای سنی و مقیاسها از الگوی یکنواختی پیروی نمی‌کند، به‌طوری که در مقیاسهای محدودیت و درد جسمی در گروه سنی بیش از 65 سال بیشتر کاهش نشان می‌دهد، در حالی‌که در مقیاسهای مشکلات روحی و نشاط تفاوت چندانی با مقادیر جامعه ندارد. این یافته ها نشان می‌دهد که سکته قلبی حاد کیفیت زندگی را بیشتر در مقیاسهای جسمانی تحت تأثیر قرار داده است و تأثیر چندانی بر مقیاسهای روحی نداشته و بر مقیاسهای روانی نیز تأثیر اندکی دارد. همچنین کیفیت زندگی بر حسب جنسیت نیز تفاوتهایی دارد.

به‌طورکلی کیفیت زندگی زنان بعد از سکته قلبی حاد نسبت به مردان بین 9% تا 23% در مقیاسهای مختلف بیشتر کاهش یافته است که این تفاوت در مقیاسهای سلامت عمومی (23%) و عملکرد جسمی (21%) از بقیه بیشتر است و کمترین تفاوت به مقیاس عملکرد اجتماعی مربوط می‌شود.

به‌طورکلی علاوه بر پایین بودن کیفیت زندگی در میان زنان مطالعه ما، کیفیت زندگی زنان در مقایسه با جامعه نسبت به مردان کاهش بیشتری نشان می‌دهد. هرچند در جامعه نیز تفاوت زیادی بین کیفیت زندگی زنان و مردان وجود ندارد و کیفیت زندگی زنان بین 5% تا 9% پایین تر از مردان است، در مطالعه ما این تفاوت دو تا سه برابر شده است.

در ایران تنها یک مطالعه (8) است که همانند مطالعه ما به کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی پرداخته است ولی به علت تغییر مقیاسهای آن مطالعه و نیز ارائه یافته‌ها به صورت کیفی (نامطلوب، نسبتاً مطلوب و مطلوب) به جای کمی (میانگین و انحراف معیار) ، امکان مقایسه وجود ندارد. ولی در آن مطالعه نیز نظیر مطالعه ما کیفیت زندگی در زنان کمتر از مردان و در سنین بالا کمتر گزارش شده است.

در مقایسه با مطالعه انجام شده در سوئد با این که بیماران مورد بررسی آنها مسن تر از بیماران ما بودند، ولی کیفیت زندگی آنها کمتر از بیماران ما کاهش یافته بود و هر چند کیفیت زندگی زنان بیشتر از مردان گزارش شد، ولی برخلاف مطالعه ما تفاوت بین کیفیت زندگی زنان و مردان معنی‌دار نبود (13). البته باید این نکته را در نظر داشت که فقط سکته قلبی،کیفیت زندگی زنان را بیشتر کاهش نمی‌دهد بلکه همانگونه که در مطالعه بر روی افراد جامعه آشکار شد کیفیت زندگی زنان نسبت به مردان پایین‌تر از بود (9). همچنان نمی‌توان گفت که کیفیت زندگی زنان همسن در جامعه کمتر از مردان است. شاید این موضوع مربوط به درک متفاوت زنان از مقیاس های سلامت و یا ناتوانی پرسشنامه باشد. در مطالعات دیگری نیز کاهش کیفیت زندگی زنان در مقایسه با مردان بعد از سکته قلبی حاد و همچنین کاهش کیفیت زندگی با بالا رفتن سن مشاهده شده است (15و 14).

نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی بیماران شش تا سی ماه بعد از اولین سکته قلبی حاد کاهش یافته است. این کاهش بیشتر در مقیاسهای جسمانی مشهود بوده است. همین‌طور کیفیت زندگی با بالا رفتن سن و در زنان بیشتر از مردان کاهش نشان می‌دهد.

متغیرهای متعدد نظیر وضعیت اقتصادی اجتماعی مانند سطح تحصیلات، اشتغال و تمکین نسبت به درمان، نیز وجود دارد

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

که در مطالعه ما مورد بررسی قرار نگرفته است. به‌طورکلی تعدادی از بیماران پس از ابتلا به سکته قلبی کاندید درمان جراحی CABG یا PCI می‌شوند. درحالی‌که تعداد دیگری تحت درمانهای دارویی قرار می‌گیرند. کارایی درمان صورت گرفته در بازگشت بیماران به زندگی عادی قبلی شان بی‌تأثیر نیست. متغیر نوع درمان پس از سکته قلبی در این مطالعه منظور نشده است. پیشنهاد می‌شود مطالعه جداگانه‌ای با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیمارانی که تحت درمان Interventional قرار می گیرند با افرادی که درمان دارویی می‌شوند، صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

وظیفه خود می‌دانیم از جناب آقای دکتر محمد اسد پورپیرانفر برای مساعدت در فراهم‌سازی اجرای مطالعه، سرکار خانم مرجان بیات و بیماران مشارکت کننده در مطالعه سپاسگزاری نماییم. بودجه این طرح توسط مرکز تحقیقات قلب و عروق دانشگاه تامین شده است که بدین وسیله از آن مرکز تشکر و قدردانی می‌شود.

REFERENCES

1. World Health Organization, cardiovascular diseases. Available from: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html. (Accessed 10 Jul 2010).
2. American Heart Association. International Cardiovascular Disease Statistics, Cardiovascular Disease. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/international_cardiovascular_disease_statistics.pdf. (Accessed 10 Jul. 2010).
3. Naghavi M, Jafari N. Mortality in the 29 provinces of Iran in 2004. Fifth book. Vice-chancellor for health, ministry of health and medical education, 1th ed. Tehran: Arvich; 2007. (Text in Persian)
4. The Burden of Disease and Injury in Iran. Vice-chancellor for health, ministry of health and medical education, 1th ed. Tehran; 2007. (Text in Persian)
5. Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. J Clin Epidemiol 1998 Nov;51(11):903-12.
6. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdani Nia MS. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Payesh, Journal of the Iranian Institute For Health Sciences Research 2006;5(1):56-49.
7. Najafi M, Sheikhvatan M, Montazeri A, Sheikhfathollahi M. Reliability of World Health Organization's Quality of Life-BREF versus Short Form 36 Health Survey questionnaires for assessment of quality of life in patients with coronary artery disease. J Cardiovasc Med (Hagerstown) 2009 Apr;10(4):316-21.
8. Hasanpour-Dehkordi A, Delaram M, Foruzandeh N, Ganji F, Asadi Noghani AA, Bakhsha F, Sadegi B. A survey on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hagar hospital in 2005. Shahrekord university of medical sciences journal 2007;9(3): 78-84. (Full Text in Persian)
9. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res 2005 Apr;14(3):875-82.
10. Brown N, Melville, 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 J 1999 Apr;81(4):352-8.
11. 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 Qual Life Outcomes 2007 Oct;5:58.
12. Rubenach S, Shadbolt B, McCallum J, Nakamura T. Assessing health-related quality of life following myocardial infarction: Is the SF-12 useful? J Clin Epidemiol 2002 Mar; 55(3):306-9.
13. Bengtsson I, Hagman, Wahrborg P, Wedel H. Lasting impact on health-related quality of life after a first myocardial infarction. Int J Cardiol 2004; 97(3):509-16.
14. Kristofferzon ML, Lofmark R, Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. J Adv Nurs 2005 Oct; 52(2):113-24.
15. Pettersen KI, Reikvam A, Rollag A, Stavem K. Understanding sex differences in health-related quality of life following myocardial infarction. Int J Cardiol 2008 Nov 28;130(3):449-56.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]