

## کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه

دریادخت مسرور رودسری<sup>۱</sup> فروغ رفیعی<sup>۲</sup> \*نسرین فدایی اقدم<sup>۳</sup> آغا فاطمه حسینی<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** عوارض ناشی از بیماری انسداد مزمن ریه به طور مکرر زندگی اجتماعی، عملکرد فیزیکی و فعالیت‌های روزانه این بیماران را مختل کرده و منجر به کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران انسداد مزمن ریه و ارتباط آن با برخی از متغیرهای دموگرافیک انجام شده است.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی- مقطعی ۳۳۱ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر تهران با تشخیص بیماری انسداد مزمن ریه شرکت داشتند. نمونه گیری به روش مستمر انجام و داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶، آمار توصیفی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به ویژه در بعد سلامت جسمی را نشان داد. همچنین بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و برخی از مشخصات دموگرافیک نظیر جنس، سطح تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری، نوع داروی مصرفی و دفعات بستری در طول یکسال گذشته ارتباط معناداری وجود داشت ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به ارتباط بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و برخی متغیرهای دموگرافیک استفاده از رویکردهای مناسب مراقبتی ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از جمله اجرا و نظارت بر برنامه‌های آموزشی شامل انجام فعالیت‌ها در حد تحمل، تمرینات تنفسی، تکنیک‌های بهبود الگوی تنفس، مصرف صحیح داروها و ... در بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه توصیه می‌شود.

### کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، بیماری انسداد مزمن ریه

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۲۸

<sup>۱</sup> عضو هیئت علمی گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و عضو گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (\*نویسنده مسئول)

Email: fadae\_n@yahoo.com

شماره تماس: ۰۹۱۹۲۷۳۵۶۶۹

<sup>۴</sup> عضو هیئت علمی گروه آمار زیستی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## مقدمه

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی مفهومی گسترده بوده و ترکیبی از درک افراد از وضعیت فیزیکی، روانی، سطح استقلال، ارتباط اجتماعی و تعامل با محیط، اعتقادات و ارزش های شخصی است. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زیر مجموعه ای از کیفیت زندگی کلی است<sup>(۱)</sup> که شامل احساس رفاه ذهنی، عاطفی، اجتماعی و فیزیکی بوده و منعکس کننده ارزیابی ذهنی بیماران و نحوه پاسخ آن‌ها به بیماری است<sup>(۲)</sup>. کیفیت زندگی در بیماری، درک ذهنی افراد درباره تأثیر شرایط بالینی در زندگی است و معمولاً اشخاص با بیماری مزمن درک متفاوتی از زندگی داشته<sup>(۳)</sup> و معنی و ارزش زندگی از لحاظ ذهنی در آن‌ها متفاوت است<sup>(۴)</sup>.

یکی از شایع ترین انواع بیماری‌های مزمن، COPD یا بیماری انسداد مزمن ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) است<sup>(۵)</sup> که مشکل عمده سلامتی و علت مهم ناتوانی در افراد بالای ۴۰ سال<sup>(۶)</sup> و سالمندان محسوب می‌شود<sup>(۷)</sup>. بیماری انسداد مزمن ریه، بیماری پیشرونده‌ای است که با محدودیت راه هوایی بدون برگشت کامل مشخص می‌شود و در برگیرنده دو بیماری برونشیت مزمن و آمفیزم است<sup>(۸)</sup>.

شیوع این بیماری بر طبق آخرین آمار سال ۲۰۰۸ آمریکا، ۱۳/۵ میلیون نفر یا ۱ مورد از هر ۲۰ نفر بوده است که از این تعداد ۱۲/۱ میلیون نفر به برونشیت مزمن و ۲/۳ میلیون نفر به آمفیزم مبتلا هستند. از سویی بر طبق آمار سال ۱۳۸۷ ایران ۷ میلیون از جمعیت ۷۰ میلیونی کشور به بیماری‌های تنفسی مبتلا هستند<sup>(۹)</sup>. طرح جهانی بیماری انسداد مزمن ریه (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Disease) پیش بینی می‌کند این بیماری احتمالاً در سال ۲۰۲۰ از رتبه ششم عوامل شایع مرگ در جهان به رتبه سوم خواهد رسید<sup>(۱۰،۵)</sup>.

با توجه به روند پیشرونده و مزمن اختلال عملکرد ریه ناشی از بیماری و تشدید نشانه‌های تنفسی، این بیماران

کاهش تدریجی وضعیت سلامت را در طی سال‌های زندگی تجربه کرده و مکرراً زندگی اجتماعی، عملکرد فیزیکی و فعالیت‌های روزانه آن‌ها مختل می‌شود<sup>(۱۱،۷،۵)</sup>. در نتیجه بیماران کاهش یا از دست دادن نقش‌های اجتماعی و مشکلات روانی متعددی از قبیل ترس، اضطراب، افسردگی، گوشه گیری و وابستگی به دیگران را تجربه می‌کنند<sup>(۱۰،۵)</sup> که در نهایت سبب کاهش کیفیت زندگی و به خصوص کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health-related quality of life) می‌شود<sup>(۱۱)</sup>.

در طی دو دهه گذشته، کیفیت زندگی یکی از موضوعات بسیار مهم در تحقیقات بالینی بوده و به عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران مورد تأکید قرار گرفته است<sup>(۱۲)</sup>. کیفیت زندگی مفهومی مرتبط در رشته پرستاری بوده و پرستاران همواره در جهت ارتقای آن کوشیده‌اند. از آن جایی که این بیماری بر کل ابعاد زندگی بیمار یعنی شرایط جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد، پرستاران باید اطلاعات جامعی از کیفیت زندگی بیماران بدست آورند<sup>(۱۳)</sup>. زیرا پرستاران با اجرای فرآیند پرستاری و اقداماتشان می‌توانند بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارند. بنابراین با آگاهی از کیفیت زندگی بیماران؛ می‌توان بر اساس یافته‌های حاصل از آن و با عنایت به وضعیت هر بیمار برنامه ریزی فردی مناسب و مراقبت-های نظام مندی را انجام داد<sup>(۱۴)</sup>. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران انسداد مزمن ریه و ارتباط آن با برخی از متغیرهای دموگرافیک انجام شد.

## روش بررسی

این مطالعه توصیفی-مقطعی در خصوص بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه مراجعه کننده به بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر تهران شامل امام خمینی، شریعتی، رسول اکرم، فیروزگر و مسیح دانشوری در سال ۱۳۹۰ انجام گرفته است. دلیل انتخاب این بیمارستان‌ها در دسترس بودن مبتلایان به بیماری انسدادی مزمن ریه در

این مراکز درمانی بود. نمونه گیری به روش مستمر از بین بیماران با تشخیص بیماری انسداد مزمن ریه صورت گرفت. معیارهای انتخاب نمونه شامل عدم ابتلا هم زمان به دیگر بیماری‌های عفونی ریه (با توجه به تشخیص ثبت شده در پرونده بیمار) و ثبات وضعیت جسمی و روانی (از جمله نداشتن تنگی نفس) در حین تکمیل پرسشنامه بود که ۷۳ بیمار به دلیل دارا نبودن معیارهای فوق از مطالعه خارج شدند.

برای به دست آوردن حجم نمونه از فرمول کمی دو دامنه استفاده شد و با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪ و با توجه به ضریب همبستگی بدست آمده از مقالات ( $r = 0/25$ ) حجم نمونه نهایی ۳۳۱ نفر محاسبه شد و جمع آوری اطلاعات ۵ ماه به طول انجامید.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم اطلاعات فردی (متغیرهای زمینه‌ای جنس، سن (کمتر از ۵۰ سال، ۵۰-۷۰ سال و بیشتر از ۷۰ سال)، وضعیت تاهل (مجرد، متاهل، جدانشده و همسر فوت شده)، سطح تحصیلات (بیسواد، ابتدایی، دیپلم و تحصیلات دانشگاهی)، نوع بیماری (برونشیت و آمفیزم)، مدت زمان ابتلا به بیماری، مصرف سیگار (دارد و ندارد)، نوع داروی مصرفی (برونکودیلاتورها و کورتیکواستروئیدها)، دفعات بستری در طول یکسال گذشته (یکبار، دوبار، سه بار و بیش از سه بار) و بیماری‌های دیگر (دارد و ندارد) و نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-۳۶) بود. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه با ۸ زیر مقیاس مختلف سلامت، شامل سلامت عمومی (۵ گویه شامل گویه‌های ۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶)، عملکرد جسمانی (۱۰ گویه گویه‌های ۳ تا ۱۲)، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی (۴ گویه شامل گویه‌های ۱۳-۱۶)، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی (۳ گویه شامل گویه‌های ۱۷ تا ۱۹)، درد بدنی (۲ گویه شامل گویه‌های ۲۰ و ۲۱)، عملکرد اجتماعی (۲ گویه شامل گویه‌های ۲۰ و ۳۲)، نشاط (۴ گویه شامل گویه‌های ۲۳-۲۷-۲۹ و ۳۱)

و سلامت روانی (۵ گویه شامل گویه‌های ۲۴-۲۵-۲۶-۲۸ و ۳۰) است (گویه شماره ۲ در هیچ یک از زیر مقیاس‌ها قرار نگرفته و فقط با نمره کل جمع می‌شود)<sup>(۱۵)</sup>. نحوه نمره دهی با توجه به تعداد گزینه‌های هر گویه، تعیین می‌شود. به طور مثال گویه اول پرسشنامه که شامل ۵ گزینه است، در بهترین شرایط نمره ۱۰۰ و در بدترین شرایط نمره صفر را به خود اختصاص داده و گزینه‌های بین این دو امتیاز ۷۵، ۵۰ و ۲۵ نمره دارند. درکل پرسشنامه به دو بعد سلامت جسمی و روانی تقسیم شده که سلامت جسمی شامل زیر مقیاس‌های سلامت عمومی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، درد بدنی و عملکرد جسمانی و سلامت روانی شامل زیر مقیاس‌های محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت روانی بود. نمره هر بعد با توجه به نمره زیر مقیاس‌های آن محاسبه می‌شود. به طوری که کل امتیاز در هر زیر مقیاس جمع و بر تعداد زیر مقیاس‌ها در هر بعد تقسیم شده و به این ترتیب نمره ابعاد جسمی و روانی محاسبه می‌شود. برای محاسبه نمره کل پرسشنامه، مجموع اعداد بدست آمده از هر زیر مقیاس را بر عدد ۸ (تعداد کل زیر مقیاس‌ها) تقسیم نموده که عدد بدست آمده باید عددی بین صفر تا ۱۰۰ باشد. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است که صفر بدترین حالت و ۱۰۰ بهترین حالت را در مقیاس مورد نظر نشان می‌دهد. لازم به ذکر است روایی و پایایی این پرسشنامه توسط منتظری و همکارانش در سال ۱۳۸۴ بررسی شده است (حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹)<sup>(۱۵)</sup>.

پس از کسب اجازه از دانشکده پرستاری و مامایی تهران، کمیته اخلاق دانشگاه و مسئولین بیمارستان‌های مربوطه، توضیحات لازم در مورد مطالعه و اهداف آن، به بیماران ارائه و رضایت آگاهانه از آن‌ها کسب شد. سپس پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت و توضیحات لازم جهت تکمیل پرسشنامه داده شد. در صورتی که بیمار قادر به خواندن و نوشتن نبود، تنها پرسشنامه توسط پژوهشگر

سن	کمتر از ۵۰ سال	۳۰(۹/۱)
	۷۰ - ۵۰ سال	۱۶۶(۵۰/۱)
	بیشتر از ۷۰ سال	۱۳۵(۴۰/۸)
	کل	۳۳۱(۱۰۰)
مجرد		۸(۲/۴)
متاهل		۲۷۵(۸۳/۱)
وضعیت تاهل	جداشده	۴(۱/۲)
	همسر فوت شده	۴۴(۱۳/۳)
	کل	۳۳۱(۱۰۰)
بیسواد		۱۶۱(۴۸/۶)
ابتدایی		۱۱۳(۳۴/۲)
سطح تحصیلات	دیپلم	۴۲(۱۲/۷)
	تحصیلات دانشگاهی	۱۵(۴/۵)
	کل	۳۳۱(۱۰۰)
نوع بیماری	برونشیت مزمن	۴۵(۱۳/۶)
	آمفیزم	۳۲(۹/۷)
	هر دو	۲۵۴(۷۶/۷)
	کل	۳۳۱(۱۰۰)
مدت زمان ابتلا	کمتر از ۱ سال	۹۳(۲۸/۱)
	۵ - ۱ سال	۱۲۰(۳۶/۳)
به بیماری	۱۰ - ۶ سال	۵۷(۱۷/۲)
انسداد مزمن	۱۵ - ۱۱ سال	۱۷(۵/۱)
ریه	بیشتر از ۱۵ سال	۴۴(۱۳/۳)
	کل	۳۳۱(۱۰۰)
بله		۲۰۹(۶۳/۱)
مصرف سیگار	خیر	۱۲۲(۳۶/۹)
	کل	۳۳۱(۱۰۰)
نوع داروی مصرفی	برونکودیلاتور	۱۸۳(۵۸/۳)
	کورتیکواستروئید	۶(۱/۹)
	هر دو	۱۲۵(۳۹/۸)
	کل	۳۱۴*(۱۰۰)
دفعات بستری	یک بار	۱۲۰(۳۶/۳)
	دو بار	۹۵(۲۸/۷)
در طول یک سال گذشته	سه بار	۵۵(۱۶/۶)
	بیش از سه بار	۶۱(۱۸/۴)
	کل	۳۳۱(۱۰۰)
بیماری‌های دیگر	دارد	۱۷۱(۵۱/۷)
	ندارد	۱۶۰(۴۸/۳)
	کل	۳۳۱(۱۰۰)

\*۱۷ نفر از واحد های مورد پژوهش هیچ گونه دارویی مصرف نمی‌کردند.

یا کمک پژوهشگر برای بیمار خوانده می‌شد و در مورد پاسخی که مغایر با نظر پژوهشگر بود، بحث نمی‌شد زیرا این پرسشنامه جهت بررسی دیدگاه بیماران طراحی شده است. مدت زمان استاندارد جهت پاسخگویی به پرسشنامه ۵ تا ۱۰ دقیقه بود که در صورت نیاز، مدت زمان بیشتری در اختیار شرکت کننده قرار داده شد. در نهایت اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶، آمار توصیفی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

مشخصات واحدهای پژوهش در جدول شماره (۱) خلاصه شده است و یافته‌ها در ارتباط با هدف اصلی پژوهش "تعیین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به بیماری انسداد مزمن ریه" نیز در جدول شماره (۲) آورده شده است.

در رابطه با "تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و مشخصات فردی (سن، جنس، سطح تحصیلات و...) در بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و متغیرهای زمینه‌ای نظیر جنس، سطح تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری، نوع داروی مصرفی، دفعات بستری در طول یک سال گذشته ارتباط معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). این ارتباط درباره متغیرهای سن، وضعیت تاهل، نوع بیماری، مصرف سیگار و بیماری‌های دیگر به سطح معنی داری نرسید.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی در واحدهای مورد پژوهش  $n=331$

مشخصات فردی	تعداد	(درصد)
زن	۹۰(۲۷/۲)	
مرد	۲۴۱(۷۲/۸)	
کل	۳۳۱(۱۰۰)	

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در واحدهای مورد پژوهش n=۳۳۱

میانگین و انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	ابعاد و زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
۳۴/۴±۱۸/۵	۱	۹۲	بعد سلامت جسمی
۵۶±۱۸/۱	۵	۱۰۰	سلامت عمومی
۳۰/۹±۳۲/۲	۰	۱۰۰	عملکرد جسمانی
۹/۰۶±۲۸/۴	۰	۱۰۰	محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی
۴۱/۶±۲۱/۹	۰	۹۰	درد بدنی
۴۷/۹±۲۳/۵	۶	۱۰۰	بعد سلامت روانی
۳۶/۶±۴۸/۰۵	۰	۱۰۰	محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی
۵۱/۳±۳۷/۸	۰	۱۰۰	عملکرد اجتماعی
۴۲/۰۴±۱۸/۷۸	۰	۱۰۰	نشاط
۶۱/۹±۱۵/۹	۰	۱۰۰	سلامت روانی
۴۰/۹±۱۸/۴	۱۰	۹۳	بعد کلی

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه گویای تاثیر پذیری بیماری ابعاد سلامت جسمی، روانی و کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران از این بیماری می‌باشد. بر اساس یافته‌های مطالعه کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بعد سلامت جسمی نسبت به سلامت روانی محسوس‌تر است.

در تحقیق خیر آبادی و همکارانش نیز میانگین نمره کل کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری انسدادی مزمن ریه به طور معناداری پایین‌تر از گروه شاهد بود ( $p < 0/001$ ) که گویای تأثیر منفی این بیماری بر کیفیت زندگی بیماران است<sup>(۱۶)</sup>. همچنین نتایج مطالعه Spencer و همکارانش نیز بیانگر اختلال در سلامتی بیماران انسداد مزمن ریه در مقایسه با افراد عادی بود که این اختلال بیشتر در بعد سلامت جسمی نسبت به سلامت روانی مشاهده شد<sup>(۱۷)</sup>. Martín و همکارانش نیز گزارش نمودند ۶۱٪ بیماران از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در حد نرمال و ۳۹٪ آن‌ها در حد پایین برخوردارند. با این وجود درصد بالایی از آن‌ها در مقایسه با سلامت روانی از سلامت جسمی پایین‌تری برخوردار بودند که در این بین زیر مقیاس‌های سلامت عمومی و

عملکرد جسمی پایین‌ترین نمره و عملکرد نقشی و عملکرد اجتماعی بالاترین نمره را به خود اختصاص دادند<sup>(۱۸)</sup>. این در حالی است که مطالعه ما نشان داد در بین زیر مقیاس‌ها، کمترین نمره به ترتیب متعلق به محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی و عملکرد جسمانی و بیشترین نمره متعلق به سلامت روانی و سلامت عمومی است. با توجه به اینکه بیشتر بیماران مبتلا به انسداد مزمن ریه مسن هستند این امکان وجود دارد که آن‌ها خود را با محدودیت‌های ناشی از بیماری تطابق داده و آن را بعنوان پیامد طبیعی ناشی از فرایند پیری خود تلقی می‌کنند لذا کمتر سلامت روان آن‌ها از عوارض بیماری تأثیر می‌پذیرد. مطالعه Brown و همکارانش نیز نشان داد مبتلایان به بیماری انسداد مزمن ریه نسبت به افراد غیر مبتلا، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تری دارند<sup>(۱۹)</sup>.

از سویی سایر یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان و افرادی که طولانی مدت به بیماری انسداد مزمن ریه مبتلا هستند، بود. مطالعه Carrasco-Garrido و همکارانش نیز نشان داد که بین نمره سلامت جسمی در زنان و مردان

از امکانات موجود جهت تطابق با بیماری خود استفاده می‌کنند، اما افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر، متعلق به محروم‌ترین قشر جامعه بوده و کمتر به دنبال افزایش آگاهی و توانایی خود جهت مقابله و تطابق بیشتر خود با بیماری بر می‌آیند. از سویی بر خلاف مطالعات اخیر، در مطالعه ما بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و متغیر-های سن و مصرف سیگار ارتباط معناداری وجود نداشت. همچنین در زمینه ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سایر متغیرها مطالعات مشابه یافت نشد.

با توجه به این که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای ارزیابی اثرات بیماری و پیامد مداخلات بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرد، می‌تواند جهت استفاده از منابع مراقبت سلامتی بسیار مهمی باشد<sup>(۲۱)</sup>. از آن جایی که ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران انسدادی مزمن ریه که درمان قطعی ندارند، بسیار مهم است لذا با توجه به نتایج بدست آمده مبنی بر کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران باید توجه بیشتری به کیفیت زندگی آنان شود و به نظر می‌رسد زنان، افراد با تحصیلات پایین‌تر، ابتلای طولانی مدت به بیماری، مصرف هم‌زمان دو دسته دارویی و تعداد دفعات بستری بالاتر نیازمند توجه بیشتری در این زمینه باشند.

با توجه به این که پرستاران نقش مهمی در بهبود وضعیت بیماران برای مقابله با بیماری و ایجاد سازگاری دارند، لذا با به کارگیری علم به روز و کارآمد خود و نتایج حاصل از این مطالعه، می‌توانند با آموزش راهکارهای موثر سبب افزایش اعتماد به نفس، احساس تسلط، بهبودی و درنهایت ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بویژه در بعد سلامت جسمی این بیماران گردند. این تأثیرات با تلاش و پشتکار پرستاران و اعضای گروه درمان و نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزشی از جمله انجام فعالیت‌ها در حد تحمل، تمرینات تنفسی، تکنیک‌های بهبود الگوی تنفس، مصرف صحیح داروها و ... بر بالین بیماران و پیگیری مراقبت‌ها میسر خواهد شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای، به منظور بررسی اثر بخشی

تفاوت معناداری وجود ندارد، در حالی که در زمینه سلامت روان این رابطه معنادار بوده و در مردان بهتر از زنان است ( $P < 0.05$ )<sup>(۲۰)</sup>.

Martín و همکارانش نیز گزارش کردند که میانگین نمره بعد سلامت روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مردان به نسبت زنان بالاتر بوده ( $p < 0.01$ ) و تفاوت معناداری بین دو جنس در بعد سلامت جسمی مشاهده نشد<sup>(۱۸)</sup>. همچنین نتایج بدست آمده نشان داد که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و سطح تحصیلات ارتباط معنادار وجود دارد و این ارتباط ناشی از تفاوتی است که بین گروه بی‌سواد با دو گروه ابتدایی و دیپلم وجود دارد. از سویی ارتباط معنادار بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و دفعات بستری در طول یک سال گذشته، ناشی از تفاوتی است که بین دفعات بستری بیش از سه بار با دو گروه دفعات بستری یک و دو بار وجود دارد و ارتباط معناداری که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و نوع داروی مصرفی وجود دارد ناشی از تفاوت بین گروه مصرف کننده برونکودیلاتور با گروه مصرف کننده هر دو می‌باشد.

در مطالعه Martín و همکارانش بیماران با سن بیش از ۶۰ سال به نسبت گروه سنی ۴۰-۵۹ سال کیفیت زندگی نا مطلوب تری را گزارش کردند<sup>(۱۸)</sup>. یافته‌های حاصل از مطالعه میرباقری و همکارانش نیز نشان داد که بین متغیرهای سن، سطح تحصیلات و مدت ابتلا با کیفیت زندگی پس از مداخله، ارتباط معنادار وجود دارد. بدین معنی که بیماران در محدوده سنی ۶۵-۶۰ سال نسبت به بیماران بالای ۶۵ سال پس از مداخله کیفیت زندگی بهتری داشتند. از سویی این مطالعه نشان داد افراد با تحصیلات بالا، ابتلای کوتاه مدت به بیماری و مصرف سیگار کمتر، از زندگی بهتری برخوردار می‌باشند<sup>(۵)</sup>. نتایج مطالعه حاضر در زمینه ارتباط کیفیت زندگی و سطح تحصیلات همسو با مطالعات ذکر شده بود. این امکان وجود دارد که افراد با بالا رفتن سطح تحصیلات درک بیشتری از فرایند بیماری حاصل کرده و به طرز مطلوبی

**تقدیر و تشکر**

این مطالعه بخشی از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره طرح ۹۰/د/۱۳۰/۱۳۱۷ می‌باشد. در پایان از تمامی مسئولان، کارکنان محترم و بیمارانی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

برنامه‌های آموزشی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران انجام گردد.

**فهرست منابع**

- 1- Lee GK, Chronister J, Bishop M. The effects of psychosocial factors on quality of life among individuals with chronic pain. *Rehabil Couns Bull.* 2008;51(3):177-89.
- 2- Clarke J, Forde R. Diabetes mellitus - Psychosocial issues in diabetes. Accessed from: <http://www.inmo.ie/Home/Index/6202/5736>. Available at 30 Jul 2012.
- 3- Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung.* 2009 Mar-Apr;38(2):100-8.
- 4- Han K, Lee P, Lee S, Park E. Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(2):139-44.
- 5- Mir Bagheri N, Memarian R, Mohammadi A. [Effects of regular walking program on quality of life of elderly patients with moderate chronic obstructive pulmonary disease]. *Ir J Nurs Research.* 2008; 2 (6):19-27. Persian
- 6- Arnold R, Ranchor AV, Koeter GH, de Jongste MJ, Wempe JB, ten Hacken NH, et al. Changes in personal control as a predictor of quality of life after pulmonary rehabilitation. *Patient Educ Couns.* 2006 Apr;61(1):99-108.
- 7- Salik Y, Ozalevli S, Cimrin AH. Cognitive function and its effects on the quality of life status in the patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Arch Gerontol Geriatr.* 2007 Nov-Dec;45(3):273-80.
- 8- Shifren A. The Washington Manual® Pulmonary Medicine Subspecialty Consult (The Washington Manual® Subspecialty Consult Series). 1<sup>st</sup> ed. Washington Lippincott Williams & Wilkins; 2006
- 9- Tajvidi M, Arash M, parsinya M, Babaei Gh. [Effect of training nutrition guide on spirometric indices in patients with COPD]. *Ir J Nurs Research.* 2009; 4 (15) :53-9. Persian
- 10- Talley CH, Wicks MN. A pilot study of the self-reported quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung.* 2009 Mar-Apr;38(2):141-50.
- 11- Gysels M, Higginson IJ. Access to services for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the invisibility of breathlessness. *J Pain Symptom Manage.* 2008 Nov;36(5):451-60.
- 12- Tabari F, Zakeri Moghadam M, Bahrani N, Monjamed Z. [Evaluation of the Quality of Life in newly Recognized Cancer Patients]. *Hayat.* 2007; 13 (2) : 5-12. Persian
- 13- Shojaei F. [Quality of life of patients with heart failure]. *Hayat.* 2008; 14(2): 5-13. Persian
- 14- Razavian F, Abbasi M, kazemnejad A. [The Relationship between Depression and the Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis ]. *Daneshvar Med.* 2009; 16 (80): 27-34. Persian
- 15- Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia M. [The Short Form Health Survey( SF-36) translation and validation study of the Iranian version]. *Payesh.* 2005; 5(1): 49-56. Persian
- 16- Kheir Abadi GH, Akochyan SH, Amanat S, Nemati M. [Quality of life of patients with COPD compared with controls]. *Hormozgan Med J.* 2008; 12 (4): 255-60. Persian

- 17- Spencer S, Calverley PM, Sherwood Burge P, Jones PW. Health status deterioration in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001 Jan;163(1):122-8.
- 18- Martin A, Rodriguez-Gonzalez Moro JM, Izquierdo JL, Gobartt E, de Lucas P. Health-related quality of life in outpatients with COPD in daily practice: the VICE Spanish Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2008;3(4):683-92.
- 19- Brown DW, Pleasants R, Ohar JA, Kraft M, Donohue JF, Mannino DM, et al. Health-related quality of life and chronic obstructive pulmonary disease in North Carolina. *N Am J Med Sci*. 2010 Feb;2(2):60-5.
- 20- Carrasco-Garrido P, de Miguel-Diez J, Rejas-Gutierrez J, Martin-Centeno A, Gobartt-Vazquez E, Hernandez-Barrera V, et al. Characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in Spain from a gender perspective. *BMC Pulm Med*. 2009;9:2.
- 21- Voll-Aanerud M, Eagan TM, Wentzel-Larsen T, Gulsvik A, Bakke PS. Changes in respiratory symptoms and health-related quality of life. *Chest*. 2007 Jun;131(6):1890-7.



## Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Masroor DD<sup>1</sup>. MSc   Rafii F<sup>2</sup>. PhD   Fadaeeaghdam N<sup>3\*</sup>. MSc   Hoseini AF<sup>4</sup>. MSc

### Abstract

**Background & Aim:** complications of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) frequently lead to impaired social life, physical function and daily activities in these patients and finally the health-related quality of life (HRQL) of these patients will decrease. The aim of this study was to determine HRQL and its relationship with some demographic variables.

**Material & Methods:** using a cross-sectional descriptive design, 331 COPD patients admitted to hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences were recruited by constant sampling. Data collection tools included demographic information form and HRQL questionnaire (SF-36). Data was analyzed using SPSS (v.16), descriptive statistics and Pearson correlation coefficient, ANOVA and Independent t- test.

**Results:** the findings showed a reduction in HRQL especially in physical health dimension. Significant relationships were found between HRQL and some demographic characteristics such as gender, education level, duration of disease, type of medication and hospitalizations frequency during the past year ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** Regarding the relationship between HRQL and some demographic variables, using appropriate caring approaches such as executing educational programs about adequate activity, breathing exercises, techniques promoting breathing pattern and right ways of using medications in COPD patients is recommended.

**Key words:** Quality of life, Health-related quality of life, Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Received: 16 Jun 2012

Accepted: 18 Jul 2012

---

<sup>1</sup>Faculty Member, Medical- Surgical Dept., School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>2</sup> Associate professor, Center for Nursing Care Research, Member of Medical- Surgical Dept., School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> MS in Medical – Surgical Nursing, Medical- Surgical Dept., School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author). Tel: +98-9192735669 Email: fadae\_n@yahoo.com

<sup>4</sup> MS in Statistics, Bio-statistics Dept., School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran