

مقایسه کیفیت زندگی بیماران بعد از سکته قلبی با افراد سالم شهر گرگان

علی اکبر عبداللهی^۱، قنبر روحی^۲، حسین رحمانی انارکی^۳، حسین نصیری^۴

چکیده

مقدمه: امروزه با افزایش بروز سکته قلبی و وجود عوارض متعدد آن در حیطه عملکردی، جسمی، رفاه عاطفی و غیره، مسأله مهم‌تری تحت عنوان چگونگی گذران عمر و به عبارتی کیفیت زندگی این گروه از بیماران مطرح می‌باشد. اهمیت دخالت دادن نظر بیماران در رابطه با کیفیت زندگی روزبه‌روز بیشتر مورد توجه است این مطالعه جهت سنجش میزان کیفیت زندگی بین افرادی که سکته کرده‌اند و مقایسه آن با افراد سالم جامعه صورت گرفت.

روش: این تحقیق یک مطالعه توصیفی - تحلیلی دو گروه به صورت مقطعی در سال ۱۳۸۷، تعداد ۱۰۰ نفر به عنوان نمونه که در گروه مورد ۵۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی پس از مرخص شدن از بیمارستان در شهر گرگان انتخاب شد و در گروه شاهد نیز با ۵۰ نفر از افراد سالم جامعه که از نظر سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت اجتماعی همسان‌سازی شده سپس میزان کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه SF-36 با مراجعه پژوهشگر به درب منزل هر دو گروه انجام شد، اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS v.13 شد و با استفاده از روش‌های توصیفی و آزمون من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که از مجموعه ۱۰۰ نفر گروه مورد و شاهد ۶۴ نفر مرد و ۳۶ نفر زن بودند میانگین سنی آن‌ها ۵۷ سال، بیشترین افراد دارای سواد کم و خانه‌دار بودند در این مطالعه میزان کیفیت زندگی بعد از سکته قلبی در گروه مورد در کل با میانگین و انحراف معیار $64/42 \pm 21/68$ و در گروه شاهد با میانگین و انحراف معیار $96/47 \pm 15/73$ با $p < 0/001$ کاهش یافته و در رابطه با هشت بعد کیفیت زندگی شامل (سلامت فیزیکی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی، درد بدنی، سلامت روان عمومی، سرزندگی و شادابی، کارایی اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات روحی و سلامت روانی) تفاوت معناداری بین گروه مورد و شاهد وجود داشت ($p < 0/005$) ولی در رابطه با جنبه درد بدنی بین گروه مورد و شاهد تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: در کل بیماری سکته قلبی حتی پس از درمان کامل دچار افت کیفیت زندگی می‌شوند که این می‌تواند توجه پیگیری و اهمیت دادن به دیدگاه‌های بیماران در مداخلات درمانی را حادث گردد.

کلید واژه‌ها: سکته قلبی، کیفیت زندگی، پرسشنامه SF-36

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۴/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۹

۱ - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی بویه و مرکز تحقیقات قلب و عروق (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: abdollahy64@yahoo.com

۲ - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان کارشناس ارشد خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده پرستاری و مامایی بویه

۳ - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی بویه

۴ - عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی بویه

مقدمه

امروزه بیماری‌های قلبی و عروقی به عنوان سومین علت مرگ و میر انسان در سراسر دنیا می‌باشد. سکته قلبی حاد یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های بیماری قلبی در کشورهای در حال توسعه است. سالانه حدود ۱/۵ میلیون نفر در آمریکا دچار سکته قلبی می‌شوند. میزان مرگ و میر ناشی از سکته قلبی حدود ۳۰٪ است (۱). میزان بقا در بیماران مسن‌تر از ۷۵ سال کاهش یافته است براساس تحقیقات انجام شده بیماران پس از اولین سکته قلبی بعد از ترخیص از بیمارستان بین ۱۵٪ تا ۲۰٪ مجدداً مبتلا به انفارکتوس دوم می‌شوند که از این مقدار ۵٪ تا ۱۰٪ آن‌ها فوت می‌نمایند. امروزه با افزایش بروز سکته قلبی و عوارض متعدد آن که در حیطه‌های عملکردی، جسمی، ایفای نقش، رفاه عاطفی، و اختلال در وضعیت خواب بیماران به وجود آمده است مسأله مهم‌تری که مطرح است چگونگی گذران عمر بعد از سکته قلبی و به عبارتی کیفیت زندگی این گروه از بیماران قلبی می‌باشد که بیشتر از کمیت آن مورد توجه است (۲).

ناتوانی قلب در خون‌رسانی علایم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری، ادم و آسیت را سبب می‌شود. این علایم منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند که بر رضایت و کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارد. محدودیت‌های ایجاد شده همچنین وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی می‌شود (۳) در تحقیقی که توسط Johansson و همکاران صورت گرفت نشان داد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با مبتلایان سایر بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، آرتریت، آنژین ناپایدار و بیماران با سابقه سکته قلبی از کیفیت زندگی پایین‌تری بهره‌مند هستند (۴) طی دو دهه گذشته علاقمندی به ارزیابی و بهبودی کیفیت زندگی بیماران مزمن افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به صورت یک هدف در آمده است (۵).

کیفیت زندگی همان نتیجه درمان از دیدگاه بیمار است به زمینه‌های وسیع احساسی-اجتماعی-عملکردی

توجه دارد فاسی نو در خصوص بررسی کیفیت زندگی اظهار می‌دارد امروزه کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجایی که کیفیت زندگی ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک عملکرد وجود فرد را در بر می‌گیرد توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است و برای ارزیابی صحیح کیفیت زندگی باید به ابعاد مختلف آن توجه شود (۲).

مفهوم کیفیت زندگی روز به روز بیشتر مورد توجه قرار گرفته است در سال‌های ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۴ این واژه بیش از ۱۰۰۰۰ بار در مجلات معتبر پزشکی تکرار شده است. خصوصاً در بیماران مزمن دارای اهمیت بیشتری است و به عنوان شاخصی برای بررسی تأثیرات بیماری، درمان و مراقبت استفاده می‌شود (۶) سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را پندارهای فرد از وضعیت زندگی خود و توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر او تعریف می‌کند علی‌رغم وجود تعاریف مختلف هنوز تعریفی که ابعاد مختلف این مفهوم را در بر بگیرد وجود ندارد ولی صاحب‌نظران متفق القول هستند که کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی ذهنی و پویا است (۷).

سنجش کیفیت زندگی و ابزار به کار گرفته در این مورد از اهمیت خاصی برخوردار است که بیشتر توصیه می‌شود از پرسشنامه استاندارد و معتبری که روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی ثابت شده باشد به کار رود به همین منظور پرسشنامه SF-36 که یک پرسشنامه عمومی بوده و در بیش از ۵۰ کشور دنیا و از جمله ایران ترجمه و به کار رفته است (۸-۱۰). پرسشنامه SF-36 یک پرسشنامه عمومی و چند منظوره و کوتاه، جهت ارزیابی سلامت از دید بیمار می‌باشد که تنها ۳۶ سؤال دارد. این پرسشنامه جهت ارزیابی سلامتی در جامعه و جمعیت‌های خاص، تعیین سیاست بهداشتی و بررسی کارایی درمان طراحی شده است و در مورد افراد ۱۴ سال به بالا می‌توان آن را به کار برد که پرکردن آن به صورت خود اجرا (self administered) و یا با کمک پرسشگر به صورت حضور و یا تلفنی امکان‌پذیر است. این پرسشنامه کیفیت زندگی را در ۸ بعد مورد ارزیابی قرار می‌دهد که عبارتند از سلامت فیزیکی (PF=Physical Functioning)، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی

مشابه با گروه مورد به صورت تصادفی معمولاً از همان محل براساس واجد شرایط همتا بودند انتخاب و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 تکمیل گردید. معیار ورود به مطالعه ساکن گرگان بودند و معیار خروج از مطالعه عمل جراحی بای پس قلبی بود و بیماری خاصی نداشته باشند سپس اطلاعات وارد نرم افزار SPSS شده و با استفاده از تست‌های آماری ناپارامتری من‌ویتنی کیفیت زندگی در هشت بعد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان داد که از مجموعه ۵۰ نفری گروه مورد و شاهد ۳۲ نفر مرد و ۱۸ نفر زن بودند که در مجموع ۶۴٪ مرد و ۳۶٪ زن بودند. و از نظر سن بیشترین تعداد فراوانی نمونه‌ها در سن ۴۴ تا ۵۵ سال ۴۰ نفر (۴۰٪) قرار دارند و کمترین تعداد در سن زیر ۴۵ سال ۱۲ نفر (۱۲٪) می‌باشند (جدول شماره ۱).

در رابطه با مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه نشان داد در این مطالعه نشان داد که میزان کیفیت زندگی بعد از سکته قلبی در گروه مورد در کل با میانگین و انحراف معیار $21/68 \pm 64/42$ و در گروه شاهد با میانگین و انحراف معیار $15/73 \pm 96/47$ با $p < 0/001$ تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود دارد و بیماران دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم هستند ($p < 0/001$) (نمودار شماره ۱).

در رابطه با مقایسه کیفیت زندگی از ۸ جنبه‌های زیر گروه آن در دو گروه نشان داد که به غیر از درد بدنی (B.P) در بقیه جنبه‌های کیفیت زندگی بین گروه مورد و شاهد تفاوت معناداری با $p < 0/001$ وجود دارد (جدول شماره ۲).

(RP=Role Physical)، درد بدنی (BP=Bodily Pain)، سلامت روان عمومی (GH=General Health)، سرزندگی و شادابی (VT=Vitality)، کارایی اجتماعی (SF=Social Functioning) محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات روحی (RE=Role Emotional) و سلامت روانی (MH=Mental Health) می‌باشد (۹) این پرسشنامه بارها در بیماران بعد از سکته قلبی استفاده شده (۱۱ و ۱۲) لذا ما بر آن شدیم تحقیقی را تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بعد از سکته قلبی با افراد سالم در شهر گرگان انجام دهیم.

روش مطالعه

این تحقیق یک مطالعه توصیفی - تحلیلی دو گروهی مقطعی در سال ۱۳۸۷ بود که با روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی از بین بیمارانی که به علت سکته قلبی بر اساس تشخیص پزشک که معیار تشخیص نوار قلب، افزایش آنزیم‌ها قلبی و علائم بالینی بیمار بوده و در مرکز آموزشی و درمانی ۵ آذر شهر گرگان در سال ۱۳۸۷ بستری شده بودند و دو ماه از ترخیص آن‌ها گذشته بود صورت گرفت (گروه مورد) این گروه بر اساس پرونده‌های بیمارستان تعیین شد بدین گونه که هر روز ترخیص دو ماه قبل را در نظر گرفته و ترخیص‌های آن روز هر چند نفر بودند را به صورت تصادفی یک یا دو نفر انتخاب می‌شد پس از کسب اجازه و گرفتن مجوزهای لازم با مراجعه به درب منزل مددجو پرسشنامه SF-36 توسط پژوهشگر آموزش دیده تکمیل گردید و گروه شاهد از بین افراد سالم جامعه شهر گرگان که بر اساس پرسش از فرد که هیچ بیماری نداشته باشد براساس همتا بودن نمونه‌ها از نظر جنس، سن، شغل و میزان تحصیلات و وضعیت اجتماعی

جدول ۱ - توزیع فراوانی داده‌ها مورد پژوهش از نظر سن

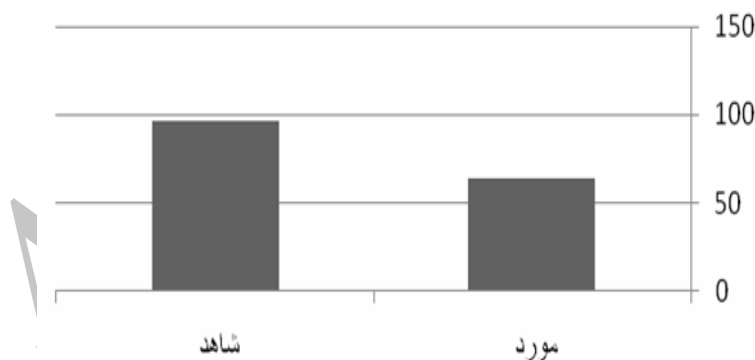
| درصد | فراوانی | سن |
|------|---------|-------------------|
| ۱۲ | ۱۲ | سن کمتر از ۴۴ سال |
| ۴۰ | ۴۰ | بین ۴۵ تا ۵۴ سال |
| ۲۴ | ۲۴ | بین ۵۵ تا ۶۴ سال |
| ۲۴ | ۲۴ | بالتر از ۶۵ سال |
| ۱۰۰ | ۱۰۰ | جمع کل |

جدول ۲- مقایسه کیفیت زندگی در ۸ جنبه بین گروه مورد و شاهد

| p-value | میانگین و انحراف معیار | گروه | کیفیت زندگی در هشت بعد |
|---------|------------------------|------|---|
| .۰/۰۰۱ | ۱۰/۰۸±۵/۱۹ | مورد | کارایی جسمانی (P.F) |
| | ۱۷/۶۶±۳/۰۱ | شاهد | |
| .۰/۰۰۱ | ۵/۸±۳/۵۱ | مورد | محدودیت فعالیت و نقش به علت مشکلات جسمانی (R.P) |
| | ۱۱/۶۶±۳/۸۸ | شاهد | |
| .۰/۰۰۱ | ۵±۲/۸۵ | مورد | محدودیت فعالیت و نقش به علت مشکلات روحی (R.E) |
| | ۸/۸۰±۲/۳۴ | شاهد | |
| .۰/۰۷۶ | ۴/۶۶±۲/۷۷ | مورد | درد جسمانی (B.P) |
| | ۵/۶۶±۲/۱۹ | شاهد | |
| .۰/۰۴۷ | ۵/۹۲±۲/۰۷ | مورد | سلامت کلی (G.H) |
| | ۶/۸۰±۱/۸۰ | شاهد | |
| .۰/۰۰۱ | ۱۸/۱۲±۶/۷۷ | مورد | سرزندگی و شادابی (V.T) |
| | ۲۴/۱۷±۵/۳۵ | شاهد | |
| .۰/۰۰۱ | ۴/۳۰±۲/۱۷ | مورد | کارایی اجتماعی (S.F) |
| | ۵/۹۸±۱/۳۴ | شاهد | |
| .۰/۰۰۱ | ۱۵/۷۶±۲/۷۴ | مورد | سلامت عمومی (M.H) |
| | ۱۸/۱۲±۶/۷۷ | شاهد | |
| .۰/۰۰۱ | ۶۴/۴۲±۲۱/۶۸ | مورد | کل کیفیت زندگی |
| | ۹۶/۴۷±۱۵/۷۳ | شاهد | |

نمودار ۱- میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مورد و شاهد

میزان کل کیفیت زندگی در گروه مورد و شاهد



سکته قلبی انجام شد (۱۳). و با تحقیق Molly و همکاران نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مطلوب نبوده و بیشترین محدودیت را در حیطه فیزیکی و عملکردی کیفیت زندگی تجربه می‌کنند (۱۴) مطابقت دارد. تحقیقی که توسط Bengtsson و همکاران بر روی بیمارانی که اولین با سکته قلبی کرده بودند و بین ۱۲ تا ۲۴ ماه بعد کیفیت زندگی آن‌ها سنجیده شد و بیماران

بحث

نتایج تحقیق گویای تأثیر بیماری قلبی بر روی تمام ابعاد کیفیت زندگی است. براساس یافته‌های تحقیق در هفت بعد کیفیت زندگی بین گروه مورد و شاهد تفاوت معناداری با ($p < 0.001$) وجود دارد ولی در رابطه با بعد درد جسمانی با ($p = 0.076$) تفاوت معناداری نداشت این مطالعه با تحقیق باقری و همکاران که بر روی بیماران

خواب و نارسایی قلبی با جنبه درد بدنی (BP) و کارایی اجتماعی (SF) در بیماران پیدا کردند (۲۰) که در بعضی از جنبه‌ها با تحقیق ما مطابقت نداشت.

نتیجه‌گیری

نتیجه کلی این که کیفیت زندگی در کل بین گروه مورد یعنی کسانی که سکته کرده‌اند نسبت به افراد مشابه خود گروه شاهد نمره کمتری دارند این اختلاف معنادار با $(p < 0.001)$ در این تحقیق ثابت شده است. لذا نقطه نظر بیمار که کیفیت زندگی خود را گزارش می‌کند می‌تواند در برنامه‌ریزی بهداشتی و درمانی به ما کمک کند. که ما توجه و مراقبت بیشتری از این بیماران انجام دهیم.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران برخورد لازم می‌دانند که از همکاری صمیمانه کلیه بزرگوارانی که ما را در مراحل مختلف این طرح یاری کردند به خصوص معاونت پژوهشی و مسؤولین مرکز آموزش و درمانی ۵ آذر تشکر و قدردانی نمایند.

بین کمتر از ۵۹ سال و بیشتر از ۵۹ سال مقایسه شدند بعدها کارایی اجتماعی (SF) و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات روحی (RE) بین دو گروه تفاوت وجود داشت (۱۵) ولی در تحقیق ما فقط در بعد درد بدنی تفاوت نداشت که می‌تواند احتمالاً به دلیل فرهنگی زیرا فرهنگ‌ها هر جامعه برای مقاله با مشکل با هم متفاوت است همچنین در تحقیق نبیئی از هشت بعد کیفیت زندگی فقط بعد کارایی جسمانی (PF) نسبت به گروه شاهد تفاوت معناداری نداشت ولی در هفت بعد دیگر تفاوت معنادار آماری داشت (۱۶) که این مطالعات با مطالعه ما تناقض دارد. اما مطالعاتی که بر روی بیماران مبتلا به سکته قلبی و نارسایی دریچه میترا و فیبریلاسیون دهلیزی انجام شده نشان داد که کیفیت زندگی این بیماران به خصوص در بعد فیزیکی به شدت کاهش می‌یابد (۱۹-۱۷) در این تحقیق نیز بعد فیزیکی بیماران سکته قلبی کاهش یافته بود در بعد درد بدنی (BP) با گروه شاهد اختلاف معناداری نداشت. این اختلاف ممکن است به دلیل تعداد و انتخاب نمونه‌ها تحقیق باشد.

در پژوهشی که توسط Skobel و همکارانش صورت گرفت ارتباط معناداری بین اختلال تنفسی در حین

منابع

- 1 - Polaski al, Tatrose. luckman; core principle and practice of medical-surgical nursing Philadelphia:WB saunders; 1996.
- 2 - Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. [Quality of life in Zahedan elderly population]. The Journal of Faculty of Nursing and Midwifery. 2004; 22(10): 61-67. (Persian)
- 3 - Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective?. Eur J Heart Fail. 2005 Jun; 7(4): 572-82.
- 4 - Johansson P, Dahlstrom U, Brostrom A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006 Mar; 5(1): 5-15.
- 5 - 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.
- 6 - Masoudi Alavi N, Ghofrani Pour F, Ahmadi F, Rajab A, Babaei Gh.R. [Quality of life in diabetics referred to Iran Diabetes Association (IDA), Tehran, 2003]. Behbood, The Scientific Quarterly. 2004; 21(8): 56-47. (Persian)

- 7 - John E Ware, et al. SF-36 Health survey update SPINE. 2000; 3130-3139.
- 8 - Brazier JE, Harper R, et al. Validating the SF-36 Health survey questionnaire: new out com measure for primary care. BMJ. 1992; 305: 160-4.
- 9 - Mptazzeri A, Goshtasebi A, Vahdaninan M, et al. The short-from Health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian Vesion. Quality of life Research. 2005; 14: 872-882.
- 10 - <http://www.sf-36.org/demos/SF-36.html>. SF-36® Health Survey Scoring Demonstration
- 11 - Beck CA, Joseph L, Belisle P, Pilot L. Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. Am Heart J. 2001; 142: 271-279.
- 12 - Brown N, Melville M, Gray D, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short from 36 scores compared with a normal population. Heart. 1999; 81: 352-8.
- 13 - 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 Research Journal. 2004; 4(6): 95-89. (Persian)
- 14 - Molly GY, Jhonston DW, Witham MD. Family care giving and CHF. Eur J HF. 2005; 7: 592-603.
- 15 - Bengtsson I, Hagman M, Wahrborg P, Wedel H. Lasting impact on health- related quality of life after a first myocardial infarction. International Journal of Cardiology. 2004; 97: 509-516.
- 16 - Nabaei B, Kheiltash A, Montazeri A, Kar Bakhsh M, Sedaghat M, Meysami AP. [The comparison of quality of life in patients with leukemia and lymphoma]. The Journal of Tehran Faculty of Medicine. 2005; 5(63): 404-399. (Persian)
- 17 - 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 Oct; 2: 56-90.
- 18 - 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 Jan; 43(2): 241-7.
- 19 - 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 Apr; 81(4): 352-8.
- 20 - Skobel E, Norra C, Sinha A, Breuer C, Hanrath P, Stellbrink C. Impact of sleep-related breathing disorders on health-related quality of life in patients with chronic heart failure. Eur J Heart Fail. 2005 Jun; 7(4): 505-11.

A comparative study on the myocardial infarction patients' quality of life and healthy people

Abdollahi¹ AA (MSc.) - Roohi² Gh (MSc.) - Rahmani Anaraki³ H (MSc.) - Nassiri⁴ H (MSc.).

Introduction: Nowadays, the incidence of Myocardial infarction is increasing day-to-day which in turn, it make s various functional, physical and emotional complications in daily living activities of patients after recovery of sever stages of disease. Consequently, the quality of life among these groups of patients is a main concern of all health care providers. Since, treatment results in medicine and nursing is depended on patients' points of view getting, this study was conducted to evaluate quality of life items between post myocardial infarction patients and peer healthy people in order to do necessary comparisons.

Methods: Using a descriptive-analytic cross-sectional study, fifty post myocardial infarction patients after two months of recovery at 5-Azar hospital of Gorgan city, and fifty healthy people were adopted randomly with considering of matching criteria such as sex, age, social class, and educational level. Using SF-36 questionnaire, 8 items of quality of life were measured according to the respondents' perceptions. Data were analyzed statistically by using SPSS Version ... according to parametric and nonparametric (Mann-Whitney U test).

Results: Participants at each group consisted of 64 males and 36 females with a mean age of 57 year-of-old that the majority of them were low literacy, and the majority of women were housewife. The non-parametric analysis (Mann-Whitney U Test) indicated that seven items of quality of life such as Physical Functioning (PF), Role Physical (RP), General Health (GH), Vitality (VT), Social Functioning (SF), Role Emotional (RF), and Mental Health (MH) between these two groups of study were statistically significant ($P<0.005$). In case, Bodily Pain (BP) was not significant statistically between two groups of study.

Conclusion: The findings indicated despite of curing after myocardial infarction, there is a considerable decrease in the quality of life level of the patients which in turn call for effective follow-up and rehabilitative programs by all of the health care providers such as nurses and physicians.

Key words: Myocardial infarction, quality of life, SF-36 questionnaire

1 - Corresponding author: Academic Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Cardiovascular Research Center Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

e-mail: abdollahy64@yahoo.com

2 - Academic Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

3 - Academic Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

4 - Academic Instructor, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran