

کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران نارسایی مزمن قلبی مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی جیرفت

یونس جهانی^۳

*عصمت نوحی^۲

راضیه سادات بهادر^۱

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی مزمن قلبی یک بیماری پیشرونده و محدود کننده زندگی و از مشکلات شایع تاثیر گذار بر کیفیت زندگی بیماران است. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران نارسایی مزمن قلبی انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی همبستگی است. نمونه پژوهش ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی بیمارستان امام خمینی جیرفت در سال ۱۳۹۳ بودند. در این مطالعه برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا (Minnesota) و پرسشنامه ویژگی‌های فردی استفاده شد که در سه مرحله (بدو پذیرش، زمان ترخیص و یک ماه بعد از ترخیص) تکمیل شدند. نتایج به دست آمده با آزمون‌های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون، Anova، t-test و رگرسیون چند متغیره مورد بررسی قرار گرفت و در سطح معنی داری ($P < 0/05$)، با استفاده از SPSS نسخه ۲۱ گردید تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی بدو پذیرش، زمان ترخیص و یک ماه بعد از ترخیص به ترتیب $22/08 \pm 8/27$ ، $15/66 \pm 8/27$ و $15/08 \pm 7/4$ بود. آزمون آماری پارامتریک در اندازه گیری‌های مکرر بین زمان‌های مختلف اندازه گیری تفاوت معنی داری را نشان داد. به این معنا که کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص به مراتب بهتر از کیفیت زندگی زمان پذیرش و زمان ترخیص بوده است. از طرفی بین کیفیت زندگی و اطلاعات فردی ارتباط معنی داری مشاهده شد.

نتیجه گیری کلی: کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی مزمن قلبی با عواملی چون سطح تحصیلات، سابقه بیماری، طول مدت بیماری، سن، سیگاری بودن تاهل و چاقی ارتباط دارد و سه عامل آخر در کیفیت زندگی یک ماه پس از ترخیص کلیدی تر بوده‌اند. بنابراین ضمن توجه به اهمیت این عوامل، آموزش و مراقبت پیگیر این بیماران مورد تأکید می‌باشد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، بیماران، نارسایی مزمن قلبی

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱/۲۳

^۱ مربی، گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی جیرفت، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.
^۲ استادیار، عضو مرکز تحقیقات فیزیولوژی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، کرمان، ایران. (*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۳۳۴۰۷۷۲۷
Email: e_nuhi@kmu.ac.ir
^۳ استادیار، مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

مقدمه

اگر چه در دو دهه اخیر پیشرفت‌های زیادی در درمان بیماران قلبی اتفاق افتاده است، اما شیوع نارسایی قلبی در حال افزایش است. انجمن قلب آمریکا گزارش کرده است که حدود ۷/۳ درصد از کل مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی به دلیل نارسایی قلبی است^(۱). بیماری قلبی اغلب به نارسایی مزمن قلبی منتهی می‌شود که یک بیماری لاعلاج است و با خستگی شدید و پیشرونده، عدم تحمل به ورزش، احتباس مایعات و تنگی نفس مشخص می‌شود^(۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی نسبت به جمعیت عمومی و نیز نسبت به سایر بیماران مزمن پایین‌تر است^(۳). تشخیص نارسایی قلبی با ۵۰ درصد نرخ مرگ و میر پنج ساله، بروز بالای مرگ ناگهانی، بیماری جسمی و روانی، ناراحتی روحی، اختلال پیشرونده در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی همراه است^(۴). شواهد بسیار زیادی نشان می‌دهد مبتلایان به نارسایی قلبی با پیامدهای فراوان جسمی، روانی، عاطفی و روحی روبرو هستند. همچنین اعضای خانواده که از آنها مراقبت می‌کنند، نیز با مشکلات فراوانی روبرو می‌شوند^(۵). مجموعه این علائم باعث محدودیت‌هایی در فعالیت‌های روزمره، انجام امور شخصی و اجتماعی بیمار می‌گردد که خود باعث کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود^(۶). از طرفی کاهش کیفیت زندگی با بستری شدن‌های مکرر و افزایش مرگ و میر بیمار ارتباط مستقیم دارد^(۷). کیفیت زندگی نامطلوب با تشدید وخامت بیماری، بقای کمتر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران قلبی همراه است^(۸). با توجه به میزان بالای پذیرش‌های بیمارستانی و بستری‌های مجدد که با تشخیص نارسایی قلبی انجام می‌شود^(۹)، این بیماری بار مالی قابل توجهی را بر بیماران و سیستم‌های مراقبت بهداشتی اعمال می‌کند^(۱۰). چندین تیم پژوهشی تجارب بیماران مرحله نهایی نارسایی قلبی را مورد معاینه قرار دادند شرکت کنندگان بارها و بارها گزارش کردند که آنها یک طیف

وسعی از نشانه‌های مشکل ساز را تجربه می‌کنند و به اندازه کافی در مورد بیماریشان و مدیریت آن آگاه نیستند^(۱۱). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کنار مداخله‌های درمانی، احساس خوب بودن و رضایت از زندگی را در کانون اهمیت قرار می‌دهد و از این رو، کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت است اگر چه وابسته به آن می‌باشد^(۱۱). سنجش کیفیت زندگی، بویژه در بیماری‌های مزمن، از اهمیت خاصی برخوردار است زیرا نه تنها سلامت جسمی، بلکه سلامت روانی و اجتماعی بیمار نیز مورد خطر جدی قرار می‌گیرد و بسیاری از آنان بدون امید به بهبودی، زندگی می‌کنند^(۱۲). نارسایی قلبی در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن دیگر، مانند آرتروز و بیماری‌های مزمن انسدادی ریه به علت ایجاد عوارض ناتوان کننده تاثیر بسیار شدیدتری بر کیفیت زندگی بر جای گذاشته و موجب تخریب نقش‌های عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه‌ای می‌شود، از طرفی چون اختلال در کیفیت زندگی اثر منفی بر وضعیت درمانی بیمار دارد، نارسایی قلبی می‌تواند به عنوان یک عامل ایجاد چرخه معیوب در این بیماران محسوب شود^(۱۳). بنابر این 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^(۱۴). در این میان عوامل فراوانی بر کیفیت زندگی بیماران نقش دارند چنانچه در مطالعه‌ای **Drazen** تظاهرات نارسایی قلب را، باعث اختلال در ظرفیت عملکردی و کیفیت زندگی بیماران می‌داند و معتقد است عوامل مرتبط با بیماری، کیفیت زندگی بیماران را دستخوش تغییر می‌کند^(۱۵). علیرغم وجود سابقه تحقیقات متعدد در خصوص کیفیت زندگی بیماران مبتال 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^(۱۶).

بنابراین این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب در زمان پذیرش، زمان ترخیص و یک ماه بعد از ترخیص و عوامل مرتبط با آن صورت گرفت تا بتوان با کسب آگاهی و دانش در زمینه کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران، همگام با اجرای برنامه مراقبتی نسبت به ارتقای آن اهتمام ورزید.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه‌ای مقطعی (توصیفی- همبستگی) است. جامعه پژوهش بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جیرفت می‌باشند که در آن ضمن تعیین ویژگی‌های جمعیت شناختی، به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی و عوامل مرتبط با آن در زمان پذیرش، زمان ترخیص و یک ماه بعد از ترخیص مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهرستان جیرفت در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. شرکت کنندگان در این مطالعه با استفاده از فرمول حجم نمونه و با روش نمونه گیری در دسترس، ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی جیرفت برآورد گردید. به منظور انجام مطالعه، جمع آوری داده‌های مربوط به کیفیت زندگی داده‌ها در سه مرحله، یک بار در بدو پذیرش و مرحله دوم در زمان ترخیص و در مرحله سوم یک ماه بعد از ترخیص جمع آوری شد. در این مطالعه به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از پرسشنامه‌ای متشکل از دو بخش مشخصات جمعیت شناختی و کیفیت زندگی مینه سوتا (MLHFQ) در بیماران نارسایی قلبی استفاده شد. پایایی ابزار پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا در مطالعه Green و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و در مطالعه عباسی و نصیری، ۰/۹۴ گزارش شد^(۱۷). این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال که هر سؤال ۶ معیار دارد و از

صفر تا ۵ نمره گذاری می‌شود (صفر نشان دهنده بهترین حالت و پنج نشان دهنده بدترین حالت) است^(۱۸).

کمترین نمره کسب شده صفر و حداکثر آن ۱۰۵ بوده است. با توجه به سوالات و وضعیت نمره دهی معکوس در این ابزار هر قدر میانگین نمره بیشتر باشد نشان دهنده وضعیت کیفیت زندگی نامطلوبتر در بیمار است^(۱۹). در مطالعه حاضر نیز روایی این پرسشنامه با استناد به منابع معتبر علمی و نظرخواهی از ۱۰ نفر از صاحب نظران دانشکده پرستاری رازی انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در این مطالعه ۰/۷۰ بود. همچنین نمرات پرسشنامه در دامنه ۰-۱۰۰ قرار گرفت (کمینه نمره قدیم - بیشینه نمره قدیم) / ۱۰۰ × (کمینه نمره قدیم - نمره قدیم) = فرمول نمره جدید، تا داده‌ها قابلیت مقایسه داشته باشند.

محقق پس از اخذ مجوزهای لازم از کمیته اخلاق (شماره K/۹۳/۴۷۰) و معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی رازی به مراکز مورد مطالعه مراجعه نموده و اقدام به جمع آوری داده‌ها نمود. در ضمن اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان در مطالعه توضیح داده شد و پس از کسب رضایت شفاهی، همگی آنها در پژوهش شرکت داده شدند. لازم به ذکر است پرسشنامه‌ها برای افراد بی‌سواد به شیوه مصاحبه پر شد و به همه بیماران اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات در نزد پژوهشگر کاملاً محرمانه باقی خواهند ماند.

معیارهای ورود به پژوهش داشتن تشخیص قطعی نارسایی مزمن قلبی (کلاس III و IV)، بستری بودن به مدت هفت روز در بیمارستان، تمایل به شرکت در تحقیق، هوشیاری کامل در زمان پژوهش بود. معیارهای خروج شامل داشتن مشکلات گفتاری و شنوایی، شرایط وخیم اورژانس، معلولیت ذهنی، جسمی و روانی، وقوع حوادث استرس‌زا در ۶ ماه گذشته، بیماری روانی و مصرف داروهای موثر بر روان بود. داده‌ها پس از جمع آوری، وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ گردید. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی، تعداد

تنها ۱۰ درصد آنها تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. در این میان ۴۸ درصد بیماران باز نشسته و ۴۳ درصد خانه‌دار و نه درصد شاغل بودند. ۸۱ درصد بیماران سابقه بستری داشتند. بیشتر بیماران (۶۰٪) سابقه چاقی، ۵۶ درصد سابقه ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن را ذکر کردند. در این مطالعه ۳۹ درصد شرکت کنندگان طول مدت بیماری‌شان بیشتر از ۱۰ سال، ۳۵ درصد بین پنج تا ۱۰ سال، ۱۴ درصد بین پنج تا ۱۰ سال و ۱۲ درصد کمتر از یک سال بود. و ۵۲ درصد آنها سابقه مصرف سیگار نداشتند.

میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی زمان پذیرش (۷۷/۴ ± ۱۵/۰۸) و زمان ترخیص (۶۶/۹۶ ± ۱۵/۶۶) و یک ماه بعد از ترخیص (۲۲/۰۸ ± ۴۲/۸۷) بود که آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد کیفیت زندگی در زمان بعد از ترخیص، بهبود معنی‌داری نسبت به زمان پذیرش داشته است (جدول شماره یک)

و درصد استفاده گردید. نتایج به دست آمده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس و آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری تجزیه و تحلیل شد. همچنین برای بررسی تاثیر هر متغیر در حضور سایر متغیرها و در واقع کنترل اثر آنها رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. مدل نهایی رگرسیون چندگانه با استفاده از روش پسرو (Backward) انجام گرفت و فقط شامل متغیرهای معنی‌دار در سطح معنی‌دار ($P < 0/05$) بوده است.

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سن ابتلا به نارسایی مزمن قلبی $12/17 \pm 69$ سال بود که کم سن و سال‌ترین فرد مبتلا به نارسایی مزمن قلبی شرکت کننده در این مطالعه ۳۹ و مسن‌ترین فرد ۹۵ سال داشت. ۵۷ درصد بیماران را خانم‌ها تشکیل دادند. ۷۳ درصد شرکت کنندگان متأهل بودند. سطح تحصیلات بیشتر شرکت کنندگان (۵۸٪) مقطع راهنمایی بود. ۳۲ درصد بیماران بیسواد بودند و

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی در سه دوره زمانی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی

متغیر	شاخص	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون
Repeated measure ANOVA	کیفیت زندگی زمان پذیرش	۱۰۰	۳۵/۲۴	۱۰۰	۷۷/۴	۱۵/۰۸	F= ۴۳۶/۸۹
	کیفیت زندگی زمان ترخیص	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۶۶/۹۶	۱۵/۶۶	P<0/001
	کیفیت زندگی یک ماه بعد از ترخیص***	۱۰۰	۲/۸۶	۹۷/۱۴	۴۲/۸۷	۲۲/۰۸	

***آزمون اندازه‌گیری تکراری Anova

زندگی مرحله دوم و سوم ارتباط معنی‌داری داشت. بین متغیر سن با کیفیت زندگی در هر سه مرحله ارتباط معنی‌داری آماری ($P < 0/001$) مشاهده شد (جدول شماره ۲).

بین جنس، سابقه بستری، چاقی، تحصیلات و طول مدت بیماری با کیفیت زندگی سه مرحله رابطه معنی‌داری وجود دارد. این در حالی بود که تنها کیفیت زندگی مرحله سوم با تاهل و مصرف سیگار رابطه معنی‌داری داشت. و متغیر ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن با کیفیت

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در سه مرحله و ارتباط آن با متغیرهای زمینه‌ای

متغیر کیفیت زندگی	تعداد	زمان پذیرش		زمان ترخیص		یک ماه بعد از ترخیص	
		میانگین±انحراف معیار	P-Value	میانگین±انحراف معیار	P-Value	میانگین±انحراف معیار	P-Value
جنس	مرد	۵۷	۰/۳۰	۶۳/۳۸±۱۷/۹۲	۰/۷۲	۳۷/۷۱±۲۲/۱۳	* ۰/۴۲
	زن	۴۳	۰/۳۰	۶۹/۶۵±۱۳/۲۵	۰/۷۲	۴۶/۷۶±۲۱/۴۱	* ۰/۴۲
وضعیت تاهل	متاهل	۷۳	۰/۲۳	۶۹/۸۰±۱۸/۳۳	۰/۲۷	۴۸/۲۵±۲۴/۹۲	* ۰/۱۳
	مجرد	۲۷	۰/۲۳	۶۵/۹۱±۱۴/۵۵	۰/۲۷	۴۰/۸۸±۲۰/۷۶	* ۰/۱۳
تحصیلات	بیسواد	۳۲	<۰/۰۰۰۱	۷۴/۹۷±۱۳/۶۴	<۰/۰۰۰۱	۵۴/۸۵±۲۰/۷۷	** <۰/۰۰۰۱
	سیکل	۵۸	<۰/۰۰۰۱	۶۶/۹۷±۱۲/۲۰	<۰/۰۰۰۱	۴۰/۳۶±۱۹/۶۹	** <۰/۰۰۰۱
	دیپلم و بالاتر	۱۰	<۰/۰۰۰۱	۴۱/۲۳±۱۲/۳۴	<۰/۰۰۰۱	۱۹/۱۴±۱۵/۶۸	** <۰/۰۰۰۱
شغل	بازنشسته	۴۸	۰/۲۱	۶۷/۱۰±۱۶/۲۳	۰/۲۴	۴۰/۲۹±۲۲/۳۷	** ۰/۴۷
	شاغل	۹	۰/۲۱	۵۳/۹۶±۲۳/۶۸	۰/۲۴	۳۳/۰۱±۲۳/۱۳	** ۰/۴۷
	خانه دار	۴۳	۰/۲۱	۶۹/۵۲±۱۱/۵۷	۰/۲۴	۴۷/۸۱±۲۰/۸۲	** ۰/۴۷
سابقه بستری	دارد	۸۱	<۰/۰۰۰۱	۷۰/۳۳±۱۳/۴۲	<۰/۰۰۰۱	۴۶/۹۷±۲۰/۹۴	** <۰/۰۰۰۱
	ندارد	۱۹	<۰/۰۰۰۱	۵۲/۵۸±۱۶/۷۰	<۰/۰۰۰۱	۲۵/۴۱±۱۸/۲۸	** <۰/۰۰۰۱
چاقی	بله	۶۰	۰/۳۸	۶۹/۱۹±۱۴/۵۱	۰/۸۱	۴۸/۳۱±۲۲/۶۴	* ۰/۰۰۲
	خیر	۴۰	۰/۳۸	۶۳/۶۱±۱۶/۸۸	۰/۸۱	۳۴/۷۱±۱۸/۶۶	* ۰/۰۰۲
استعمال سیگار	بله	۴۸	۰/۲۰	۷۰/۰۱±۱۵/۵۰	۰/۶۰	۴۹/۹۶±۲۴/۰۲	* ۰/۰۰۲
	خیر	۵۲	۰/۲۰	۶۴/۱۳±۱۵/۴۲	۰/۶۰	۳۶/۳۳±۱۷/۹۹	* ۰/۰۰۲
طول مدت بستری	۱سال >	۱۲	<۰/۰۰۰۱	۴۵/۰۷±۱۴/۳۳	<۰/۰۰۰۱	۲۱/۹۸±۱۵/۷۴	** <۰/۰۰۰۱
	۱تا ۵سال	۱۴	<۰/۰۰۰۱	۶۴/۸۹±۱۰/۷۶	<۰/۰۰۰۱	۳۵/۷۸±۲۰/۷۴	** <۰/۰۰۰۱
	۵تا ۱۰سال	۳۵	<۰/۰۰۰۱	۶۳/۳۷±۱۱/۹۴	<۰/۰۰۰۱	۳۷/۱۱±۱۹/۰۶	** <۰/۰۰۰۱
	۱۰سال <	۳۹	<۰/۰۰۰۱	۷۷/۶۵±۱۱/۴۲	<۰/۰۰۰۱	۵۷/۰۲±۱۸/۲۸	** <۰/۰۰۰۱

* آزمون t-test

** آنالیز واریانس

ترخیص کیفیت زندگی مردان ۱۱/۵۲، افراد که سیگار نمی‌کشیدند ۱۵/۹۲ بهتر از گروه مرجع بوده است. از نظر سن به ترتیب در زمان پذیرش، زمان ترخیص و یک ماه بعد از ترخیص به ازای یک سال افزایش در سن، به طور متوسط نمره کیفیت زندگی ۰/۵۶، ۰/۵۸ و ۰/۹۶ بهتر می‌شود (جدول شماره سه).

رگرسیون خطی چندگانه بررسی تاثیر متغیرهای معنی‌دار در حضور سایر متغیرها در زمان پذیرش نشان داد کیفیت زندگی مردان، افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر و افرادی که سیگار نمی‌کشیدند به میزان ۴/۹۱۲ و ۱۹/۹ و ۴/۲۹ بهتر از گروه مرجع بوده است. در زمان ترخیص کیفیت زندگی مردان ۵/۸۲، افراد با تحصیلات دیپلم ۱۷/۰۷ و بالاتر و افراد که سیگار نمی‌کشیدند به میزان ۶/۵۳ بهتر از گروه مرجع بوده است و در زمان یک ماه بعد از

جدول شماره ۳: تاثیر متغیرهای زمینه‌ای بر کیفیت زندگی در سه مرحله با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه

P- Value	C.I (فاصله اطمینان) %۹۵	ضریب رگرسیون	متغیر مستقل	کیفیت زندگی
			جنس	
		-	زن	
۰/۰۲	-۹/۰۵ و -۰/۷۷	-۴/۹۱۲	مرد	
			تحصیلات	
		-	بیسواد	زمان پذیرش
۰/۱۱	-۸/۵۶ و -۰/۹۳	-۳/۷۹	سیکل	
<۰/۰۰۱	-۲۸/۴۹ و -۱۱/۴	-۱۹/۹	دیپلم و بالاتر	
۰/۰۲			استعمال سیگار	
		-	می کشد	
		-۴/۲۹	نمی کشد	
<۰/۰۰۱	۰/۳۷ و ۰/۷۵	۰/۵۶	سن	
<۰/۰۱۳			جنس	
		-	زن	
	-۱۰/۳۸ و -۱/۲۵	-۵/۸۲	مرد	
			تحصیلات	
		-	بیسواد	زمان ترخیص
۰/۷۰۱	-۶/۲۳ و ۴/۱۹	-۱/۰۲۲	سیکل	
<۰/۰۰۱	-۲۶/۴۵ و -۷/۶۹	-۱۷/۰۷	دیپلم و بالاتر	
<۰/۰۰۱			استعمال سیگار	
		-۶/۵۳	می کشد	
		-۲/۲۵ و -۲۱/۸۱	نمی کشد	
<۰/۰۰۱	۰/۳۸ و ۰/۷۹	۰/۵۸	سن	
			جنس	
۰/۰۱۱		-	زن	
	-۱۸/۱۱ و -۴/۹۴	-۱۱/۵۲	مرد	
			استعمال سیگار	یک ماه بعد از ترخیص
<۰/۰۰۱	-۲۲/۴۴ و ۹/۴	-	می کشد	
		-۱۵/۹۲	نمی کشد	
<۰/۰۰۱	۰/۶۹ و ۱/۲۳	۰/۹۶	سن	

* مرجع هر متغیر گروه ۱

رضایت بخش این بیماران طی بستری باشد. یافته‌های مطالعه Evangelista و همکاران در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان داد که مشاوره‌های مراقبتی سبب بهبود علائم، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران شده است^(۲۰). مطالعه Johansson و همکاران نشان داد که کیفیت زندگی بیماران در زمان بستری پایین بوده است^(۲۱). حیدر زاده و همکاران نیز در بررسی خود

بحث و نتیجه‌گیری

تغییر در کیفیت زندگی یک مشکل مهم در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است^(۱۰) براساس نتایج مطالعه، کیفیت زندگی این بیماران بدو پذیرش در بیمارستان نامطلوب بوده است ولی به مرور زمان و تا یک ماه بعد از ترخیص به سمت وضعیت مطلوب تغییر یافته است که این تغییرات می‌تواند ناشی از تاثیرات فرایند درمان و مراقبت

بنابراین می‌توان گفت یکی از دلایل کیفیت زندگی نامطلوب در بیماران که مدت زمان طولانی‌تری از ابتلا به بیماری آنان سپری شده، این است که بیماری و عوارض ناشی از آن، در طول زمان محدودیت‌هایی در روند زندگی بیماران ایجاد نموده و نحوه زندگی آنان را متأثر می‌سازد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه با افزایش سن، کیفیت زندگی نامطلوب‌تر می‌شود، که این امر با توجه به مشکلات فیزیکی و روحی روانی عدیدهای که سالمندان با آن سروکار دارند، منطقی به نظر می‌رسد. در همین راستا Johansson و همکاران در تحقیق مشابهی در مورد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گزارش کردند که ارتباط معنی‌داری بین سن و کیفیت زندگی وجود دارد و افزایش سن با کاهش کیفیت زندگی بیماران همراه است^(۳۰). همچنین Parajon و همکاران در مطالعه‌ای ارتباط نمرات کیفیت زندگی را با مشخصات جمعیت شناختی و بالینی مبتلایان به نارسایی قلبی سنجیدند و نشان دادند با افزایش سن، نمرات حاصل از پرسشنامه مینه سوتا افزایش یافته و کیفیت زندگی بیماران ضعیف‌تر می‌گردد^(۳۱). در این رابطه راهنورد و همکاران در مطالعه خود ارتباطی بین این دو متغیر نیافتند^(۳۲). از طرفی Carson و همکاران گزارش کردند، مبتلایان با سنین پایین‌تر از ۶۵ سال کیفیت زندگی به مراتب بهتری نسبت به افراد مسن‌تر داشته‌اند^(۳۳). همچنین در مطالعه دیگری، Masoudi و همکاران کیفیت زندگی و حالات عملکردی مبتلایان به نارسایی قلبی را در دو گروه سنی کمتر و بیشتر از ۶۵ سال بررسی نمودند. در بررسی آنان بیماران بالاتر از ۶۵ سال، با وجود شدت نارسایی قلبی بیشتر نسبت به بیماران جوان‌تر، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند^(۳۴). در مطالعه شجاعی و همچنین در مطالعه عباسی و همکاران با افزایش سن کیفیت زندگی نامطلوب‌تر می‌شود^(۳۵،۳۶).

در مطالعه حاضر بین اضافه وزن (چاقی) و کیفیت زندگی زمان پذیرش و یک ماه بعد از ترخیص ارتباط معنی‌داری

کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی را نامطلوب یافتند^(۳۷). نتایج مطالعه یوسفی و همکاران نیز حاکی از آن است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان در ابعاد جسمی و روانی، نسبت به پژوهش‌های مشابه ضعیف‌تر بوده است^(۳۸). همگی مطالعات بالا نتایج پژوهش ما را در رابطه با نامطلوب بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در بدو ورود تأیید می‌کند. در بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی، نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی در افرادی که کمتر از یک سال از بیماری آنها گذشته وضعیت مطلوب‌تری داشته‌اند. عباسی و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود نشان دادند با طولانی‌تر شدن طول مدت بیماری، کیفیت زندگی بیماران نامطلوب شده است و همچنین توانایی عملکردی بیماران به شدت کاهش می‌یابد^(۳۹). همچنین Masoudi در مطالعه خود نشان داد با افزایش طول مدت بیماری، کیفیت زندگی افراد ضعیف‌تر می‌شود^(۴۰). رهنورد و همکاران در تحقیق خود ارتباط معنی‌دار و معکوسی بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی یافتند. آنها معتقدند با افزایش مدت ابتلا به بیماری، بیماران مشکلات بیشتری را تجربه کرده و کیفیت زندگی خود را نامطلوب بیان نموده‌اند^(۴۱). شجاعی نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که ۳۰/۴ درصد بیماران که طول مدت ابتلا به بیماری در آنها کمتر از ۱۲ ماه بوده است، کیفیت زندگی خود را مطلوب گزارش کرده‌اند، یعنی با طولانی‌تر شدن بیماری کیفیت زندگی تحت تأثیر قرار گرفته و نامطلوب توصیف شده است^(۴۲). Arnold و همکاران در این باره می‌نویسند نارسایی قلبی بیماری مزمن و پیش رونده‌ای 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^(۴۳). Hwang و همکاران نشان دادند که بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی، ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد^(۴۴). از آنجا که نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر مشابه می‌باشد

افرادی که جدا شده‌اند یا همسر آنها فوت کرده است از کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار بودن^(۲۶) Verma و همکاران به این نتیجه رسیدند که داشتن شریک زندگی با بهبود ظرفیت عملکردی پایه و همچنین بهبود کیفیت زندگی همراه است^(۲۴).

در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلا و کیفیت زندگی در سه مرحله ارتباط معنی‌داری مشاهده شد که با پژوهش‌های زیر همخوانی داشت. در پژوهش شجاعی و همکاران نیز بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری را نشان داد به عبارت دیگر با بالا رفتن سطح تحصیلا، کیفیت زندگی بیماران نیز وضعیت مطلوب‌تری یافته است^(۲۶). در مطالعه رهنورد و همکاران نیز این ارتباط معنی‌دار گزارش شد^(۲۵). همچنین Barbareschi و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بیماران با تحصیلات پایین بدترین شرایط فیزیکی و عملکردی را در کیفیت زندگی شان گزارش کرده‌اند^(۲۵). در این مطالعه بین مصرف سیگار با کیفیت زندگی مرحله سه رابطه معنی‌داری وجود داشت به این صورت که افراد غیرسیگاری یک ماه بعد از ترخیص کیفیت زندگی بهتری نسبت به سیگاری‌ها داشتند. در پژوهش عابدی و همکاران نیز افراد غیر سیگاری از سلامت عمومی و عملکرد جسمی بهتری برخوردار بودند. این ارتباط منفی و معنی‌دار در پژوهش‌های مختلفی گزارش شده است^(۲۴،۲۶).

بیماری نارسایی مزمن قلبی تاثیر قابل توجهی در زندگی روزمره این بیماران دارد. این بیماری مانع فعالیت فیزیکی شده و در مسئولیت پذیری، کار و نقش‌های اجتماعی تداخل ایجاد می‌کند که می‌تواند سبب نارضایتی از کیفیت زندگی در این بیماران شود^(۱۴). بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، واحدهای مورد پژوهش در بدو پذیرش به بیمارستان از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبودند اما بعد از بستری در بیمارستان و دریافت مراقبت‌های پرستاری، کیفیت زندگی در آنها بهبود معنی‌داری داشته است. با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان دریافت که با

مشاهده شد که با مطالعه Carson و همکاران همخوانی داشت به این صورت که بیمارانی که BMI بالاتری داشتند به همان نسبت از کیفیت زندگی ضعیف‌تری برخوردار بودند^(۳۲). عباسی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شاخص توده بدنی (BMI) با هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی ارتباطی نداشت^(۲۰). البته می‌توان یادآور شد که در مطالعه حاضر و Carson میانگین شاخص توده بدن بالاتر از حد طبیعی بود که موجب تاثیر منفی بر کیفیت زندگی و توانایی عملکردی بیماران شده است، ولی در مطالعه عباسی این شاخص در حد طبیعی بوده است. در همین راستا Mariotti و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که کاهش وزن بدن بر اساس رژیم غذایی سبب بهبود کیفیت زندگی و حتی عملکرد قلبی می‌شود^(۳۳).

در این مطالعه بین کیفیت زندگی در هر سه مرحله و سابقه بستری ارتباط معنی‌داری مشاهده شد که با پژوهش‌های ذیل همخوانی داشت. در مطالعه عباسی و همکاران تعداد دفعات بستری بیماران با کیفیت زندگی جسمی و روانی آنها ارتباط معناداری داشت^(۳۳). در مطالعه Parajon و همکاران نیز بین کیفیت زندگی و سابقه بستری ارتباط معنی‌داری مشاهده شد^(۳۱). مطالعه حاضر در رابطه با دفعات بستری شدن در بیمارستان با مطالعه شجاعی همخوانی داشت یعنی با افزایش دفعات بستری کیفیت زندگی نامطلوب‌تر می‌شود^(۲۶). رهنورد و همکاران نیز در تحقیق خود ارتباط معنی‌داری بین این دو متغیر یافتند^(۲۲). Johansson و همکاران بیان می‌کنند که در بیماران با کیفیت زندگی پایین احتمال بستری شدن‌های مکرر بیشتری باشد چرا که این بیماران با گذشت زمان علایم فراوان‌تر و شدیدتری را تجربه می‌کنند و بستری شدن ضرورت بیشتری می‌یابد^(۲۰).

در مطالعه حاضر بین وضعیت تاهل و کیفیت زندگی مرحله سوم ارتباط معنی‌داری مشاهده شد به این صورت که افراد مجرد کیفیت زندگی نامطلوب‌تری نسبت به متأهل‌ها داشتند. در پژوهش شجاعی افراد متأهل نسبت به

مدیریت بیماری، ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی آنان موثر باشد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری می باشد که با حمایت دانشکده پرستاری مامایی رازی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است. همچنین از کارکنان و کادر پزشکی بیمارستان های امام خمینی جیرفت و همکاران محترم در بخش های سی سی یو و پست سی سی یو که در اجرای این طرح نهایت همکاری را داشتند تشکر و قدردانی می شود.

استعانت از برنامه مراقبتی، یک ماه پس از ترخیص شاهد کیفیت زندگی مطلوب تری در بیماران بوده ایم و مجموعه ای از عوامل از جمله استعمال سیگار و سن... بر روی کیفیت زندگی این بیماران تاثیر منفی داشته است بنابراین پیشنهاد می شود برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران انجمن بیماری های قلب و عروق که این بیماران را تحت پوشش قرار می دهند، برنامه های مدون مراقبت تسکینی جهت مقابله با مشکلات این بیماران برگزار نماید. ارائه آموزش های لازم به این بیماران می تواند در

فهرست منابع

1. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics-2014 update. *Circulation*. 2014;129(3): e28-e292.
2. Howlett JG. Palliative care in heart failure: addressing the largest care gap. *Curr Opin Cardiol*. 2011;26(2):144-8.
3. Comin-Colet J, Lainscak M, Dickstein K, Filippatos GS, Johnson P, Lüscher TF, et al. The effect of intravenous ferric carboxymaltose on health-related quality of life in patients with chronic heart failure and iron deficiency: a subanalysis of the FAIR-HF study. *Eur Heart J*. 2013;34(1):30-8.
4. Trotte LC, Lima CFdM, Lima VCdS, Cunha CV, Caldas CP. Palliative care in heart failure: integrative review. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2014;8(2):442-9.
5. Metzger M, Norton SA, Quinn JR, Gramling R. Patient and family members' perceptions of palliative care in heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2013;42(2):112-9.
6. Rector TS, Anand IS, Cohn JN. Relationships between clinical assessments and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. *J Card Fail*. 2006;12(2):87-92.
7. Sanders JJ, Robinson MT, Block SD. Factors impacting advance care planning among African Americans: results of a systematic integrated review. *J Palliat Med*. 2016;19(2):202-27.
8. Havik OE, Sivertsen B, Relbo A, Hellesvik M, Grov I, Geiran O, et al. Depressive symptoms and all-cause mortality after heart transplantation. *Transplantation*. 2007;84(1):97-103.
9. Shahrababaki PM, Nouhi E, Kazemi M, Ahmadi F. [Defective support network: a major obstacle to coping for patients with heart failure: a qualitative study]. *Global health action*. 2016;9. Persian
10. Bahador RS, Nouhi E, Jahani Y. [The study of palliative care and its relationship with quality of life in patients with chronic heart failure. in 2014-2015]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016;5(4):35-46. Persian
11. Ferrans C, Powers M. Quality of life index: development and psychometric properties. *Rech Soins Infirm*. 2007 (88):32-7.
12. Shahrababaki PM, Nouhi E, Kazemi M, Ahmadi F. [Family Support as a Reliable Resource for Coping in Patients with Heart Failure]. *Acta Medica Mediterranea*. 2016;32:873-8. Persian
13. Chang LR. Patients' perspectives in following hypertensive guidelines on sodium intake and lifestyle modifications in panama. Msc thesis in public Health. Tampa: College of Public Health, University of South Florida 2013.
14. Shahrababaki PM, Nouhi S, Kazemi M, Ahmadi F. Evaluation of Preventive Self-care Behaviors and Its Related Factors in Patients with Heart Failure. *Br J Med Med Res*. 2016;12(6):1-8.
15. Goldman L, Ausiello DA. Cecil medicine: Saunders Elsevier Philadelphia^ ePA PA; 2008.
16. King CR, Hinds PS. Quality of life: from nursing and patient perspectives: Jones & Bartlett Publishers; 2011.

17. Abbas A, Naseeri H. [Dedicated tools for quality of life in patients with chronic heart failure]. *Journal of School of Nursing and Midwifery, Gorgan University*; 2006;2: 41-5. Persian.
18. Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, Spertus JA. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2000;35(5):1245-55.
19. Behloul H, Feldman DE, Ducharme A, Frenette M, Giannetti N, Grondin F, et al. Identifying relative cut-off scores with neural networks for interpretation of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2009;2009:6242-6. doi: 10.1109/IEMBS.2009.5334659.
20. Evangelista LS, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. *J Card Fail*. 2012;18(12):894-9.
21. 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;5(1):5-15.
22. Heidarzadeh M, Hasani P, Rahimzadeh A, Ghahramanian A, Kolahdouzi Pour J, Yousefi I. [Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people]. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2013;23(1):13-21. Persian
23. Yousefi P, Sabzevari Q, Mohammad S, Haghdoost AS. [Quality of life in patients with heart failure admitted to university]. *Nursing Research*. 2011;6(21): 59-67. Persian.
24. Abbasi A, Asayesh H, Hosseini A, Ghorbani A, Rohi GH, Rahmani H, et al. [The relation of functional ability of patients affected with heart failure and quality of life. *Iran South Med J*. 2010; 1: 31-40. Persian.
25. Masoudi FA, Rumsfeld JS, Havranek EP, House JA, Peterson ED, Krumholz HM, et al. Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail*. 2004;10(5):368-73.
26. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour K. [An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure]. *Journal of hayat*. 2006;12(1):77-86. Persian.
27. Shojaei F. [Quality of Life in Patients with Heart Failure]. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*, 2008; 14(2):5-13. Persian.
28. 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
29. Hwang SL, Liao WC, Huang TY. Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Jpn J Nurs Sci*. 2014;11(4):290-8.
30. Johansson P, Broström A, Dahlström U, Alehagen U. Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008;7(4):269-76.
31. Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Use of the "Minnesota Living With Heart Failure" quality of life questionnaire in Spain. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. 2004;57(2):155-60.
32. Carson P, Tam SW, Ghali JK, Archambault WT, Taylor A, Cohn JN, et al. Relationship of quality of life scores with baseline characteristics and outcomes in the African-American heart failure trial. *J Card Fail*. 2009;15(10):835-42.
33. Mariotti R, Castrogiovanni F, Canale ML, Borelli G, Rondinini L. Weight loss and quality of life in chronic heart failure patients. *J Cardiovasc Med*. 2008;9(6):576-80.
34. Verma AK, Schulte PJ, Bittner V, Keteyian SJ, Fleg JL, Piña IL, et al. Socioeconomic and partner status in chronic heart failure: Relationship to exercise capacity, quality of life, and clinical outcomes. *Am Heart J*. 2017;183:54-61.
35. Barbareschi G, Sanderman R, Leegte IL, Van Veldhuisen DJ, Jaarsma T. Educational level and the quality of life of heart failure patients: a longitudinal study. *J Card Fail*. 2011;17(1):47-53.
36. Abedi HA, Yasaman AM, Abdeyazdan GH. [Quality of life in heart failure patients referred to the Kerman outpatient centers, 2010]. *J Sharekord Univ Med Sci*. 2011; 13(5): 55-63. Persian.

Quality of Life and its Related Factors in Patients with CHF, Referring to Jiroft Imam Khomeini Hospital

Bahador R. MS.¹

*Nouhi E. PhD²

Jahani Y. PhD³

Abstract

Background & Aim: Chronic heart failure, as a progressive and life-limiting illness, is a rampant problem which affects the quality of life of patients. Hence, this study was carried out to investigate the relationship between quality of life and related factors in patients with chronic heart failure.

Material & Methods: This is a cross-sectional study with a descriptive-correlational design. In this research, 100 patients with chronic heart failure were selected from Jiroft Imam Khomeini Hospital in 2015. Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) and demographic questionnaires were used to collect data. The questionnaires were completed in three stages (admission time, discharge time, and one month after discharge). The obtained results were analyzed, using parametric statistical tests including, Pearson correlation coefficient (r), t-test, repeated measure ANOVA, and multivariate regression. The data were analyzed using SPSS (V. 21), with the significance level set at (P<0.05).

Results: The results showed that the quality of life at the beginning of patients admission, at discharge time, and one month after discharge were 77.4 ± 15.08 , 66.96 ± 15.66 , 42.87 ± 22.08 , respectively. The parametric statistical test in repeated measures over different time points showed significant difference in quality of life. It means that the quality of life was much better a month after discharge in comparison with the quality of life at admission and discharge time. Moreover, a significant relationship was observed between the quality of life and demographic data.

Conclusion: Quality of life in patients with chronic heart failure has a relationship with factors such as education, disease background, duration of the disease, age, smoking, marital status and obesity. The last three factors have been more effective on the quality of life a month after discharge. Thus, regarding the importance of these factors, education and follow-up care are highly emphasized.

Keywords: Quality of life, Patients, Chronic Heart Failure

Received: 7 Jan 2017

Accepted: 12 Apr 2017

¹. Instructor, MS in nursing, Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran.

². Assistant Professor, Physiology Research Center, Department of Med- surge Nursing Razi, School of Nursing & Midwifery, Kerman University of Medical Sciences. (*Corresponding Author) TEL:09133407727
Email: e_nuhi@kmu.ac.ir

³. Assistant Professor, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.