

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

فاطمه شجاعی*

چکیده

زمینه و هدف: در حال حاضر بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مطالعات بیماری‌های مزمن مطرح است. نارسایی قلبی در تمام موارد بر کیفیت زندگی بیماران به درجات مختلف تأثیر می‌گذارد. این پژوهش با هدف بررسی کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام گرفته است. **روش بررسی:** این مطالعه توصیفی تحلیلی در مورد تعداد ۲۵۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران انجام گرفت. نمونه‌گیری با استفاده از روش آسان انجام یافت. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه شاخص کیفیت زندگی بیماران قلبی Ferrans و Powers استفاده شد. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.10 و آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد که ۷۶/۴٪ بیماران مورد مطالعه کیفیت زندگی نامطلوب یا نسبتاً مطلوب دارند. ارتباط آماری معناداری بین کیفیت زندگی و مشخصات فردی (سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل) درصد کسر تخلیه‌ای قلب، طول مدت ابتلا به بیماری قلبی، دفعات بستری، ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر وجود داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق نشان داد که بیماری نارسایی قلبی تأثیر منفی بر کیفیت زندگی بیماران دارد. لذا بهتر است بررسی و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران به عنوان یکی از وظایف پرستاران در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، نارسایی قلبی، پرستار

نویسنده مسؤول: فاطمه شجاعی؛ دانشکده پرستاری اهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان
e-mail: Shojaei_f2000@yahoo.com

- دریافت مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۷ - پذیرش مقاله: شهریور ماه ۱۳۸۷

مقدمه

در می‌برند، متعاقباً به نارسایی قلبی مبتلا شوند (۱). روند فزاینده نارسایی قلب ناشی از عوارض بیماری‌های عفونی، التهابی، عروقی و درجه‌ای قلب نیز یک مشکل عمده بهداشتی و یک بیماری اپیدمی در ایالت متحده آمریکا محسوب می‌شود به طوری که در آمریکا ۵ میلیون نفر مبتلا به نارسایی قلبی بوده و سالانه حدود ۵۰۰۰۰۰ مورد جدید به این رقم افزوده می‌شود و انتظار می‌رود در ۳۰ سال آینده آمار موجود دو برابر شود (۲). در ایران نیز طبق آمار که مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۱۳۸۰ منتشر کرده است،

نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین اختلالات قلبی و عروقی است و به عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان کننده مطرح می‌باشد. شیوع و بروز آن با افزایش سن بالا می‌رود به طوری که در آمریکا تقریباً یک درصد افراد بیشتر از ۵۰ سال و حدود ده درصد سالمندان بالای ۸۰ سال مبتلا به نارسایی قلبی هستند. از طرفی پیشرفت در اقدامات درمانی و جراحی سبب شده بیمارانی که از مرگ در اثر انفارکتوس قلبی جان سالم به

* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری اهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است. طی یک بررسی در شهریور ماه سال ۱۳۷۷ در ایران، ۲۵٪ از بیماران بستری در بخش‌های قلب دچار نارسایی قلب بوده‌اند (۳).

نا توانی قلب در خون‌رسانی علایم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری، ادم و آسیت را سبب می‌شود. این علایم منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند که بر رضایت و کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارد. محدودیت‌های ایجاد شده همچنین وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی وی می‌گردد (۴). Martensson و همکاران نیز بیان می‌کنند که منبع اولیه افسردگی و کیفیت زندگی نامطلوب در این بیماران به سبب وجود علایم متعدد فیزیکی ناشی از بیماری می‌باشد (۵). همچنین Dunderdale و همکاران بیان می‌کنند شدت و تعدد علایم بیماری برای این بیماران ماهیتی تهدیدکننده داشته و احساس قریب الوقوع بودن مرگ سبب بروز اختلالات خلقی می‌گردد. اضطراب، ترس، نگرانی و اختلالات خلقی نهایتاً سبب عدم بهره‌مندی از خواب مناسب می‌شود (۴). علایم فیزیکی ناشی از بیماری و عدم تحمل فعالیت، موجب انزوای اجتماعی و همچنین اختلال در روابط جنسی بیماران شده و در نتیجه نقش‌های بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی را تغییر و نهایتاً رضایتمندی آن‌ها را از زندگی کاهش می‌دهد. علاوه بر این نیاز به

مصرف بعضی از داروها نظیر دیورتیک‌ها، در روابط اجتماعی بیمار اختلال ایجاد کرده و به نوعی کیفیت زندگی آن‌ها را در بعد اجتماعی متأثر می‌سازد (۶). همچنین عدم تحمل فعالیت موجب می‌شود این بیماران در انجام فعالیت‌های معمول زندگی استقلال خود را از دست داده و در مراقبت از خود به دیگران وابسته شوند، لذا کیفیت زندگی خانواده این بیماران نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۷).

مطالعات متعددی نیز نشان داده است که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند. Tindel و همکاران طی تحقیقی مشخص نمودند که عملکرد فیزیکی ضعیف و افسردگی، کیفیت زندگی نامطلوبی را در این بیماران سبب می‌شود (۸). همچنین در تحقیقاتی که توسط Riedinger و همکاران انجام یافت، مشخص گردید که زنان مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با زنان مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۹). Johansson و همکاران نیز طی تحقیقی نشان دادند بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با مبتلایان سایر بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، آرتروز، آنژین ناپایدار و بیماران با سابقه سکته قلبی از کیفیت زندگی پایین‌تری بهره‌مند هستند (۱۰).

کیفیت زندگی مفهومی مرتبط با رشته پرستاری بوده و پرستاران همواره در جهت ارتقای آن کوشیده‌اند. آن‌ها با ارائه خدمات درمانی و مشارکت در تحقیقات پرستاری سعی در بهبود کیفیت زندگی بیماران داشته‌اند (۱۱). از آن جا که این بیماری بر کل ابعاد زندگی بیمار یعنی شرایط جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر

می‌گذارد، پرستاران باید با کسب اطلاعات جامع از کیفیت زندگی بیماران، برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تری را انجام دهند (۴). علی‌رغم وجود سابقه تحقیقات متعدد در خصوص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، پیچیدگی و گستردگی تعاریف و ابعاد کیفیت زندگی اهمیت انجام پژوهش‌های نو در موضوع مورد بحث را بیش از پیش نمایان می‌سازد (۱۱) ضروری به نظر می‌رسد که جهت روشن‌تر شدن ابعاد مختلف کیفیت زندگی در این بیماران بر اساس تعاریف متعدد و با استفاده از ابزارهای ویژه بیماران قلبی تحقیقات بیشتری انجام گیرد. لذا این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب در ابعاد سلامت و عملکرد، اقتصادی - اجتماعی، روانی - معنوی و خانوادگی و همچنین بررسی ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، طول مدت بیماری، دفعات بستری شدن، بیماری‌های مزمن دیگر و در صد کسر تخلیه‌ای قلب انجام پذیرفته است تا بتوان با کسب آگاهی و دانش در زمینه کیفیت زندگی این بیماران همگام با اجرای برنامه مراقبتی نسبت به ارتقای آن اهتمام ورزید.

روش بررسی

مطالعه حاضر توصیفی - تحلیلی است. جامعه مورد مطالعه را بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده (سرپایی و بستری) به مراکز درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران تشکیل می‌دهند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بوده است از: تشخیص نارسایی قلبی ثبت شده در پرونده و مدارک پزشکی بیمار، سپری شدن حداقل

۶ ماه از تشخیص بیماری، کسر تخلیه‌ای قلب $\geq 40\%$ یا کمتر و سن بالای ۱۸ سال. تعداد کل نمونه‌ها ۲۵۰ نفر بود. نمونه‌گیری به روش آسان انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها از دو پرسشنامه تشکیل شده بود اولی شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و دوم پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی (Ferrans and powers quality of life index cardiac version)، این ابزار در سال ۱۹۹۹ طراحی گردیده و سؤالات در دو بخش سنجش اهمیت و رضایت از ابعاد سلامت و عملکرد، اجتماعی - اقتصادی، روانی - معنوی و خانوادگی به صورت مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای (۱ تا ۶) تنظیم شده است. هر قسمت حاوی ۳۵ سؤال و سؤالات مربوط به اهمیت و رضایت شبیه به هم می‌باشند. در هر قسمت ۱۵ سؤال مربوط به سنجش بعد سلامت و عملکرد، ۸ سؤال مربوط به سنجش بعد اقتصادی - اجتماعی، ۷ سؤال مربوط به سنجش روانی - معنوی و ۵ سؤال مربوط به بعد روابط خانوادگی است. برای تعیین امتیازها از برنامه syntax استفاده شد. جهت تعیین امتیاز مربوط به سطح کیفیت زندگی عدد ثابت $3/5$ از نمره هر یک از گزینه‌ها در بخش رضایت کسر شد. به این ترتیب اعداد $2/5 -$ ، $0/5 -$ ، $0/5 +$ ، $1/5 +$ ، $2/5 +$ به دست آمد. در مرحله بعد اعداد به دست آمده در نمره هر یک از گزینه‌های بخش اهمیت ضرب گردید. سپس حاصل به دست آمده برای هر یک از گزینه‌ها با هم جمع شد و در مرحله بعد برای جلوگیری از تأثیر سؤالاتی که پاسخ داده نشده بودند، جمع حاصل ضرب‌ها بر تعداد سؤالات پاسخ داده شده تقسیم شد که طیف نمرات از $15 +$ تا $15 -$ بود. سپس برای حذف نمرات منفی عدد ثابت $15 +$ به هر یک از اعداد محاسبه

آنان مرد، ۷۸/۷٪ متأهل، ۴۴/۸٪ بی‌سواد، ۳۳/۲٪ شاغل، ۶۴/۴٪ دارای وضعیت اقتصادی متوسط بوده و ۴۲٪ آن‌ها علاوه بر نارسایی قلبی به بیماری‌های مزمن دیگری نیز مبتلا بودند. میانگین مدت ابتلا به بیماری ۴۳/۲۴ ماه، تعداد دفعات بستری قلبی به علت بیماری قلبی ۳/۲۳ بار و درصد کسر تخلیه‌ای قلب ۳۲/۳۴ بود.

۲۳/۶٪ بیماران کیفیت زندگی مطلوب، ۶۶٪ کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و ۱۰/۴٪ کیفیت زندگی نامطلوب داشتند. به لحاظ ابعاد مختلف کیفیت زندگی، بیشترین اختلال در حیطه سلامت و عملکرد و حیطه اجتماعی - اقتصادی مشاهده شد (جدول شماره ۱).

ارتباط آماری معناداری بین سطوح مختلف کیفیت زندگی با متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری، دفعات بستری و درصد کسر تخلیه‌ای قلب ($p=0/00$) مشاهده شد. به عبارت دیگر بیماران جوان‌تر، مردان، متأهلان و مجردها (در مقایسه با بیماران همسر مرده و جدا شده)، همچنین بیماران با سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر، با مدت زمان ابتلا کمتر، دفعات بستری کمتر و درصد کسر تخلیه‌ای کمتر، در مقایسه با سایر گروه‌ها کیفیت زندگی بهتری داشتند (جدول شماره ۲).

شده اضافه گردید و در نهایت محدوده امتیازات بین ۳۰-۰ تعیین شد. بر این اساس امتیاز ۹-۰ به عنوان کیفیت زندگی نامطلوب، ۱۹-۱۰ کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و ۳۰-۲۰ به عنوان کیفیت زندگی مطلوب در نظر گرفته شد. تقسیم‌بندی هر یک از حیطه‌ها نیز بر اساس همین روش انجام گرفت. اعتبار علمی ابزار از طریق اعتبار محتوا مشخص گردید و اعتماد آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ مورد تأیید قرار گرفت. روش کار به این ترتیب بود که در نوبت‌های کاری و در روزهای مختلف هفته به مراکز درمانی مراجعه و پس از بیان اهداف مطالعه، جلب رضایت کتبی بیماران و توضیح در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه، اطلاعات جمع‌آوری می‌شد. اطلاعات به دست آمده توسط نرم‌افزار SPSS v.10 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و از آمار توصیفی جهت توصیف داده‌ها و به منظور یافتن ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای سن، طول مدت بیماری، دفعات بستری، درصد کسر تخلیه‌ای قلب از آزمون مجذور کای و همبستگی پیرسون و به منظور تعیین ارتباط آن با متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، ابتلا هم‌زمان به بیماری‌های مزمن دیگر از آزمون مجذور کای استفاده شد.

یافته‌ها

بیماران مورد پژوهش در این مطالعه دارای میانگین سنی ۵۷/۹۲ سال بودند، ۶۸/۴٪

جدول ۱- توزیع فراوانی سطوح و ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده (بستری و

سرپایی) به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران در سال ۱۳۸۵

| جمع | | نامطلوب | | نسبتاً مطلوب | | مطلوب | | سطوح کیفیت زندگی | |
|------|-------|---------|-------|--------------|-------|-------|-------|-------------------------|--|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | ابعاد مختلف کیفیت زندگی | |
| ۱۰۰ | ۲۵۰ | ۱۰/۴ | ۲۶ | ۶۶ | ۱۶۵ | ۲۳/۶ | ۵۹ | کیفیت زندگی کلی | |
| ۱۰۰ | ۲۵۰ | ۲۶/۱ | ۶۶ | ۶۲/۷ | ۱۵۶ | ۱۱/۲ | ۲۸ | حیطه سلامت و عملکرد | |
| ۱۰۰ | ۲۵۰ | ۴/۸ | ۱۲ | ۶۶ | ۱۶۵ | ۲۹/۲ | ۷۳ | حیطه اجتماعی - اقتصادی | |
| ۱۰۰ | ۲۵۰ | ۸/۴ | ۲۱ | ۴۲/۸ | ۱۰۷ | ۴۸/۸ | ۱۲۲ | حیطه روانی - معنوی | |
| ۱۰۰ | ۲۵۰ | ۱/۲ | ۶ | ۲۷/۹ | ۶۹ | ۷۰/۹ | ۱۷۵ | حیطه خانوادگی | |

جدول ۲- توزیع سطوح مختلف کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به

مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ایران در سال ۱۳۸۵

| نتیجه آزمون | جمع | | نامطلوب | | نسبتاً مطلوب | | مطلوب | | سطوح کیفیت زندگی | | متغیرها |
|-------------|------|-------|---------|-------|--------------|-------|-------|-------|------------------|--|--------------------------------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | | | |
| $p=0/006$ | ۱۰۰ | ۳۳ | ۳ | ۱ | ۵۷/۶ | ۱۹ | ۳۹/۴ | ۱۳ | کمتر از ۴۰ | | سن |
| | ۱۰۰ | ۳۳ | ۰ | ۰ | ۷۸/۸ | ۲۶ | ۲۱/۲ | ۷ | ۴۰-۴۹ | | |
| | ۱۰۰ | ۵۴ | ۷/۴ | ۴ | ۶۱/۱ | ۳۳ | ۳۱/۵ | ۱۷ | ۵۰-۵۹ | | |
| | ۱۰۰ | ۶۰ | ۱۲/۳ | ۸ | ۶۳/۳ | ۳۸ | ۲۳/۳ | ۱۴ | ۶۰-۶۹ | | |
| | ۱۰۰ | ۷۰ | ۱۸/۶ | ۱۳ | ۷۰ | ۴۹ | ۱۱/۴ | ۸ | بالاتر از ۷۰ | | |
| $p=0/006$ | ۱۰۰ | ۱۷۱ | ۷/۶ | ۱۳ | ۶۳/۷ | ۱۰۹ | ۲۸/۷ | ۴۹ | مرد | | جنسیت |
| | ۱۰۰ | ۷۹ | ۱۶/۵ | ۱۳ | ۷۰/۹ | ۵۶ | ۱۲/۷ | ۱۰ | زن | | |
| $p<0/001$ | ۱۰۰ | ۱۹۶ | ۸/۷ | ۱۷ | ۶۷/۳ | ۱۳۲ | ۲۴ | ۴۷ | متاهل | | وضعیت تأهل |
| | ۱۰۰ | ۲۵ | ۴ | ۱ | ۵۶ | ۱۴ | ۴۰ | ۱۰ | مجرد | | |
| | ۱۰۰ | ۲۸ | ۲۸/۶ | ۸ | ۶۷/۹ | ۱۹ | ۳/۶ | ۱ | بیوه و مطلقه | | |
| $p<0/001$ | ۱۰۰ | ۱۱۲ | ۱۲/۴ | ۱۵ | ۷۶/۸ | ۸۶ | ۹/۸ | ۱۱ | بی‌سواد | | سطح تحصیلات |
| | ۱۰۰ | ۹۱ | ۹/۹ | ۹ | ۶۳/۷ | ۵۸ | ۲۶/۴ | ۲۴ | زیردیپلم | | |
| | ۱۰۰ | ۲۷ | ۳/۷ | ۱ | ۶۳ | ۱۷ | ۳۳/۳ | ۹ | دیپلم | | |
| | ۱۰۰ | ۲۰ | ۵ | ۱ | ۲۰ | ۴ | ۷۵ | ۱۵ | تحصیلات دانشگاهی | | |
| $p=0/002$ | ۱۰۰ | ۹۲ | ۱/۱ | ۱ | ۶۸/۵ | ۶۳ | ۳۰/۴ | ۲۸ | زیر ۱۲ | | مدت زمان ابتلا به بیماری (ماه) |
| | ۱۰۰ | ۳۳ | ۱۲/۱ | ۴ | ۵۷/۶ | ۱۹ | ۳۰/۳ | ۱۰ | ۱۲-۳۵ | | |
| | ۱۰۰ | ۶۷ | ۱۶/۴ | ۱۱ | ۵۹/۷ | ۴۰ | ۲۳/۹ | ۱۶ | ۳۶-۷۱ | | |
| | ۱۰۰ | ۲۲ | ۲۲/۷ | ۵ | ۶۳/۶ | ۱۴ | ۱۳/۶ | ۳ | ۷۲-۱۰۷ | | |
| | ۱۰۰ | ۳۶ | ۱۳/۹ | ۵ | ۸۰/۶ | ۲۹ | ۵/۶ | ۲ | ۱۰۸-۱۴۴ | | |
| $p<0/001$ | ۱۰۰ | ۱۳۴ | ۳ | ۴ | ۶۱/۲ | ۸۲ | ۳۵/۸ | ۴۸ | ۱-۲ | | دفعات بستری |
| | ۱۰۰ | ۶۷ | ۱۳/۴ | ۹ | ۷۱/۶ | ۴۸ | ۱۴/۹ | ۱۰ | ۳-۴ | | |
| | ۱۰۰ | ۱۶ | ۱۸/۸ | ۳ | ۸۱/۳ | ۱۳ | ۰ | ۰ | ۵-۶ | | |
| | ۱۰۰ | ۳۳ | ۳۰/۳ | ۱۰ | ۶۶/۷ | ۲۲ | ۳ | ۱ | >۷ | | |
| $p<0/001$ | ۱۰۰ | ۲۰ | ۳۵ | ۷ | ۶۵ | ۱۳ | ۰ | ۰ | ۱۰-۲۰ | | درصد کسر تخلیه‌ای قلب |
| | ۱۰۰ | ۸۲ | ۱۷/۱ | ۱۴ | ۶۲/۲ | ۵۱ | ۲۰/۷ | ۱۷ | ۲۰-۳۰ | | |
| | ۱۰۰ | ۱۴۸ | ۳/۴ | ۵ | ۶۸/۲ | ۱۰۱ | ۲۸/۴ | ۴۲ | ۳۰-۴۰ | | |

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق گویای تأثیر بیماری بر تمام ابعاد کیفیت زندگی است. بر اساس یافته‌ها بیشترین اختلال در حیطه سلامت و عملکرد و حیطه اجتماعی - اقتصادی کیفیت زندگی بوده است. راهنورد و همکاران نیز بر اساس تحقیقی که در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام دادند، بیان کردند که این بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته است و اکثر بیماران مورد پژوهش وضعیت نامطلوبی در ابعاد جسمی، فعالیت، روانی و اقتصادی - اجتماعی داشته‌اند (۳). Molly و همکاران نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی این بیماران مطلوب نبوده و بیشترین محدودیت را در حیطه فیزیکی و عملکردی کیفیت زندگی تجربه می‌کنند (۷). همچنین Hobbs و همکاران بیان می‌کنند: اگر چه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در همه ابعاد کیفیت زندگی دچار اختلال هستند ولی بعد عملکردی در این بیماران نسبت به سایر بیماری‌های مزمن بیشتر مختل می‌شود (۱۲). Juenger و همکاران در بررسی خود کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی را نامطلوب یافتند (۱۳). Jaarsma و همکاران نیز می‌نویسند اکثر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کیفیت زندگی خود را ضعیف توصیف می‌کنند (۱۴).

بر اساس یافته‌های این مطالعه با افزایش سن کیفیت زندگی نامطلوب‌تر می‌شود، در حالی که راهنورد و همکاران در مطالعه خود ارتباطی بین این دو متغیر نیافتند (۳). ولی Johansson و همکاران در تحقیق مشابهی که در مورد

بیماران نارسایی قلبی انجام دادند گزارش کردند که ارتباط معناداری بین سن و کیفیت زندگی وجود دارد و افزایش سن با کاهش کیفیت زندگی همراه است (۱۰).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر بین کیفیت زندگی و جنسیت ارتباط معناداری ($p=0/00$) مشاهده شده است، و مردان از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بوده‌اند. اگر چه راهنورد و همکاران در تحقیق خود ارتباطی بین این دو متغیر نیافتند (۳)، اما Cline و همکاران با انجام تحقیقی در مورد ۱۹۱ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی تأثیر جنسیت بر کیفیت زندگی را معنادار یافتند به طوری که کیفیت زندگی مردان را مطلوب‌تر از زنان توصیف نمودند (۱۵). در تحقیقی دیگر که توسط Riedinger و همکاران انجام گرفت، مشخص گردید که کیفیت زندگی مردان خصوصاً در حیطه فیزیکی و اجتماعی از کیفیت زندگی زنان بهتر است (۹). شاید یک دلیل کیفیت زندگی مطلوب در مردان این است که اکثر مردان در سنینی هستند که بازنشسته شده‌اند و به اندازه دوران قبل از بازنشستگی فعال نمی‌باشند، در حالی که ۹۴/۹٪ زنان در این پژوهش خانه دار بوده و با وجود سن بالا و داشتن بیماری مزمن هنوز مسئولیت امور منزل را بر عهده دارند که منجر به خستگی و کاهش توان فیزیکی شده و کیفیت زندگی آن‌ها را متأثر می‌سازد. Riedinger و همکاران می‌نویسند زنان بسیار کمتر از مردان ورزش می‌کنند که همین امر منجر به کاهش ظرفیت عملکردی و بدتر شدن وضعیت فیزیکی آن‌ها شده و کیفیت زندگی‌شان را متأثر می‌سازد (۱۶).

تجربه و کیفیت زندگی خود را نا مطلوب ذکر نموده‌اند (۳). Arnold و همکاران در این باره می‌نویسند: نارسایی قلبی بیماری مزمن و پیش‌رونده‌ای است که علایم بیماری و عوارض ناشی از آن به مرور زمان سبب محدودیت‌هایی در روند زندگی عادی بیماران گردیده و کیفیت زندگی آن‌ها را متأثر می‌سازد (۱۹).

در مورد دفعات بستری شدن در بیمارستان، ۵۳/۶٪ بیماران مورد پژوهش ۱-۲ بار تجربه بستری شدن داشته‌اند و این گروه از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بوده‌اند، یعنی با افزایش دفعات بستری کیفیت زندگی نامطلوب‌تر می‌شود. راهنورد و همکاران نیز در تحقیق خود ارتباط معناداری بین این دو متغیر یافتند (۳). Johansson و همکاران بیان می‌کنند که در بیماران با کیفیت زندگی پایین احتمال بستری شدن‌های مکرر بیشتر می‌باشد چرا که این بیماران با گذشت زمان علایم متعددتر و شدیدتری را تجربه می‌کنند و بستری شدن ضرورت بیشتری می‌یابد (۱۰).

در این پژوهش ۵۹/۲٪ بیماران که دارای درصد کسر تخلیه‌ای ۴۰-۳۰٪ بودند، نسبت به سایر گروه‌ها کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشتند. Juenger و همکاران نیز در مطالعه‌ای مشخص کردند که با افزایش شدت بیماری و کاهش در صد کسر تخلیه‌ای قلب، کیفیت زندگی به طور معناداری کاهش می‌یابد و بیان کردند که درصد کسر تخلیه شاخصی از کارایی قلب می‌باشد و کاهش این شاخص نمایانگر شدت نارسایی است (۱۳). درصد کسر تخلیه نسبتی از حجم خون پایان دیاستولی می‌باشد که در هر انقباض از قلب خارج می‌گردد که در

در این پژوهش متأهلان نسبت به جدا شده‌ها و همسر مرده‌ها از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بودند ولی افراد مجرد که غالباً در سنین پایین‌تر قرار داشتند، مطلوب‌ترین کیفیت زندگی را داشتند. Luttik و همکاران بیان می‌کنند که منابع حمایتی در شرایط بیماری برای بقا و سازگاری ضرورتی عظیم تلقی می‌شود و بیماران قلبی که به تنهایی زندگی می‌کنند کیفیت زندگی نامطلوبی دارند (۱۷).

سطح تحصیلات با ایجاد تغییرات اساسی در آگاهی و نگرش همواره در سلامت و بیماری و نیز سایر جنبه‌های مختلف زندگی مؤثر بوده و همچنین در بسیاری از تحقیقات به عنوان عامل مؤثر بر کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته است. در این پژوهش نیز کیفیت زندگی و سطح تحصیلات ارتباط معناداری را نشان داد ($p=0/00$)، به عبارت دیگر با بالا رفتن سطح تحصیلات، کیفیت زندگی بیماران نیز وضعیت مطلوب‌تری یافته است. در مطالعات مختلف نشان داده شده که افراد با سطح تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار هستند (۳ و ۱۸).

۳۰/۴٪ بیماران که طول مدت ابتلایشان کمتر از ۱۲ ماه بوده کیفیت زندگی خود را مطلوب گزارش کرده‌اند، یعنی طبق این یافته‌ها با طولانی‌تر شدن بیماری کیفیت زندگی مورد تأثیر قرار گرفته و نامطلوب توصیف شده است. راهنورد و همکاران نیز در تحقیق خود ارتباط معنادار و معکوسی بین این دو متغیر یافتند. در واقع هر چه مدت ابتلا به بیماری بیشتر شده، افراد مبتلا مشکلات بیشتری را

جا که کیفیت زندگی این بیماران در حیطه اجتماعی - اقتصادی پایین بود، ضروری است تا بیمه‌های درمانی، تسهیلات بهداشتی و در بعد اجتماعی خدمات حمایتی و رفاهی مورد نیاز این بیماران را فراهم آورد. بر اساس یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود تا پژوهش‌هایی در زمینه راهکارهای ارتقای کیفیت زندگی این بیماران انجام گیرد. همچنین بسیاری از بیماران مورد مطالعه مایل بودند که با جملات مخصوص خود کیفیت زندگی‌شان را توصیف کنند، لذا توصیه می‌شود که مطالعه‌ای به روش کیفی در این خصوص انجام پذیرد تا بتوان ابزار کاربردی‌تری برای تعیین کیفیت زندگی این بیماران تدوین نمود.

تشریح و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران به شماره قرارداد پ/۳۰۶۲۲۵ مورخ ۸۵/۳/۲۷ می‌باشد، بدین وسیله از اعضای محترم کمیته مشاوره امور پژوهشی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران و کارکنان محترم کتابخانه که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تقدیر می‌شود.

نارسایی قلب این نسبت تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۲۰).

نتایج این تحقیق همچنین نشان داد که ابتلای هم‌زمان به دیگر بیماری‌های مزمن همراه با نارسایی قلبی سبب نامطلوب‌تر شدن کیفیت زندگی گردیده که این امر بدیهی است و در این پژوهش نیز تأیید شده است. Jaarsma و همکاران نیز در تحقیق مشابهی به نتایج مشابه رسیدند، آن‌ها نیز ابتلای هم‌زمان نارسایی قلب و بیماری‌های مزمن دیگر را در نامطلوب‌تر شدن کیفیت زندگی مؤثر دانستند (۱۴).

به طور کلی، نتایج این تحقیق بیانگر آن است که کیفیت زندگی اغلب بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در حد نسبتاً مطلوب بوده و متغیرهایی چون سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری، دفعات بستری و درصد کسر تخلیه‌ای قلب بر کیفیت زندگی این بیماران مؤثر بوده است. شناخت وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و عوامل مؤثر بر آن توسط پرستاران می‌تواند راهنمایی باشد برای این که تشخیص‌های پرستاری، اقدامات، مداخلات، ارزشیابی و تنظیم برنامه‌های ترخیص بیمار با در نظر گرفتن این متغیرها صورت پذیرد. از آن

منابع

- 1 - Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung*. 2000 Sep-Oct; 29(5): 319-30.
- 2 - Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005 Sep; 4(3):198-206.
- 3 - Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour Kh. [An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure]. "Hayat" Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2006; 1(12): 77-86. (Persian)
- 4 - Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective?. *Eur J Heart Fail*. 2005 Jun; 7(4): 572-82.

- 5 - Martensson J, Dracup K, Canary C, Fridlund B. Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses. *J Heart Lung Transplant*. 2003 Apr; 22(4): 460-7.
- 6 - Zambroski CH, Kentucky L. Qualitative analysis of living HF. *Heart lung*. 2003; 32: 33-40.
- 7 - Molly GY, Jhonston DW, Witham MD. Family care giving and CHF. *Eur J HF*. 2005; 7: 592-603.
- 8 - CORVERA-TINDEL T, Doering LV, Aqulino C, Roper J, Dracup K. The role of physical functioning and depression in quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail*. 2003; 9(5): 55.
- 9 - Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L, Ganz PA. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist?. *Heart Lung*. 2001 Mar-Apr; 30(2): 105-16.
- 10 - Johansson P, Dahlström U, Broström A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2006 Mar; 5(1): 5-15.
- 11 - King CR, Hinds PS. Quality of life from nursing perspectives. UK London: Jones & Bartlett Publishers; 1998. P. 232.
- 12 - Hobbs FD, Kenkre JE, Roalfe AK, Davis RC, Hare R, Davies MK. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. *Eur Heart J*. 2002 Dec; 23(23): 1867-76.
- 13 - Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, Haass M. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*. 2002 Mar; 87(3): 235-41.
- 14 - Jaarsma T, Halfens R, Huijter Abu-Saad H, Dracup K, Gorgels T, van Ree J, Stappers J. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J*. 1999 May; 20(9): 673-82.
- 15 - Cline CM, Willenheimer RB, Erhardt LR, Wiklund I, Israelsson BY. Health-related quality of life in elderly patients with heart failure. *Scand Cardiovasc J*. 1999; 33(5): 278-85.
- 16 - Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML. Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic conditions. *Am J Crit Care*. 2002 May; 11(3): 211-9.
- 17 - Luttik ML, Jaarsma T, Veeger NJ, van Veldhuisen DJ. For better and for worse: Quality of life impaired in HF patients as well as in their partners. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005 Mar; 4(1): 11-4.
- 18 - Esmaeili M. [Self care-self efficacy and quality of life among patients receiving hemodialysis]. MSc. dissertation, Nursing and Midwifery Faculty of Iran University of Medical Sciences, 2004. (Persian)
- 19 - Arnold R, Ranchor AV, Koeter GH, de Jongste MJ, Sanderman R. Consequences of chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure: the relationship between objective and subjective health. *Soc Sci Med*. 2005 Nov; 61(10): 2144-54.
- 20 - Stewart S, Blue L. Improving outcomes in chronic heart failure: a practical guide to specialist nurse intervention. London: BMJ Publishing; 2001. P. 132-135.

Quality of Life in Patients with Heart Failure

Shojaei* F (MSc.).

Abstract

Received: May. 2008
Accepted: Aug. 2008

Corresponding author:
Shojaei F
e-mail:
Shojaei_f2000@yahoo.
com

Background & Aim: Today, quality of life measurement is important in health care systems especially for patients with chronic diseases. Heart failure has several complications that affect patients' lives. The aim of this study was to investigate the quality of life and its dimensions in patients with heart failure.

Methods & Materials: It is a cross-sectional study. Two hundred and fifty patients with heart failure referred to Tehran medical centers were selected using convenience random sampling method. Data were collected using "Ferrans and Powers quality of life Index". Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, and Pearson correlation coefficients.

Results: The study findings showed that 76/4% of the participants possessed undesirable and less desirable levels of quality of life. There was significant statistical relationship between quality of life with age, gender, education, marriage status, ejection fraction, length of heart disease, co-morbidity, and readmission.

Conclusion: Cardiac heart failure has negative effects on quality of life. So, it seems that if assessing the QOL of these patients becomes one of the nurses' duties, it will promote the major caring goals.

Key words: Quality of Life, Heart Failure, Nurses

* Instructor, Medical and Surgical Nursing Department, Abhar School of Nursing, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.