

بررسی سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به اختلالات عروق کرونر

بستری در بیمارستان‌های گنبد کاووس سال ۱۳۹۴

احمد نورالدینی^۱، اکرم ثناگو^۲، لیلا جویباری^۳، علی کاوسی^۴

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، بیمارستان برزویه، گنبد کاووس، ایران

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۳. دانشیار، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۴. مربی، گروه اتاق عمل، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، نیشابور، ایران

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره هفتم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به افزایش شیوع بیماری‌های قلب در سالمندان و اهمیتی که این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی افراد دارد، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و سلامت عمومی سالمندان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۴ روی ۳۰۰ سالمند مبتلا به بیماری عروق کرونر بستری در بیمارستان‌های شهر گنبد کاووس انجام شد. نمونه‌ها به روش تصادفی ساده انتخاب و وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها؛ پرسشنامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ و ویلیامز، رضایت از زندگی دینر و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیلی تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه در سطح معنی داری $p < 0/05$ تحلیل شدند.

یافته‌ها: از نظر میزان سلامت عمومی، ۴۲ درصد مشارکت کنندگان سالم و ۵۸ درصد آنها سلامت عمومی مختل داشتند. در حیطه رضایتمندی از زندگی، ۳۹ درصد رضایت کافی و ۶۱ درصد نارضایتی از زندگی داشتند. در بعد کیفیت زندگی در ۳۶ درصد موارد کیفیت زندگی قوی و خوب و ۶۴ درصد کیفیت زندگی ضعیف بود.

نتیجه‌گیری: بیش از نیمی از سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، به ترتیب از کیفیت زندگی، رضایتمندی از زندگی و سلامت عمومی خوبی برخوردار نبودند. از آنجا که با افزایش سن، احتمال ابتلا به بیماری‌های قلب و عروق در سالمندان افزایش می‌یابد، توجه به عوامل حمایت کننده و سایر متغیرهای زمینه‌ای در جهت توانمند سازی سالمندان که منجر به ارتقاء کیفیت زندگی، سلامت عمومی و رضایت از زندگی در آنان می‌گردد ضرورت می‌یابد.

واژه‌های کلیدی: سالمندی، سلامت عمومی، رضایت از زندگی، کیفیت زندگی، اختلال عروق کرونر

مقدمه

بهبود شرایط زندگی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، افزایش طول عمر و امید به زندگی پدیده سالمندی را در جوامع به دنبال داشته است (۱). پدیده افزایش جمعیت سالمندان یکی از مهمترین چالش‌های اقتصادی اجتماعی و بهداشتی در قرن ۲۱ به شمار می‌رود (۲). در نیمه اول قرن حاضر نیز پیش بینی می‌شود که جمعیت سالمند در جهان در سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر برسد. جمعیت سالمند نسبت به کل جمعیت از رشد سریع‌تری برخوردار است (۳ و ۴).

با توجه به اهمیت سلامتی، موضوع مهم سلامت عمومی سالمندان، سلامت روانی و سلامت جسمانی می‌باشد. سلامت جسمی و روانی در سالمندان نسبت به دوره‌های دیگر زندگی با خطر بیشتری روبرو است. با توجه به رشد جمعیت سالمندان و تنوع جنبه‌های اجتماعی مرتبط با سلامتی آنها، نگرانی *WHO* ارائه خدمات بهداشتی جامعه‌ی سالمندی است (۷). با توجه به اینکه سلامتی حالتی فراتر از نبودن بیماری جسمی تلقی می‌شود ضرورت پرداختن بیشتر به شناسایی و تأمین نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی، عامل مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی آنها محسوب می‌شود (۹-۱۱). مطالعات نشان می‌دهد مشکلات و مسائلی که به صورت فیزیولوژیک در سنین بالا رخ می‌دهد منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود. مطالعه *Baree* نشان می‌دهد ۸۰ درصد سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن از جمله آرتروز، فشارخون و بیماری قلبی مبتلا هستند که موجب ایجاد مشکلات اجتماعی، اقتصادی و سلامتی در آنها شده و منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود. بیماری‌های قلبی عروقی، از جمله شایعترین بیماری غیر واگیردار در جهان می‌باشند که موجب بیماری و ناتوانی و مرگ و میر در سالمندان می‌شوند و شناسایی افرادی که در معرض خطر بالای آترواسکلروز هستند، از موضوعات عمده بهداشت عمومی است. اگر چه بسیاری از ریسک فاکتورهای بیماری‌های قلب و عروق شناخته شده است، تخمین زده می‌شود که ۱۷ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ به همین علت فوت کرده‌اند که اکثر آنان سالمند بودند (۱۲).

امروزه با توجه به افزایش شاخص طول عمر و امید به زندگی، مسئله مهمتری تحت عنوان چگونگی گذرای عمر و به عبارتی "کیفیت زندگی" مطرح است که پرداختن به این موضوع ذهن صاحب نظران و محققین در امور سالمندی را به خود جلب کرده است. چالش اساسی بهداشت در قرن ۲۰ زنده ماندن بود درحالی‌که چالش قرن حاضر زندگی با کیفیت بهتر می‌باشد (۴). کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌گردد و از آنجا که ابعاد متعددی مثل جنبه‌های فیزیولوژیک، عملکرد و وجود را در بر می‌گیرد، توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است (۵). سازمان بهداشت جهانی تعریف جامعی از کیفیت زندگی ارائه کرده است که عبارتست از درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، استانداردها و علایق افراد می‌باشد (۶).

بیماری عروق کرونر نه تنها شمار مرگ و میر بالایی دارند، بلکه در دراز مدت با ماهیت ناتوان کننده خود منجر به برخی محدودیت‌ها در زندگی فرد سالمند می‌گردند. تنگی نفس، خستگی و درد قفسه سینه از علائم اصلی در این بیماران است که منجر به عدم تحمل فعالیت می‌گردد. در نتیجه بیماران در فعالیت‌های روزمره خویش مشکل دارند و استقلال خود را از دست داده و وابسته به دیگران می‌شوند (۱۳ و ۱۴). برای این بیماران، اختلال در توانایی عملکردی و ایجاد محدودیت در وظایف شغلی، خانوادگی و فرسودگی اجتماعی بوده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی آنان می‌گردد. در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر، شروع بیماری به منزله انحراف از سیر طبیعی زندگی است (۱۵ و ۱۶). تحقیقات متعددی از اختلالات خواب به عنوان یکی از مشکلات مهم و طولانی مدت در این افراد یاد شده است. احتمال کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی ضعیف و نارضایتی از زندگی در این افراد نسبت به سایر افراد غیر مبتلا به این اختلالات ناتوان کننده بیشتر می‌باشد (۱۷).

با توجه به افزایش شیوع بیماری‌های قلب و عروق در سالمندان و اهمیتی که تأثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا از جمله کیفیت زندگی، سلامت عمومی و رضایت از زندگی آنان دارد، مطالعه حاضر با هدف بررسی

میزان کیفیت زندگی، رضایت از زندگی و سلامت عمومی سالمندان مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۴ در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی بیمارستان‌های شهدا، پیامبر اعظم، برزویه و مطهری شهرستان گنبد کاووس انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه ابتدا ۴ بیمارستان در شهر گنبد انتخاب شدند و برای هر بیمارستان یک بلوک انتخاب شد و ۷۵ سالمند از هر بلوک به صورت تصادفی ساده با دارا بودن مشخصات داده‌های مورد پژوهش و نیز ابراز تمایل در پژوهش وارد مطالعه شدند. حجم نمونه این تحقیق با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای برآورد یک میانگین ۳۰۰ نفر تخمین زده شد و به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده نمونه‌ها انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه؛ تمایل به شرکت در مطالعه، سن ۶۰ سال یا بالاتر، توانایی برقراری ارتباط چشمی و کلامی، توانایی صحبت کردن به زبان فارسی، عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد، عدم ابتلا به بیماری‌های حاد جسمی، عدم تجربه رویدادهای استرس‌زا در ۳ ماه اخیر (مانند از دست دادن همسر و یا سایر عزیزان و یا دوست بسیار صمیمی)، نداشتن بیماری مزمن ناتوان کننده مثل انواع سرطان‌ها و اختلالات خونی و هورمونی، درآمد حداقل ۴۰۰ هزار تومان و عدم تحت پوشش قرار داشتن کمیته امداد امام (ره) و معیارهای خروج؛ عدم تمایل به ادامه همکاری، ابتلا به یک بیماری حاد در طول مدت مطالعه، افت درآمد به ۴۰۰ هزار تومان و یا کمتر در مدت مطالعه، بروز اختلالات مزمن در دستگاه‌های مختلف بدن بوده است. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای مشتمل بر چهار قسمت استفاده شد که قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک سالمندان بیمار بود. قسمت دوم شامل پرسشنامه سلامت عمومی *GHQ-28* بود (۸) که از ۲۸ سوال در رابطه با سلامت روانی و جسمی افراد است. روش نمره‌گذاری که در این ابزار استفاده شده است به روش لیکرت است که بر اساس آن هر یک از سؤال‌های ۴ درجه‌ای آزمون به صورت اصلاً (صفر)، کمی (۱)، زیاد (۲) و خیلی زیاد (۳) می‌باشد. در نتیجه

نمره کل فرد از ۰ الی ۸۴ متغیر خواهد بود. نقطه برش پرسشنامه، ۲۳ گزارش شده است. ضریب پایایی پرسشنامه با روش باز آزمایی در مطالعه‌ی شیخ الاسلامی و همکاران در سال ۱۳۹۰، ۸۹ درصد گزارش شده است (۸). در خصوص روایی پرسشنامه سلامت عمومی، تا کنون مطالعات فراوانی از جمله مطالعه‌ی نوقایی و همکاران در سال ۱۳۹۱ صورت گرفته است (۱۱). در مطالعات ذکر شده در بررسی اعتباریایی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی، نمره برش ۲۳ را با روش لیکرت گزارش نموده‌اند. با این روش نمره گذاری، کسانی که نمره ۲۳ و کمتر را کسب کرده‌اند به عنوان فرد سالم و کسانی که نمره ۲۴ و بالاتر را گرفته‌اند مشکوک به اختلال هستند (۱۴، ۱۱).

قسمت سوم پرسشنامه رضایت از زندگی دینر بود (۲۷) که شامل ۵ سوال در رابطه با خشنودی و رضایت از زندگی افراد بوده و جواب سوالات از ۷ گزینه (شدیداً مخالف، مخالف، اندکی مخالف، نه مخالف و نه موافق، اندکی موافق، موافق و خیلی موافق) تشکیل شده بود. پایایی و روایی پرسشنامه بر اساس مطالعه قلی‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۹ مورد تأیید قرار گرفته است. روش نمره گذاری نیز بر اساس این مطالعه بدین صورت است که نمره کل افراد ۵-۳۵ بوده و نمره مرزی ۱۷ است. افرادی که نمره زیر ۱۷ را کسب نموده‌اند نارضایتی از زندگی داشته و افرادی که بالای ۱۷ کسب کرده‌اند از زندگی رضایت کافی را داشته‌اند (۲۷). قسمت چهارم شامل پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بود که ۷ آیتم عملکرد جسمی (۱۰ سوال)، درد و ناراحتی (۳ سوال)، فعالیت‌های روزمره (۴ سوال)، احساس (۹ سوال)، خواب (۵ سوال)، ارتباط با نزدیکان (۲ سوال) و سلامت کلی (۴ سوال) را در افراد می‌سنجد. این پرسشنامه توسط درویش پور در سال ۱۳۹۰ در شهر تهران مورد پژوهش قرار گرفت و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. نمره‌ای که در نهایت به دست می‌آید میانگین نمرات فوق بصورت عددی بالاتر یا پایین‌تر از عدد ۷۲ می‌باشد. نمرات بالای این عدد کیفیت زندگی خوب و کمتر از این عدد کیفیت زندگی ضعیف را نشان می‌دهد (ضریب آلفا ۰/۸۷۲) (۲۶). جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، نمودارها و شاخص‌های

درصد افراد با همسر خود زندگی می‌کردند، در حالی که ۴۱/۳ درصد با فرزندان و نوه‌های خود و ۹/۳ درصد افراد زندگی تنهایی داشتند. سطح درآمد ۴۳ درصد افراد شرکت کننده زیر هشتصد هزار تومان، ۴۱ درصد هشتصد هزار الی یک میلیون و دوپست هزار تومان و ۱۵/۳ درصد افراد درآمد بالای یک میلیون و دوپست هزار تومان در ماه داشتند. بر اساس یافته‌های مطالعه در رابطه با سلامت عمومی اختلاف زیادی بین افراد سالم و ناسالم وجود ندارد در حالی که در حیطه رضایتمندی از زندگی و بعد کیفیت زندگی در سالمندان اختلاف‌ها بیشتر شده و افرادی که نارضایتی از زندگی دارند و کیفیت زندگی در آنها پایین است، کفه ترازو را به نفع خود سنگین کرده و آمار بالا و اختلاف محسوسی را نشان می‌دهند.

عددی از جمله میانگین و انحراف معیار استفاده شد و به توصیف متغیرهای مورد مطالعه پرداخته شد. سپس با به کارگیری آزمون‌های آماری تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یک طرفه داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از ۳۰۰ سالمند شرکت کننده در این پژوهش ۵۲ درصد مرد و ۴۸ درصد زن بودند. حداقل سن افراد شرکت کننده ۶۰ سال و حداکثر سن افراد ۸۹ سال بود. میانگین سنی سالمندان تحت بررسی (۷۲±۷/۳۸) بود. ۴۴/۷ درصد از افراد سالمند بی‌سواد، ۳۰/۷ درصد تحصیلات ابتدایی، ۱۴/۷ درصد دیپلم و تنها ۱۰ درصد شرکت کنندگان تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۴۹/۳

جدول شماره ۱- مقایسه سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به اختلال عروق کرونر

متغیرهای وابسته	کل افراد	میزان افراد سالم انحراف معیار	میزان افراد دارای اختلال انحراف معیار
سلامت عمومی	۳۰۰	۱۴/۶۵ (±۲/۵) /۴۲	۱۵/۴۲ (±۱/۵) /۵۸
رضایت از زندگی	۳۰۰	۸/۴۳ (±۳/۲) /۳۹	۱۲/۷۵ (±۲/۶) /۶۱
کیفیت زندگی	۳۰۰	۱۹/۳۲ (±۲/۵) /۳۶	۳۴/۹۷ (±۱/۲) /۶۴

سنجیده شد که تفاوت معناداری را در دو جنس و وضعیت‌های تأهل متفاوت نشان نداد ($p > 0.05$).

با توجه به جدول شماره ۲، سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی و سالمندان مبتلا به بیماری عروق کرونر به تفکیک جنس و وضعیت تأهل با استفاده از آزمون تی

جدول شماره ۲- امتیازات سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی در سالمندان مورد مطالعه بر اساس جنسیت و وضعیت تاهل

متغیرهای وابسته	جنسیت			
	زن (n=۱۴۴)	مرد (n=۱۵۶)	متاهل (n=۱۹۶)	مجرد (n=۱۰۴)
سلامت عمومی	۴۲ (±۶/۲۵)	۴۰ (±۳/۴)	۳۸ (±۶/۸)	۳۴ (±۴/۵)
رضایت از زندگی	۱۴ (±۲/۵)	۱۵ (±۵/۷)	۱۳ (±۵/۱)	۱۵ (±۲/۳)
کیفیت زندگی	۵۶ (±۳/۴)	۶۲ (±۷/۹)	۵۳ (±۵/۵)	۶۰ (±۷/۷)

دارد و اختلاف نمرات در طبقه‌های مختلف سطح تحصیلات و درآمد محسوس و معنادار است ($p > 0.05$). به طوری که هر چه میزان درآمد سالمندان بالاتر و سطح تحصیلات سالمندان مبتلا به بیماری عروق کرونر بالاتر باشد میزان رفاه جسمی و روانی

جهت بررسی و تعیین رابطه بین سطح تحصیلات و درآمد با سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. نتایج بدست آمده مطابق با جدول شماره ۳ بیانگر این موضوع است که بین میانگین مربع متغیرهای وابسته تفاوت آماری معناداری وجود

بالتر و میزان سلامت عمومی و رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بیشتر خواهد بود.

جدول شماره ۳- رابطه بین سطح تحصیلات و درآمد با سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی سالمندان بر اساس آزمون ANOVA یک طرفه

رضایت از زندگی			کیفیت زندگی			سلامت عمومی			متغیر وابسته	
<i>F sig</i>	<i>df</i>	میانگین مربعات	<i>F sig</i>	<i>df</i>	میانگین مربعات	<i>F sig</i>	<i>df</i>	میانگین مربعات	متغیر مستقل	
۱/۴۹۹ ۰/۲۱۹	۳	۴۳/۸۷۹	۰/۷۵۷ ۰/۵۱۹	۳	۴۳۰/۵۲۳	۰/۲۵۵ ۰/۸۵۸	۳	۱۸۸۰/۸۵	سطح تحصیلات	
		۶۷/۷۲۰			۶۷۰/۷۹۰			۱۴۵/۱۲۳		
		۱۰۶/۲۶۷			۸۰۷/۲۱۵			۱۰۳/۵۶۲		
		۱۲۹/۳۸۷			۹۹۶/۹۷۹			۸۰/۴۷۲		
۰/۲۵۴ ۰/۷۷۶	۲	۱۰۲/۶۴۳	۱/۹۸۲ ۰/۱۴	۲	۱۴۵/۵۷۰	۰/۱۱۹ ۰/۸۸۸	۲	۱۵۴/۴۳۹	درآمد	
		۱۴۰/۲۶۷			۲۶۹/۳۴۵			۱۲۱/۳۲۰		
		۱۵۱/۹۴۳			۳۱۲/۴۳۹			۹۲/۳۰۹		

گردد. در رابطه با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت هم ۶۴ درصد مددجویان مورد مطالعه در سطح ضعیف قرار گرفتند و نشان داد که سالمندان دارای اختلال عروق کرونر از نظر عملکرد جسمی، درد، احساس خواب، ارتباط با نزدیکان و بقیه آیت‌ها در سطح پائینی قرار دارند و باید این نظر که کیفیت زندگی خود را بهبود دهند مورد توجه باشند.

بر این اساس افزایش میزان درآمد و بالا بودن سطح تحصیلات، میزان سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی را بهبود داده و این امر با توجه به وجود ناآگاهی و وضعیت فرهنگی و اجتماعی ضعیف که سالمندان مبتلا به بیماری عروق کرونر با آن سر و کار دارند منطقی به نظر می‌رسد. در همین راستا Johnson و همکاران (۱۷) در تحقیق مشابهی در رابطه با بیماران سکته قلبی گزارش کرده‌اند که ارتباط معناداری بین درآمد و سطح تحصیلات و سلامت عمومی وجود دارد و کاهش درآمد و میزان سواد با کاهش سلامت عمومی همراه است. همچنین Parajon و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ای ارتباط نمرات کیفیت زندگی را با مشخصات دموگرافیک و بالینی مبتلایان به بیماری عروق کرونر سنجیدند و نشان دادند با بالا بودن درآمد و مرتبه اجتماعی سالمندان، نمرات حاصل از پرسشنامه HRQOL افزایش یافته و کیفیت زندگی بیماران بالاتر برود که احتمالاً علت آن انتخاب راه

سالمندی دوره حساسی از زندگی بشر بوده و توجه به مسائل و نیازهای این مرحله یک ضرورت اجتماعی است. با در نظر داشتن نیازهای خاص این دوران، توجه به سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی در سالمندان نیز امر بسیار مهمی است (۱۵). سالمندان مبتلا به بیماری عروق کرونر در رابطه با سلامت عمومی که شامل بعد فیزیکی و روانی است کمبودهایی را دارند و میزان رضایت از زندگی در این افراد نسبت به سالمندان غیر مبتلا به اختلال عروق کرونر و افراد غیر سالمند کمتر می‌باشد و در اکثر ابعاد کیفیت زندگی مثل عملکرد جسمی، خواب، فعالیت‌های روزمره، احساس و عواطف دچار اختلال هستند (۱۵-۱۷).

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۵۸ درصد سالمندان بستری در بیمارستان‌های شهرستان گنبد کاووس در بعد سلامت عمومی، در سطح بیماری قرار دارند. این حالت با توجه به وضعیت فیزیکی و روانی سالمندان دارای اختلال کرونر قابل درک می‌باشد. در رابطه با رضایت از زندگی در گروه مورد مطالعه، ۶۱ درصد در وضعیت ناراضی بودند. این یافته نشان می‌دهد این دسته از سالمندان نیاز به حمایت روانی و عاطفی دارند و باید پیگیری‌های حمایتی و مشاوره‌ای روانی انجام

ناتوانی حاصل از بیماری، نداشتن حمایت اجتماعی و عدم پوشش بیماران با بیمه‌های مکمل که در واحدهای خصوصی بستری هستند و استرس حاصل از آن را دارند. همچنین اثرات مخدوش‌کنندگی برخی از متغیرها مانند تفاوت‌های فردی، حالات روانشناختی، عوامل محیطی، سطح فرهنگ بر میزان درک فرد از سلامت و در نتیجه نمرات پرسشنامه غیرقابل کنترل بود.

در مطالعه حاضر یافته اصلی ما با توجه به هدف اصلی که در عنوان نیز ذکر شده است سنجش میزان سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی سالمندان دارای اختلال عروق کرونر بود و بدین ترتیب میزان سالمندانی که سلامت فیزیکی و روانی قابل قبولی داشتند معادل ۴۲ درصد سالمندان شرکت کننده در مطالعه بود. مقدار سالمندانی که رضایت قابل قبول را از زندگی داشته‌اند به میزان ۳۹ درصد بود و کیفیت زندگی ۳۶ درصد سالمندان خوب بود. این نتایج نشان می‌دهند که نزدیک به ۶۰ درصد سالمندان در ۳ معیار فوق حالت قابل قبولی نداشته و نیازمند پیگیری و بررسی ویژه هستند.

از آنجا که با افزایش سن، احتمال ابتلا به بیماری‌های قلب و عروق و سایر بیماری‌های مزمن در سالمندان افزایش می‌یابد، توجه به عوامل حمایت کننده و سایر متغیرهای زمینه‌ای در جهت توانمند سازی سالمندان که منجر به ارتقاء سلامت عمومی، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی در آنان می‌گردد ضرورت و اهمیت می‌یابد (۲۵). این سه معیار سنجش به بسیاری از منابع و متغیرهای زمینه‌ای وابسته است و برنامه ریزی‌هایی باید در جهت افزایش مشارکت اجتماعی، بهبود خدمات پزشکی و بهداشتی و ارائه خدمات مشاوره در جمعیت سالمندان باید مدنظر قرار گیرد. طراحی مطالعات جامع و طولی در درک بهتر سالمندی سالم و کیفیت زندگی در سالمندان نیز پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مرکز تحقیقات پرستاری و مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان است. بدینوسیله از همکاری و مساعدت مسئولان بیمارستان‌های

کارهای مناسب و اتخاذ سبک زندگی مطلوب برای کسب بهبودی سریع‌تر از سوی افراد با تحصیلات بالاتر می‌باشد (۱۹). یافته‌های این پژوهش در ارتباط با جنس و وضعیت تأهل با نتایج مطالعات دیگر که بیان می‌کردند بین متغیرهای دموگرافیک سالمندان مبتلا به اختلالات قلبی با رضایت از زندگی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد همخوانی دارد. همچنین بر اساس مطالعات *Reynolds* و همکاران (۲۰) و *Howes* و همکاران (۲۱) ارتباط معناداری بین جنس و وضعیت تأهل و کیفیت زندگی وجود دارد، به طوری که خانم‌ها نسبت به آقایان، متأهل‌ها نسبت به مجردها و بیوه‌ها از کیفیت زندگی و سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. به وضوح مشخص نیست چرا بین جنس و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد ولی بعضی از پژوهشگران معتقدند، عوامل بیولوژیکی و روان شناختی در آن نقش دارند و بعضی معتقدند ممکن است به خاطر افسردگی باشد. *Taylor* و همکاران (۱۳) معتقدند که خانواده می‌تواند حمایت اجتماعی مورد نیاز جهت کمک به مددجو برای برخورد با تنیدگی ناشی از بیماری و سازگاری با آن را فراهم سازد و نیازهای مربوط به عشق و تعلق را ارضاء نماید.

برای بررسی سلامت عمومی در سالمندان علاوه بر سلامت جسمی توجه به حیطه‌های روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی و عملکردی ضروری است. بررسی سلامت در سالمندان نسبت به دیگر گروه‌های سنی بیشتر باید جنبه ذهنی داشته باشد زیرا بستگی به تعاملات از طریق موقعیت‌های فیزیولوژیکی، احساس خوب بودن روانی، توانایی‌های عملکردی و حمایت‌های اجتماعی دارد. به همین دلیل بررسی وضعیت سلامت سالمند تنها نباید محدود به جنبه‌های پزشکی باشد. از طرف دیگر با توجه به اینکه افزایش سن همراه با فقدان می‌باشد اولویت‌های سلامتی نیز در سالمندان دچار تغییر می‌شود (۲۲-۲۴).

این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات عاری از مشکل و محدودیت نبود به طوری که محدودیت‌های این مطالعه به صورت کلی عبارت است از غیر هم زبان بودن سالمندان از قوم‌های مختلف، عدم همکاری برخی واحدهای پژوهش به علت

شهرستان گنبد کاووس و اساتید دانشکده پرستاری و مامایی
بویه گرگان کمال تقدیر و تشکر را به عمل می‌آوریم.

References

1. Albokordi M, Ramezian M, Arizi F. Assessment of Shahinshahr Geriatrics QOL in the year of 205. *SMJ*. 2005; 5(4): 703-707. [In Persian]
2. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaii M, Haghian H. Assessment the health extoller behavior and QOL in elders. *Ardebil SJ*. 2009; 8(1): 29-36. [In Persian]
3. Farhadi A, Froughan M, Mohammadi F. QOL in the rurally elders. *IGJ*. 2012; 6(20): 38-46. [In Persian]
4. Mohammadi GH, Niazazar K, Sanati T. Evaluation of life style in the elderly. *FIAJ*. 2014; 1(3): 45-50. [In Persian]
5. Panaghi L, Abareshi Z, Mansouri N, Dehghani M. QOL and its correlated social identifying specificity in elderly of Tehran. *IGJ*. 2010; 4(12): 77-87. [In Persian]
6. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Biglarian A, Jalilian A. QOL in the elders of Tehran city. *IGJ*. 2009; 3(9,10): 75-83. [In Persian]
7. Vahdaninia M, Gashtasbi A, Montazeri A, Mafton F. health related QOL in elders. *Payesh J*. 2006; 4(2): 113-120. [In Persian]
8. Shekholeslami F, Reza masoleSh, Khodadadi N, Yazdani M. Loneliness and general health of elderly. *NMJ*. 2012; 21(66): 28-34. [In Persian]
9. Nejati V, Ashayeri H. health related QOL of Kashan elders. *SJI*. 2009; 14(1): 56-61.
10. Habibi A, Nikpour S, Seyedoshohadaii M, Haghani H. QOL and status Physical functioning in elder people. *INJ*. 2009; 21(53): 29-39. [In Persian]
11. Noghabi A, Alhani F, Peyrovi H. The concept of health In elder people. *INJ*. 2013; 25(78): 62-71. [In Persian]
12. Behrouzi S, ZenouziSh, Nezafati M, Esmaili H. Factors affecting the patients QOL after coronary artery Bypass graft. *INJ*. 2010; 22(57): 31-41. [In Persian]
13. Taylor NL, Galbratti M, Jones DS. Factor related to record in coronary artery bypass graft Surgery in elder patients. *Dimens Crit care nurse*. 2000; 19(6): 31-40.
14. Momeni KH, Karim H. comparison of general health of settled and unsettled elders. *GIJ*. 2011; 5(17): 23-29. [In Persian]
15. Kochaki G, Hojjati H, Sanagu A. the relationship between Loneliness and life satisfaction of the elderly in Gorgan and Gonbad cities. *RDNMJ*. 2013; 9(1): 61-68. [In Persian]
16. Abasi A, Asayesh H, Hosseini A, Ghorbani M, Abdollahi A, Rohi Gh, et al. functional ability and QOL in elders With CAD. *NMJ*. 2011; 13(1): 31-40. [In Persian]
17. Jaohnson P, Dahlstrom U, Brostrom A. factors and interventions influencing health related QOL in patient with CAD. *EJ cardiovasc Nurs*. 2006; 5: 5-15.
18. Parajon T, Lupon J, Gonzalez B. Assessment of QOL in patient with CAD. *INT J Cardiovasc*. 2004; 57: 155-160.
19. Hasanpour A, Delaram M, Forouzandeh M, Ganji F, Noghabi A, Bakhsha F, et al. Assessment of QOL in MI patient. *Shahrekord med J*. 2008; 9(3): 78-84. [In Persian]
20. Reynolds MR, Lavelle T, Essobag V, Cohen DJ, Zimet Baum P. influence of age & sex and AF recurrence on QOL outcomes in a population of patients with new onset AF. *Am heart J*. 2006; 152(6): 1030-1097.
21. Howes CJ, Reid MC, Brandt C, Ruo B, Yerkey MW, Prasad B. exercise tolerance and QOL in elder patient with choronic AF. *J cardiovasc*. 2001; 6(1): 9-23.
22. Haravi MC, Reje N, Montazeri A. HRQOL in abused and non-abused elders. *Payesh J*. 2014; 12(5): 479-488. [In Persian]
23. Fakherzadeh H, Sharifi F. CVD in elders. *GSJ*. 2013; 14(3): 1-9.

24. Shamsi A, Ebadi A. CADs risk Factors in Elders. *I J Critical Care Nursing*. 2014; 3(4): 187-192. [In Persian]
25. Malekzadeh M, Ghafarian H, Moemeni M, Bagheri Gh. General health changes in MI disease. *ZSJ*. 2015: 23-28. [In Persian]
26. Darvish Pour A, Abed Zh, Delaram A, Saïidozzakerin M. instrument development to measure elderly HRQOL. *HRJ*. 2013; 15(1): 30-37. [In Persian]
27. Gholizadeh A, Shirani E. Surveys the relationship with personal, familial, social and economical effect by life satisfaction in elders. *FSJ*. 2011; 21(1): 69-82. [In Persian]

Public Health, Life Satisfaction And Quality Of Life Of Elderly Patients With Coronary Artery Disease Admitted To Hospitals In Gonbad-e Qabus 2015

Nourdini A¹, Jouybari L², Sanagoo A³, Kavosi A⁴

1. MSc in Nursing, Borzooye Hospital, Gonbade kavoos, Iran.

2. Associate Professor, Nursing Research Center, Goletsan University of Medical Sciences, Golestan., Iran

3. Associate Professor, Education Development Center, Goletsan University of Medical Sciences, Golestan, Iran

4. Lecturer, Department of Operating Room , Neyshabur University of medical sciences, Neyshabur, Iran

Abstract

Background & Aim: According to the increased prevalence of heart disease in the elderly and the importance of this disease on all aspects of people's lives, the study aimed to determine the quality of life, life satisfaction and general health of the elderly with coronary artery disease (CAD).

Material & Methods: This descriptive-analytical cross sectional study conducted in Gonbad-e Qabus (North Eastern, Iran) in 2015. Research sample was 300 elderly people who were selected randomly. The data collected using Goldberg & Williams General Health, Dinner Life Satisfaction, and Quality of Life questionnaires. Data was analyzed by Descriptive and analytical statistics; *t* test, Pearson coefficient and ANOVA ($P < 0.05$).

Results: In terms of general health, 42% of participants were healthy and 58% of them had impaired general health. In terms of life satisfaction, 39% of them had enough satisfaction, and 61% were dissatisfied with their life. 36% of elderly had strong and good quality of life and 64% had poor quality of life.

Conclusion: More than half of elderly patients with cardiovascular diseases, had no good quality of life, life satisfaction, and general health. As age increases the risk of cardiovascular diseases increases, then more supportive intervention and elderly empowerment with aim of improve quality of life, general health and life satisfaction life is necessary.

Keywords: Geriatrics, Elderly, General health, Life satisfaction, Quality of life, Coronary artery Disease