

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان

پونه یوسفی^۱، سکینه سبزواری^۲، سکینه محمدعلیزاده^۳، علی اکبر حقدوست^۴

چکیده

مقدمه: نارسایی قلبی بیماری مزمن و ناتوان کننده ایست که محدودیت‌های جسمی و علایم پیشرونده ناشی از آن سبب کاهش کیفیت زندگی می‌شود. به دلیل اهمیت ویژه ارتقای کیفیت زندگی در سیستم‌های مراقبتی و بهداشتی، ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب به پرستاران کمک می‌کند تا مراقبت‌های اصولی‌تری را ارائه دهند. پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام شد.

روش: این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی است بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش‌های داخلی قلب و سی‌سی‌یو بیمارستان‌های شفا و افضل‌پور کرمان برای بررسی کیفیت زندگی بیماران از ابزار استاندارد عمومی SF36 استفاده شد. پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه برای بیماران تکمیل گردید به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و من‌ویتنی‌یو، کروسکال والیس و رگرسیون با کمک نرم‌افزار آماری SPSS v.13 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که ۵۷/۵٪ از بیماران در نمونه مورد مطالعه را زنان تشکیل دادند میانگین سنی بیماران $12/02 \pm 65/43$ بود. در بررسی ابعاد کیفیت زندگی با ابزار SF36 بیشترین و کمترین نمره به ترتیب به ابعاد سلامت روان و مشکلات جسمی تعلق گرفت. بررسی ارتباط ویژگی‌های فردی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب نشان داد که بیماران گروه سنی کمتر از ۶۰ سال و متأهل از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. زنان بیمار در ابعاد متعددی از کیفیت زندگی نسبت به مردان ضعیف‌تر بودند ($p < 0/05$) و بیماران بی‌سواد نیز کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. بررسی ارتباط بیماری‌های همراه و کیفیت زندگی در بیماران حاکی از آن بود که بیماران با سابقه سکته قلبی، آنژین صدری، فشار خون بالا، دیابت، بیماری‌های تنفسی و انجام عمل CABG از کیفیت زندگی ضعیف‌تری برخوردارند. در مورد سابقه مصرف سیگار و مواد مخدر و ابتلا به بیماری‌های کلیوی و سکته مغزی بین گروه‌ها ارتباط معنادار مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران مبتلا به نارسایی قلب از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار نیستند. از این رو پیشنهاد می‌شود ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران با فراهم کردن زمینه‌های لازم برای مراقبت‌های پیگیر، درمان مناسب و امکانات مورد نیاز، شرایط لازم را برای برخورداری بیماران از کیفیت زندگی مطلوب مهیا نمایند.

کلید واژه‌ها: نارسایی قلب، کیفیت زندگی، بخش داخلی قلب، سی‌سی‌یو

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱/۱۶

۱ - کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

۲ - مربی، کارشناس ارشد آموزش پزشکی و پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، کرمان (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Sabzevariz@yahoo.com

۳ - مربی، کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، کرمان

۴ - دانشیار، دکترای اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقدمه

در حال حاضر در بیشتر نقاط دنیا بیماری‌های قلبی - عروقی در زمره گسترده‌ترین بیماری‌های مزمن قرار گرفته‌اند؛ پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۲۰ میلادی بیماری‌های قلبی - عروقی ۲۵ میلیون قربانی خواهند داشت و به علت شماره یک مرگ و میر و ناتوانی تبدیل خواهند شد (۱). به طور معمول بسیاری از اختلالات قلبی - عروقی به نارسایی قلبی ختم می‌گردد که با ناتوانایی قلب در تأمین اکسیژن لازم جهت اکسیداسیون بافتی همراه است (۲). فاز انتهایی بیماری‌های قلبی - عروقی مزمن نارسایی قلبی است (۳)، که یک مشکل عمده بهداشتی محسوب می‌شود (۵ و ۴) نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که تعداد بستری‌های بیمارستانی از ۴۰۲ هزار مورد در سال ۱۹۷۹ به یک میلیون و یک صد هزار مورد در سال ۲۰۰۴ رسیده است (۶)، بنابراین با توجه به میزان بالای پذیرش‌های بیمارستانی و بستری‌های مجدد که با تشخیص نارسایی قلبی انجام می‌شود (۷)، این بیماری بار مالی قابل توجهی را بر بیماران و سیستم‌های مراقبت بهداشتی اعمال می‌کند (۹ و ۸)، کاهش کیفیت زندگی یک مشکل لاینفک در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است، به طوری که، کیفیت زندگی در این بیماران به دلیل علائم جسمانی بیماری، اثرات منفی ناشی از درمان و محدودیت‌های اجتماعی ایجاد شده در اثر بیماری آسیب می‌بیند (۱۰). اسکات (Scott) (۲۰۰۴) علت افت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را این گونه بیان می‌کند «نارسایی قلبی بیماری تهدیدکننده حیات است که در طول بیماری افراد ترس، اضطراب و افسردگی ناشی از آسیب قلبی و انتظار مرگ را به طور دایم تجربه می‌کنند و در نهایت محدودیت‌های جسمی، علائم پیشرونده بیماری و اختلالات روانی باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود» وی همچنین طی مطالعه‌ای نشان داد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شدید نگرانی، افسردگی و از دست دادن کنترل بر زندگی را که در اثر بیماری و ضعف ناشی از آن ایجاد می‌شود تجربه می‌کنند (۱۱)، جانسون و همکارانش در سال ۲۰۰۵ به نتایج مطالعه‌ای اشاره می‌کنند که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نسبت به مبتلایان به آرتریت روماتوئید، آنژین صدری، سکنه قلبی، فیبریلاسیون دهلیزی، فشارخون و COPD از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۱۲) به طور کلی مطالعات کمی که در این رابطه انجام شده است نشان می‌دهد، کیفیت

زندگی در نارسایی قلب در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن ضعیف‌تر است (۱۳).

نتایج حاصل از بررسی کیفیت زندگی برای پیش‌بینی اثرات بیماری، شناسایی نیازهای بیماران و ارائه خدمات و مراقبت‌های متناسب با این نیازها و در نهایت بهبود سیستم مراقبتی کاربرد دارد (۱۴). بنابراین امروزه بررسی کیفیت زندگی به طور گسترده مکملی برای ارزیابی‌های عینی و بالینی که به منظور بررسی کیفیت خدمات، نیازهای بهداشتی، اثر مداخلات درمانی و بررسی هزینه‌های بهداشتی انجام می‌شوند، محسوب می‌گردد (۱۵).

با توجه به اثرات مخرب جسمی و روانی نارسایی قلب بر بیماران، اهمیت مراقبت‌های پرستاری در بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی بیماران روشن می‌گردد (۱۱). بهبود کیفیت زندگی یک هدف مهم در درمان این بیماران محسوب می‌شود (۱۶)، بنابراین هدف از بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی اتخاذ تدابیر لازم برای اجرای مراقبت‌های پرستاری، کاهش افسردگی، افزایش سطح فعالیت، ارتقای آگاهی و دانش و بهبود مهارت‌های خود مراقبتی در بیماران و در نهایت بهبود کیفیت زندگی می‌باشد (۱۷).

هر چند که مطالعات مختلف حاکی از این است که بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد با این وصف ارتقای کیفیت زندگی در سیستم‌های مراقبت بهداشتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، به طوری که آگاهی در مورد کیفیت زندگی بیماران به ویژه بیماران دچار نارسایی قلب که میزان بستری مجدد آنان نسبت به بقیه بیماران قلبی بالاتر است، به پرستاران به عنوان اعضای تیم بهداشتی کمک خواهد کرد تا مراقبت‌های اصولی‌تری را ارائه دهند. پرستاران از طریق بررسی کیفیت زندگی می‌توانند مشکلات و نیازهای اختصاصی بیماران را با توجه به وجود بیماری یا عدم توانایی شناسایی نمایند، تا بدین وسیله بیماران را به حداکثر قدرت و توانایی برسانند، بنابراین پرستاران سهم بزرگی در ارتقای کیفیت زندگی بیماران دارند. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام شد.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که طی آن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری

ملاحظات اخلاقی معمول مانند ارایه معرفی نامه به بیمارستان ها، توضیحات لازم برای بیماران و جلب رضایت آن ها برای شرکت در پژوهش، عدم وجود هر گونه اجبار برای بیماران جهت شرکت در پژوهش، خودداری از افشای اسرار و مسایل خصوصی بیماران و محرمانه نگهداشتن اطلاعات به دست آمده از آن ها، اعلام نتایج پژوهش بدون ذکر نام و مشخصات فردی مدنظر قرار گرفت.

یافته ها

نتایج نشان داد بیشتر بیماران مبتلا در این مطالعه زنان (۵۷/۵٪)، افراد متأهل (۷۱٪) و بی سواد (۶۶/۵٪) بودند. و نیز ۱۵/۵٪ بیماران کارگر و به نسبت، میزان بالایی از بیماران (۳۰٪) نیز خانه دار بودند. در رابطه با سن میانگین و انحراف معیار سن بیماران بستری $65/43 \pm 12/02$ سال بود. در مورد تعداد دفعات بستری های بیمارستانی اکثر بیماران (۴۸٪) سابقه بستری بیش از سه بار داشتند و به طور کلی ۸۱/۵٪ از بیماران سابقه بستری مجدد داشتند. در مورد بیماری های همراه (زمینه ای) در بیماران مبتلا به نارسایی قلب شایع ترین بیماری های همراه آنژین صدری (۸۵/۵٪)، فشار خون بالا (۵۱٪) و سابقه سکته قلبی (۳۸/۵٪) بوده است. بررسی میانگین نمرات ابعاد هشت گانه SF36 در بیماران مبتلا به نارسایی قلب، نشان داد که در این مطالعه بیشترین میانگین (انحراف معیار) نمره مربوط به بعد سلامت روان ($24/44 \pm$) ۴۳/۵۸ است. در مطالعه حاضر کمترین میانگین (انحراف معیار) نمره مربوط به بعد مشکلات جسمی ($21/11 \pm$) ۵/۸۷ است (جدول شماره ۱) با توجه به این که در آزمون SF36 هر چه میانگین نمرات به صفر نزدیک تر باشد، نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر است، بنابراین پایین بودن میانگین نمرات در بعد مشکلات جسمی نشان دهنده آسیب بیشتر این بعد از کیفیت زندگی در بیماران می باشد، فراوانی وضعیت ابعاد آزمون SF36 بر اساس نقطه برش (جدول شماره ۲) نیز نشان می دهد، که بیشتر بیماران در ابعاد این آزمون نمرات زیر ۵۰ دریافت نمودند.

بررسی ارتباط ابعاد کیفیت زندگی با متغیر سن نشان داد که میانگین نمرات بعد عملکرد جسمی در گروه سنی کمتر از ۶۰ سال به طور معنادار بیشتر از دو گروه سنی ۶۰-۷۰ سال و بیشتر از ۷۰ سال است ($p=0/001$) (جدول شماره ۳). نتایج به دست آمده از رگرسیون چند

در بخش های قلب و سی سی یو بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد بررسی قرار گرفت.

نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و دارای شرایط زیر بودند:

- تشخیص نارسایی قلب توسط پزشک معالج در پرونده پزشکی آن ها درج شده بود.

- کاملاً هوشیار بوده و قادر به همکاری با

پژوهشگر برای پاسخگویی به سؤالات بودند.

- قادر به تکلم به زبان فارسی بودند.

- از آمادگی جسمی لازم برای پاسخگویی به

سؤالات برخوردار بودند.

بیمارانی که از شرایط فوق برخوردار نبودند و به علاوه در تاریخچه پزشکی آن ها تشخیص های روان پزشکی نظیر: ابتلا به افسردگی، اضطراب مزمن، اسکیزوفرنیا و دمانس درج شده بود از مطالعه حذف شدند.

در این پژوهش از پرسشنامه استفاده شد که شامل:

بررسی ویژگی های فردی بیماران نظیر: سن، جنس، وضعیت تأهل، دفعات بستری در بیمارستان، مصرف سیگار، مصرف مواد مخدر و بیماری های همراه که شامل: سابقه سکته قلبی، آنژین صدری، فشارخون، دیابت قندی، بیماری های تنفسی، بیماری های کلیوی، سکته مغزی و سابقه انجام عمل CABG بود و ابزار عمومی استاندارد شده بررسی کیفیت زندگی SF36 که به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی طراحی و استاندارد شده است. این ابزار استاندارد به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی طراحی شده است و در ایران توسط دکتر منتظری و همکارانش برای جمعیت ایران طراحی و استاندارد شده است و از روایی و پایایی لازم برخوردار است (۱۸).

نمونه گیری به صورت مراجعه مداوم به مراکز درمانی صورت گرفت که طی آن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که از شرایط شرکت در مطالعه برخوردار بودند از طریق پرسشنامه به وسیله پژوهشگر مورد مصاحبه قرار گرفتند و پرسشنامه ها بر اساس پاسخ بیماران توسط پژوهشگر تکمیل گردید.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار آماری SPSS v.13 از شاخص های مرکزی و پراکنندگی استفاده شد، همچنین آزمون های من ویتنی یو، کروسکال والیس و رگرسیون چندگانه مورد استفاده قرار گرفت. در این پژوهش

میانگین نمرات در بعد عملکرد جسمی به طور معنادار در بیماران باسواد، بالاتر از بیماران بی‌سواد است ($p < 0/05$). برحسب متغیر دفعات بستری در بیمارستان میانگین نمرات در تمام ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، مشکلات روحی، عملکرد اجتماعی، درد جسمی و نشاط با افزایش دفعات بستری به طور معنادار کاهش می‌یافت و ($p < 0/05$) (جدول شماره ۶). نتایج مدل رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد که با افزایش تعداد بستری‌های بیمارستانی به ترتیب ۲۸/۵۸، ۱۲/۶۶، ۲۰/۸۳، ۲۴/۲۷، ۱۲/۳۷، ۲۵/۹۴، ۱۶/۲۳، ۲۰/۵۶، نمره از نمره ابعاد عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، درد جسمی، سلامت عمومی، سلامت روان و نشاط کم می‌شود. برحسب سابقه ابتلا به بیماری‌های همراه میانگین نمرات بعد جسمی در بیمارانی که سابقه سکته قلبی، آنژین صدری، دیابت و فشارخون دارند به طور معنادار پایین‌تر است ($p < 0/05$) در نتیجه این بیماران دارای کیفیت زندگی ضعیف‌تری هستند.

متغیره (جدول شماره ۴) نیز نشان می‌دهد که به ازای اضافه شدن هر یک سال به سن ۳/۱۶۹ نمره از نمره عملکرد جسمی کم می‌شود. بررسی ارتباط ابعاد کیفیت زندگی و متغیر جنس در این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات ابعاد عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت روان در زنان به طور معنادار کمتر از مردان است ($p < 0/05$) (جدول شماره ۵). بر اساس متغیر وضعیت تأهل میانگین نمرات ابعاد عملکرد جسمی و عملکرد اجتماعی در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد (همسر فوت شد، جدا شده از همسر و ازدواج نکرده) به طور معنادار بالاتر است ($p < 0/05$). در مورد میانگین نمرات ابعاد گوناگون کیفیت زندگی و متغیر داشتن مشکل در تأمین معاش میانگین نمرات ابعاد سلامت روان و نشاط در بیمارانی که در تأمین معاش مشکل داشتند به طور معنادار نسبت به بیمارانی که مشکلی در تأمین معاش نداشتند پایین‌تر است ($p < 0/05$). بررسی میانگین ابعاد کیفیت زندگی برحسب متغیر میزان تحصیلات نشان داد که

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد آزمون‌های SF36 در بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش‌های قلب و سی‌سی‌یو بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان

حیطه‌ها	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سلامت عمومی	۴۱/۸۷	۱۸/۹۶	۰	۸۵
عملکرد جسمی	۲۵/۷۵	۱۶/۳۴	۰	۸۰
مشکلات جسمی	۵/۸۷	۲۱/۱۱	۰	۱۰۰
مشکلات روحی	۳۲/۸۳	۳۷/۸۷	۰	۱۰۰
عملکرد اجتماعی	۳۱/۱۲	۳۲/۶۰	۰	۱۰۰
درد جسمی	۳۶/۷۶	۲۹/۱۵	۰	۱۰۰
نشاط	۳۷/۶۲	۳۴/۰۰	۰	۱۰۰
سلامت روانی	۴۳/۵۸	۲۴/۴۴	۰	۹۶

جدول ۲- توزیع فراوانی وضعیت ابعاد آزمون SF36 در بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش‌های قلب و CCU بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان

حیطه‌ها	نمره کمتر از ۵۰		نمره ۵۰		بیشتر از ۵۰	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سلامت عمومی	۱۲۷	۶۳/۵	۱۷	۸/۵	۵۶	۲۸
عملکرد جسمی	۱۷۵	۸۷/۵	۱۱	۵/۵	۱۴	۷
مشکلات جسمی	۱۸۶	۹۳	۵	۲/۵	۹	۴/۵
مشکلات روحی	۱۵۵	۷۷/۵	۰	۰	۴۵	۲۲/۵
عملکرد اجتماعی	۱۴۱	۷۰/۵	۱۳	۶/۵	۴۶	۲۳
درد جسمی	۱۵۱	۷۵/۵	۰	۰	۴۹	۲۴/۵
نشاط	۱۳۶	۶۸	۸	۴	۵۶	۲۸
سلامت روانی	۱۱۹	۵۹/۵	۰	۰	۸۱	۴/۵

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات ابعاد گوناگون کیفیت زندگی بر حسب متغیر سن در بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش‌های قلب و سی‌سی‌یو بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان

نتیجه آزمون <i>P</i>	>۷۰			۶۰-۷۰			<۶۰			سن (سال) حیطه‌ها
	میان رتبه	انحراف معیار	میانگین	میان رتبه	انحراف معیار	میانگین	میان رتبه	انحراف معیار	میانگین	
۰/۳۲	۹۵/۱۵	۱۸/۴۵	۴۰/۱۹	۱۰۹/۶۸	۱۸/۴۳	۴۵/۱۶	۹۸/۳۴	۱۹/۹۸	۴۰/۸۰	سلامت عمومی
*۰/۰۰۱	۸۰/۴۲	۱۴/۶۱	۲۰/۳۸	۱۰۸/۳۳	۱۶/۳۷	۲۷/۶۶	۱۱۸/۱۹	۱۶/۶۸	۳۰/۶۴	عملکرد جسمی
۰/۵۵۳	۹۸/۳۷	۱۷/۷۵	۴/۱۶	۱۰۰/۱۴	۱۷/۵۲	۴/۵۸	۱۰۳/۵۲	۲۷/۲۴	۹/۲۷	مشکلات جسمی
۰/۵۷۶	۹۵/۵۴	۲۸/۴۳	۳۰/۳۴	۱۰۴/۴۲	۳۸/۵۵	۳۵/۵۵	۱۰۲/۹۴	۳۶/۷۱	۳۳/۳۳	مشکلات روحی
۰/۹۳۴	۹۵/۵۴	۳۲/۶۴	۳۰/۶۰	۱۰۲/۴۷	۳۱/۹۳	۳۱/۲۵	۱۰۰/۶۶	۳۳/۷۰	۳۱/۶۵	عملکرد اجتماعی
۰/۷۹۲	۱۰۳/۵۱	۲۹/۵۱	۳۸/۵۵	۹۶/۸۹	۲۸/۱۷	۳۴/۷۵	۱۰۰/۲۱	۲۹/۹۶	۳۶/۴۵	درد جسمی
۰/۵۷۴	۱۰۲/۲۷	۲۳/۱۷	۳۶/۷۹	۱۰۶/۹۴	۲۳/۰۰	۳۹/۷۵	۹۶/۶۱	۲۶/۱۴	۳۶/۶۱	نشاط
۰/۲۷۷	۹۶/۸۶	۲۳/۳۸	۴۱/۹۴	۱۱۰/۴۷	۲۳/۹۹	۴۷/۴۶	۹۵/۴۴	۲۶/۱۰	۴۱/۸۷	سلامت روانی

جدول ۴- نتایج مدل رگرسیون چند متغیره برای تعیین ویژگی‌های دموگرافیک مؤثر در نمرات بعد عملکرد جسمی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش‌های سی‌سی‌یو و قلب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان

ثابت	R	اعتبار آماری	ضریب رگرسیون	متغیرها سن (سال)
۴۲/۶۰۰	۰/۲۰۷	۰/۰۰۳	-۳/۱۶۹	جنس ۱. مرد ۲. زن
		۰/۴۹۶	-۴۰/۲۶۶	وضعیت تأهل ۱. متأهل ۲. مجرد
		۰/۸۹۶	۳/۵۸۵	تحصیلات ۱. باسواد ۲. بی‌سواد
		۰/۶۰۹	۵/۰۰۱	مشکل در تأمین معاش ۱. بلی ۲. خیر
		۰/۰۵۵	۴۲/۹۴۴	دفعات بستری در بیمارستان ۱، ۲، ۳ >
		۰/۰۰۳	-۲۸/۵۸۲	سابقه آنژین صدری ۱. بلی ۲. خیر
		۰/۰۲۴	۷۴/۵۹۰	شغل ۱. خانه‌دار ۲. سایر
		۰/۷۶۲	-۱۰/۸۴۷	شغل ۱. سایر مشاغل ۲. سایر
		۰/۶۵۳	-۲۸/۵۳۷	

جدول ۵- مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد گوناگون کیفیت زندگی بر حسب متغیر جنس در بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش‌های قلب و سی‌سی‌یو بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان

نتیجه آزمون <i>P</i>	زن			مرد			جنس حیطه‌ها
	میان رتبه	انحراف معیار	میانگین	میان رتبه	انحراف معیار	میانگین	
۰/۲۸۸	۹۶/۷۸	۱۷/۳۱	۴۰/۷۴	۱۰۵/۵۴	۲۱/۰۰	۴۲/۴۱	سلامت عمومی
*۰/۰۰۶	۹۰/۸۰	۱۶/۶۱	۳۲/۳۹	۱۱۳/۶۳	۱۵/۵۰	۲۸/۹۴	عملکرد جسمی
۰/۶۹۶	۹۹/۸۳	۲۰/۳۵	۵/۴۳	۱۰۱/۴۰	۲۲/۲۱	۶/۴۷	مشکلات جسمی
۰/۵۹۱	۹۸/۷۴	۳۵/۹۰	۳۵/۹۰	۱۰۲/۸۸	۴۰/۴۳	۳۵/۶۸	مشکلات روحی
*۰/۰۳۰	۹۳	۳۰/۳۱	۳۰/۳۱	۱۱۰/۶۵	۳۴/۸۲	۳۶/۹۱	عملکرد اجتماعی
۰/۳۸۱	۹۷/۴۹	۲۷/۵۲	۲۷/۵۲	۱۰۴/۵۸	۳۱/۲۱	۳۹/۳۲	درد جسمی
*۰/۰۲۶	۹۲/۶۸	۲۲/۲۷	۲۲/۲۷	۱۱۱/۰۸	۲۵/۵۵	۴۲/۲۹	نشاط
*۰/۰۰۴	۹۰/۲۸	۲۳/۴۲	۲۳/۴۲	۱۱۴/۳۲	۲۴/۷۴	۴۹/۳۶	سلامت روان

جدول ۶- مقایسه میانگین نمرات ابعاد گوناگون کیفیت زندگی بر حسب متغیر دفعات بستری در بیمارستان بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش‌های قلب و سی‌سی‌یو

نتیجه آزمون <i>P</i>	بیش از سه بار بستری بیمارستانی			سومین بستری بیمارستانی			دومین بستری بیمارستانی			اولین بستری بیمارستانی			دفعات بستری حیطه‌ها
	میان رتبه	انحراف معیار	میانگین	میان رتبه	انحراف معیار	میانگین	میان رتبه	انحراف معیار	میانگین	میان رتبه	انحراف معیار	میانگین	
*۰/۰۰	۸۲/۳۵	۱۷/۸۹	۳۶/۰۹	۹۱/۱۷	۱۶/۲۷	۳۸/۱۲	۱۲۳/۵۰	۱۷/۱۵	۴۸/۶۰	۱۲۶/۹۲	۱۹/۵۷	۵۱/۴۸	سلامت عمومی
*۰/۰۰۱	۸۴/۳۹	۱۳/۲۷	۲۱/۰۴	۱۰۳/۳۵	۱۵/۸۵	۲۵/۸۳	۱۲۶/۰۳	۱۷/۹۵	۳۳/۲۵	۱۱۰/۷۸	۱۸/۲۵	۲۹/۱۸	عملکرد جسمی
*۰/۰۰۹	۹۶/۱۲	۱۳/۸۰	۲/۶۰	۹۲/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱۱۰/۶۹	۳۰/۰۵	۱۳/۳۷	۱۰۵/۵۴	۲۷/۸۵	۹/۴۵	مشکلات جسمی
*۰/۰۰۲	۸۹/۹۰	۳۱/۸۹	۲۴/۳۰	۸۲/۷۱	۳۴/۹۸	۲۲/۲۲	۱۱۷/۳۳	۴۲/۴۲	۴۵/۳۳	۱۲۰/۰۰	۴۱/۱۷	۴۶/۸۴	مشکلات روحی
*۰/۰۰	۸۱/۰۱	۲۵/۸۱	۱۹/۹۲	۹۷/۷۵	۲۹/۷۷	۲۸/۱۲	۱۲۰/۱۶	۳۳/۹۲	۴۱/۵۶	۱۳۰/۰۰	۳۷/۰۳	۵۰/۰۰	عملکرد اجتماعی
*۰/۰۰	۸۵/۶۶	۲۵/۰۰	۲۸/۹۸	۸۰/۰۴	۲۳/۸۲	۲۷/۹۱	۱۲۷/۱۷	۳۹/۷۴	۴۹/۰۶	۱۲۱/۳۷	۳۳/۴۸	۴۸/۳۷	درد جسمی
*۰/۰۰۱	۸۴/۷۸	۱۹/۶۳	۳۰/۶۷	۱۰۰/۸۸	۲۷/۴۱	۳۸/۱۲	۱۲۰/۷۴	۲۴/۰۳	۴۵/۹۳	۱۱۷/۵۱	۲۷/۱۰	۴۵/۶۷	نشاط
*۰/۰۱۸	۸۷/۶۴	۲۲/۹۳	۳۸/۰۴	۱۰۲/۶۹	۲۲/۱۹	۴۴/۰۰	۱۱۴/۵۷	۲۵/۳۳	۴۹/۷۶	۱۱۶/۱۱	۲۵/۹۸	۵۰/۴۸	سلامت روان

بحث

بررسی میانگین نمرات ابعاد هشت گانه SF36 در بیماران مبتلا به نارسایی قلب، نشان داد که در این مطالعه بیشترین میانگین (انحراف معیار) نمره مربوط به بعد سلامت روان $43/58 (\pm 24/44)$ است. میانگین (انحراف معیار) نمره سلامت روان در مطالعات هاگلند و همکاران (۲۰۰۶) با $46/3 (\pm 16/3)$ ، نیز بیشترین میانگین نمره را دارد. در مطالعه حاضر کمترین میانگین (انحراف معیار) نمره مربوط به بعد مشکلات جسمی $5/87 (\pm 21/11)$ است که در مطالعه اکمن و همکاران (۲۰۰۲) نیز بعد مشکلات جسمی به ترتیب با میانگین نمره $25/3 (\pm 33/9)$ ، کمترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده است. با توجه به این که در آزمون SF36 هر چه میانگین نمرات به صفر نزدیکتر باشد، نشان دهنده کیفیت زندگی پایینتر است، بنابراین پایین بودن میانگین نمرات در بعد مشکلات جسمی نشان دهنده آسیب بیشتر این بعد از کیفیت زندگی در بیماران می باشد. به طور کلی میانگین نمرات مطالعه حاضر در ابعاد مشکلات جسمی و سلامت روان نسبت به مطالعات اشاره شده، پایینتر است که نشان دهنده ضعیفتر بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب در این ابعاد، نسبت به مطالعات مشابه می باشد، که می توان دلیل آن را تفاوت در شدت نارسایی قلب و بیماری های همراه و نیز دریافت ناکافی امکانات مراقبتی و درمانی پیگیر و حمایت های اجتماعی از طرف سیستم های بهداشتی - درمانی و اجتماعی در این مطالعه نسبت به مطالعات ذکر شده دانست.

نتایج نشان داد که با افزایش سن بیماران مبتلا به نارسایی قلب، کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی ضعیفتر می شود. این نتایج با نتایج به دست آمده از مطالعه ویتهم و همکاران (۲۰۰۷) که نشان می دهد با افزایش سن میانگین نمرات در بعد عملکرد جسمی کاهش می یابد (۲۱) کاملاً همخوانی دارد. بررسی ابعاد کیفیت زندگی بر اساس متغیر وضعیت تأهل نشان داد که میانگین نمرات ابعاد عملکرد جسمی و عملکرد اجتماعی در افراد متأهل نسبت به افراد مجرد (همسر فوت شد، جدا شده از همسر و ازدواج نکرده) به طور معنادار بالاتر است $(p < 0/05)$. نتایج به دست آمده با نتایج مطالعه لوئیس لوتیک و همکاران (۲۰۰۷) که نشان می دهد بیماران متأهل در بعد عملکرد جسمی کیفیت زندگی به طور معنادار بهتر از بیماران مجرد

هستند (۲۲) و مطالعه کلین و همکاران (۱۹۹۹) که بالا بودن عملکرد جسمی و عملکرد اجتماعی را در بیماران متأهل گزارش می دهد (۲۳)، همخوانی دارد. بالا بودن کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمی و عملکرد اجتماعی در بیماران متأهل نسبت به بیماران مجرد احتمالاً به این دلیل است که بیماران مجرد معمولاً از نظر اجتماعی منزوی تر هستند و از اثرات مثبت حمایت های عاطفی - روانی فردی دیگر به عنوان شریک زندگی شان محروم می باشند؛ علت احتمالی دیگر این است که بیماران متأهل اغلب جوان ترند و به تبع به دلیل جوانی، از نظر عملکرد جسمی و اجتماعی فعال تر می باشند. بررسی میانگین ابعاد کیفیت زندگی برحسب متغیر میزان تحصیلات نشان داد که میانگین نمرات در بعد عملکرد جسمی به طور معنادار در بیماران باسواد، بالاتر از بیماران بی سواد است $(p < 0/05)$. در تأیید نتیجه به دست آمده به مطالعه مک و همکاران (۲۰۰۱) اشاره می شود که در بررسی خود نشان دادند، هر چه سطح تحصیلات پایین تر باشد کیفیت زندگی بیماران نیز ضعیفتر است (۲۴). پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران بی سواد، در مطالعه حاضر می تواند به این دلیل باشد که این بیماران معمولاً فقیر بوده و عدم دسترسی کافی به منابع مالی سبب محرومیت آن ها از پیگیری مراقبت های بهداشتی و درمانی تخصصی می شود. این امکان نیز وجود دارد که بیشتر بیماران بی سواد زنان باشند، که با توجه به نتایج مطالعات متعددی که قبلاً به آن ها اشاره شد، زنان از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند. به طور کلی تحصیلات نقطه مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالم به شمار می آید که به سلامتی بهتر و رضایت از زندگی منجر می شود و در نهایت کیفیت زندگی را ارتقا می بخشد. نتایج مدل رگرسیون چند متغیره نیز نشان داد که با افزایش تعداد بستری های بیمارستانی، از نمره ابعاد عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، درد جسمی، سلامت عمومی، سلامت روان و نشاط کم می شود و به نمرات ابعاد سه گانه جسمی، عاطفی و کلی اضافه می شود. رودریگز و همکاران (۲۰۰۴) نیز در مطالعه خود نشان دادند که میانگین نمرات در ابعاد مشکلات جسمی، عملکرد جسمی، نشاط و سلامت عمومی با افزایش تعداد بستری به طور معنادار کاهش می یابد (۲۵). به طور کلی نتایج بررسی کیفیت زندگی در مورد بیماری های همراه در بیماران مبتلا به نارسایی قلب نشان داد که وجود بیماری های همراه کیفیت

جسمی برخوردار نیستند. بنابراین لازم است، ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی از جمله پرستاران به مشکلات مختلف به خصوص جسمی توجه خاص داشته و با فراهم نمودن زمینه‌های لازم برای مراقبت‌های پیگیر، شرایطی مناسب برای برخورداری از کیفیت زندگی مطلوب را در این بیماران، مهیا نمایند. همچنین زنان، بیماران سالخوده، بی‌سواد و به علاوه بیمارانی که به تنهایی زندگی می‌کنند و آن‌هایی که در تأمین معاش مشکل دارند، از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند. بستری‌های مجدد بیمارستانی و ابتلا به بیماری‌های همراه و مزمن از جمله عوامل دیگری است که اثر فزاینده در افت کیفیت زندگی بیماران دارد که لزوم توجه خاص در ارایه مراقبت‌های پرستاری را می‌طلبد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از پرسنل و بیماران بخش‌های قلب بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان که بخشی از هزینه طرح را در قالب طرح مصوب شماره ۸۶/۳۳ متقبل گردید اعلام می‌دارند.

زندگی این بیماران را در ابعاد متعددی تضعیف می‌نماید، در این رابطه کوت و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود نشان دادند که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که مبتلا به بیماری‌های همراه بوده‌اند از کیفیت زندگی ضعیف‌تری برخوردار هستند، به علاوه ابتلا به چهار یا بیشتر از چهار بیماری همراه بیماران را در معرض افت فزاینده‌تر کیفیت زندگی قرار می‌دهد (۲۶). بیماری‌های همراه در سالخوردگان شیوع بیشتری دارد بنابراین نیاز به مراقبت‌های گسترده و پیگیر در این بیماران بیش از سایرین است. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که بیماری‌های همراه پیشگویی‌کننده بستری‌های بیمارستانی بوده و کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تکمیل پرسشنامه توسط مجری طرح و با مصاحبه اشاره کرد که ممکن است بر نحوه پاسخگویی تأثیر داشته باشد از سوی دیگر این مطالعه به دلیل عدم همکاری بیماران در محیط‌های غیر بالینی محدود به بخش‌های قلب شد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیماران مبتلا به نارسایی قلب از کیفیت زندگی مطلوب به ویژه در ابعاد

منابع

- 1 - Libby Z, Braunwald B. Heart Dis. Philadelphia: Elsevier Co; 2005. P. 1.
- 2 - Sehares K, Kathleen E, The effect of tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life, and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. Heart Lung. 2004; 33(4): 249-260.
- 3 - Rich MI, Heart Failure Disease Management Programs: Efficacy and Limitations. Am. J. Med. 2001; 110: 410-412.
- 4 - Coelho R, Ramos S, Prata J, Bettencourt P, Ferreira A, Gomes M. Heart failure and heart related quality of life. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005; 1(19): 1-7.
- 5 - Wielega RT, Erdman R, Huisveid I, Effect of exercise training on quality of life in patients with chronic heart failure. J Psychosom Res. 2000; 45(5): 459-464.
- 6 - Dallas T. Heart failure fact sheet 2 Nov 2004, Available from: <http://americanheart.org>, [September 2006].
- 7 - Hou N, Chui M, Ekert G, Oldridge NL, Murray ML, Bennet S. Relationship of age and sex to health-related quality of life in patients with heart failure. Am J Crit Care. 2004; 13(2): 153-161.
- 8 - Hillis D, Lange R, Winnifard R. Manual of clinical problems in cardiology with annotated key references. Sixth edition. Philadelphia: Lipplcott Williams and wilkins. 2003. P. 293.
- 9 - Hamner J, Ellison K. Predictors of hospital readmission after discharge in patients with congestive heart failure. Heart lung. 2005; 34(4): 231-239.
- 10 - Dunderdale K, Thompson D, Miles J, Beer S, Furze G. Quality- of- life measurement in chronic heart failure :do we take account of the patient perspective? Eur J Heart Fail. 2005; 7: 572-582.

- 11 - Scott Linda, Setter-kline Kay, Britton Agnes, The effects of nursing intervention to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure. *Appl Nurs Res.* 2004; 17(4): 248-256.
- 12 - Johansson P, Dahlstrom U, Brotrom A. Factor and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: a review of literature. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006; 5: 5-15.
- 13 - Hobbs F, Kenkre J, Roalfe A, Davis R, Davies M. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life. *Eur Heart J.* 2002; 23: 1867-1876.
- 14 - Cohen E, Cesta T. *Nursing Case Management from Essentials to Advanced Practice Application.* Fourth Edition. Philadelphia: Mosby; 2005. P. 564.
- 15 - Carr A, Higgison I. Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered?. *BMJ.* 2002; 322: 1357-1360.
- 16 - Rees J, Boyle C, Macdonagh R. Quality Of Life: Impact Of Chronic Illness On The Partner. *J R Soc Med.* 2001; 94: 563-566.
- 17 - Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Huijjer AH, Dracup K, Diederiks J, et al. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure : the effect of a supportive educational intervention. *Heart lung.* 2000; 29(5): 319-330.
- 18 - Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdani Nia M. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Faslname payesh.* 1384; 5(1): 49-56. [Persian]
- 19 - Hagglund L, Boman K, Olofsson M, Brulin CH. Fatigue and health-related quality of life in elderly patients with and without heart failure in primary healthcare. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2006:1-8.
- 20 - Ekman I, Fagerberg B, Lundman B. Health- related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart lung.* 2002; 31(2): 94-101.
- 21 - Witham M, Crighton L, McMurdo M. Using an individualized quality of life measure in older heart failure patients. *Int J Cardiol.* 2007; 116: 40-45.
- 22 - Louise LM, Jaarsma T, Veeger N, Gan T, Dirk VV, Robbert S. Caregiver burden in partners of heart failure patients; limited influence of disease severity. *Eur J Heart Fail.* 2007; 9: 695-701.
- 23 - Clin C, Willenheimer R, Erhard L, Wiklund L, Israelsoon B. Health related quality of life in elderly with heart failure. *Scand Cardiovasc J.* 1999; 33: 278-285.
- 24 - Meek S, Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. *J Aging Health.* 2001; 13: 92-119.
- 25 - Rodriguez AF, Guallar CP, Pascual C, Otero C, Montes A, Garcia A. Health related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch intern med.* 2005; 165: 1274-1279.
- 26 - Cott M, Barnes S, Parker C, Payne Sh, Seamark D, Gariballa S, et al. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age ageing.* 2006; 35: 172-177.

Study of quality of life in heart failure hospitalized patients in Kerman medical university hospital in 2008

Yousefi¹ P (MSc.) - Sabzevari² S (MSc.) - Mohammadalizade³ S (MSc.) - Haghdooost⁴ AA (Ph.D).

Introduction: Heart failure is a chronic and weakening disease. The physical restrictions and advanced symptoms which are derived from this disease cause the decrease quality of life. Since the promotion of quality of life plays a noteworthy role, assessment of quality of life in patients with heart failure, helps nurses to have more doctrinaire surveillances in health - care systems.

Methods: This is a descriptive-analytic study that has been done on 200 hospitalized patients with heart failure in cardiac and C.C.U wards of Shafa and Afzalipour hospitals (located in Kerman) to study the quality of life in patients with heart failure. General and special standard tools of SF36 was used to assess the quality of life in patients with heart failure. Questionnaires were filled by researcher with interviewing patients. For data analysis Mann-whitney, Kruskal-wallis tests and regression by spss 13 were used.

Results: The results indicated that women have formed 57.5 percents of affected patients. The average age of patients was 65.43 ± 12.02 . In aspects of quality of life by means of SF36 tool the maximum and minimum point related to mental health and physical problems respectively. The patients who were younger than 60 years old and married had better quality of life. Women had the weaker quality of life in various aspects than men ($P < 0.05$), and illiterate patients also had the lower quality of life. Studying the relation between attendant diseases and quality of life in patients showed that the patients with history of myocardial infarction, unstable angina, hypertension, diabetes mellitus, and respiratory diseases and also the patients who had CABG operation had the weaker quality of life. There was not any significant relationship between quality of life and history of cigarette smoking, opium addiction, renal diseased and stroke ($P > 0.05$).

Conclusion: On the whole, the results of this study showed that the patients with heart failure haven't desired quality of life, thus, nurses who works for health service wards should try to obtain all essential basis for appropriate care and necessary possibilities for continuous supervisions, follow up, in order to prepare the conditions for patients to enjoy superior quality of life.

Key words: Heart failure, quality of life, coronary care unit

1 - MSc. of Nursing, Hormozgan University of Medical Sciences and Health Services

2 - Corresponding author: MSc. of Nursing & Medical Education, Academic Member, Razi Nursing Faculty, Kerman, Iran

e-mail: Sabzevariz@yahoo.com

3 - MSc. of Nursing, Academic Member, Razi Nursing Faculty, Kerman, Iran

4 - Ph.D of Epidemiology, Academic Member of Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran