

کیفیت زندگی در بیماران نارسایی احتقانی قلب: مقایسه آن با سایر جمعیت ها

مهدی حیدرزاده^۱، آرش قنوتی^۲، امینه پاشایی مغوان^۳، جعفر کلاهدوزی پور^۴، امان محمد کرم^۵، عزیزه رحیم زاده^۶، ایلناز یوسفی^۷

چکیده

مقدمه: نارسایی احتقانی قلب یکی از مهمترین بیماری های مزمن در سراسر جهان می باشد که بیماران مبتلا به آن با عوامل تنش زای متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها می شود. این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلب و مقایسه آن با جمعیت سالم و سایر بیماران مزمن انجام شد. ضمن اینکه ارتباط کیفیت زندگی با شدت بیماری و سایر مشخصات فردی اجتماعی بررسی گردید.

روش: در این پژوهش توصیفی، کیفیت زندگی ۱۲۵ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بررسی گردید. نمونه گیری از مراکز درمانی شهرهای مراغه و بناب به روش در دسترس انجام شد. برای مقایسه داده ها از ۱۴۰ جمعیت سالم، ۱۱۵ بیمار تحت درمان با همودیالیز و ۱۰۶ بیمار مبتلا به سکتة مغزی استفاده شد. داده ها با "مقیاس کیفیت زندگی بیماران مزمن" مشتمل بر دو بخش جمعیت شناسی و کیفیت زندگی بیماران مزمن و با روش مصاحبه جمع آوری گردید. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون تی مستقل، آزمون کای دو، تست دقیق فیشر، ضریب همبستگی پیرسون) با استفاده از نرم افزار (۱۵) SPSS استفاده گردید.

یافته ها: نتایج نشان داد کیفیت زندگی در ۴۹/۶٪ بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب مطلوب می باشد و در زیر مقیاس کیفیت زندگی، بعد اجتماعی در ۸۳/۲٪ بیماران مطلوب بود در حالی که ابعاد روانی (۶۳/۲٪) و جسمی (۶۳/۲٪) در بیشتر بیماران نارسایی احتقانی قلب نامطلوب بودند. از میان مشخصات فردی متغیرهای جنس ($p=0/017$)، کسر تخلیه بطنی (شدت نارسایی قلبی) ($p=0/001$)، وضعیت تحصیلی ($p=0/027$) و وضعیت تأهل ($p=0/009$) دارای همبستگی معنی دار با کیفیت زندگی بودند. نمره کیفیت زندگی در بیماران نارسایی احتقانی قلبی ($134/9 \pm 21$) مشابه بیماران همودیالیزی ($131/3 \pm 21$)، ولی از دو گروه جمعیت سالم ($155/2 \pm 28/2$) و سکتة مغزی ($155/8 \pm 33/6$) پایین تر بود.

نتیجه گیری: با توجه به اختلال در کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بیماران نارسایی احتقانی قلب توصیه می شود خانواده ها و برنامه ریزان مراقبتی و مسئولین ترتیبی اتخاذ نمایند تا موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران گردند.

کلید واژه ها: نارسایی احتقانی قلب، کیفیت زندگی، بیماری مزمن

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۸

۱- دکتری پرستاری، استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل. اردبیل، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: m.mahda@gmail.com

۲- فوق تخصص جراح قلب، مرکز پژوهشی قلب و عروق مدرس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- کارشناس پرستاری بیمارستان ولایت گرمی اردبیل. اردبیل، ایران

۴- کارشناسی ارشد پرستاری، بیمارستان امام خمینی (ره)، عجب شیر، ایران

۵- کارشناس پرستاری، بیمارستان مهرگان، تهران، ایران

۶- کارشناس پرستاری بیمارستان سینا، مراغه، ایران

۷- کارشناس پرستاری بیمارستان امیرالمؤمنین مراغه، ایران

مقدمه

نارسایی احتقانی قلب سندرمی بالینی است که در آن به دلیل اختلال در ساختمان و عملکرد قلبی، قلب در پر شدن یا بیرون دادن خون منطبق با نیازهای بافت های در حال متابولیسم ناتوان می باشد (۱). نارسایی احتقانی قلب یکی از مهمترین بیماری های مزمن در سراسر جهان می باشد (۲،۳). در ایالات متحده، نارسایی احتقانی قلب سالانه مسئول یک میلیون بستری و ۵۰۰۰۰۰ مورد مرگ است. چون نارسایی احتقانی قلب در افراد مسن شایعتر است، با مسن تر شدن جامعه، شیوع آن هم احتمالاً بیشتر می شود (۱). نارسایی احتقانی قلب یک شرایط مزمن طبی است که علیرغم درمان های ذکر شده جنبه های مختلف زندگی فرد را درگیر می نماید (۴،۵).

بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب علائم فیزیکی و روانی متعددی از قبیل تنگی نفس، فقدان انرژی و ضعف، خستگی، ادم، اختلالات خواب، افسردگی و درد قفسه سینه را تجربه می کنند (۶،۷) و (۸) که مجموعه این علائم باعث محدودیتهایی در فعالیتهای روزمره بیمار در انجام امور شخصی و اجتماعی وی می گردد که این نیز به نوبه خود باعث کاهش کیفیت زندگی می شود (۹،۱۰)، کاهش کیفیت زندگی نیز با بستری شدن های مکرر و افزایش مرگ بیمار ارتباط مستقیم دارد (۱۱،۱۲).

مطالعات مختلف نشان می دهند بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب نسبت به جمعیت عمومی دارای کیفیت زندگی پایین تری می باشند (۱۳،۱۵). در بیشتر این مطالعات که کیفیت زندگی هم توسط ابزارهای عمومی و هم ابزارهای اختصاصی اندازه گیری شده است، بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب نمرات پایینی را در تمام جنبه های کیفیت زندگی (بعد جسمی و سلامت روانی) بدست آوردند (۱۵). این بیماران در مقایسه با جمعیت سالم محدودیتهای حرکتی و خود مراقبتی بیشتری گزارش کردند (۱۵). همچنین در پژوهشی که توسط Riedinger و همکاران انجام یافت، مشخص گردید که زنان مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با زنان مبتلا به دیگر بیماری های مزمن کیفیت زندگی پایین تری دارند (۱۶). در مطالعه شجاعی و همکاران در شهر تهران مشخص گردید که ۱۰/۴٪ از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کیفیت زندگی نامطلوب گزارش نمودند (۱۷). در مطالعه Tindle و همکاران نیز مشخص گردید که

بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بدلیل عملکرد فیزیکی ضعیف و افسردگی از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردار هستند (۱۸). مطالعات قلبی اختلال کلی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب را نشان داده اند، اما توجه به جزئیات بیشتر به خصوص در مورد ابعاد مختلف کیفیت زندگی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ هدف این مطالعه بررسی جزئیات بیشتری از کیفیت زندگی بیماران مذکور از طریق بررسی دقیق تر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی در مقایسه با افراد سالم و سایر بیمارهای مزمن می باشد (کدامیک از ابعاد کیفیت زندگی در بیماران نارسایی احتقانی قلب در مقایسه با جمعیت سالم و نیز بیماران مزمن شناخته شده دچار اختلال می شود؟) تا از طریق مقایسه ای جمعیتها مشکلات بیماران نارسایی احتقانی قلب بطور برجسته تری مشخص گردد و اطلاعات جامع و کاربردی برای برنامه ریزان و مراقبین بهداشتی و پژوهشگران فراهم آورد؛ از طرف دیگر در این مطالعه قصد بر آن بود تا عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب (CHF) از جمله شدت نارسایی قلبی و مشخصات فردی اجتماعی (سن، جنس، وضعیت شغلی، وضعیت تحصیلی و وضعیت تأهل) مورد بررسی قرار گیرد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی است که ۱۲۵ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب واجد شرایط مراجعه کننده بیمارستانهای سینا و امیرالمؤمنین شهر مراغه انتخاب شدند. تمام بیماران واجد شرایط که راضی به شرکت در پژوهش بودند بعد از توضیح مطالعه و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. روش نمونه گیری بر اساس روش نمونه گیری در دسترس با توجه به معیارهای ورود به مطالعه بوده است. در این مطالعه معیار ورود برای بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب عبارت بودند از: توسط پزشک متخصص قلب و عروق تشخیص بیماری نارسایی قلبی بر آنها گذاشته شده بود و کسر تخلیه آنها در اکوکاردیوگرافی کمتر از ۴۰٪ بود و حداقل ۳ ماه از تشخیص اولیه بیماری نارسایی قلب آن ها گذشته بود؛ رضایت برای شرکت در پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن یا برخورداری از توان مصاحبه و برقراری ارتباط و فقدان سابقه اختلالات شدید روانی از دیگر معیارهای ورودی بودند. در مورد جمعیت سالم شرط لازم برای

افزار (SPSS Ver.15) تجزیه و تحلیل شد؛ برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین، میانه، فراوانی، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل، آزمون کای دو، تست دقیق فیشر، ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه اکثریت بیماران نارسایی احتقانی قلب (۷۶٪) دارای سن بالای ۵۵ سال ($64 \pm 12/9$)، ۵۰٪ زن، ۹۱٪ دارای همسر، ۵۶٪ بیکار یا خانه دار، ۶۶٪ بی سواد بودند. ۶۷٪ دارای کسر تخلیه بین ۲۵ تا ۴۰٪ بودند. نتایج نشان داد که ۵۰٪ دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند ($21/05 \pm 134/98$)، ضمن اینکه ۶۳٪ در بعد جسمی، ۶۳٪ در بعد روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب هستند، اما ۸۳٪ در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند (جدول ۱).

نتایج مطالعه نشان داد که نمره کیفیت زندگی کلی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب به طور معنی داری از بیماران مبتلا به سکتة مغزی ($P < 0/0001$) و جمعیت سالم ($P < 0/0001$) پایین تر است، اما با وجودی که نسبت به بیماران تحت درمان با همودیالیز نمره بهتری کسب کرده اند، این اختلاف معنی دار نبود ($P = 0/18$). بعد جسمی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب به طور معنی داری از بیماران مبتلا به سکتة مغزی ($P < 0/0001$) و جمعیت سالم ($P < 0/0001$) پایین تر و نسبت به بیماران تحت درمان با همودیالیز مطلوب تر بود ($P < 0/0001$)؛ بعد روانی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب از هر سه گروه شاهد پایین تر بود، هرچند این اختلاف در مقایسه با بیماران تحت درمان با همودیالیز معنی دار نبود ($P = 0/002$, $P < 0/0001$, $P < 0/13$)؛ ضمن اینکه بعد اجتماعی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب تفاوت معنی داری با جمعیت سالم نداشت ($P < 0/68$) اما نسبت به دو گروه دیگر نامطلوب تر بود (جدول ۲). نمودار ۱ اختلاف نمره کل کیفیت زندگی و ابعاد آن را در ۴ گروه نشان می دهد.

ورود به مطالعه عدم وجود بیماری مزمن و اینکه تحت هیچ درمانی نبوده باشد؛ ضمن اینکه در بیماران تحت درمان با همودیالیز و سکتة مغزی به غیر از بیماری زمینه ای (نارسایی کلیه و سکتة مغزی) به هیچ بیماری ثانوی مبتلا نبودند و حداقل ۶ ماه از شروع دیالیز و یا رخداد سکتة مغزی گذشته بود. ۴ گروه فوق از نظر متغیرهای سن و جنس همسان انتخاب شدند، ضمن اینکه تعداد شرکت کنندگان در جمعیت سالم، بیماران تحت درمان با همودیالیز و بیماران مبتلا به سکتة مغزی به ترتیب ۱۴۰، ۱۱۵ و ۱۰۶ نفر بودند.

ابزار مورد استفاده برای بررسی کیفیت زندگی در هر چهار گروه مورد مطالعه "مقیاس کیفیت زندگی بیماران مزمن" Quality of Life of Chronic Patient's Scale of بود که از سه قسمت تشکیل شده است: ۱- بعد جسمی (۳۲ عبارت) ۲- بعد روانی (۱۰ عبارت) ۳- بعد اجتماعی (۱۲ عبارت).

"مقیاس کیفیت زندگی بیماران مزمن" Quality of Life of Chronic Patient's Scale با استفاده از تلفیق سه ابزار کیفیت زندگی SF-36 Short Form، Sweden Health (کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت سوئدی) و (Related Quality of Life) کیلوی (Kidney disease Quality of Life) بدست آمد. پرسشنامه فوق بر اساس مقیاس های چند گزینه ای بودند؛ برای سؤالات دو گزینه ای (بله - خیر) امتیازات یک و صفر داده شد و برای سایر سؤالات چندگزینه ای امتیازات یک تا چهار و یا پنج داده شد. در نهایت امتیازات با یکدیگر جمع زده شدند؛ دامنه نمرات از ۴۸ تا ۲۲۱ بود و امتیازات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر بود. کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلب، جمعیت سالم، بیماران تحت درمان با همودیالیز و سکتة مغزی به طور قراردادی توسط پژوهشگران با توجه به نمره میانه ابزار به دو قسمت مساوی نامطلوب (۴۸-۱۳۴/۵) و مطلوب (۲۲۱-۱۳۴/۶) دسته بندی شدند. روایی و پایایی ابزار فوق در مطالعات قبلی تأیید شده بود (۱۹-۲۱). پایایی آن در این مطالعه با استفاده از داده های ۸۰ شرکت کننده (۲۰ نفر از هر گروه) مجدداً به روش آلفای کرونباخ اندازه گیری شد که پایایی در زمینه سؤالات مربوط به هر قسمت به صورت زیر بدست آمد: عملکرد جسمی (۰/۹۵)، درد و ناراحتی (۰/۸۱)، فعالیتهای جنسی (۰/۹۶)، خواب (۰/۸۲)، بعد روانی کیفیت زندگی (۰/۸۱)، بعد اجتماعی کیفیت زندگی (۰/۷۹). داده ها پس از جمع آوری در نرم

جدول ۱ - کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در بیماران نارسایی احتقانی قلب مراجعه کننده به بیمارستان های مراغه

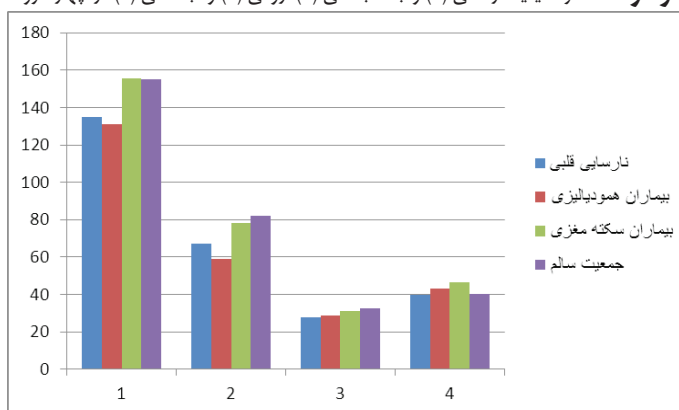
متغیر	مطلوب - نامطلوب	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	نامطلوب (۱۳۴/۵ - ۴۸) مطلوب (۲۲۱ - ۱۳۴/۵) جمع	۶۳ ۶۲ ۱۲۵	۵۰/۴ ۴۹/۶ ۱۰۰/۰	۱۳۴/۹۸	۲۱/۰۵
بعد جسمی	نامطلوب (<۷۲) مطلوب (>۷۲) جمع	۷۹ ۴۶ ۱۲۵	۶۳/۲ ۳۶/۸ ۱۰۰/۰	۶۷/۳۶	۱۶/۶۴
بعد روانی	نامطلوب (<۲۹/۵) مطلوب (>۲۹/۵) جمع	۷۹ ۴۶ ۱۲۵	۶۳/۲ ۳۶/۸ ۱۰۰/۰	۲۷/۹۲	۴/۶۶
بعد اجتماعی	نامطلوب (<۳۳) مطلوب (>۳۳) جمع	۲۱ ۱۰۴ ۱۲۵	۱۶/۸ ۸۳/۲ ۱۰۰/۰	۳۹/۷	۶/۲۸

*اعداد داخل پارانتر جمع نمرات اعمالی به پاسخ های ارایه داده شده در ابزارها است که به دو قسمت مساوی تقسیم شده اند.

جدول ۲ - کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران نارسایی احتقانی قلب و مقایسه آن با سایر جمعیت ها

جمعیت	بیماران نارسایی احتقانی قلب			جمعیت سالم
	بیماران تحت درمان با همودیالیز	بیماران تحت درمان با مغزی	بیماران سکنه مغزی	
کیفیت زندگی	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
کل	۱۳۴/۹۸ (۲۱)	۱۳۱/۳ (۲۱/۱) (p=۰/۱۸)	۱۵۵/۸ (۳۳/۶) (p=۰/۰۰۰۱)	۱۵۵/۲ (۲۸/۲) (p=۰/۰۰۰۱)
بعد جسمی	۶۷/۳۶ (۱۶/۶)	۵۹ (۱۵/۳) (p=۰/۰۰۰۱)	۷۸/۴ (۲۲/۹) (p=۰/۰۰۰۱)	۸۲/۲۶ (۱۸) (p=۰/۰۰۰۱)
بعد روانی	۲۷/۹۲ (۴/۷)	۲۸/۹ (۵/۷) (p=۰/۱۳)	۳۰/۹ (۸/۹) (p=۰/۰۰۲)	۳۲/۸ (۷/۹) (p=۰/۰۰۰۱)
بعد اجتماعی	۳۹/۷ (۶/۳)	۴۳/۳ (۴/۴) (p=۰/۰۰۰۱)	۴۶/۵ (۶/۲) (p=۰/۰۰۰۱)	۴۰/۱ (۷/۹) (p=۰/۶۸)

• اعداد ستاره دار نشان دهنده تفاوت معنی دار گروه مذکور با بعد مشابه در گروه بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب می باشد.

نمودار ۱ - نمره کیفیت زندگی (۱) و ابعاد جسمی (۲)، روانی (۳) و اجتماعی (۴) در چهار گروه

از میان متغیرهای مختلف مربوط به مشخصات فردی اجتماعی واحدهای مورد پژوهش، متغیرهای، جنس، کسر تخلیه بطنی (شدت نارسایی قلبی)، وضعیت تحصیلی و وضعیت تأهل دارای همبستگی معنی دار با کیفیت زندگی بودند درحالی که متغیرهای سن و وضعیت شغلی با کیفیت زندگی همبستگی معنی دار نداشتند. بطوری که بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب زن، با کسر تخلیه بطنی کمتر، بی سواد و بدون همسر نمره کیفیت زندگی پایین تری را کسب کردند (جدول ۳).

جدول ۳- ارتباط بین مشخصات فردی اجتماعی با کیفیت زندگی در بیماران نارسایی احتقانی قلب

مشخصات فردی اجتماعی	میانگین (انحراف معیار)	آزمون آماری
سن	≤ 55 > 55	آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه سنی از نظر نمره کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p=0/2$).
جنس	مرد زن	آزمون تی مستقل نشان داد که بین مردان و زنان از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی دار وجود دارد ($p=0/017$).
وضعیت تأهل	متأهل بدون همسر	آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه متأهل و بدون همسر از نظر نمره کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p=0/009$).
وضعیت شغلی	غیرشاغل شاغل خانه دار	آزمون آنوای یکطرفه نشان داد که گروه های مختلف وضعیت شغلی از نظر نمره کیفیت زندگی تفاوت معنی داری ندارند ($p=0/14$).
وضعیت تحصیلی	بیسواد باسواد	آزمون تی مستقل نشان داد که بین افراد بیسواد و باسواد از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی دار وجود دارد ($p=0/027$).
کسر تخلیه بطنی	۲۱-۴۰ < ۲۰٪	آزمون تی مستقل نشان داد که با افزایش شدت نارسایی قلب کیفیت زندگی آن ها کاهش می یابد ($p=0/001$).

بحث

در مقایسه با جمعیت سالم بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب در نمره کلی و ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی نمرات کمتری را کسب کردند، اما تفاوت معنی داری در نمره بعد اجتماعی دو گروه مشاهده نشد. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با مشکلات متعدد جسمی و روانی از قبیل تنگی نفس، فقدان انرژی و ضعف، خستگی، ادم، اختلالات خواب، افسردگی و درد قفسه سینه مواجه هستند (۶،۸) که این امر می تواند نقش مهمی در کاهش کیفیت زندگی از بعد روانی و جسمی در آنها گردد؛ به نظر می رسد علت بالا بودن کیفیت زندگی از بعد اجتماعی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب افزایش ارتباط فامیلی و حمایت آنها بعد از بیماری باشد، مطالعات قبلی نشان داده اند که حمایت اجتماعی به خصوص حمایت عاطفی و ارتباط فامیلی در بیماران مزمن در جامعه ایران مطلوب می باشد (۲۲). در مطالعه ای که Pressler و همکاران در کشور سوئد بر روی ۲۴۹ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی داده بود نیز مشخص شد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارای کیفیت زندگی پایین هستند (۲۳). Hatta و همکاران می نویسند یکی از مشخصات بیماران نارسایی قلبی کیفیت زندگی پایین آنها است (۲۴).

در مقایسه کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلب و بیماران سکنه مغزی مشخص شد که هم در نمره کلی و هم در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی بیماران نارسایی قلب نمره پایین تری را کسب کردند؛ نتایج این مطالعه دقیقاً برعکس یافته های Pinto و همکاران (۲۰۱۱) است که نشان دادند بیماران مبتلا به سکنه مغزی هم در نمره کلی و هم در تمام ابعاد، کیفیت زندگی بدتری را تجربه

می نمایند (۲۵)، با توجه به اختلاف در زمان نمونه گیری از بیماران سکنه مغزی در دو مطالعه این تضاد قابل توجیه است؛ به طوری که در مطالعه Pinto و همکاران از بیماران سکنه مغزی در مرحله حاد نمونه گیری انجام شده بود، اما در مطالعه حاضر از بیماران سکنه مغزی ۶ ماه پس از رخداد حادثه نمونه گیری صورت گرفته بود. نکته قابل تأمل در این تضاد این است که بیماران سکنه مغزی با گذشت زمان و با مداخلات صورت گرفته وضعیت جسمی و روانی بهتری را کسب می کنند که منجر به بهبود کیفیت زندگی آنها می شود، اما به نظر می رسد این مهم در بیماران نارسایی احتقانی قلب صدق نمی کند.

همچنین مشخص شد که کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران تحت درمان با همودیالیز نیز نامطلوب بوده و قابل قیاس با کیفیت زندگی در بیماران نارسایی احتقانی قلب می باشد؛ به نظر می رسد بیماری های مزمن تأثیر مشابهی بر کیفیت زندگی می گذارند. در مطالعات قبلی نیز مشخص شده بود که بیماری های مزمن از جمله نارسایی احتقانی قلب و نارسایی کلیه اثر مشابهی بر کاهش کیفیت زندگی دارند (۱۳،۲۶). مطالعات قبلی نیز نشان داده اند که کیفیت زندگی در بیماران نارسایی احتقانی قلب و بیماران تحت درمان با همودیالیز از جمعیت سالم و نیز سایر بیماران مزمن پایین تر است؛ به طور مثال Johansson و همکاران نیز طی تحقیقی نشان دادند بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با مبتلایان سایر بیماریهای مزمن نظیر بیماریهای مزمن انسدادی ریه، آرتریت، آنژین ناپایدار و بیماران با سابقه سکنه قلبی از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار هستند (۲۷)؛ همچنین Tsay و Marilyn نیز نشان دادند که

بدلیل درک بهتر از بیماری خود و دریافت دقیقتر موارد آموزش داده شده بهتر می توانند با بیماری مزمن خود سازگار شوند. در حالیکه بیماران بی سواد به دلیل عدم وجود موارد فوق اضطراب، نگرانی، گوشه گیری و افسردگی بیشتری را نشان می دهند، به طوری که در مطالعه حاضر نیز مشخص شد که بیمارانی که سواد کمتری دارند دارای مشکلات جسمی و روانی بیشتری هستند. این مسأله می تواند در کاهش کیفیت زندگی آنها نقش بسزایی داشته باشد.

همچنین مشاهده گردید که بین جنس و کیفیت زندگی همبستگی معنی داری وجود دارد؛ به طوری که مردان دارای کیفیت زندگی مطلوبتری نسبت به زنان بودند که همسو با نتایج مطالعات قبلی است (۲،۲۲). در مطالعه ای که توسط Azevedo و همکاران انجام شد، مشخص گردید که بین کیفیت زندگی در زنان و مردان مبتلا نارسایی احتقانی قلب تفاوت معنی داری وجود دارد، بطوری که کیفیت زندگی در مردان مطلوبتر از زنان می باشد (۲). یکی از دلایل بالا بودن کیفیت زندگی در مردان نسبت به زنان می تواند مربوط سطح تحصیلات بالاتر مردان نسبت به زنان باشد؛ بطوری که در این مطالعه درصد افراد باسواد در مردان بیشتر از زنان بود.

نتایج مطالعه نشان داد که بین وضعیت تأهل و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری به دست آمد، به گونه ای که افراد دارای همسر کیفیت زندگی بالاتری نسبت به بیماران بدون همسر داشتند. در مطالعات قبلی نیز مشخص گردید که کیفیت زندگی به طور معنی داری در افراد همسر دار بالا بود (۲،۲۲). به نظر می رسد مهمترین عامل در پایین بودن کیفیت زندگی افرادی که همسران خویش را از دست داده بودند نسبت به افراد متأهل از دست دادن یک حامی و شریک در زندگی می باشد که در این مواقع بحرانی بتوانند از آنها حمایت عاطفی و حمایت ابزاری بعمل آورند و بدین طریق موجب بهبود کیفیت زندگی آنها شوند.

نتایج مطالعه نشان داد بین وضعیت شغلی و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود ندارد. این در حالیست که در مطالعه Azevedo و همکاران مشخص شد افرادی که دارای شغل هایی با عملکردهای تخصصی بالا بودند کیفیت زندگی بهتری داشتند (۲).

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که بیماران نارسایی احتقانی قلب در مقایسه با جمعیت سالم و بیماران مبتلا به سکتته مغزی در ابعاد جسمی و روانی مشکلات بیشتری را تجربه می کنند و نیازمند توجه مسئولین مراقبتی در این زمینه می باشند؛ از طرف دیگر مشاهده

بیماران تحت درمان با همودیلایز در مقایسه با سایر بیماری های مزمن همچون بیماران تحت پیوند کلیه، سرطان پستان، سرطان کولون و لوئمی کیفیت زندگی پایین تری را تجربه می نمایند (۲۸). نتایج مطالعه نشان داد شدت بیماری باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران نارسایی احتقانی قلب می گردد به طوری که با کاهش کسر تخلیه بطنی کیفیت زندگی بیماران کاهش می یابد به عبارت دیگر، بیماران دچار نارسایی قلبی شدیدتر کیفیت زندگی پایین تری را گزارش کردند. در مطالعه Azevedo نیز مشخص شد که با پیشرفت شدت بیماری کیفیت زندگی در بسیاری از ابعاد آن در بیماران نارسایی احتقانی قلب کاهش پیدا می کرد (۲). Rusten و همکاران نیز در مطالعه خود دریافتند که بین کیفیت زندگی و کسر تخلیه بیماران نارسایی احتقانی قلب ارتباط منفی و معنی داری وجود دارد (۱۶). علاوه بر آن Rusten و همکاران دریافتند که بیماران نارسایی احتقانی قلب با درجات بالاتر (کلاس چهار) نسبت به بیماران کلاس دو کیفیت زندگی بدتری را گزارش نمودند (۱۴)؛ طبیعتاً با پیشرفت شدت بیماری علائمی مثل ضعف، خستگی، درد، تنگی نفس، بی خوابی، ناتوانایی های عملکردی، مشکلات روانی، افسردگی و ... افزایش می یابد و مجموعه این علائم منجر به کاهش کیفیت زندگی در بیماران نارسایی احتقانی قلب می گردد.

مشاهده گردید که با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می یابد. بیماران با سن کمتر از ۵۵ سال، کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به آنهايي که بیشتر از ۵۵ سال سن داشتند، نشان می دادند، هر چند این اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. در مطالعه ای که Azevedo و همکاران به منظور تعیین ارتباط بین شدت نارسایی قلب و برخی مشخصات دیگر با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب انجام داد مشخص گردید که کیفیت زندگی بطور معنی داری با افزایش سن کاهش پیدا می کرد (۲)؛ مطالعات قبلی در جامعه ایران نیز نشان می دهد که با افزایش سن کیفیت زندگی بیماران مزمن کاسته می شود (۲۲). با توجه به اینکه در افراد جوانتر مشکلات جسمی کمتر می باشد و از انرژی و شادابی بیشتری برخوردار هستند، می توان انتظار داشت که کیفیت زندگی مطلوبتری داشته باشند.

بین وضعیت تحصیلی و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری به دست آمد، به گونه ای که افراد باسواد کیفیت زندگی بالاتری نسبت به بیماران بی سواد ارتقاء می یافت. مطالعات دیگر نیز نشان دادند که کیفیت زندگی بطور معنی داری با افزایش سطح تحصیلات افزایش پیدا می کند (۲،۲۲). به نظر می رسد بیمارانی که سواد بالایی دارند

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب می باشد. از همکاری معاونت پژوهش و کارکنان کتابخانه دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، مسئولین درمانگاه و بخش های قلب بیمارستان سینا مراغه، همودیالیز بناب و میاندوآب و کلینیک های فیزیوتراپی مراغه و تمام بیماران شرکت کننده در این مطالعه تشکر می گردد.

شد که اکثریت بیماران نارسایی احتقانی قلب در بعد اجتماعی دارای کیفیت زندگی مطلوب می باشند، بطوری که بعد اجتماعی مطلوب منجر به مطلوب شدن کیفیت زندگی در نیمی از بیماران نارسایی احتقانی قلب شده است. بنابراین، می توان با افزایش حمایت ها از سوی خانواده، دوستان و سایر ارگان ها در این بیماران، سبب ارتقاء بعد روانی کیفیت زندگی شد. آموزش به این بیماران به صورت مستمر و پایدار می تواند سبک زندگی را تغییر داده و زمینه های بهبود کیفیت زندگی در آنها را فراهم سازد.

منابع

- 1- Harrison's cardiovascular diseases. Translation by Binafar N. Hayan-Abasaleh-Shahrab Publisher. Tehran, Iran; 2006: PP 143-161(Persian).
- 2- Azevedo A, Bettencourt P, Margarida A, Martins E, Abreu-Lima C, Hense H, Barros H. Health-related quality of life and stages of heart failure. *International Journal of Cardiology* 2008; 129: 238-244.
- 3- Lesman-Leegte I, Jaarsma T, Coyne J.C, Hillege HL, Van Veldhuisen D.J, Sanderman R. Quality of life and depressive symptoms in the elderly: A comparison between patients with heart failure and age- and aender-matched community controls. *Journal of Cardiac Failure* 2008: 1-7.
- 4- Johansson P, Agnebrink M, Dahlstrom U, Brostrom A. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective review of the literature. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 3:7- 20.
- 5- Johansson P, Dahlstrom U, Brostrom A. The measurement and prevalence of depression in patients with chronic heart failure. *Progressive Cardiovascular Nursing* 2006; 21: 28e36.
- 6- Nordgren L, Sorensen S. Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2003; 2: 213-17.
- 7- Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005;4: 198-206.
- 8- Riegel B, Moser DK, Rayens MK, Carlson B, Pressler SJ, Shively M, et al. Ethnic differences in quality of life in persons with heart failure. *Journal of Cardiac Failure* 2008; 14(1):41-7.
- 9- Boyd KJ, Murray SA, Kendall M, Worth A, Frederick Benton T, Clausen H. Living with advanced heart failure: a prospective, community based study of patients and their carers. *European Journal of Heart Failure* 2004;6: 585-91.
- 10- Rector TS, Anand IS, Cohn JN. Relationships between clinical assessments and patients' perceptions of the effects of heart failure on their quality of life. *Journal of Cardiac Failure* 2006;12: 87-92.
- 11- Alla F, Briancon S, Guillemin F, Juilliere Y, Mertes PM, Villemot JP, et al. Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure. insights into the EPICAL study. *European Journal of Heart Failure*. 2002;4: 337-43.
- 12-Konstam V, Salem D, Pouleur H, Kostis J, Gorkin L, Shomaker S, et al. Baseline quality of life as a predictor of mortality and hospitalization in 5,025 patients with congestive heart failure. SOLVD investigations. *Studies of*

- left ventricular dysfunction investigators. *American Journal of Cardiology* 1996;78:890-5.
- 13- JJunger J, Schellberg D, Kraemer S, et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: Comparison with other chronic disease and relation of functional variable. *Heart Journal* 2002; 87(3): 235.
- 14- Rusten T, Stubhaug A, Eidsmo I, Westheim A, Paul P, Miaskowski C. Pain and ouality of life in hospitalized patients with heart failure. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 36(5): 497- 504.
- 15- Calvert MJ, Freemantle N, Cleland JG. The impact of chronic heart failure on health-related quality of life data acquired in the baseline phase of the CARE-HF study. *European Journal of Heart Failure* 2005;7: 243-251.
- 16- Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L, Ganz PA. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist?. *Heart Lung*. 2001 Mar-Apr; 30(2): 105-16.
- 17- Shojaie F. evaluation of quality of life in patients with heart failure. *Tehran Nursing and Midwifery Journal (Hayat)* 2008; 14(2): 5 – 12 (Persian).
- 18- Corvera-Tindel T, Doering LV, Aqulino C, Roper J, Dracup K. The role of physical functioning and depression in quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail*. 2003; 9(5): 55.
- 19- Zamanzadeh, V and Heidarzadeh, M and Oshvandi, KH and Lakdizaji, S (2007): Relationship between Quality of life and Social Support in patients receiving hemodialysis. *Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 29:1, 49-54 (Persian).
- 20- Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi KH, Arghani H, Abedsaeedi S (2008). the effect of physical exercise on quality of life in hemodialysis patients; *Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 30 (1): 51 – 55 (Persian).
- 21- Heidarzadeh, M and Ghahramanian, A and Hagigat, A and Yousefi, E (2009): Relationship between Quality of Life and Social Support in Stroke Patients. *Iranian Journal of Nursing*, 22:59, 23 – 32 (Persian).
- 22- Heidarzadeh M, Ghahramanian A, Hagigat A, Yousefi E. Quality of life and it's dimensions in patients with cerebral vascular accidents. *Tabriz Nursing and Midwifery Journal* 2008; 9: 10 – 17 (Persian).
- 23- Pressler S.J, Kareken D, Perkins S.M, Sauve M.J, Ding Y, Kim JS, Sloan R, Jaynes H, Shaw R.M. Cognitive deficits and health-related quality of life in chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2010; 25(3): 189 – 198.
- 24- Hatta M, Joho S, Inoue H, Origasa S. A health-related quality of life questionnaire in symptomatic patients with heart failure: Validity and reliability of a Japanese version of the MRF28. *Journal of Cardiology* 2008: 1-10.
- 25- Pinto EB, Maso L, Pereira JLB, Fukuda TG, Seixas JC, Menezes DF, Cincura C, Neville LS, Jesus PAP, Oliveira-Filho J. Differential aspects of stroke and congestive heart failure in quality of life reduction: a case series with three comparison groups. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011; 9:65
- 26- Merkus MP, Dekker FW, Boeschoten EW, et al. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad study group. *American Journal of Kidney Disease* 1997;29: 584-92.
- 27- 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.
- 28-Tsay SL, Marilyn. Self care, Self efficacy, Depression and Quality of life among patient receiving Hemodialysis

in Taiwan. International Journal of Nursing Studies. 2002; 39, 245-251.

Quality of life in congestive heart failur patients: comparing with other groups

Heidarzadeh¹ M (Ph.D) - Ghanavati² A (Ph.D) - Pashaie³ A (B.Sc) - Kolahdoozipour⁴ J (MSc.) - Mohamad Karam⁵ A (B.Sc) - Rahimzadeh⁶ A (B.Sc) - Yosefi⁷ I (B.Sc).

Abstract

Introduction: Congestive Heart Failur (CHF) is one of the most important chronic diseases in the world that the CHF patients are faced with various physical and psychological stressfull factors which leads to decreasing quality of life. The aim of this study was to dtermine quality of life in congestive heart failur patients and compaing with healthy people and other chronic diseases. Also it aimed to evaluate relationship between QOL and severity of disease and demographic variables.

Method: In this descriptive research, we evaluated the QOL of 125 CHF patients. Sample were selected by convince method in medical centers of Maragheh and Bonab. For comparing we used 140 healthy people, 115 hemodialysis patients and 106 stroke patients. Data were collected by two parts questionnaire; demographic and Quality of Life of Chronic Patient's Scale". Descriptive and inferential analysis (T-Test, Chi Squared Test, Fisher's Test, Pearson's Test) by SPSS 15 were used to analyze the data.

Results: The results indicate that quality of life in 49.6%, of CHF patients were desirable, and in quality of life subsector, social dimension in 83.2% of patients was desirable, while physical dimension (63.2%) and psychological dimension (63.2%) in most of the patients were undesirable. From patients characteristics, sex ($p=0/017$), ejection fraction ($p=0/001$), married status ($p=0/009$), and educational status ($p=0/027$) had significant relationship with QOL. QOL in CHF patients ($134/9 \pm 21$) was similar to hemodialysis ($131/3 \pm 21$), but was lower than stroke patients ($155/8 \pm 33/6$) and healthy people ($155/2 \pm 28/2$).

Conclusion: In regard to low QOI in CHF patients it is suggested that families and health care planner and managers improve quality of life in CHF patients.

Keywords: Congestive Heart Failure, quality of life, chronic disease

Accepted: 9 March 2015

Accepted: 30 April 2015

1- Corresponding author: PhD, RN, Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

e-mail: m.mahda@gmail.com

2- Heart Surgery Fellow, Modarres Cardiovascular Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Expert Nurse, Velayat Hospital, Germe, Iran

4- MSc. in Nursing, Imam Khomeini Hospital, Ajabshir, Iran

5- BSc in Nursing, Mehrghan Hospital, Tehran, Iran

6- BSc in Nursing, Sina Hospital, Maragheh, Iran

7- BSc in Nursing, Amiralmomenin Hospital, Maragheh, Iran