

کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سکت قلبی مراجعه کننده

به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

*علی حسن پور دهکردی^۱ علی اکبر نظری^۲ محمدسعید حیدرنژاد^۳ احمدعلی اسدی نوقابی^۴
نسرین فروزنده^۵ کرملی کثیری^۶ رضا مسعودی^۷ احمد موسوی^۸ سید مسیح حسینی^۹

چکیده

زمینه و هدف: بیماری های ایسکمیک قلب علت اصلی مرگ و میر در اکثر کشورهای جهان از جمله ایران می باشد و مشکلات زیادی در ابعاد گوناگون کیفیت زندگی ایجاد می کنند. پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی، تحلیلی است که به منظور بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سکت قلبی مراجعه کننده به بیمارستان هاجر دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد انجام گرفته است.

روش بررسی: در این پژوهش ۱۵۰ بیمار مبتلا به سکت قلبی بستری در بخش CCU بیمارستان هاجر(س) دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد که بیش از هشت هفته از بیماری آن ها می گذشت، به روش غیراحتمالی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. گردآوری داده ها از طریق مصاحبه، گزارش خود بیمار و مراجعه به پرونده های آنان انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش ویژگی های دموگرافیک، ویژگی های بیماری و سئوالات مربوط به کیفیت زندگی برگرفته از پرسشنامه استاندارد SF36 بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمارتوصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آزمون کای اسکوتر به کمک نرم افزار SPSS انجام گرفت.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد میانگین و انحراف معیار سن بیماران $(55/7 \pm 10/5)$ سال بود و اکثریت افراد (۵۳درصد) کیفیت زندگی نسبتاً مطلوبی داشتند. طبق نتایج حاصله بین بازنشستگی، بیمه طول مدت بیماری، بعد سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی و خواب با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین نتایج بیانگر آن بود که بین وضعیت عمومی با عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی و بین بعد عملکرد فیزیکی با وضعیت اجتماعی و خواب ارتباط آماری معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$). ولی بین سایر ابعاد کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت. علاوه بر این بین سایر متغیرهای دموگرافیک مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی افراد نیز با کیفیت زندگی آنان ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. همچنین نتایج نشان داد بیمارانی که از درد رنج می بردند در مقایسه با بیمارانی که هیچ گونه دردی نداشتند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند. و آنالیز آماری ارتباط معنی داری بین شدت درد، کاهش یا از دست دادن عملکرد شغلی و خستگی با کیفیت زندگی نشان داد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به این که خستگی، درد و کاهش یا از دست دادن عملکرد شغلی باعث کاهش کیفیت زندگی می شوند. توصیه می شود گروه پزشکی به ویژه پرستاران در برنامه ریزی مراقبتی زمان بستری و بعد از ترخیص به این مشکلات توجه کنند، زیرا عدم رسیدگی به هر یک از مسائل فوق باعث اختلال در کیفیت زندگی بیماران می شود.

کلید واژه ها: سکت قلبی - کیفیت زندگی - عوامل مرتبط

تاریخ دریافت: ۸۶/۸/۲۲

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۱/۱۶

^۱ مربی گروه داخلی جراحی، رحمتیه، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو مرکز تحقیقات سلولی مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر کرد، چهارمحال و بختیاری، ایران (*مؤلف مسؤل)

^۲ استادیار گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

^۳ استادیار گروه بیولوژی، دانشگاه شهر کرد، چهارمحال و بختیاری، ایران

^۴ مربی گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

^۵ مربی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر کرد، چهارمحال و بختیاری، ایران

^۶ استادیار گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر کرد، چهارمحال و بختیاری، ایران

^۷ مربی گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر کرد، چهارمحال و بختیاری، ایران

^۸ استادیار گروه بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، خوزستان، ایران

^۹ مربی گروه بافت شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، همدان، ایران

مقدمه

بیماری های قلب و عروق از جمله بیماری های مزمنی محسوب می شوند که نه تنها شمار مرگ و میر بالایی را به خود اختصاص می دهند. بلکه در دراز مدت باعث ایجاد محدودیت در زندگی می شوند.^(۱) تا سال ۲۰۲۰ بیماری های قلبی عروقی و (سکته مغزی) به ترتیب اولین و چهارمین علت ناتوانی، در فهرست بیماری های ناتوان کننده خواهند بود.^(۲) طبق آمار انجمن قلب آمریکا، نزدیک به ۱/۵ میلیون سکته قلبی هر سال در آمریکا اتفاق می افتد. که یک سوم این افراد قبل از رسیدن به بیمارستان فوت می کنند.^(۳،۴) طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی بیماری های قلب و عروق ۲۰ درصد از علل مرگ در دنیا و ۳۵ درصد مرگ و میر در ایران را به خود اختصاص می دهند. و یکی از علل اصلی مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه می باشند.^(۵،۶) برای مراقبت از این بیماران باید به همه جنبه های زندگی توجه شود.^(۷) سکته های قلبی بر روی ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران تأثیر می گذارند.^(۸) شاخص کیفیت زندگی با سلامت فیزیکی، روانی، داشتن روابط رو به پیشرفت با مردم، شرکت در فعالیت های اجتماعی و داشتن حس خود شکوفایی مورد توجه قرار می گیرد.^(۹) از ویژگی های بیماری قلبی درد، خستگی، تغییر در تصویر ذهنی، استرس، کاهش فعالیت و از دست دادن عملکرد می باشد.^(۹،۸) خستگی بر روی عملکرد، احساس خوب بودن و ارتباط با دیگران تأثیر منفی دارد خستگی حاد با فعالیت شروع می شود و با استراحت بر طرف می گردد. ولی خستگی در بیماران قلبی به صورت مزمن می شود و به شدت بر روی کیفیت زندگی تأثیر دارد.^(۱۰) اثرات سکته قلبی شامل: اختلال در عملکرد میوکارد، تغییر در شرایط فیزیکی،

اختلالات روانی، از بین رفتن امنیت کاری، کاهش فعالیت تفریحی و ارتباطات اجتماعی، ترس و نگرانی از آینده، اختلال در روابط بین فردی و نقش خانواده ها می باشد. که پیامدهای آن خستگی، عدم تحمل فعالیت، ترس و اضطراب می باشد.^(۱۱) در پژوهشی که توسط Urbana و Louise بر روی کیفیت زندگی بیماران قلبی انجام شد نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران بعد از سکته قلبی کاهش پیدا کرده است اما مطالعاتی که بر روی بیماران مبتلا به سکته قلبی و نارسایی درجه میترال و فیبرلاسیون دهلیزی انجام شده نشان می دهد که کیفیت زندگی این بیماران به شدت کاهش یافته است.^(۱۲-۱۶) نتایج مطالعات Brown ، Hemingway ، Collins و همکاران نشان داد کیفیت زندگی بعد از سکته قلبی مخصوصاً بعد فیزیکی آن بیشتر کاهش می یابد.^(۱۷-۱۹)

طی دو دهه گذشته علاقه مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن به صورت یک هدف در آمده است.^(۱۱)

با عنایت به این که در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران قلبی کمتر پرداخته شده است، شناخت این عوامل به کادر بهداشتی و درمانی کمک می کند تا فعالیت های خود را در جهت ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی سازماندهی نمایند. خصوصاً پرستاران که ارتباط نزدیکی با این بیماران دارند، می توانند تأثیر سکته قلبی و ویژگی های آن را بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری های قلبی بررسی کنند تا با شناسایی این عوامل گامی در جهت تعدیل مشکلات این بیماران بر دارند به طوری که با ارائه مشکلات به سازمان های ذیربط، اجتماعی و

خانواده بیماران علاوه بر آگاهی دادن به آنان همکاری لازم را در جهت بهبود کیفیت زندگی جلب نمایند. لذا با توجه به مطالب بیان شده پژوهش گر مطالعه حاضر را به منظور بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سکته قلبی طراحی و اجرا نموده است.

روش بررسی

نمونه پژوهش شامل ۵۰ بیمار مبتلا به سکته قلبی بودند که سابقه بستری در بخش CCU بیمارستان هاجر (س) دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد را داشتند که به صورت نمونه گیری غیر تصادفی انتخاب شدند و بعد از این که هشت هفته از مرحله حاد بیماری آن ها گذشته بود در تحقیق شرکت کردند. حداقل سن آن ها ۱۸ سال یا بیشتر بود، دارای بیماری های مزمن و پر خطر مانند آسم، برونشیت، برونشکتازی، نارسایی کلیه، سیروز، هیپاتیت، و یا هر گونه بیماری مزمن دیگری نبودند، و تنها سابقه سکته قلبی داشتند و تحت درمان با داروهای قلبی بودند.

در این پژوهش روش جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه و گزارش خود بیمار و ثبت اطلاعات با مراجعه به پرونده بیمار بود. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه که شامل سه قسمت بود:

۱- قسمت اول خصوصیات دموگرافیک، ۲- قسمت دوم شامل سئوالاتی مربوط به ویژگی های سکته قلبی از قبیل، درد ناشی از سکته قلبی، کاهش یا از دست دادن عملکرد و خستگی بود.

۳- قسمت سوم بررسی ابعاد کیفیت زندگی بود که خود شامل چهار بخش می باشد:

بخش اول: سئوالات مربوط به وضعیت عمومی (سلامت

جسمی و روانی) شامل ۲۳ سئوال. بخش دوم: سئوالات مربوط به فعالیت جسمی ۱۱ سئوال. بخش سوم: سئوالات مربوط به وضعیت اجتماعی- عملکرد شغلی شامل ۱۴ سئوال و بخش چهارم: سئوالات مربوط به وضعیت خواب شامل ۸ سئوال می باشد. جهت جمع آوری اطلاعات از ترکیبی از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی و قلبی که بوسیله پژوهشگران ایرانی بومی سازی شده بود و دارای روایی و پایایی بالایی بود و بدنه اصلی آن بر اساس پرسشنامه SF36 بود استفاده شد.^(۱۲) این پرسشنامه شامل ۵۶ سوال در ۴ حوزه وضعیت عمومی (سلامت جسمی و روانی)، فعالیت جسمی، وضعیت اجتماعی عملکرد شغلی و وضعیت خواب می باشد. پاسخ هر یک از سئوالات به صورت یک معیار درجه بندی شده از امتیاز یک تا ۳ تنظیم شد که امتیاز یک نشانگر وضعیت نامطلوب و امتیاز ۳ نشانگر وضعیت مطلوب فرد است. اعتماد علمی ابزار از طریق اعتبار محتوا صورت گرفت همچنین پایایی ابزار از روش دو نیمه کردن استفاده شد و ضریب همبستگی حاصل از نمرات دو نیمه آزمون با استفاده از فرمول اسپیرمن - براون، ۹۲ درصد محاسبه گردید؛ پژوهشگر با توجه به هماهنگی های انجام شده قبلی با بیماران شخصاً هر روز به بیماران مراجعه نموده، پس از معرفی خود به واحد های پژوهشی که واجد شرایط بودند، هدف از انجام پژوهش را بازگو نموده و بعد از اعلام آمادگی واحدهای مورد پژوهش برای پاسخگویی، پرسشنامه توسط خود پژوهشگر از طریق مصاحبه تکمیل شده. همچنین برای دستیابی به بعضی از اطلاعات نظیر شدت

درد و خستگی از خود گزارشی استفاده شده که برای اندازه گیری درد از مقیاس نمودار تصویری سیدل و همکاران استفاده شد و برای سنجش خستگی از نمودار روتن استفاده شد و روند تا تکمیل تعداد نمونه های پژوهش ادامه داشت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آزمون کای اسکوتر به کمک نرم افزار SPSS انجام گرفت.

یافته ها

یافته های مطالعه در ۱۵۰ نفر از بیماران مبتلا به سکته قلبی بیانگر آن است که میانگین سن بیماران ۵۵/۷±۱۰/۵ در مجموع ۵۷ درصد مذکر ۴۱ درصد بی سواد، ۵۰ درصد دیپلم و کمتر و ۹ درصد تحصیلات

بالتر از دیپلم، ۵۱ درصد بازنشسته، ۷۲ درصد بیکار، ۷۸ درصد درآمد خانواده تأمین کننده مخارج زندگی نبود، ۵۷ درصد تحت حمایت هیچ گونه سازمانی نبودند. اکثریت واحدهای پژوهش ۹۵ درصد به عبادت و راز و نیاز با خدا امیدوار بودند ۵۷ درصد به طور متوسط بعد از بیماری قادر به اداره زندگی خود بودند، ۴۸ درصد به طور متوسط با بیماری خود سازگار شده بودند، ۳۲ درصد به طور متوسط به بیماری و نتایج آن فکر می کردند. میانگین نمره کسب شده و حداکثر نمره ممکن ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته قلبی در جدول شماره (۱) آمده است.

جدول شماره ۱- میانگین نمره کسب شده و حداکثر نمره ممکن ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته قلبی

ابعاد کیفیت زندگی	میانگین و انحراف معیار	حداکثر نمره ممکن
وضعیت عمومی (سلامت جسمی، روانی، هیجانی)	۴۲±۳/۲۳	۶۹
فعالیت جسمی	۹±۱/۲۱	۳۳
وضعیت اجتماعی- عملکرد شغلی	۲۵±۲/۱۴	۴۲
وضعیت خواب	۲۲±۲/۱۵	۲۴

در رابطه با کیفیت زندگی نتایج نشان داد کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۵۲/۷ درصد نسبتاً مطلوب و در رابطه با هر یک از ابعاد کیفیت زندگی نتایج نشان داد: بعد وضعیت عمومی اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۶۲ درصد نسبتاً مطلوب بود و شایع ترین مشکل وضعیت عمومی (سلامت جسمی و روانی) بر کیفیت زندگی به ترتیب اختلال در مراقبت از خود ۴۸ درصد، اشکال در دفع ادرار و مدفوع ۱۱ درصد، مشکل در خرید منزل ۵۳ درصد. بعد فعالیت

جسمی اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۶۲ درصد نامطلوب بود و بیشترین مشکل بعد فعالیت جسمی مؤثر بر کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش ۵۰-۴۰ درصد اختلال در فعالیت های روزمره، روابط جنسی، حمام کردن، ورزش و پیاده روی بود. بعد وضعیت اجتماعی- عملکرد شغلی اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۶۴/۷ درصد نسبتاً مطلوب بود و بیشترین مشکل بعد وضعیت اجتماعی- عملکرد شغلی مؤثر بر کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش به

و خواب با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین نتایج بیانگر آن بود که بین وضعیت عمومی با عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$) و بین بعد عملکرد فیزیکی با وضعیت اجتماعی و خواب ارتباط آماری معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$). ولی بین سایر ابعاد کیفیت زندگی با همدیگر ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت.

ترتیب ۵۸ درصد به طور متوسط از ارتباط خود با خانواده راضی بودند، اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۸۵ درصد در مراسم مذهبی شرکت می کردند. بعد وضعیت خواب اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۶۱ درصد مطلوب بود. ۵۱ درصد به هیچ وجه مشکل بی خوابی، اختلال در تداوم خواب و تأخیر در به خواب رفتن نداشتند. طبق نتایج حاصله بین بازنشستگی، بیمه، بعد سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی

جدول شماره ۲- ارتباط طول مدت بیماری با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سکته قلبی

کیفیت زندگی	نا مطلوب	نسبتاً مطلوب	مطلوب	جمع
طول مدت بیماری	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
کمتر از یکسال	۱۱ (۳۵)	۱۲ (۳۹)	۸ (۲۶)	۳۱ (۲۰/۷)
۱-۳ سال	۱۷ (۱۸/۳)	۵۸ (۶۳/۴)	۱۸ (۱۹/۳)	۹۳ (۶۲)
بالاتر از ۳ سال	۱۲ (۴۶)	۹ (۳۵)	۵ (۱۹)	۲۶ (۱۷/۳)
نتیجه آزمون	$P < 0/05$			

جدول شماره ۳- ارتباط شدت درد و خستگی بیمار با کیفیت زندگی

کیفیت زندگی	نامطلوب	نسبتاً مطلوب	مطلوب	جمع	نتیجه آزمون
فراوانی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد	
شدت درد	$P < 0/05$				
خفیف	۱۰ (۱۸/۵)	۳۰ (۵۵/۵)	۱۴ (۲۶)	۵۴	
متوسط	۱۰ (۱۶/۷)	۴۰ (۶۶/۷)	۱۰ (۱۶/۷)	۶۰	
شدید	۲۰ (۵۵/۵)	۹ (۲۵)	۷ (۱۹/۵)	۳۶	
شدت خستگی	$P < 0/05$				
خفیف	۱۰ (۲۷)	۱۸ (۴۸/۷)	۹ (۲۴/۴)	۳۷	
متوسط	۱۴ (۲۸)	۲۰ (۴۰)	۱۶ (۳۲)	۵۰	
شدید	۱۶ (۲۵/۴)	۴۱ (۶۵)	۶ (۹/۶)	۶۳	

بودند. ولی بین سایر متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی و میزان تحصیلات با کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود نداشت.

نتایج نشان داد بین طول مدت بیماری با کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$) (جدول شماره ۲) افرادی که مدت زمان بیشتری از بیماری آن‌ها می گذشت از کیفیت زندگی کمتری برخوردار

مطالعات هم شبیه مطالعه حاضر بود.^(۲۱،۲۲) حفظ و ارتقاء کیفیت زندگی و ابعاد آن در بهبودی و برگشت سریع تر بیماران به زندگی عادی، کاهش عوارض و پیشگیری از سکته قلبی مجدد نقش مهمی دارد. بنابراین پرستاران باید در این زمینه آموزش های لازم را هنگام بستری و بعد از ترخیص از بیمارستان به بیمار بدهند. تمرینات ورزشی به طور قابل ملاحظه ای کیفیت زندگی بیماران را افزایش می دهند.^(۱۹) همچنین نتایج بیانگر آن بود که بین وضعیت عمومی با عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی و بین بعد عملکرد فیزیکی با وضعیت اجتماعی و خواب ارتباط آماری معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$).

که یافته های حاضر با نتایج مطالعات دیگر که بیان می کنند بین بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی با بعد وضعیت روحی - روانی ($P < 0/05$) و کیفیت زندگی ($P < 0/05$) ارتباط معنی دار وجود دارد همخوانی دارد.^(۲۱)

نتایج پژوهش بیانگر آن بود که بین طول مدت بیماری با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار وجود داشت، به این صورت که با افزایش مدت زمان بیماری کیفیت زندگی بیماران کاهش پیدا کرد. نتایج پژوهش Emery و همکاران نشان داد که بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد^(۲۴) و در مطالعه ای که بر روی بیماران مبتلا به فیبرلاسیون دهلیزی انجام شد، نتایج نشان داد که بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد.^(۱۵،۱۶،۲۵) اما نتایج مطالعه ای دیگر که بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی انجام شده بود نشان داد هیچ گونه ارتباط آماری معنی دار بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی وجود ندارد.^(۲۶) یکی از دلایل آن این است که اکثریت بیماران در این

بیمارانی که از درد رنج می بردند در مقایسه با بیمارانی که هیچ گونه دردی نداشتند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند (جدول شماره ۳)، و آنالیز آماری ارتباط معنی داری بین شدت درد و کاهش یا از دست دادن عملکرد شغلی با کیفیت زندگی نشان داد ($P < 0/05$). نتایج آماری نشان داد بیمارانی که جهت انجام فعالیت های روزمره کمتر دچار خستگی می شدند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند ($P < 0/05$). (جدول شماره ۳).

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ۱۵۰ بیمار مبتلا به سکته قلبی که میانگین سن آن ها $55/7 \pm 10/5$ بود مورد بررسی قرار گرفت. کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۳ درصد) نامطلوب بود. این یافته ها با نتایج مطالعات Paryad و همکاران در رشت همخوانی دارد.^(۲۰) نتایج مطالعه Veenstra و همکاران نشان داد کیفیت زندگی بعد از سکته قلبی نسبتاً مطلوب بود.^(۲۱) اما مطالعاتی که بر روی بیماران مبتلا به سکته قلبی و نارسایی دریچه میترال و فیبرلاسیون دهلیزی انجام شده نشان می دهد که کیفیت زندگی این بیماران به خصوص در بعد فیزیکی به شدت کاهش می یابد.^(۱۸-۲۲)

از آن جا که ضریب اطمینان نمونه گیری در این پژوهش متفاوت است و ضریب اطمینان یکی از عوامل تاثیر گذار بر روی نتایج می باشد،^(۲۳) طبق نتایج حاصله بین بعد سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی و خواب با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد ($P < 0/05$).

به طوری که بیمارانی که اختلال در بعد سلامت عمومی عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی و خواب داشتند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند. نتایج سایر

شدت بر روی ابعاد کیفیت زندگی اثر می‌گذارد به طوری که بیمارانی که درد دارند در همه ابعاد کیفیت زندگی مشکل دارند بنابراین پرستاران باید بوسیله مکانیسم‌های مختلف از جمله انحراف فکر، آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، استفاده از آوای قرآن و یا حتی با استفاده از درمان‌های پزشکی درد بیمار را کاهش بدهند زیرا درد باعث افزایش متابولیسم می‌شود و نیاز قلب به اکسیژن را زیاد می‌کند و از این طریق باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود.

نتایج آماری نشان داد بیمارانی که جهت انجام فعالیت‌های روزمره کمتر دچار خستگی می‌شدند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند ($P < 0.05$). آزمون کای دو ارتباط معنی‌داری بین کاهش یا از دست دادن عملکرد شغلی با کیفیت زندگی نشان داد. نتایج این مطالعه با مطالعات دیگر هم‌خوانی دارد.^(۹) اکثر بیماران قلبی به دلیل خستگی دچار بی‌حرکی می‌شوند به طوری که برخی از آن‌ها دست از کار می‌کشند و خانه نشین می‌شوند بنابر این باید به این بیماران آموزش داده شود که می‌توانند شغل خود را تغییر دهند و یا در بین فعالیت‌های شغلی استراحت داشته باشند. نتایج مطالعه دیگر با مطالعه فوق هم‌خوانی دارد.^(۲۸) با توجه به اینکه کیفیت زندگی دارای ابعاد متعدد می‌باشد پرستاران باید در برنامه ریزی برای مراقبت از بیماران به جنبه‌های مختلف آن توجه کنند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و همکاران محترم پرستاری در بخش CCU بیمارستان هاجر (س) شهرکرد صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

مطالعه Simpson طول مدت کمتر از یک سال داشته‌اند ولی در مطالعه ما اکثریت واحدهای پژوهش طول مدت بیشتر از یک سال داشته‌اند.

شروع نوتوانی هر چه سریع‌تر بعد از ترخیص از بیمارستان و زمانی که بیماران مرحله بحرانی را طی کرده‌اند باعث ارتقاء ابعاد مختلف کیفیت زندگی می‌شود.^(۲۷)

یافته‌های این پژوهش در ارتباط با سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی با نتایج مطالعات دیگر که بیان می‌کردند بین متغیرهای دموگرافیک نظیر سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود ندارد هم‌خوانی دارد.^(۱۹،۲۸) نتایج مطالعه Paryad و همکاران^(۲۰) و همچنین Simpson و همکاران^(۲۴) نشان داد بین وضعیت تاهل، اشتغال، سن، جنس و سطح آموزش با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد. همچنین بر اساس مطالعات Regnolds و همکاران^(۲۵) و Howes و همکاران^(۲۹) ارتباط معنی‌دار بین جنس، سن و کیفیت زندگی وجود دارد، به طوری که خانم‌ها نسبت به آقایان از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند و هر چقدر سن بالا می‌رود کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. به وضوح معلوم نیست چرا بین جنس و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار وجود دارد ولی بعضی از پژوهش‌گران معتقدند، عوامل بیولوژیکی و روانشناختی در آن نقش دارد و بعضی معتقدند ممکن است به علت افسردگی باشد.^(۳۱،۳۰) همچنین نتایج نشان داد بیمارانی که از درد رنج می‌بردند در مقایسه با بیمارانی که هیچ‌گونه دردی نداشتند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند، و آنالیز آماری ارتباط معنی‌داری بین شدت درد و کیفیت زندگی نشان داد ($P < 0.05$).^(۸) درد به

فهرست منابع

- 1- Braunwald S. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicines. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2005. P.1-2.
- 2- Kuller LH. Epidemiology of cardiovascular diseases: current perspectives. *Am J Epidemiol*; 1976. 104(4): 425-96.
- 3- American Heart Association. Heart attack and angina statistics; 2003. Available from: http://wikipedia.org/wiki/Heart_attack; 2006.
- 4- Phipps W, Sands J, Marek J. Medical surgical nursing: health and illness perspectives. 7th ed. St Louis: Mosby; 2003. P.124-28.
- 5- Hosseinifar R. Epidemiology principle and control of disease for nurses. Tehran, boshra publication; 2004. P.35-56.
- 6- WHO. Cause of death. Center for Global. Int Regional Studies (CGIRS) at the University of California Santa C; 2006. P. 120-4.
- 7- Rakhshandero S, Ghaffari M. Quality of life, journal of health education, university of baghiattala azam, 4(11); 2004:6-24.
- 8- Westin L, Carlsson R, Israelsson B, Willenheimer R, Cline C, McNeil TF. Quality of life in patients with ischaemic heart disease: a prospective controlled study. *J Intern Med*. 1997. 242(3): 239-47.
- 9- Sumuker SA. In quality of life assessment in clinical trials. In: Shumker SA. Anderson RT. Psychological trials. New York: Raven Press; 1998. P. 755.
- 10- Sledge S, Ragsdale K, Tabb J, Jarmukli N. Comparison of intensive outpatient Cardiac rehabilitation to standard outpatient care in veterans: effects on quality of life. *J Cardiopulm Rehabi*; 2000. 20(6): 383-388.
- 11- Bagheri H, Memarian R, Alhani F. Survey the effect of group counseling on quality of life in myocardial infarction patients who have been referred to the clinics of Imam Khomeini and Shariati hospitals in Tehran. *Hakim J*; 2004. P.6.
- 12- Urbana S, Louise P. Quality of life after acute myocardial infarction. *J health and quality of life*. 2005: 3.80.
- 13- Markku PT, Sakari B, Markku J, Lauri H, Kari J. Occurrence of symptoms and depressive mood among working age coronary heart disease patients. <http://www.hqlo.com>; 2004. P.1-7.
- 14- Goldsmith IR, Lip GY, Patel RL. A prospective study of changes in the quality of life of patients following mitral valve repair and replacement. *Eur J Cardiothorac Surg*; 2001. 20(5): 949-55.
- 15- Hagens VE, Ranchor AV, Van Sonderen E, Bosker HA, Kamp O, Tijssen JG, et al. Effect of rate or rhythm control on quality of life in persistent atrial fibrillation: results from the rate control versus electrical cardioversion (RACE) study. *J Am Coll Cardiol*; 2004. 43(2): 241-7.
- 16- Dorian P, Jung W, Newman D, Paquette M, Wood K, Ayers GM, et al. The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy. *J Am Coll Cardiol*; 2000. 36(4): 1303-9.
- 17- Hemingway H, Shipley M, Britton A, Page M, Macfarlane P, Marmot M. Prognosis of angina with and without a diagnosis: 11 year follow up in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*; 2003. 327(7420): 895.
- 18- Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Munro J, Skene AM, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*; 1999. 81(4): 352-8.
- 19- Collins E, Langbein WE, Dilan-Koetje J, Bammert C, Hanson K, Reda D, et al. Effects of exercise training on aerobic capacity and quality of life in individuals with heart failure. *Heart Lung*. 2004 May-Jun; 33(3): 154-61.
- 20- Paryad E, Baghae M, Eman T. Quality of Life after Coronary Artery Bypass Grafting in Sari City; 2005-2006. P.37.
- 21- Veenstra M, Pettersen KI, Rollag A, Stavem K. Association of changes in health-related quality of life in coronary heart disease with coronary procedures and sociodemographic characteristics. *Health Qual Life Outcomes*; 2004; 2: 56-90.

- 22- Ariyo AA, Haan H, Tangen CM, Rutledge JC, Cushman M, Dobs A, et al. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. *Circulation*; 2000. 102: 1773-9.
- 23- Sarmad Z, Bazargan Abas, Hejaze Elahe. Reserch in Behavear Science. Tehran: Agah Publisher; 2004. 175-180.
- 24- Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Ferketich AK. Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosom Med*; 2004. 66(2): 190-7.
- 25- Reynolds MR, Lavelle T, Essebag V, Cohen DJ, Zimetbaum P. Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: the fibrillation registry assessing costs, therapies, adverse events and lifestyle (FRACTAL) study. *Am Heart J*. 2006. 152(6): 1097-103.
- 26- Simpson E, Pilote L. Quality of life after acute myocardial infarction: a comparison of diabetic versus non-diabetic acute myocardial infarction patients in Quebec acute care hospitals. *Health Qual Life Outcomes*; 2005. 3:80.
- 27- Sledge SB, Ragsdale K, Tabb J, Jarmukli N. Comparison of intensive outpatient cardiac rehabilitation to standard outpatient care in veterans: effects on quality of life. *J Cardiopulm Rehabil*. 2000; 20(6): 383-8.
- 28- Humphries KH, Kerr CR, Connolly SJ, Klein G, Boone JA, Green M, New-onset atrial fibrillation: sex differences in presentation, treatment, and outcome. *Circulation*. 2001 May; 103(19): 2365-70.
- 29- Howes CJ, Reid MC, Brandt C, Ruo B, Yerkey MW, Prasad B. Exercise tolerance and quality of life in elderly patients with chronic atrial fibrillation. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*; 2001. 6(1): 23-9.
- 30- Paquette M, Roy D, Talajic M, Newman D, Couturier A, Yang C. Role of gender and personality on quality-of-life impairment in intermittent atrial fibrillation. *Am J Cardiol*; 2000; 86(7): 764-8.
- 31- Rienstra M, Van Veldhuisen DJ, Hagens VE, Rancho AV, Veeger NJ, Crijns HJ, et al. Gender-related differences in rhythm control treatment in persistent atrial fibrillation: data of the rate control versus electrical cardioversion (RACE) study. *J Am Coll Cardiol*; 2005. 46(7): 1298-306.

Factors Influencing Quality of Life in Patients with Myocardial Infarction

*Ali Hsanpour-Dehkordi¹ MSc Ali-Akbar Nazari² PhD Mohamm-Saeed Heidar-Nejad³ PhD
Ahmad-Ali Asadi-Noghabi⁴ MSc Nasrin Forouzandeh⁵ MSc Karam-Ali Kasiri⁶ MD
Reza Masoudi⁷ MSc Ahmad Mousavi⁸ PhD Seyed-Masih Hosseini⁹ MSc

Abstract

Background & Aim: Myocardial infarction is a common and dangerous life threatening disease with an impact on quality of life. The present descriptive-analytical study aims to determine quality of life in patients with myocardial infarction referring to Hadjar hospital affiliated to the Shahre-kord University of Medical Sciences.

Material & Method: This was a descriptive-analytical study in which 150 patients admitted to cardiac care unit of Hadja hospital within 8 weeks post infarction were selected by non random sampling method. Data were collected through interview, patients' medical records and patients self report. The tool for collecting data regarding quality of life was SF36 questionnaire. Data were analyzed by descriptive and inferential statistics.

Results: Findings showed that the mean value of age was 55.7 ± 10.5 and that quality of life in majority of subjects (%53) was fairly favorable. Regarding aspects of quality of life, most patients had fairly favorable general status (physical and psychological health) (%62) and social function (%65). Also, sleep pattern of majority of subjects (%61) was favorable and most of them (62%) had unfavorable physical activity. There was statistically significant correlation between quality of life and variables such as duration of disease ($P < 0.05$), intensity of pain ($P < 0.05$), decline or loss of job function, and the degree of fatigue ($P < 0.05$), but there was no statistically significant relationship between quality of life and other demographics as age, gender, marital status, economic status and occupational status.

Conclusion: Because fatigue and pain have some relationship with quality of life in patient with myocardial infarction, health care personnel, specially nurses should pay attention to dimensions of quality of life when planning care for these patients. Failure to do so may leads to quality of life of patients to be neglected.

Keywords: Quality of life - Myocardial infarction

Received: 13 Nov, 2007

Accepted: 4 Feb, 2009

¹ Senior Lecturer in Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahre-Kord University of Medical Sciences and Health Services, Chaharmahale-Bakhtiari, Iran (*Corresponding Author) Email: Ali_2762002@yahoo.com

² Assistant Professor in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Biology Department, Shahre-Kord University of Medical Sciences and Health Services, Chaharmahale-Bakhtiari, Iran

⁴ Senior Lecturer in Public Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

⁵ Senior Lecturer in Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahre-Kord University of Medical Sciences and Health Services, Chaharmahale-Bakhtiari, Iran

⁶ Assistant Professor, Pediatrics Department, Shahre-Kord University of Medical Sciences and Health Services, Chaharmahale-Bakhtiari, Iran

⁷ Senior Lecturer in Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahre-Kord University of Medical Sciences and Health Services, Chaharmahale-Bakhtiari, Iran

⁸ Assistant Professor, Public Health Department, Ahvaz Islamic Azad University, Khoozestan, Iran

⁹ Senior Lecturer in Histology, School of Medicine, Hamedan University of Medical Sciences and Health Services, Hamedan, Iran