

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب

دکتر زهرا رهنورد* میترا ذوالفقاری** دکتر انوشیروان کاظم‌نژاد*** خدیجه حاتمی‌پور****

چکیده

زمینه و هدف: بررسی کیفیت زندگی به عنوان یکی از اهداف عمده درمان در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب ضروری است. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی این گروه از بیماران انجام شده است. روش بررسی: مطالعه حاضر پیمایشی است که در آن ۱۸۴ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب مراجعه کننده به درمانگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه SF_{36} جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (مجذور کای و اسپیرمن) و توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: بیشترین درصد واحدهای مورد مطالعه در ابعاد جسمی (۴۴/۶٪)، روانی (۴۷/۳٪)، اقتصادی-اجتماعی (۴۹/۵٪) کیفیت زندگی نامطلوب داشته و ۴۲/۴٪ بیماران در بُعد سلامت عمومی (رضایت بیمار از وضعیت جسمی، وضعیت روانی و زندگی خود) از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب برخوردار بودند. کیفیت کلی زندگی (میانگین ابعاد فوق) نیز در ۴۶/۷٪ بیماران نامطلوب بوده است. بین نوع شغل، میزان تحصیلات، مراقبت در منزل، شدت بیماری، طول مدت ابتلا به بیماری، دفعات مراجعه به پزشک و بستری شدن، مدت زمان ابتلا به فشارخون، وجود ادم، چربی خون، علائم و عوارض بیماری، شدت خستگی در حال حاضر و در یک ماه اخیر ارتباط معنادار آماری $p=0/000$ نشان داد و داروهای مصرفی متنوع و زیاد با کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری ($p=0/039$) نشان داده شد. نتیجه‌گیری: در این بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب پایین بود.

نویسنده مسؤول: دکتر زهرا رهنورد؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: zahra.rahnvard@gmail.com

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، کیفیت زندگی، نارسایی احتقانی قلب

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۸۴ - پذیرش مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۵

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را درک افراد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق تعریف کرده است (۱). در طول ۲۰ سال اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته، به طوری که بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به صورت یک هدف

در آمده است (۲). نتایج کارآزمایی‌های بالینی نیز نشان داده است که کیفیت زندگی می‌تواند به عنوان نشانه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و جزئی از برنامه درمان بیماری محسوب شده و اندازه‌گیری آن در بیماری‌های مزمن، اطلاعات بیشتری در مورد وضعیت سلامت بیماری در اختیارمان قرار دهد و همچنین می‌تواند راهنمای مفیدی برای ارتقای کیفیت مراقبت باشد (۳). کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن با تغییرات نامناسب همراه است، به طوری که اکثر بیماران به دلیل شرایط خاص بیماری خود در پاره‌ای از ابعاد کیفیت زندگی دچار اختلال و کاستی

* استادیار گروه آموزش پرستاری بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی گروه آموزش پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
*** دانشیار گروه آموزشی آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
**** مربی گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

می‌شوند. یکی از دلایل توجه روزافزون به اندازه‌گیری کیفیت زندگی این بیماران، شیوع بالای بیماری‌های مزمن است (۴).

از جمله بیماری‌های مزمن، بیماری قلبی عروقی است که در بین این دسته از بیماری‌ها، شیوع و بروز نارسایی احتقانی قلب در حال افزایش است. درمان‌های جدید پزشکی و جراحی عامل افزایش طول عمر بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و باعث افزایش تعداد مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب شده است (۵). نارسایی احتقانی قلب یک بیماری مزمن و کشنده‌ای است که ۶ یا ۷ نفر از هر ۱۰۰ نفر در سنین ۷۴-۶۵ ساله را در آمریکا مبتلا می‌کند که این تعداد در حال افزایش است و تقریباً دو سوم از افراد مبتلا، طی ۵ سال بعد از بستری شدن اولیه‌شان می‌میرند (۶). این بیماری شایع‌ترین علت بستری افراد بالاتر از ۶۵ سال و دومین علت مراجعه مکرر به پزشک در ایالات متحده می‌باشد (۷). سالیانه حدود ۵۰۰۰ پذیرش بیمارستانی این بیماران در هر یک میلیون نفر جمعیت در کشورهای اتحادیه اروپا وجود داشته است (۸).

طبق آماري که مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۱۳۸۰ منتشر نمود تعداد مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب در ۱۸ استان کشور در همان سال ۳۳۳۷ نفر (در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت) بوده است (۹). طی یک بررسی در شهریور ماه سال ۱۳۷۷ در ایران، ۲۵٪ از بیماران بستری در بخش‌های قلب دچار نارسایی قلب بودند (۱۰). نارسایی احتقانی قلب پرهزینه‌ترین علت بستری شدن در بیمارستان می‌باشد (۱۱).

اعتقاد بر این است که کیفیت زندگی افرادی که دچار بیماری‌های جدی می‌باشند با خصوصیات فردی آنها ارتباط دارد. باید توجه داشت که تفاوت‌هایی بین افراد مبتلا به بیماری‌های مشابه در زمینه علایم و شدت بیماری وجود دارد. حتی زمانی که افراد از بیماری یکسان رنج می‌برند، این تفاوت‌ها مشهود است. بنابراین تفاوت‌های بارزی، بین اثرات بیماری و توانایی‌های عملکردی هر یک از بیماران وجود دارد (۱۲). Non در تحقیق خود تحت عنوان رابطه سن و جنس با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب به این نتیجه رسید که بیماران جوان‌تر (کمتر از ۶۵ سال) کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به بیماران مسن‌تر (بیشتر از ۶۵ سال) داشتند. زنان نیز کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان در بعضی از حیطه‌ها به خصوص حیطه روانی داشتند (۷). Conam و Acoron نیز عوامل اقتصادی را در کیفیت زندگی مؤثر می‌دانند و می‌نویسند: درآمد یک عامل محیطی مهم است که با وضعیت سلامت و عملکرد فرد ارتباط دارد و درآمد پایین‌تر با ارزیابی پایین‌تری از سطح سلامت و محدودیت‌های عملکردی بیشتر همراه می‌باشد (۱۳).

در مطالعه‌ای Drazen تظاهرات نارسایی قلب را باعث اختلال در ظرفیت عملکرد و کیفیت زندگی بیماران می‌داند و معتقد است عوامل مرتبط با بیماری، کیفیت زندگی بیماران را دستخوش تغییر می‌کند (۱۴). عوارض بیماری که این بیماران تجربه می‌کنند منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان، افزایش ناخوشی و مرگ و میر می‌شود. تحقیقاتی که در مورد اختلال

عملکرد در بطن چپ بر بیش از ۵۰۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب انجام گرفت نشان داد که نشانه‌های مشکل‌ساز و کیفیت زندگی پایین، از عوامل پیش‌بینی‌کننده بستری شدن در بیمارستان و مرگ و میر این بیماران می‌باشند. Gary و همکاران در تحقیقی که در مورد ۳۵۹ بیمار مبتلا به نارسایی قلب که در انتظار پیوند قلب بودند، انجام دادند به این نتیجه رسیدند که نشانه‌های ناشی از بیماری، مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی هستند (۱۵). Juenger و همکاران شدت بیماری را مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی در میان متغیرهای مورد مطالعه دانسته‌اند که در تمام ابعاد کیفیت زندگی تأثیرگذار می‌باشد. با افزایش شدت بیماری، کیفیت زندگی پایین‌تر می‌آید یعنی بیمارانی که در طبقه ۴ درجه‌بندی انجمن قلب آمریکا قرار گرفته‌اند نسبت به بیمارانی که در طبقه ۱ قرار دارند، دارای کیفیت زندگی پایین‌تری هستند (۱۶). دو تحقیق بزرگ در آمریکا نشان داده‌اند که نارسایی قلب بیشتر از سایر بیماری‌های مزمن شایع باعث اختلال در کیفیت زندگی بیماران شده و با افزایش شدت بیماری کیفیت زندگی بیماران بدتر می‌شود (۱۷).

کیفیت زندگی تحت تأثیر مداخلات ارایه‌کنندگان مراقبت بهداشتی قرار دارد (۱۸). پرستاران باید تأکید زیادی بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران داشته باشند (۱۹). Jaarsma به نقل از روزنبرگ می‌نویسد: پرستاران در میان گروه بهداشتی نقش مهمی داشته و می‌توانند نتایج مراقبت از بیمار را ارتقا ببخشند (۲۰). آنها باید نظرات بیماران را در مورد این که چه چیزی کیفیت زندگی آنان را تشکیل می‌دهد درک نمایند تا بتوانند

این عوامل را در تعیین هدف و برنامه‌ریزی برای مراقبت به کار گیرند (۲۱). از آنجایی که به حداکثر رساندن کیفیت زندگی یکی از اهداف عمده درمان مبتلایان به نارسایی قلب است، بنابراین در گام اول، مراقبین بهداشتی و محققان باید اطلاعات بیشتری در مورد کیفیت زندگی این بیماران و نحوه ارتقای آن کسب نمایند (۲۰). پژوهشگران با مشاهده بیماران مبتلا به نارسایی قلب و با توجه به ذهنی بودن این مفهوم و لزوم بررسی درک شخصی افراد از آن و با توجه به این که تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه انجام نشده تصمیم گرفتند پژوهشی با هدف «تعیین کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران» انجام دهند.

روش بررسی

این بررسی یک مطالعه پیمایشی (Survey study) و از نوع مقطعی است. در این تحقیق ۱۸۴ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های قلب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۴ به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند. مشخصات واحدهای پژوهش آنها توسط پزشکان متخصص تأیید شده (دارا بودن حداقل یک سال سابقه تشخیص بیماری نارسایی احتقانی قلب، تحت درمان بودن با داروهای رایج قلبی و فاقد بیماری‌های شناخته شده: روانی، بیماری‌های مزمن مثل دیابت، صرع، مولتیپل اسکلروزیس، سکته مغزی و آرتروز روماتوئید و سرطان)، سپس با گرفتن رضایت‌نامه بیماران وارد مطالعه می‌شدند.

۵۸/۲۵ سال بوده، ۶۹٪ زن، ۷۳/۹٪ متأهل، ۵۰/۵٪ بی‌سواد، ۶۴/۱٪ خانه‌دار و ۸۷/۶٪ تحت پوشش بیمه درمانی بودند. ۶۹٪ وابستگی به خانواده برای مراقبت نداشته و ۵۷/۱٪ توسط فرزندان خود مراقبت می‌شدند. ۳۷/۴٪ واحدهای مورد بررسی تعداد افراد خانواده ۸-۵ نفر بودند. ۸۸٪ سیگار نمی‌کشیدند، ۹۷/۸٪ الکل مصرف نمی‌نمودند و ۵۰/۸٪ نیز دارای اضافه وزن ($\text{Body Mass Index} \geq 25$) بوده‌اند.

در مورد عوامل بیماری، نتایج نشان داد که شدت بیماری در ۵۹/۸٪ بیماران در درجه دو بوده و ۵۷/۱٪ بیماران مدت ۵-۱ سال سابقه تشخیص بیماری را داشته‌اند. ۶۴/۷٪ بیماران بین ۵-۱ بار در طول یک سال اخیر به پزشک مراجعه کرده و ۶۰/۳٪ در طول یک سال اخیر بستری شده‌اند. ۶۱/۴٪ از بیماران پرفشاری خون داشته و از بین مبتلایان نیز ۳۲/۲٪ بیش از ۱۵ سال دارای سابقه پرفشاری خون بودند. ۵۲/۲٪ بیماران مبتلا به چربی خون نبودند. ۷۴/۵٪ سکته قلبی نداشتند و از بین مبتلایان به سکته قلبی نیز ۷۲/۷٪ کمتر از ۱۰ سال است که از سکته قلبی آنها گذشته است. ۶۲٪ افراد بیماری دیگری نداشتند. ۸۴/۸٪ از بیماران ادم نداشته و ۹۳/۵٪ نیز داروهای خود را به موقع مصرف می‌کردند. ۵۶/۶٪ بین ۵-۳ نوع دارو در طول روز استفاده می‌نمودند. ۵۰٪ واحدهای مورد بررسی دارای علایم و عوارض نامطلوب بیماری بوده است. ۵۴/۹٪ دارای خستگی متوسط در حال حاضر و ۴۹٪ نیز دارای خستگی متوسط در طول یک ماه اخیر بوده‌اند. در مورد آگاهی بیمار از بیماری خود نتایج نشان داد ۴۴٪ بیماران اطلاعات نسبتاً مطلوب از بیماری خود داشتند.

گردآوری داده‌ها در یک مرحله با استفاده از پرسشنامه‌ای متشکل از چهار بخش صورت گرفت: بخش اول در مورد عوامل فردی مؤثر بر کیفیت زندگی، بخش دوم شامل سؤالات مربوط به عوامل بیماری از قبیل شدت بیماری، مدت ابتلا، دفعات مراجعه به پزشک و بستری، اطلاع بیمار از ابتلا به چربی خون و فشارخون بالا، ادم، انواع داروهای مصرفی، شدت خستگی، بخش سوم شامل سنجش سطح آگاهی بیمار از بیماری و بخش چهارم شامل بررسی ابعاد کیفیت زندگی بود که دارای چهار قسمت جسمی، روانی، اقتصادی-اجتماعی و سلامت عمومی بود.

جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از اعتبار محتوا استفاده شد و اعتماد (پایایی) آن با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ مورد تأیید قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده گردید.

محاسبات آماری مورد نظر بر روی اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS و از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و آزمون‌های آماری (نظیر مجذور کای و اسپیرمن) صورت گرفت. کیفیت زندگی به سه دسته مطلوب (میانگین + یک انحراف معیار بیشتر از میانگین)، نسبتاً مطلوب (بین میانگین و یک انحراف معیار بیشتر از میانگین) و نامطلوب (کمتر از میانگین) دسته‌بندی گردید. نحوه دسته‌بندی بر اساس امتیاز کسب شده بود.

یافته‌ها

در یافته‌های مطالعه حاضر اطلاعات فردی نشان داد، میانگین سنی ۱۸۴ نفر از بیماران

بستری در بیمارستان در طول یک سال اخیر و مدت زمان ابتلا به فشارخون، ابتلا به چربی خون و وجود ادم با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود داشت ($p=0/000$) (جدول شماره ۲).

همچنین نتایج نشان داد بین خستگی بیمار در حال حاضر و در طول یک ماه اخیر و نشانه‌ها و عوارض بیماری، تعداد داروهای مصرفی با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری وجود داشت ($p=0/000$) (جدول شماره ۳).

در این مطالعه بین سن، وضعیت تأهل، داشتن بیمه درمانی، نوع بیمه درمانی، کشیدن سیگار، شاخص توده بدنی، ابتلا به فشارخون، ابتلا به سکته قلبی، وجود بیماری‌های دیگر، اطلاع بیمار از بیماری با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری دیده نشد.

یافته‌ها در مورد کیفیت زندگی نشان داد فعالیت ۴۴/۶٪ در بُعد جسمی، ۴۷/۳٪ در بُعد روانی، ۴۹/۵٪ در بُعد اقتصادی/ اجتماعی کیفیت زندگی نامطلوب بوده و در بُعد سلامت عمومی (رضایت بیمار از وضعیت جسمی، روانی و زندگی خود) ۴۲/۴٪ از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب برخوردار بوده‌اند. کیفیت کلی زندگی (میانگین ابعاد فوق) نیز در ۴۶/۷٪ بیماران نامطلوب بوده است.

یافته‌های این بررسی نشان داد که بین میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و مراقبت در منزل با کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری وجود دارد ($p=0/000$) (جدول شماره ۱).

یافته‌ها در مورد ارتباط عوامل بیماری و کیفیت زندگی نشان داد بین شدت بیماری، طول مدت ابتلا به بیماری، دفعات مراجعه به پزشک و

جدول ۱: توزیع سطوح مختلف کیفیت زندگی بر حسب برخی عوامل فردی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۸۴

نتیجه آزمون	جمع		مطلوب		نسبتاً مطلوب		نامطلوب		کیفیت زندگی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی	مشخصات وضعیت فردی
$p=0/000$	۱۰۰	۹۳	۹/۷	۹	۲۳/۳	۳۱	۵۷	۵۳	بی‌سواد	میزان تحصیلات
	۱۰۰	۵۷	۱۰/۵	۶	۴۵/۶	۲۶	۴۳/۹	۲۵	ابتدایی	
	۱۰۰	۱۵	۱۳/۳	۲	۶۰	۹	۲۶/۷	۴	زیردیپلم	
	۱۰۰	۱۹	۴۷/۴	۹	۳۱/۶	۶	۲۱/۱	۴	دیپلم و بالاتر	
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع	
$p=0/000$	۱۰۰	۱۴	۰	۰	۷/۱	۱	۹۲/۹	۱۳	بیکار	وضعیت اشتغال
	۱۰۰	۱۱۸	۱۰/۲	۱۲	۴۲/۴	۵۰	۴۷/۵	۵۶	خانه‌دار	
	۱۰۰	۵۲	۲۶/۹	۱۴	۴۰/۷	۲۱	۳۲/۷	۱۷	غیره (کارمند، کارگر، آزاد، بازنشسته)	
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع	
$p=0/000$	۱۰۰	۲۹	۰	۰	۱۷/۲	۵	۸۲/۸	۲۴	بلی	مراقبت در منزل (میزان وابستگی بیمار به خانواده)
	۱۰۰	۲۸	۷/۱	۲	۲۵	۷	۶۷/۹	۱۹	خیر	
	۱۰۰	۱۲۷	۱۸/۹	۲۴	۴۷/۲	۶۰	۳۳/۹	۴۳	نیازی ندارم	
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع	

جدول ۲: توزیع سطوح مختلف کیفیت زندگی بر حسب برخی عوامل بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب
مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۸۴

نتیجه آزمون	جمع		مطلوب		نسبتاً مطلوب		نامطلوب		کیفیت زندگی		عوامل بیماری
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فراوانی	مشخصه	
$p=0/000$	۱۰۰	۱۱۰	۲۲/۷	۲۵	۵۳/۶	۵۹	۲۳/۶	۲۶	درجه دو	شدت بیماری	
	۱۰۰	۷۰	۱/۴	۱	۱۸/۶	۱۳	۸۰	۵۶	درجه سه		
	۱۰۰	۴	۰	۰	۰	۰	۱۰۰	۴	درجه چهار		
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع		
$p=0/000$	۱۰۰	۱۰۵	۲۱	۲۲	۴۶/۷	۴۹	۳۲/۴	۳۴	۱-۵ سال	طول مدت ابتلا به بیماری	
	۱۰۰	۶۶	۴/۵	۳	۳۴/۸	۲۳	۶۰/۶	۴۰	۶-۱۰ سال		
	۱۰۰	۱۳	۷/۷	۱	۰	۰	۹۲/۳	۱۲	بیش از ۱۰ سال		
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع		
$p=0/000$	۱۰۰	۱۱۹	۱۷/۶	۲۱	۴۷/۹	۵۷	۳۴/۵	۴۱	۱-۵	دفعات مراجعه به پزشک در طول یک سال اخیر	
	۱۰۰	۴۹	۱۰/۲	۵	۲۲/۴	۱۱	۶۷/۳	۳۳	۶-۱۰		
	۱۰۰	۱۶	۰	۰	۲۵	۴	۷۵	۱۲	بیش از ۱۰		
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع		
$p=0/000$	۱۰۰	۱۱۱	۲۱/۶	۲۴	۴۸/۶	۵۴	۲۹/۷	۳۳	عدم بستری	دفعات بستری در طول یک سال اخیر	
	۱۰۰	۴۴	۴/۵	۲	۲۰/۵	۹	۷۵	۳۳	یک بار		
	۱۰۰	۹	۰	۰	۳۳/۳	۳	۶۶/۷	۶	دو بار		
	۱۰۰	۲۰	۰	۰	۳۰	۶	۷۰	۱۴	سه بار و بیشتر		
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع		
$p=0/000$	۱۰۰	۲۱	۳۸/۱	۸	۲۸/۶	۶	۳۳/۳	۷	کمتر از ۵ سال	مدت زمان ابتلا به فشار خون	
	۱۰۰	۲۴	۲۵	۶	۵۴/۲	۱۳	۲۰/۸	۵	۵-۹ سال		
	۱۰۰	۳۱	۶/۵	۲	۳۸/۷	۱۲	۵۴/۸	۱۷	۱۰-۱۴ سال		
	۱۰۰	۳۶	۰	۰	۳۳/۳	۱۲	۶۶/۷	۲۴	۱۵ و بیشتر		
	۱۰۰	۱۱۲	۱۴/۳	۱۶	۳۸/۴	۴۳	۴۷/۳	۵۳	جمع		
$p=0/000$	۱۰۰	۷۳	۶/۸	۵	۴۱/۱	۳۰	۵۲/۱	۳۸	بلی	ابتلا به چربی خون	
	۱۰۰	۹۶	۱۳/۵	۱۲	۳۹/۶	۳۸	۴۶/۹	۴۵	خیر		
	۱۰۰	۱۵	۵۳/۳	۸	۲۶/۷	۴	۲۰	۳	نمی‌دانم		
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع		
$p=0/000$	۱۰۰	۲۸	۰	۰	۷/۱	۲	۹۲/۹	۲۶	بلی	وجود ادم	
	۱۰۰	۱۵۶	۱۶/۷	۲۶	۴۴/۹	۷۰	۳۸/۵	۶۰	خیر		
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع		

جدول ۳: توزیع سطوح مختلف کیفیت زندگی بر حسب برخی عوامل بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب
مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران سال ۱۳۸۴

نتیجه آزمون	جمع		مطلوب		نسبتاً مطلوب		نامطلوب		کیفیت زندگی	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	فرآوانی مشخصه	متغیرهای مورد بررسی
$p=0/000$	۱۰۰	۱۵	۳۳/۴	۵	۵۳/۳	۸	۱۳/۳	۲	کم (۰-۳)	خستگی بیمار در حال حاضر
		۱۰۱	۱۹/۸	۲۰	۴۶/۵	۴۷	۳۳/۷	۳۴	متوسط (۴-۷)	
	۱۰۰	۶۸	۱/۵	۱	۲۵	۱۷	۷۳/۵	۵۰	شدید (۸-۱۰)	
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع	
$p=0/000$	۱۰۰	۴۰	۲۷/۵	۱۱	۵۲/۵	۲۱	۲۰	۸	کم (۰-۳)	خستگی بیمار در طول یک ماه اخیر
	۱۰۰	۹۰	۱۵/۶	۱۴	۴۰	۳۶	۴۴/۴	۴۰	متوسط (۴-۷)	
	۱۰۰	۵۴	۱/۸	۱	۲۷/۸	۱۵	۷۰/۴	۳۸	شدید (۸-۱۰)	
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع	
$p=0/000$	۱۰۰	۹۲	۶/۵	۶	۲۷/۲	۲۵	۶۶/۳	۶۱	نامطلوب	نشانه‌ها و عوارض بیماری
		۷۴	۱۸/۹	۱۴	۵۱/۴	۳۸	۲۹/۷	۲۲	نسبتاً مطلوب	
	۱۰۰	۱۸	۳۳/۳	۶	۵۰	۹	۱۶/۷	۳	مطلوب	
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۱	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع	
$p=0/039$	۱۰۰	۱۰۳	۱۸/۵	۲۱	۳۹/۸	۴۱	۴۱/۷	۴۳	۳-۵ نوع دارو	انواع داروهای مصرفی
	۱۰۰	۷۹	۶/۴	۵	۳۹/۲	۳۱	۵۴/۴	۴۳	۶ نوع و بیشتر	
	۱۰۰	۱۸۴	۱۴/۲	۲۶	۳۹/۱	۷۲	۴۶/۷	۸۶	جمع	

بحث

دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی علاوه بر کمک به درمان مؤثر، در ارتقای برنامه‌های حمایتی و اقدامات توانبخشی نیز سهم عمده‌ای دارد. امروزه مردم خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند و از این رو دولت‌ها در سراسر جهان روز به روز بیشتر به بهبود کیفیت زندگی مردم خود توجه دارند و می‌کوشند تا ابتلا به بیماری را کاهش دهند و خدمات بهداشتی، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه را بیشتر تأمین کنند (۲۲).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد اکثریت بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، کیفیت زندگی نامطلوب دارند. بر اساس نتایج مطالعات Juenger, Jaarsma و همکاران و Wielenga

اکثریت بیماران از کیفیت زندگی پایین رنج می‌برند (۱۶ و ۲۰ و ۲۳). Stewart و Blue می‌نویسند: نارسایی قلب بیش از سایر بیماری‌های مزمن باعث اختلال در کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۱۷).

بررسی حاضر نیز نشان داد عواملی مانند شغل، سطح تحصیلات، مراقبت در منزل، شدت بیماری، طول مدت ابتلا به بیماری، دفعات مراجعه و بستری، مدت زمان ابتلا به فشارخون، وجود ادم، چربی خون، نشانه‌ها و عوارض بیماری، شدت خستگی در حال حاضر و در یک ماه اخیر و تعداد داروهای مصرفی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. در مطالعه Juenger و همکاران نیز بین شدت بیماری و کیفیت زندگی ارتباط معناداری دیده شده است (۱۶). Stewart و Blue می‌نویسند با افزایش شدت بیماری کیفیت زندگی

بیماران بدتر می‌شود (۱۷). به نظر می‌رسد شدت یافتن بیماری باعث اختلال بیشتر در عملکرد و پایین آمدن کیفیت زندگی می‌شود، تعداد بستری و مراجعه به پزشک هم افزایش می‌یابد. همچنین Christensen و KockRow معتقدند: ابتلا به پرفشاری خون محدودیت‌های فراوانی از جمله تغییر در رژیم غذایی مثل محدودیت مصرف نمک و چربی‌های اشباع، زمان مصرف غذا، کاهش وزن، تغییر در نحوه انجام کارهای روزانه، فعالیت‌های ورزشی، تفریحی و غیره به همراه دارد (۲۴). در مطالعه دیگر Rilli و Blue می‌نویسند: ادم ناشی از نارسایی قلب نیز باعث اشکال و اختلال در ادامه عملکرد طبیعی فرد می‌شود (۲۵). در یافته‌های مطالعه‌ای Smeltzer و Bare می‌نویسند: کاهش برون‌ده قلبی، افزایش صرف انرژی برای تنفس و بی‌خوابی ناشی از زجر تنفسی و سرفه باعث ایجاد خستگی می‌شود (۲۶). Rose و Redfern نیز می‌نویسند: با افزایش سن به علت ایجاد تغییراتی که در سیستم‌های مختلف بدن ایجاد می‌شود انجام فعالیت‌های جسمانی کاهش می‌یابد (۲۷). در بررسی حاضر ارتباط معنادار آماری بین دو متغیر آگاهی و کیفیت زندگی وجود نداشت. به نظر می‌رسد دلیل این که اکثریت بیماران با آگاهی مطلوب، کیفیت زندگی نامطلوب داشته‌اند این است که افزایش آگاهی بیمار از علایم، عدم درمان قطعی و لزوم رعایت رژیم غذایی، باعث فشار روانی بر بیمار می‌شود که این مسأله می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد.

از آنجا که پرستاران نقش اساسی در مراقبت از بیماران به عهده دارند، توجه آنها به کیفیت زندگی این بیماران حایز اهمیت است. با

توجه به این که نتایج بررسی نشان داد کیفیت زندگی این بیماران پایین بوده و عوامل فردی و بیماری بر آن مؤثر هستند، شناخت این عوامل به کارکنان بهداشتی و درمانی جامعه کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را جهت ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی سازماندهی نمایند. این نتایج می‌تواند به ارزیابی پرستاران بالینی و همچنین پرستاران بهداشت جامعه در میزان موفقیت درمان‌های فعلی، تعیین نیازها و نوع خدمات مورد نیاز مؤثر واقع شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود مسئولین بهداشتی با پیگیری و اجرای برنامه‌های ملاقات در منزل به بیماران رسیدگی و توجه بیشتری نمایند. بالا بردن آگاهی و نگرش پرستاران شاغل نسبت به عوامل ارتقا دهنده کیفیت زندگی بیماران مبتلا، نکته دیگری است که باید به آن توجه شود. همچنین نتایج مطالعه حاضر که بیانگر اهمیت توجه به کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب است، می‌تواند توجه پرستاران بالینی را به این نکته جلب نماید که بررسی کیفیت زندگی این بیماران و تلاش در جهت ارتقای آن می‌تواند منجر به نتایج مطلوب‌تر در مراقبت‌ها گردد. شناخت نظرات بیماران و آگاهی از وضعیت زندگی آنان و این که پرستاران بر اساس جلب رضایت بیماران می‌توانند روش‌های درمانی مؤثر و مناسب را برای بهبود کیفیت زندگی بیماران انتخاب نمایند، بسیار اهمیت دارد. پرستاران می‌توانند از بین عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی، عوامل قابل تعدیل را تغییر داده و همچنین این عوامل را در افراد بررسی نمایند و در برنامه‌ریزی مراقبت‌ها در منزل و در سطح جامعه، مداخلات

بیمار در درمانگاه‌های قلب توسط پرستاران، عدم رابطه مناسب بین پرسنل درمانگاه و بیمار، عدم ارزشیابی دقیق و مناسب از کادر درمانی نیز بستگی دارد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود تا پژوهشی مقایسه‌ای در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب، قبل و بعد از آموزش مراقبت از خود انجام شود. همچنین پژوهشی با عنوان بررسی پیگیری دستورات و برنامه‌های درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، نیز مطالعه‌ای جهت بررسی اثربخشی راهکارهای خاص بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام شود. پژوهش‌های مشابه در بیماران بستری در بخش‌ها و یا با حجم نمونه بیشتر و یا تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی زنان شاغل و خانه‌دار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب انجام گیرد.

تشریح و قدردانی

از همکاری معاون محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران در انجام این پژوهش قدردانی می‌گردد.

مؤثر خود را به کار گیرند و در نتیجه برنامه‌هایی در سطح خانواده و جامعه جهت بالا بردن کیفیت زندگی، طرح‌ریزی و اجرا نمایند.

نتیجه‌گیری

از آنجایی که دانش‌آموختگان پرستاری در جامعه می‌توانند خدمات ارزنده‌ای جهت رفع مشکلات مددجویان ارایه دهند ضروری است آموزش‌های لازم در زمینه کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن و ارتباط بین آنها در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب را در دروس دانشگاهی به طور کامل فرا گیرند. با امید به توجه مدیران برنامه‌های کلان کشوری در امر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به استقرار و حفظ پایگاه‌های پزشکی و پرستاری جامعه‌نگر در مناطق مختلف کشور، می‌توان ابعاد مختلف زندگی بیماران را مورد بررسی قرار داد و خدمات لازم جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان را فراهم نمود.

در این تحقیق پایین بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب علاوه بر مشخصات فردی و بیماری این بیماران، به آگاه نبودن کادر درمانی در زمینه توجه به ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران، حمایت نشدن

References

- 1 - Isikhan V, Guner P, Komurcu S, Ozet A, Arpacı F, Ozturk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer-I. *Cancer Nursing*. 2001; 24(6): 490.
- 2 - Czajkowski SM. Health related quality of life outcomes in clinical research. *American Journal of Epidemiology*. 1998; 66(4): 1486-7.
- 3 - Daugherty CM, Dewhurst WP, Spertus JA. Health related quality of life outcomes in clinical research. *American Journal of Epidemiology*. 1998; 51(7): 569-575.
- 4 - James SR, Ashwill J, Droske SC. *Nursing care of children principle and practice*. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 2002. P. 73.

- 5 - Taylor PRE, Molassiotis A. An exploration of the relationship between uncertainly psychological distress and type of coping standing among Chinese men after cardiac catheterization. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(1): 77-88.
- 6 - Lynn Mc Queen. Quality enhancement research initiative. *Health services research and development services*; 2002. P. 1.
- 7 - Non H, Michelle A, George J, et al. Relationship of age and sex to health - related quality of life in patients with heart failure quality of life in patients with heart failure quality of life. *American Journal of Critical Care*. 2004; 1.
- 8 - Tscheliessnigg KH, Petutschnigg B, Gras D, Prenner G, Müller H. InSync experience in transplant list patients. *The Internet Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2000; 3(1).
- ۹ - حبیب الله زاده حمید و همکاران. بررسی علل نارسایی قلب و میزان آگاهی، عملکرد بیماران در مراقبت از خود. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران سال ۱۳۸۰*; دوره نوزدهم: ص ۸۷.
- ۱۰ - مرکز مدیریت بیماری‌ها. *سیمای مرگ و میر در هیجده استان کشور، تهران: انتشارات تندیس، ۱۳۸۱*: ص ۵۰.
- 11 - Thalassimani M, Ramaswamy M. Suggestions to improve the quality of life in heart failure. *European Heart Journal*. 2003; 24(18): 1700.
- 12 - Hinds C. Personal and contextual factors predicting patient reported quality of life: Exploratory congruency with betty assumption. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 15(4): 460-462.
- 13 - Conam C, Acoron S. Q.O.L. for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabilitation Nursing*. 1999; 24(5): 192-196.
- 14 - Drazen JM. *Cecil textbook of medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2000. P. 215.
- 15 - Bennett SJ. Self - care strategy for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing Research*. 2000; 49(3): 139-144.
- 16 - Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*. 2002; 87(3): 235-241.
- 17 - Stewart S, Blue L. Improving outcomes in chronic heart failure. A practical guide to specialist nurse intervention. London: BMJ; 2001. P. 11.
- 18 - Sarvimaki M, Stenbock H. Q.O.L. in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32(4): 1025-1033.
- 19 - Sebastian JG, Stanhope M. *Community health nursing practice - A problem based learning approach*. St. Louis: Mosby; 1999. P. 180.
- 20 - Jaarsma T. *Heart failure: Nurses Care*. Netherland: Datawaye maastrich; 1999. P. 133-168 and 1.
- 21 - Burkhardt M, Nathalien A. *Ethics and issues in contemporary nursing*. Bonn: Albanicot; 1998. P. 174.
- 22 - Park W, Sands J, Marek J. *Medical surgical nursing: Concepts and clinical practice*. St. Louis: Mosby; 1995. P. 17.
- 23 - Wielenga RP. Effects of exercise training on quality of life in patients with chronic heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*; 1998; 45(5): 459-64.
- 24 - Christensen BI, KockRow ED. *Adult health nursing*. St. Louis: Mosby; 1999. P. 287.
- 25 - Rilli J, Blue L. Assessing and managing chronic heart failure. *Professional Nurse*. 2001; 16(5): 1112-1115.
- 26 - Smeltzer SC, Bare BG. *Textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. P. 664.
- 27 - Redferns J, Ross FM. *Nursing older people*. Edinburogh: Churchill Livingstone; 1999. P. 59.