

بررسی وضعیت سلامت عمومی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر

الهام قاسمی^۱ (M.Sc.)، ژاله محمدعلیها^{۲*} (M.Sc.)، فریده باستانی^۳ (Ph.D.)، نیلوفر سمیعی^۴ (M.D.)، حمید حقانی^۵ (M.Sc.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی

۲- دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه آموزشی پرستاری ویژه

۳- دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه آموزشی پرستاری سالمندی و بهداشت جامعه

۴- دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، مرکز تحقیقات بیماری‌های دریچه‌ای قلب

۵- دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، گروه آمار حیاتی

چکیده

سابقه و هدف: بیماری عروق کرونر علت عمده مرگ و میر و یک الویت بهداشتی مهم در زنان محسوب می‌گردد. این بیماری می‌تواند بر جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی سلامتی و درک فرد از خوب بودن تاثیرگذار باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت عمومی و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است که در آن ۲۰۰ زن مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به درمان‌گاه قلب مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله فرم مشخصات فردی - بالینی و پرسش‌نامه ۱۲ گویه‌ای سلامت عمومی (GHQ-12) جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) نمره سلامت عمومی زنان مورد مطالعه $5/85 \pm 3/32$ با دامنه نمرات ۱۲-+ به دست آمد. $72/5\%$ (۱۴۵ نفر) دارای سلامت عمومی نامطلوب بودند. زنان با سطح تحصیلات پایین‌تر ($P=0/004$) و وضعیت اقتصادی ضعیف ($P<0/001$) از میانگین نمره GHQ بالاتری برخوردار بودند. ارتباط معنی‌داری بین سلامت عمومی و سایر متغیرها شامل سن، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، طول مدت تشخیص بیماری و ابتلا به سایر بیماری‌ها مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: با عنایت به این که درصد بالایی از زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر دارای مشکل در سلامت عمومی بودند از این رو می‌بایست ارزیابی روتین سلامت این گروه از بیماران جهت شناسایی افراد در معرض خطر مدنظر قرار گرفته و تیم درمان برنامه‌های مراقبتی موثری را با هدف ارتقای سلامت عمومی بیماران به ویژه با تحصیلات و وضعیت اقتصادی پایین‌تر طراحی و اجرا نمایند.

واژه‌های کلیدی: بهداشت، بیماری سرخرگ کرونر، زنان

مقدمه

قادر به انجام میزان کافی فعالیت جسمی، روانی و اجتماعی می‌نماید [۱]. این مقوله به‌ویژه در مبتلایان به بیماری‌های مزمن که هدف از درمان آن‌ها ارتقای عملکرد فرد، کنترل علائم و سیر پیشرفت بیماری می‌باشد از اهمیت خاص برخوردار

سلامت عمومی کیفیتی از زندگی است که با مجموع حالات هیجانی، روانی، معنوی و تناسب بیولوژی فرد ارتباط داشته و فرد را با محیط پیرامون خود سازگار کرده و او را

مربوط به سلامت روانی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی بسیار شایع بوده که می‌توانند منجر به پیش‌رفت فرایند آترواسکلروز، ایجاد ترومبوز در عروق کرونر، افزایش خطر آریتمی، حوادث قلبی و مرگ و میر در مبتلایان گردد [۱۳،۱۰]. این مشکلات می‌تواند بر توانایی فرد در انطباق با بیماری، شرکت در برنامه‌های درمانی و کنترل سیر بیماری تاثیر منفی داشته باشد. همچنین منجر به افزایش بار مشکلات و علائم جسمی موجود گردیده و نقص در عمل‌کرد فردی، سلامت عمومی و افزایش هزینه‌های پزشکی را در پی خواهد داشت [۱۴]. از طرفی در جمعیت زنان عواملی چون حمایت اجتماعی پایین، وضعیت اقتصادی-اجتماعی ضعیف، استرس شغلی، استرس زناشویی و استرس وارد بر مراقبت‌دهنده از جمله عوامل تنش‌زا محسوب می‌گردد و از آن‌جا که طبق شواهد موجود زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر به شدت متأثر از بیماری‌های جسمی غیرقلبی، علائم روانی و عاطفی، مسوولیت‌های مالی و نگرانی‌های مربوط به بستگان خویش می‌باشند، ممکن است تنش بالایی را تجربه کرده و سلامت عمومی آنان در معرض خطر قرار گیرد [۱۵،۱۰]. در بررسی متون مطالعات متعددی به ارزیابی سلامتی در جمعیت‌های عمومی پرداخته و شیوع بالاتر مشکلات در زنان نسبت به مردان را مورد تایید قرار داده‌اند [۱۶-۱۹]. به علاوه گزارش شده است زنان مبتلا به اختلالات عروق کرونر در مقایسه با مردان مبتلا دارای وضعیت سلامتی، عمل‌کرد جسمی و اجتماعی بدتری بوده، احساس خوب بودن کم‌تری داشته دارای افسردگی و اضطراب هستند؛ اعتماد به نفس پایین‌تری دارند و از حمایت اجتماعی کم‌تری نیز برخوردارند [۲۰]. در مطالعات انجام گرفته در ایران نیز مولفه‌های روانی سلامتی از جمله استرس [۲۱-۲۳]، اضطراب و افسردگی [۲۱] در بیماران قلبی نسبت به افراد سالم به میزان بالاتری گزارش شده است. طبق نتایج مطالعه نورکوال و همکاران، زنان مبتلا به سکته قلبی در مقایسه با جمعیت عمومی زنان، رضایت‌مندی کم‌تری نسبت به سلامت عمومی خود داشته‌اند [۲۴]. با عنایت به این‌که امروزه بیماری‌های قلبی عروقی و مشکلات مرتبط با

است. از جمله این بیماری‌های مزمن اختلال عروق کرونر می‌باشد که به ویژه در زنان یک الویت بهداشتی مهم و علت اصلی مرگ و میر محسوب می‌گردد به طوری که طبق آمار انجمن قلب امریکا در سال ۲۰۱۰، این بیماری‌ها عامل اصلی مرگ حدود نیم میلیون زن در سال می‌باشد [۲] و پیش‌بینی شده است تا سال ۲۰۱۶ مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها در زنان ۲۸٪ افزایش یابد [۳]. این درحالی است که سه چهارم مرگ و میر جهانی ناشی از بیماری عروق کرونر در کشورهای با درآمد اندک تا متوسط رخ می‌دهد [۴] و مطالعات اپیدمیولوژیکی متعددی شیوع بالای این بیماری‌ها را با نسبت شیوع بالاتر در زنان نسبت به مردان در ایران گزارش نموده‌اند [۵،۶]. به دلیل ماهیت ناتوان‌کننده و پیش‌رونده‌ی بیماری عروق کرونر و تاثیر عوامل متعدد بر تشدید و یا بهبود آن، دستیابی به درمان قطعی بیماری عملاً امکان‌پذیر نمی‌باشد و کنترل بیماری و بهبود پیامدهای سلامتی این بیماران از اهداف اساسی برنامه‌های مراقبتی و درمانی محسوب می‌گردد [۷]. طبق شواهد موجود این بیماری موجب بروز ناتوانی در بسیاری ابعاد زندگی شده و با ایجاد اختلال در تحرک جسمی و خواب، بر عمل‌کرد روزانه بیماران تاثیرگذار بوده و موجب کاهش انرژی و بروز واکنش‌های هیجانی اجتناب‌ناپذیر می‌گردد [۸]. این موضوع کاملاً شناخته شده است که جهت اثربخشی درمان بیماری عروق کرونر لازم است به بیمار به عنوان یک کل نگریسته شده و تمامی جنبه‌های مرتبط با سلامت بیمار مدنظر قرارگیرد [۹] اما کادر درمانی با شناسایی و مدیریت رفتارهای سبک زندگی مانند تغذیه و فعالیت جسمی بیش‌تر خو گرفته و کم‌تر به بررسی تمامی جوانب سلامتی این بیماران و شناسایی بیماران در معرض خطر پرداخته‌اند [۱۰]. به‌ویژه مشکلات مرتبط با سلامتی زنان در زمینه بیماری‌های قلبی-عروقی به علت عدم شناخت و برخورد غیر صحیح کادر درمانی با عوامل خطر بیماری، نمود بیش‌تری پیدا می‌کند [۳]. به علاوه بیماری عروق کرونر جزو اختلالات روان‌تنی محسوب گردیده [۱۱،۱۲] و در کنار نشانه‌های جسمانی حائز اهمیت در این بیماری، مولفه‌های

دست‌رس می‌باشد. خلاصه‌بودن، سادگی و سهولت تکمیل ابزار GHQ-12 موجب کاربرد وسیع آن در محیط‌های بالینی و پژوهش بر روی جمعیت‌های مختلف گردیده است و از جمله ابزارهای استاندارد شناخته شده با روایی و پایایی معتبر محسوب می‌گردد [۲۵-۲۷]. این ابزار در ایران نیز به زبان فارسی ترجمه و هنجاریابی گردیده است. در پژوهش منتظری روایی نسخه ترجمه شده پرسش‌نامه GHQ-12 و هم‌چنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۷ مورد تایید قرار گرفته است [۲۷]. در این مطالعه نمره‌دهی ابزار به روش (۱-۱-۰-۰) صورت گرفت؛ به این ترتیب که برای گزینه‌های یک و دو، امتیاز صفر و برای گزینه‌های سه و چهار، امتیاز ۱ تعلق گرفت. در مجموع نمره قابل کسب از این پرسش‌نامه در محدوده ۰-۱۲ بوده و نمره ۴ و بالاتر به عنوان سلامت عمومی نامطلوب در نظر گرفته شد. هم‌چنین مشخصات فردی - بالینی زنان مورد مطالعه شامل سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، طول مدت تشخیص بیماری و ابتلا به سایر بیماری‌ها نیز جهت بررسی ارتباط با سلامت عمومی بررسی گردید. روش کار به این صورت بود که پس از اخذ تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران و موافقت‌نامه‌های لازم، با مراجعه به درمانگاه قلب مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و درمانی قلب مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران در روزهای مختلف هفته و بیان اهداف پژوهش، دادن اطمینان در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و گرفتن رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان در پژوهش و ارائه توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسش‌نامه، اطلاعات جمع‌آوری گردید. گردآوری داده‌ها طی مدت سه ماه در فاصله زمانی مردادماه تا مهرماه سال ۱۳۸۹ صورت گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (شامل آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۴ تحلیل گردید. از آزمون تی مستقل جهت مقایسه میانگین نمرات GHQ-12 در زیرگروه‌های متغیر وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال و ابتلا به سایر بیماری‌ها استفاده گردید و آنالیز

سلامتی در زنان مبتلا به این بیماری‌ها از شیوع بالایی برخوردار بوده و با افزایش خطر مرگ و میر همراه می‌باشد از این رو ضرورت شناخت وضعیت سلامت عمومی در این گروه از زنان کاملاً مشهود است [۹]. دست‌یابی به وضعیت سلامت عمومی در این گروه از بیماران، تصمیم‌گیری در خصوص نحوه ارتقای سلامتی، تخصیص منابع و کارایی برنامه‌های اجرایی نیازمند بررسی و کسب اطلاعات در زمینه سلامت عمومی آنان می‌باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت عمومی و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی است و جامعه پژوهش را زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران تشکیل می‌دهد. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: سن بالای ۱۸ سال و ساکن تهران، تشخیص آنژین صدری پای‌دار و یا آنژین صدری ناپای‌دار ثبت‌شده در پرونده پزشکی بیمار، کسر تخلیه‌ای بطن چپ بالای ۴۰٪ و عدم سابقه ابتلا به سکته قلبی، سرطان، نارسایی مزمن کلیه، سکته مغزی همراه با معلولیت و یا بیماری روانی شناخته شده. حجم نمونه با احتساب سطح اطمینان ۹۵٪، خطای قابل قبول (d) ۰/۰۷ با در نظر گرفتن نسبت افراد دارای سلامت عمومی مطلوب و غیر مطلوب $p=q=0/5$ با استفاده از فرمول ساده برآورد نسبت یک صفت، ۲۰۰ نفر محاسبه گردید و نمونه‌گیری به روش در دست‌رس انجام گرفت.

در این مطالعه به منظور سنجش سلامت عمومی زنان مورد مطالعه از نسخه ترجمه شده پرسش‌نامه ۱۲ گویه‌ای General health questionnaire (GHQ-12) استفاده گردید. این ابزار اولین بار توسط گولدرگ در دهه ۱۹۷۰ طراحی گردیده است. اولین نسخه این ابزار ۶۰ گویه‌ای بوده و امروزه نسخه‌های ۳۰، ۲۸، ۲۰، و ۱۲ گویه‌ای آن در

عبارت دیگر از وضعیت سلامت عمومی بهتری برخوردار بودند. هم‌چنین بر اساس یافته‌ها ارتباط معنی‌داری بین سلامت عمومی و متغیرهای سن ($P=0/59$)، وضعیت تاهل ($P=0/39$)، وضعیت اشتغال ($P=0/52$)، طول مدت تشخیص بیماری ($P=0/46$) و ابتلا به سایر بیماری‌ها ($P=0/15$) مشاهده نگردید (جدول ۳).

جدول ۱. توزیع فراوانی برخی مشخصات فردی- بالینی زنان مورد مطالعه

درصد	فراوانی مطلق	متغیر	
		مجرد	متاهل
۰/۵	۱	مجرد	وضعیت تاهل
۶۸	۱۳۶	متاهل	
۲۹	۵۸	همسر مرده	
۲/۵	۵	همسر جدا شده	
۱۰۰	۲۰۰	جمع	
۴۸/۵	۹۷	بی‌سواد	سطح تحصیلات
۳۴/۵	۶۹	ابتدایی	
۹	۱۸	راهنمایی	
۸	۱۶	دیپلم و بالاتر	
۱۰۰	۲۰۰	جمع	
۳۹/۵	۷۹	ضعیف	وضعیت اقتصادی
۵۷	۱۱۴	متوسط	
۳/۵	۷	خوب	
۱۰۰	۲۰۰	جمع	
۳	۶	شاغل	وضعیت اشتغال
۹۷	۱۹۴	خانه دار	
۱۰۰	۲۰۰	جمع	
۹۶	۱۹۲	بله	ابتلا به سایر بیماری‌ها
۴	۸	خیر	
۱۰۰	۲۰۰	جمع	

جدول ۲. توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری سلامت عمومی در زنان مورد مطالعه

درصد	فراوانی مطلق	طبقه بندی	
		سلامت عمومی نامطلوب ($GHQ-12 \geq 4$)	سلامت عمومی مطلوب ($GHQ-12 < 4$)
۷۲.۵	۱۴۵	سلامت عمومی نامطلوب ($GHQ-12 \geq 4$)	سلامت عمومی
۲۷.۵	۵۵	سلامت عمومی مطلوب ($GHQ-12 < 4$)	
۱۰۰	۲۰۰	جمع	
	۵.۸۵±۳.۳۲	میانگین و انحراف معیار	
	۰-۱۲	دامنه نمرات کسب شده	

نتایج

واریانس یک‌طرفه به منظور مقایسه میانگین نمرات GHQ-12 در زیرگروه‌های مربوط به متغیرهای سن، وضعیت تاهل، تحصیلات و طول مدت تشخیص بیماری به کار برده شد. سطح معناداری تمامی آزمون‌های آماری کم‌تر یا مساوی ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

میانگین سنی زنان مورد مطالعه ۶۲/۵۱ با انحراف معیار ۹/۴۸ سال در محدوده سنی ۸۷-۳۹ سال بود و ۴۲٪ (۸۴ نفر) در محدوده ۷۰-۶۰ سال قرار داشتند. طول مدت تشخیص بیماری عروق کرونر نیز در محدوده ۴۷-۱ سال و با میانگین ۹/۳۹ و انحراف معیار ۸/۶۸ سال به دست آمد و ۳۴٪ واحدهای مورد پژوهش (۶۸ نفر) کم‌تر از ۵ سال از تشخیص بیماریشان می‌گذشت. جزئیات مربوط به سایر مشخصات فردی و بالینی در جدول ۱ مشخص شده است.

طبق یافته‌های پژوهش میانگین (انحراف معیار) نمره سلامت عمومی زنان مورد مطالعه $5/85 \pm 3/32$ به دست آمد و دامنه نمرات کسب شده بین صفر تا ۱۲ بود. هم‌چنین نتایج نشان داد ۷۲/۵٪ (۱۴۵ نفر) از زنان مورد مطالعه دارای سلامت عمومی نامطلوب بودند ($GHQ-12 \geq 4$) (جدول ۲).

در بررسی ارتباط بین سلامت عمومی و مشخصات فردی- بالینی، نتایج مطالعه وجود ارتباط معنی‌داری بین سلامت عمومی و متغیرهای سطح تحصیلات ($P=0/004$) و وضعیت اقتصادی ($P<0/001$) را تایید نمود؛ به گونه‌ای که طبق نتایج آنالیز واریانس یک‌طرفه، زنان با وضعیت اقتصادی ضعیف و سطح تحصیلات پایین‌تر دارای نمره میانگین GHQ-12 بالاتری بوده و به عبارتی از سلامت عمومی ضعیف‌تری برخوردار بودند. در رابطه با سطح تحصیلات، جهت تعیین گروه‌هایی که دارای اختلاف در میانگین نمره GHQ-12 بودند از آزمون شفه استفاده گردید که طبق نتایج آن، میانگین نمره هریک از گروه‌های تحصیلی بی‌سواد و ابتدایی با گروه دیپلم و بالاتر اختلاف معنی‌دار داشت و زنان در گروه دیپلم و بالاتر کم‌ترین نمره را کسب کردند و به

جدول ۳. سلامت عمومی زنان مورد مطالعه بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

نتیجه آزمون	آزمون آماری	میانگین و انحراف معیار	سلامت عمومی	
			متغیرها	
F=۰/۶۲۸ P=۰/۵۹	آنالیز واریانس یکطرفه	۶/۶۳±۳/۵۳	۳۹-۴۹	سن
		۵/۴۴±۳/۱۸	۵۰-۵۹	
		۵/۷۹±۳/۳۵	۶۰-۶۹	
		۶/۰۲±۳/۳۵	≥۷۰	
F=۰/۶۸ P=۰/۵۶	آنالیز واریانس یکطرفه	۳±۰	مجرد	وضعیت تاهل
		۴/۶۰±۳/۰۴	مطلقه	
		۵/۷۷±۳/۴۰	متاهل	
		۶/۱۷±۳/۱۶	بیوه	
F=۴/۶۳۴ P=۰/۰۰۴	آنالیز واریانس یکطرفه	۶/۲۱±۳/۲۲	بی سواد	سطح تحصیلات
		۶/۱۰±۳/۳۰	ابتدایی	
		۵/۳۸±۳/۱۶	راهنمایی	
		۳/۰۶±۳/۰۲	دیپلم و بالاتر	
t=۴/۵۰۷ P<۰/۰۰۱	آزمون تی مستقل	۷/۱۰±۳/۲۳	ضعیف	وضعیت اقتصادی
		۵/۰۳±۳/۱۳	متوسط/خوب	
t=۰/۶۳۵ P=۰/۵۲	آزمون تی مستقل	۵±۴/۰۹	شاغل	وضعیت اشتغال
		۵/۸۷±۳/۳۰	خانه‌دار	
F=۰/۸۹۳ P=۰/۴۶	آنالیز واریانس یکطرفه	۵/۶۰±۳/۴۴	≤۴	طول مدت تشخیص بیماری
		۶/۲۵±۳/۵۰	۵-۹	
		۵/۲۵±۳/۰۹	۱۰-۱۴	
		۶±۳/۲۳	۱۵-۱۹	
		۶/۵۳±۳/۰۰۹	≥۲۰	
t=۱/۴۳۷ P=۰/۱۵	آزمون تی مستقل	۵/۷۸±۳/۲۵	بله	ابتلا به سایر بیماری‌ها
		۷/۵۰±۴/۵۹	خیر	

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه وضعیت سلامت عمومی گروهی از زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر با استفاده از پرسش‌نامه GHQ-12 مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که درصد بالایی از زنان مورد مطالعه (۷۲/۵٪) دارای سلامت عمومی نامطلوب بوده و سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی به عنوان عوامل مرتبط با سلامت عمومی در این گروه از زنان شناخته شد.

یافته مطالعه حاضر در مقایسه با نتایج مطالعات بررسی وضعیت سلامت در جمعیت‌های سالم، حاکی از شیوع بالاتر اختلال در سلامت عمومی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر می‌باشد؛ به طوری که در مطالعه نوربالا و هم‌کاران در افراد

۱۵ سال به بالای تهران در سال ۱۳۸۷، ۳۴/۲٪ از ابزار GHQ نمرات بالایی کسب کردند (۳۷/۹٪ زنان و ۲۸/۶٪ مردان) [۱۸]. همچنین طبق نتایج مطالعه مشابه‌ای در جمعیت عمومی قزوین، ۳۸/۵٪ زنان مورد مطالعه نمرات بالایی از ابزار GHQ به دست آوردند [۲۸]. روح‌افزا و هم‌کاران نیز گزارش نمودند ۳۶/۵٪ افراد شرکت‌کننده در برنامه قلب سالم استان اصفهان، از ابزار GHQ-12 نمره ۴ و بالاتر کسب نموده و سطح استرس بالاتری داشتند [۱۹]. در مطالعه فایلد و هم‌کاران در اسپانیا نیز ۴۹/۲٪ بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر دارای اختلال در سلامت عمومی مورد سنجش با ابزار GHQ-28 بودند [۹]. با عنایت به این‌که زنان نیمی از جامعه بشری را تشکیل می‌دهند و مهم‌تر از آن سلامت خانواده در

از شیوه‌های مناسب مقابله با تنش‌ها استفاده نموده و خود را با شرایط موجود تطبیق دهند و در نتیجه با کنترل بهتر شرایط موجود در زندگی به میزان کم‌تری دچار مشکل در سلامت عمومی شده‌اند. در مطالعه روح‌افزا و هم‌کاران نیز تحصیلات کم‌تر از ۶ سال به عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده سطح استرس بالا (مورد سنجش با ابزار GHQ-12) شناخته شده است [۱۹]. هم‌چنین گیسپرت و هم‌کاران گزارش کرده‌اند در افراد با سطح تحصیلات و طبقه اجتماعی پایین‌تر، دیسترس روانی بالاتر بود [۱۷]. در مطالعه نوربالا و هم‌کاران نیز با بالا رفتن میزان سواد، نمره GHQ پایین‌تر کسب شده بود. این محققان نیز محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی و ناتوانی افراد در استفاده از شیوه‌های مقابله با عوامل استرس‌زا را از دلایل کسب نمره بالاتر GHQ در افراد بی‌سواد ذکر کرده‌اند [۱۸].

نتایج مطالعه حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت عمومی و وضعیت اقتصادی زنان مورد مطالعه بود؛ به طوری که بیماران با وضعیت اقتصادی ضعیف، بالاترین نمره GHQ-12 را به دست آوردند. نتایج مطالعات متعددی نیز تاییدکننده این مطلب می‌باشد [۳۰، ۱۵]. عوامل تنش‌زای رایج در افراد کم‌درآمد اغلب با عواملی چون وضعیت مالی، موضوعات بین فردی، بی‌کاری، بیماری مزمن، خشونت جامعه و فقدان تحصیلات و آموزش مرتبط می‌باشد و این افراد به طور قابل توجهی تعداد بیشتری از این عوامل تنش‌زای مزمن را به نسبت افراد با درآمد بالاتر تجربه می‌کنند [۳۱]. زندگی در شرایط اقتصادی ضعیف تأثیرات منفی بر سلامتی و رفاه افراد و خانواده‌ها دارد. وجود شیب ثابت درآمد- سلامتی در تمام جهان ثابت شده و به گونه‌ای است که با نزول در وضعیت اقتصادی- اجتماعی، سلامتی افراد نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این مساله در زمان دستیابی به مراقبت‌ها نیز هم‌چنان باقی است و با افت وضعیت اقتصادی- اجتماعی، احتمال رخداد رفتارهای سلامتی پرخطر وجود داشته و استرس روانی- اجتماعی به عنوان یک مکانیسم مهم آن تظاهر می‌یابد [۳۲]. با این توضیحات، دستیابی مطالعه حاضر به این یافته مبنی بر سلامت عمومی کم‌تر در زنان مبتلا به

گرو سلامت آنان می‌باشد اهمیت‌یافته مطالعه حاضر بیش‌تر می‌گردد. اکثر زنان مورد بررسی در این پژوهش در کنار چالش‌های مربوط به ابتلا به بیماری عروق کرونر، متاهل و خانه‌دار بوده و از این رو عهده‌دار مسوولیت‌ها و نقش‌های متعدد مربوط به خانواده و وظایف خانه‌داری نیز بوده‌اند. تعدد نقش به سهم خود در افزایش تنش‌ها تأثیرگذار بوده و ممکن است بر توانایی این گروه از زنان در سازگاری با شرایط موجود و در نتیجه میزان برخورداری از سلامت عمومی موثر بوده باشد. بیش‌تر مطالعات نیز کسب نمرات بالاتر از ابزار GHQ در زنان نسبت به مردان را مورد تأیید قرار داده‌اند [۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹] که خود بیانگر ضرورت توجه بیش‌تر به مقوله سلامت عمومی در زنان است. طبق نتایج مطالعه ناطقیان نیز بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر در مقایسه با گروه افراد سالم، حوادث استرس‌زای بیش‌تری را در زندگی تجربه کرده و هم‌چنین میانگین (انحراف معیار) نمره ابزار GHQ-28 در بیماران (61.5 ± 7.5) به طور معنی‌داری بالاتر از گروه سالم (22 ± 5) گزارش شده است [۲۹]. با توجه به این‌که مراقبت از خود و تبعیت بیمار از رژیم درمانی مهم‌ترین نقش را در کنترل سیر این بیماری ایفا می‌کند و از طرفی طبق شواهد موجود، اختلال در سلامت بیماران پیامدهای منفی بر عمل‌کرد فردی، انطباق فرد با بیماری و شرکت در برنامه‌های درمانی دارد [۱۴] لذا توجه به یافته مطالعه حاضر مبنی بر شیوع بالای اختلال در سلامت عمومی زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر حائز اهمیت می‌باشد.

هم‌چنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد در رابطه با سلامت عمومی نمونه، سواد نقش محافظت‌کننده داشته است به گونه‌ای که بیماران بی‌سواد و هم‌چنین گروه دارای سطح تحصیلات ابتدایی به ترتیب دارای بیش‌ترین نمره GHQ-12 و به عبارتی دارای سلامت عمومی نامطلوب‌تری بوده و بالعکس، گروه دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر کم‌ترین نمره را به خود اختصاص دادند و از وضعیت سلامت عمومی بهتر برخوردار بودند. به نظر می‌رسد زنانی که تحصیلات بالاتری داشتند با بهره‌گیری از دانش بیش‌تر، بهتر توانسته‌اند

بیماری عروق کرونر با وضعیت اقتصادی ضعیف، دور از انتظار نمی‌باشد.

علی‌رغم این‌که انتظار می‌رود مشکلات جسمی و روانی به دنبال افزایش سن افزایش یابد و در همین راستا نتایج مطالعات صورت گرفته در جمعیت‌های عمومی وجود ارتباط بین سن و سلامت عمومی را مورد تایید قرار داده‌اند [۲۸، ۱۸] اما در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین سن و سلامت عمومی نمونه مشاهده نشد. این موضوع مورد تایید است که مشکلات بهداشتی به تدریج از دوره میان‌سالی بیش‌تر گردیده و هم‌چنان در طی دوران سالمندی سلامت افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در پژوهش حاضر نیز محدوده سنی زنان مورد مطالعه از شروع میان‌سالی تا سال‌مندی بود؛ از طرفی در مقایسه با جامعه عمومی، سلامت گروه زنان به واسطه ایفای نقش‌های متعدد همسری، مادری، مراقبت‌کننده، اداره امور منزل و نیز مشکلات جسمی و چالش‌های مربوط به دوران یائسگی بیش‌تر تحت تاثیر قرار می‌گیرد و از طرف دیگر ابتلا به بیماری قلبی به خودی خود در دوره‌های مختلف زندگی زنان دارای افت و خیرهای متعدد و متاثر از تنش‌های زندگی آنان می‌باشد؛ هم‌چنین با عنایت به این‌که ۹۶٪ نمونه به جز بیماری قلبی مبتلا به سایر مشکلات طبی نیز مبتلا می‌باشند لذا در زنان مورد مطالعه مشکلات مربوط به سلامت عمومی در تمامی گروه‌های سنی مشاهده گردیده و دستیابی به این یافته مبنی بر عدم ارتباط معنی‌داری سن با سلامت عمومی نمونه قابل انتظار می‌باشد. به‌طور مشابه با یافته مطالعه حاضر، در مطالعه راموس و هم‌کاران نیز ارتباط معنی‌داری بین سن بیماران قلبی و نمره کسب شده از ابزار سلامت عمومی مشاهده نگردید [۳۳].

هم‌چنین طبق یافته‌های به‌دست آمده سلامت عمومی با وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، طول مدت تشخیص بیماری و ابتلا به سایر بیماری‌ها ارتباط معنی‌داری نشان نداد. علی‌رغم این‌که در پژوهش حاضر زنان بیوه بیش‌ترین میانگین نمره GHQ-12 را کسب نمودند و زنان متاهل و مطلقه نیز از ابزار GHQ میانگین نمره ۴ و بالاتر کسب کرده و به عبارت

دیگر مشکل در سلامت عمومی گروه‌های مختلف وضعیت تاهل وجود داشت اما اختلاف میانگین نمره آنان از نظر آماری معنی‌دار نبود. مسوولیت‌های متعدد از جمله اداره منزل، تربیت فرزندان و مشکلات احتمالی اقتصادی و اجتماعی در زنان متاهل و نیز تجربه فشار این مسوولیت‌ها در زنان بیوه و مطلقه می‌تواند منجر به بروز مشکلات متعدد در سلامت عمومی این افراد گردد. در مطالعه راسل و هم‌کاران نیز زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر در گروه‌های مختلف وضعیت تاهل (متاهل، مجرد، بیوه و غیره) اختلافی در میانگین نمره کسب شده از ابزار GHQ نداشتند [۳۴].

نتایج برخی مطالعات حاکی از عدم ارتباط معنی‌دار بین وضعیت اشتغال و نمره GHQ می‌باشد [۲۸، ۱۸] که مشابه با نتایج مطالعه حاضر است. با توجه به این‌که ۹۷٪ زنان خانه‌دار و نیز ۹۶٪ آنان مبتلا به سایر بیماری‌ها بودند عدم معنی‌داری ارتباط بین سلامت عمومی با وضعیت اشتغال و ابتلا به سایر بیماری‌ها می‌تواند قابل انتظار باشد. البته توصیه می‌گردد مطالعات مشابهی در نمونه‌های بزرگ‌تر و یا با تاکید بر مقایسه مشخصات دموگرافیک در گروه مورد مطالعه جهت شناسایی عوامل مرتبط با سلامت عمومی انجام گیرد.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری نمود که درصد بالایی از زنان مورد پژوهش از سلامت عمومی مطلوب برخوردار نبوده و به عبارت دیگر اکثریت آنان نیازمند ارتقای سلامت عمومی می‌باشند؛ و این مساله به‌ویژه در زنان با تحصیلات پایین‌تر و وضعیت اقتصادی ضعیف مشاهده گردید. اهمیت این موضوع کاملاً شناخته شده است که جهت بهبود پیامدهای مراقبت و درمان بیماران لازم است به بیمار به عنوان یک کل نگر بسته شود لذا با عنایت به یافته‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌گردد کادر درمانی در امر مراقبت و درمان بیماران، جنبه‌های مرتبط با سلامت عمومی آنان را جهت ارزش‌یابی برنامه‌های درمانی و مراقبتی به‌کار رفته در این بیماران مد نظر قرار دهند و از این طریق نسبت به شناسایی گروه‌های در معرض خطر، ارجاع آنان به منابع حمایتی موجود و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای درمانی - آموزشی -

central parts of Iran: Isfahan healthy heart programme (IHHP). J Qazvin Univ Med Sci 2005; 35: 76-83. (Persian).

[4] Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A. Growing epidemic of coronary heart disease in low-and middle-income countries. *Curr Probl Cardiol* 2010;35:72-115.

[5] Hadaegh F, Harati H, Ghanbarian A, Azizi F. Prevalence of coronary heart disease among Tehran adults: Tehran lipid and glucose study. *East Mediterr Health J* 2009;15:157-166.

[6] Sadeghi M, Ruhafza H, Shirani Sh, Akhavan Tabib A, Aghdak P, Hosseini Sh. The prevalence of coronary artery disease according to Rose questionnaire and ECG: Isfahan healthy heart program (IHHP). *Arya J* 2006; 2:70-74. (Persian).

[7] Banks AD. Women and heart disease: missed opportunities. *J Midwifery Women's Health* 2008; 53: 430-439.

[8] Lukkarein H, Hentinen M. Assessment of quality of life with Nottingham Health Profile among women with coronary artery disease. *Heart Lung* 1998;27:189-199.

[9] Failde I, Ramos I, Fernandez-Palacin F, Gonzalez-Pinto A. Women, mental health and health-related quality of life in coronary patients. *Women Health* 2006; 43:35-49.

[10] Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45: 637-651.

[11] Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2007; p: 1767.

[12] Nambi S. Psychiatry for nurses. New Dehli: Jaypee. 2005; p.158-159.

[13] Shibeshi WA, Young-Xu Y, Blatt CM. Anxiety worsens prognosis in patients with coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 2007; 49:2021-2027.

[14] Ivbijaro GO. Mental health and chronic physical illnesses: the need for continued and integrated care-World Mental Health Day 2010. *Ment Health Fam Med* 2010; 7:127.

[15] Brummett BH, Babyak MA, Mark DB, Clapp-Channing NE, Siegler IC, Barefoot JC. Prospective study of perceived stress in cardiac patients. *Ann Behav Med* 2004; 27: 22-30.

[16] Mortazavi SS, Eftekhar Ardebili H, Mohamad K, Doral Beni R. Assessing the mental health status of elderly in Shahrekord and relationship with sociodemographic factors. *Payesh* 2011;10:485-492 (Persian).

[17] Gispert R, Rajmil L, Schiaffino A, Herdman M. Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38:677-683.

[18] Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran (2009). *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011; 16:479-483. (Persian).

[19] Roohafza HR, Sadeghi M, Sarraf-zadegan N, Abdolmehdi B, Kelishadi R, Mahvash M, et al. Relation between stress and other lifestyle factors. *Stress Health* 2007;23:23-29.

[20] Borddaddottir H, Medina P, Ramirez C, Norris C, Graham M. Health-related quality of life in women with coronary artery disease. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009;8:18-25.

[21] Zeinali Sh, Ashrafian P, Beirami M. A comparative study of personality factors and mental health components in heart patients and normal ones. *Urmia Med J* 2011; 22:432-438. (Persian).

[22] Akbari M, Mahmood Aliloo M, Aslanabadi N. Relationship between stress and coping styles with coronary heart disease: role of gender factor. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 15:368-376 (Persian).

[23] Hamid N. Relationship between stress, hardiness and coronary heart disease. *Sci Med J* 2007; 6:219-225 (Persian).

[24] 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; 5:58.

[25] Ye Sh. Factor structure of the general health questionnaire (GHQ-12): The role of wording effects. *Pers Individ Differ* 2009; 46: 197-201

حمایتی در جهت ارتقای سلامت عمومی این گروه از بیماران اقدام نمایند. محدودیت این مطالعه مربوط به نحوه نمونه‌گیری و دسترسی به بیماران می‌باشد؛ به طوری که تنها یک مرکز درمانی به عنوان محیط پژوهش در نظر گرفته شد و نمونه‌گیری از میان مراجعان به درمانگاه به صورت مستمر در طول مطالعه صورت گرفت؛ از این رو قدرت تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه تابع این محدودیت می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعه مشابهی در سایر مراکز درمانی و هم‌چنین در بخش‌های بستری صورت گیرد. هم‌چنین انجام مطالعات بعدی در زمینه راه‌کارهای موثر بر ارتقای سلامت عمومی این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی مربوط به پایان‌نامه تحت عنوان "بررسی ارتباط سبک زندگی با کیفیت زندگی در زنان در زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، سال ۱۳۸۹" در مقطع کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد ۹۴۱ پ می‌باشد. بدین‌وسیله محققان تشکر خود را از دانشگاه علوم پزشکی تهران به جهت حمایت مالی اعلام می‌دارند. هم‌چنین از رهنمودهای ارزش‌مند جناب آقای دکتر رضا نگارنده، جناب آقای دکتر سام زربخش، مسوولان محترم مرکز آموزشی، تحقیقاتی و پژوهشی قلب و عروق شهید رجایی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند و به‌ویژه تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

[1] Moniz C, Gorin SH. Health and health care policy: a social work perspective. Allyn and Bacon 2003.

[2] Thanavaro JL, Thanavaro S, Delicath T. Coronary heart disease knowledge tool for women. *J Am Acad Nurse Pract* 2010;22:62-69.

[3] Sadeghi M, Roohafza H, Aghdak P, Kelishadi R, Shirani Sh. The prevalence of cardiovascular risk factors among women of

syndromes on adaptation and quality of life. *Int J Cardiol* 2010; 138: 246-252.

[31] Brantley PJ, O'Hea EL, Jones G, Mehan DJ. The influence of income level and ethnicity on coping strategies. *J Psychopathol Behav* 2002; 24: 39-45.

[32] Wadsworth ME, Santiago CD, Einhorn L, Etter EM, Rienks S, Markman H. Preliminary efficacy of an intervention to reduce psychosocial stress and improve coping in low-income families. *Am J Community Psychol* 2011; 48: 257-271.

[33] Ramos I, Fernandez-Palacin F, Failde I. Predictive factors of mental disorders in patients with suspected ischaemic cardiopathy. *Eur J Epidemiol* 2001; 17: 835-840

[34] Rasul F, Stansfeld SA, Hart CL, Davey Smith G. Psychological distress, physical illness, and risk of coronary heart disease. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 140-145.

[26] Smith AB, Oluboyede Y, West R, Hewison J, House AO. The factor structure of the GHQ-12: the interaction between item phrasing, variance and levels of distress. *Qual Life Res* 2013; 22: 145-152.

[27] Montazeri A, Harirghi AM, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1:66-70.

[28] Ghorbani A, Golchin M. Investigating the mental health status of women in Qazvin Province (2008). *J Qazvin Univ Med Sci* 2011; 16:56-62. (Persian)

[29] Nateghian S. Mental health and stressful life events in coronary heart disease patients and non-patients. *Iran J Psychiatry* 2008; 3:71-74.

[30] Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Wikman A, Steptoe A. The long-term effects of acute triggers of acute coronary

General health status in women with coronary artery disease

Elham Ghasemj (M.Sc)¹, Jaleh Mohammad Aliha (M.Sc)^{*2}, Farideh Bastani (Ph.D)³, Niloufar Samiei (M.D)⁴, Hamid Haghani (M.Sc)⁵

1 - Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Dept. of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 - Dept. of Geriatric and Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 - Heart Valve Disease Research Center, Rajaei Cardiovascular, Medical and Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 - School of Management and Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received: 8 Sep 2012; Accepted: 8 Mar 2013)

Introduction: Coronary artery disease (CAD) is the leading cause of death and a major health priority among women. It has influence on physical, mental and social aspects of health and individual's perception of wellbeing. This study aimed to investigate the general health and related factors in women with CAD.

Materials and Methods: In this cross-sectional descriptive study, 200 women with a diagnosis of CAD who were referred to Shahid Rajaei Cardiovascular Medical & Research Center (Tehran) were selected through convenience sampling method. The data were collected using General Health Questionnaire (GHQ-12).

Results: The mean (SD) score of the general health was 5.85 ± 3.32 (range: 0-12). 72.5% of patients (n=145) had unfavorable general health. The women with lower educational level (P=0.004) and economical status (P<0.001) had higher scores of GHQ. There was no significant relationship between general health and age, marital status, occupational situation, duration of disease and co morbidity.

Conclusion: Regarding a considerable proportion of women with CAD had some problem in their general health, routine evaluation of health in this group of patients should be considered to identify those at risk, also clinical team should design and implement effective programs aimed at improving the general health especially in patients with lower educational and economical status.

Keywords: Health, Coronary artery disease, Women

* Corresponding author: Fax: +982166421685; Tel: +98 2166927171
aliha@tums.ac.ir