

## مقاله پژوهشی اصیل

## ارتباط کیفیت زندگی و امیدواری در افراد با بیماری قلبی ایسکمیک بستری در مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران

فریبا نصیری زیبا<sup>۱</sup>، کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی  
\* فریده مهربانی<sup>۲</sup>، دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی  
حمید حقانی<sup>۳</sup>، دکترای آمار زیستی

## خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و امیدواری در افراد با بیماری قلبی ایسکمیک بستری در مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران انجام شد. زمینه. افزایش تعداد افراد مبتلا به بیماری قلبی ایسکمیک در سال‌های اخیر و پیامدها و عوارض روانی و جسمی ناشی از آن، بررسی وضعیت کیفیت زندگی و امیدواری آنان را ضروری می‌سازد. روش کار. در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۱۵۰ فرد مبتلا به بیماری قلبی ایسکمیک بستری در مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران، مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران قلبی فرانس و پاورس (۱۹۹۹) و پرسشنامه امیدواری اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی مستقل استفاده شد. یافته‌ها. کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری قلبی ایسکمیک از سطح مطلوبی برخوردار بود (میانگین نمره ۲۰/۶۴ با انحراف معیار ۳/۰۰). همچنین، امید در این بیماران در سطح بالا بود (میانگین نمره ۴۰/۳۳ با انحراف معیار ۵/۸۸). بین امیدواری و کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری قلبی ایسکمیک ارتباط معنادار مشاهده شد ( $P \leq 0.001$ ،  $r = 0.48$ ). نتیجه‌گیری. براساس نتایج این مطالعه مبنی بر ارتباط بین کیفیت زندگی و امید در افراد با بیماری قلبی ایسکمیک، برای تقویت تاثیرات مثبت امیدواری در ارتقای کیفیت زندگی این گروه از بیماران، لازم است در برنامه‌های مراقبتی پرستاران مواردی همچون امیدواری و سایر نیازهای روان‌شناختی بیماران مورد توجه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: بیماری قلبی ایسکمیک، کیفیت زندگی، امید

۱ مربی، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (\*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: negar\_fm40@yahoo.com  
۳ دکترای آمار زیستی، عضو هیئت علمی گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

## مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی اولین علت مرگ در ایران هستند و سالانه باعث بروز ۱۳۸۰۰۰ مرگ می‌شوند که حدود ۴۰ درصد موارد مرگ است (ابراهیمی، ۲۰۱۹). بیماری‌های قلبی ایسکمیک شایع‌ترین موارد تشخیص بیماری‌های قلبی در کشور را به خود اختصاص می‌دهند (عباسی، ۲۰۱۶). افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی ایسکمیک در طول دوره زندگی خود، به‌طور پیوسته، ترس، اضطراب و افسردگی ناشی از آسیب قلبی و انتظار مرگ را تجربه می‌کنند. همچنین، محدودیت‌های جسمی ایجادشده، علائم پیش‌رونده بیماری و به دنبال آن، ایجاد اختلالات روانی در طول روند درمان، می‌تواند سبب کاهش کیفیت زندگی این گروه بیماران قلبی شود (محمد و همکاران، ۲۰۱۴).

نتایج مطالعات در زمینه زندگی فردی و اجتماعی افراد با بیماری قلبی ایسکمیک نشان می‌دهد با افزایش سن بیمار، زندگی فردی و اجتماعی وی و خانواده تحت تاثیر قرار می‌گیرد و همچنین، ماهیت مزمن، پیش‌رونده و غیرقابل برگشت بیماری بر کیفیت زندگی آنان تاثیر منفی می‌گذارد و در نهایت، ادامه این روند با پیامدهایی نظیر تشدید بیماری، بقای کمتر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی همراه است (کومین، ۲۰۱۳؛ کسینگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ کیتزمن و همکاران، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، نیاز به جراحی و بستری مجدد در بیمارستان ممکن است در بیماران به صورت یک بحران در زندگی شخصی و اجتماعی آنان تلقی شود که همین مسئله می‌تواند تجارب منفی نظیر اضطراب و مرگ را به همراه داشته باشد (چوبداری، ۲۰۱۵). در واقع، امید به عنوان یک نیروی محرکه می‌تواند بیماران قلبی ایسکمیک را به سوی بهبودی، ارتقای سلامت و ایجاد تغییر مثبت در سبک زندگی پیش ببرد (الخورانی و همکاران، ۲۰۱۵). در این زمینه، نتایج مطالعه کسینگ و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد افزایش سطح اضطراب و افسردگی با کاهش امید در بیماران مبتلا به بیماری قلبی ایسکمیک قلبی همراه بوده است. همچنین، نتایج مطالعه الخورانی و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد بیش از ۶۰ درصد افراد مبتلا به بیماری قلبی ایسکمیک سطح امید پایین دارند. با توجه به این مسئله، اهمیت آگاهی از برخی متغیرهای روان‌شناختی در بین بیماران قلبی ایسکمیک نظیر امیدواری و کیفیت زندگی و بررسی ارتباط بین آنها ضروری است (چوبداری، ۲۰۱۵). احتمالاً بیمارانی که سطح امیدواری بالاتری دارند، در مواجهه با تشخیص، درمان، پیامدها و عوارض درمان بیماری خود کمتر دچار پریشانی روانی می‌شوند و در نهایت، قدرت تطابق بیشتری از خود نشان می‌دهند (سیام، ۲۰۱۳).

امید می‌تواند در بیماران باعث درک بهتر از زندگی شود و از طریق ایجاد ارزش‌ها و استانداردها در تعیین اهداف زندگی تأثیرگذار باشد (جعفری، ۲۰۱۶). پرستاران با کسب اطلاعات جامع از کیفیت زندگی و سلامت روان افراد با بیماری قلبی ایسکمیک می‌توانند زمینه‌ای را برای برنامه‌ریزی‌های دقیق در جهت افزایش سطح کیفیت زندگی و سلامت روان آنها از جمله امید فراهم نمایند و سبب تسریع روند بهبودی، کاهش مدت بستری در بیمارستان و در نهایت، کاهش هزینه‌های بیمارستانی شوند (مارکوئز، ۲۰۱۷). با عنایت به این موضوع که بیماری‌های قلبی ایسکمیک شیوع زیادی در کشور دارد و سالانه به تعداد مبتلایان به این بیماری افزوده می‌شود و نظر به اینکه در جامعه ایرانی به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در افراد با بیماری قلبی ایسکمیک به عنوان شایع‌ترین اختلال سیستم قلبی عروقی کمتر پرداخته شده است، توجه به کیفیت زندگی این بیماران و بررسی ارتباط آن با عوامل روانی نظیر امیدواری ضروری است (خرمائی، ۲۰۱۷). پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و امیدواری در افراد با بیماری قلبی ایسکمیک بستری در مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران انجام شد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی همبستگی، ۱۵۰ فرد مبتلا به بیماری قلبی ایسکمیک مراجعه‌کننده به بخش‌های اورژانس، جراحی مردان، جراحی زنان، داخلی مردان و داخلی زنان مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران بین ماه‌های آبان تا اسفند سال ۱۳۹۷ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۴۰ سال و بیشتر، تشخیص قطعی بیماری قلبی ایسکمیک بر اساس تایید پزشک متخصص، توانایی برقراری ارتباط، سلامت روانی و ثبات وضعیت جسمی و همودینامیک، عدم سابقه بیماری‌های روان‌شناختی، عدم سابقه سکتة مغزی، ابتلا به بیماری‌های اعصاب و روان، عدم ابتلا به بیماری مزمن (کلیوی، تنفسی، سرطان)، عدم معلولیت جسمی، هوشیاری مطلوب، آشنایی با زبان فارسی، و دارای سواد خواندن و نوشتن بود.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها فرم اطلاعات جمعیت شناختی (شامل، سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، مصرف سیگار، میزان درآمد، مکان زندگی، مدت ابتلا به بیماری، ابتلا به سایر بیماری‌ها، سابقه آموزش درباره بیماری)، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی در بیماران قلبی فرانس و پاورس (۱۹۹۹)، و پرسشنامه امیدواری شنایدر و همکاران (۱۹۹۱) بود که توسط بیماران به صورت خودگزارشی تکمیل شد. پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران قلبی، کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اقتصادی اجتماعی و خانوادگی می‌سنجد. بخش اول پرسشنامه، میزان اهمیتی را که افراد برای ابعاد جسمی، روانی، اقتصادی اجتماعی و خانوادگی در کیفیت زندگی خود قائل هستند ارزیابی می‌کند. قسمت دوم پرسشنامه، میزان رضایت بیماران را در ارتباط با هر یک از این ابعاد ارزیابی می‌نماید. این پرسشنامه دارای ۷۰ سؤال در دو بخش اهمیت و رضایت از ابعاد سلامت جسمی، روانی، اقتصادی- اجتماعی و خانوادگی است و پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای (خیلی کم، امتیاز ۱؛ کم، امتیاز ۲؛ تا حدودی، امتیاز ۳؛ متوسط، امتیاز ۴؛ زیاد، امتیاز ۵؛ و خیلی زیاد، امتیاز ۶) قابل انتخاب است. سئوال‌ها در دو قسمت اهمیت و رضایت مشابه با یکدیگر هستند. در هر قسمت از دو بخش پرسشنامه، ۱۵ سؤال مربوط به سنجش بعد سلامت جسمی، ۸ سؤال مربوط به سنجش بعد اقتصادی- اجتماعی، ۷ سؤال مربوط به بعد روانی، و ۵ سؤال مربوط به بعد خانوادگی است. برای تعیین میانگین نمره کیفیت زندگی، طبق دستورالعمل پرسشنامه، پس از آن که عدد ثابت ۳/۵ از نمره هر یک از گزینه‌ها در بخش رضایت کسر شد، حاصل آن، در نمره هر یک از گزینه‌های بخش اهمیت ضرب شد. سپس مجموع اعداد به‌دست‌آمده باهم جمع شدند. جهت جلوگیری از تاثیر سئوال‌اتی که پاسخ داده نشدند عدد مجموع بر تعداد سئوال‌ات پاسخ‌داده شده تقسیم شد. جهت تعیین کیفیت زندگی، محدوده نمرات پرسشنامه، صفر تا ۳۰ در نظر گرفته شد؛ بنابراین، سطح کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه در سه سطح نامطلوب (صفر تا ۹)، نسبتاً مطلوب (۱۰ تا ۱۹) و مطلوب (۲۰ تا ۳۰) در نظر گرفته شد (فرانس، ۱۹۹۶). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط برزو و همکاران (۲۰۱۴) و شجاعی (۲۰۰۸)، با روش اعتبار محتوی ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه برزو و همکاران، ۰/۸۹ و در مطالعه شجاعی، ۰/۸۶ گزارش شده است.

پرسشنامه امیدواری شنایدر و همکاران (۱۹۹۱) دارای ۱۲ سؤال با هدف ارزیابی امید در افراد و دارای دو بعد تفکر عاملی (۴ سؤال) و تفکر راهبردی (۴ سؤال) است و ۴ سؤال نیز به‌عنوان عبارت انحرافی به‌منظور افزایش دقت در نمره‌گذاری تهیه شده است. پاسخ گویه‌ها در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، نمره ۱؛ مخالفم، نمره ۲؛ نظری ندارم، نمره ۳؛ موافقم، نمره ۴؛ و کاملاً موافقم، نمره ۵) تنظیم شده است. امتیاز بالاتر نشان‌دهنده امید بیشتر است. دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۶۰ است (شنایدر، ۲۰۱۱). نمرات ۱۲ تا ۲۴ به‌عنوان سطح پایین امید، نمرات ۲۴ تا ۳۶ به‌عنوان سطح متوسط امید و نمرات بالاتر از ۳۶ به‌عنوان سطح بالای امید در نظر گرفته شد. شنایدر و همکاران (۲۰۰۰)، اعتماد این پرسشنامه را از طریق باز-آزمایی با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ در بعد تفکر عاملی، ۰/۸۱ در بعد تفکر راهبردی، و ۰/۷۵ در بعد عبارات انحرافی تایید کردند. در ایران، روایی این پرسشنامه توسط کرمانی و همکاران (۲۰۱۱) از طریق بررسی اعتبار محتوا ارزیابی شده است و ضرایب آلفای کرونباخ نیز، ۰/۸۹ در بعد تفکر عاملی، ۰/۸۶ در بعد تفکر راهبردی، و ۰/۷۹ در عبارات انحرافی گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز، برای اعتبار و پایایی پرسشنامه به ترتیب از روش اعتبار صوری و تعیین ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد.

پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و امیدواری در مطالعه حاضر توسط ۵ نفر از اعضای هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و ۵ نفر از استادان قلب و عروق مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران ارزیابی شدند تا نواقص و معایب سوالات شناسایی و رفع شوند. در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ برای بخش اهمیت کیفیت زندگی، ۰/۷۶ و برای بخش رضایت از کیفیت زندگی، ۰/۷۹ محاسبه شد. نتایج پایایی در پرسشنامه امیدواری در بعد تفکر عاملی، ۰/۸۱ و در بعد تفکر راهبردی، ۰/۷۹ بود.

ابتدا مجوز اجرای پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران صادر شد. پژوهشگر به مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی مراجعه کرد و پس از بیان اهداف و نحوه انجام پژوهش و کسب اجازه از مسئولان مرکز، جهت دسترسی به نمونه‌ها، به همراه پرستگران آموزش‌دیده در این زمینه، در بخش‌های اورژانس، جراحی مردان، جراحی زنان، داخلی مردان و داخلی زنان مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی قلب و عروق شهید رجایی حضور پیدا کرد و پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از بیمارانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، ابتدا نحوه پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها را به آنها آموزش داد. سپس به نمونه‌های مورد مطالعه ۱۰ دقیقه فرصت داده شد که به سوالات پرسشنامه پاسخ دهند. بیمارانی که توانایی پاسخ به سوالات پرسشنامه را نداشتند، به صورت شفاهی مورد سؤال قرار گرفتند و پاسخ‌های آنها توسط پژوهشگر/ کمک‌پژوهشگر ثبت

شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و جهت دستیابی به اهداف پژوهش از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی مستقل استفاده شد.

## یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌ها در این مطالعه، ۶۰/۵ سال با انحراف معیار ۱۲/۰ بود. مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک افراد با بیماری قلبی ایسکمیک

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
جنس		سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها	
زن	۶۲ (۴۱/۳)	بلی	۵۶ (۳۷/۳)
مرد	۸۸ (۵۸/۷)	خیر	۹۴ (۶۶/۷)
وضعیت تاهل		مصرف دخانیات	
متاهل	۱۲۹ (۸۶)	بلی	۳۱ (۲۰/۷)
مجرد	۲۱ (۱۴)	خیر	۱۱۹ (۷۹/۳)
شغل		سابقه بیماری قلبی ایسکمیک	
خانه‌دار	۳۵ (۲۶/۱)	بلی	۷۸ (۵۲)
بازنشسته / بیکار	۲۵ (۱۸/۷)	خیر	۷۲ (۴۸)
آزاد	۴۷ (۳۵/۱)	آموزش قبلی درباره بیماری	
کارمند	۲۷ (۲۰/۱)	بلی	۶۱ (۴۰/۷)
سطح تحصیلات		خیر	۸۹ (۵۹/۳)
بی‌سواد	۱۰ (۶/۷)	منبع آموزش قبلی درباره بیماری	
ابتدایی / راهنمایی	۵۴ (۳۶)	پزشک	۵۰ (۳۳/۳)
دیپلم / دانشگاهی	۸۶ (۵۷/۳)	پرستار	۳۲ (۲۱/۳)
محل زندگی		پزشک / پرستار	۳۸ (۲۵/۳)
شهر	۱۲۰ (۸۰)	سایر موارد	۳۰ (۲۰)
روستا	۳۰ (۲۰)		

نتایج بررسی وضعیت کیفیت زندگی و ابعاد آن در افراد مبتلا به بیماری قلبی ایسکمیک نشان می‌دهد میانگین نمره کل کیفیت زندگی در نمونه‌ها، ۲۰/۶۴ (از ۳۰ نمره) با انحراف معیار ۳/۰ است. میانگین نمره اهمیت کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمی، ۲۰/۵۹ با انحراف معیار ۳/۲۱؛ در حیطه سلامت روانی، ۱۹/۰۵ با انحراف معیار ۳/۱۱؛ در حیطه اقتصادی اجتماعی، ۲۰/۹۶ با انحراف معیار ۴/۳۵؛ و در حیطه خانوادگی، ۲۳/۱۶ با انحراف معیار ۴/۰۷ بود. میانگین نمره رضایت از کیفیت زندگی در حیطه سلامت جسمی، ۲۰/۷۹ با انحراف معیار ۳/۶۰؛ در حیطه سلامت روانی، ۱۸/۸۸ با انحراف معیار ۳/۵۰؛ در حیطه اقتصادی اجتماعی، ۲۰/۶۱ با

انحراف معیار ۴/۷۰؛ و در حیطه خانوادگی، ۳۳/۲۶ با انحراف معیار ۴/۰۵ بود (جدول شماره ۲). در بین ابعاد اهمیت کیفیت زندگی و رضایت از کیفیت زندگی، بیشترین میانگین نمره مربوط به حیطه خانوادگی بود است.

جدول شماره ۲: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره کیفیت زندگی، ابعاد آن و امیدواری

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	حداقل	حداکثر
<b>اهمیت کیفیت زندگی</b>			
سلامت جسمی	۲۰/۵۹ (۳/۲۱)	۱۲/۸۱	۳۱/۰۰
سلامت روانی	۱۹/۰۵ (۳/۱۱)	۱۰/۰۷	۲۷/۵۰
اقتصادی اجتماعی	۲۰/۹۶ (۴/۳۵)	۵/۸۳	۳۰/۰۰
خانوادگی	۲۳/۱۶ (۴/۰۷)	۱۱/۸۸	۳۰/۰۰
<b>رضایت از کیفیت زندگی</b>			
سلامت جسمی	۲۰/۷۹ (۳/۶۰)	۱۴/۵۳	۳۰/۰۰
سلامت روانی	۱۸/۸۸ (۳/۵۰)	۱۳/۷۷	۲۹/۵۰
اقتصادی اجتماعی	۲۰/۶۱ (۴/۷۰)	۹/۴۶	۲۷/۷۰
خانوادگی	۲۳/۲۶ (۴/۰۵)	۱۴/۸۰	۲۸/۰۰
امیدواری	۴۰/۳۳ (۵/۸۸)	۱۶	۵۵

میانگین نمره امیدواری در بیماران مورد مطالعه، ۴۰/۳۳ با انحراف معیار ۵/۸۸ بود (جدول شماره ۲). آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین نمره کیفیت زندگی با نمره امیدواری در افراد با بیماری قلبی ایسکمیک ارتباط آماری معنادار وجود دارد ( $p \leq 0/0001$ )، به این معنا که با افزایش میانگین نمره کیفیت زندگی، امیدواری در آنان بیشتر می‌شود. از بین مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران، سن بیماران با کیفیت زندگی آنان ارتباط معنی‌دار آماری داشت، به این معنا که کیفیت زندگی در بیماران زیر ۵۰ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از بیماران در رده سنی ۵۰ تا ۵۹ سال ( $p = 0/036$ ) و همچنین، ۶۰ سال و بالاتر ( $p \leq 0/0001$ ) بود. همچنین، بین مصرف دارو و بیماری‌های همراه با نمره کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری وجود داشت، به طوری که کیفیت زندگی در بیمارانی که سابقه مصرف داروی خاص نداشتند ( $p = 0/014$ ) و به سایر بیماری‌ها مبتلا نبودند ( $p = 0/037$ ) به‌طور معنی‌داری بالاتر بود.

### بحث

کیفیت زندگی و امید در افراد مبتلا به بیماری قلبی ایسکمیک در سطح مطلوبی بود. بیماران با سطح بالاتر امید، سطح کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کردند. نتایج مطالعه آگلوپولو و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد کیفیت زندگی بیماران در سطح مطلوب قرار نداشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. نتایج مطالعه وو و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان داد از مجموع بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، اکثریت آنان کیفیت زندگی پایین داشتند. نتایج مطالعه محمد و همکاران (۲۰۱۴) نیز بیانگر سطح پایین کیفیت زندگی در بیماران قلبی عروقی بود.

نتایج مطالعه سلطانی و همکاران (۲۰۱۶) نشان‌دهنده وجود ارتباط مثبت و معنی‌دار بین امید و تجارب معنوی روزانه بیماران و همچنین، ارتباط معکوس و معنی‌دار اضطراب مرگ با تجارب معنوی و امید بود. نتایج مطالعه دهباشی و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد بین امید و سلامت معنوی بیماران ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود دارد. بررسی کیفیت زندگی در سایر مطالعات مشابه که بر روی بیماران نارسایی قلبی انجام شده بود، نشان‌دهنده اختلاف زیاد با یافته‌های مطالعه حاضر است که از مهمترین علت‌های آن می‌توان به تفاوت معیار ورود بیماران مورد مطالعه در پژوهش حاضر با بیماران سایر مطالعات، و تفاوت نوع پرسشنامه‌های مورد استفاده جهت

ارزیابی وضعیت کیفیت زندگی و امیدواری (تفاوت ابعاد مختلف سئوالات و تفاوت در نوع سئوالات پرسشنامه‌ها) اشاره کرد. همچنین، وجود برخی عوامل در مطالعات دیگر نظیر بررسی بیماران قلبی با اختلالات شدید عروق کرونری، سابقه انفارکتوس میوکارد، وجود پیس‌میکر در قلب بیماران و حتی نوع داروهای مصرفی در بیماران که کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد می‌تواند توجیه‌کننده تفاوت در نتایج سایر مطالعات با مطالعه حاضر باشد. در مطالعه حاضر، بیمارانی که دارو مصرف نمی‌کردند و فاقد بیماری هم‌زمان نیز بودند، میانگین کیفیت زندگی بهتری داشتند که این یافته، نشان‌دهنده تاثیر داروهای قلبی بر وضعیت جسمی و روانی بیماران است که باید مورد توجه ویژه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از جمله پرستاران قرار گیرد.

براساس نتایج مطالعه حاضر، بیماران در رده سنی زیر ۵۰ سال از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند که علت آن می‌تواند کمتر بودن مدت ابتلا باشد و از دیگر علل می‌توان به داروها و روش‌های تشخیصی و درمانی جدید، ارائه خدمات فوق تخصصی در مراکز قلب به این بیماران، ارائه مراقبت‌های مناسب در زمان بستری و پیگیری مناسب و دقیق آنها اشاره کرد. بنابراین، با افزایش مدت ابتلا به بیماری و طولانی‌تر شدن بیماری، کیفیت زندگی بیماران کاهش می‌یابد که با نتایج مطالعات دیگر مطابقت دارد. در مطالعه حاضر، ۶۲ درصد بیماران فاقد سابقه قلبی مصرف دارو و سابقه هرگونه بیماری هم‌زمان با بیماری قلبی ایسکمیک قلبی بودند و ۷۰ درصد بیماران، فاقد سابقه سکته قلبی بودند که با توجه به سطح مطلوب کیفیت زندگی و امید در این مطالعه، می‌توان فرض کرد هر سه عامل مطرح‌شده، در کیفیت زندگی و امید تاثیرگذار است.

در این مطالعه، از علل سطح مطلوب کیفیت زندگی، سطح بالای امید در بین این بیماران باشد. بیماران با مشکلات جسمی از جمله افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی در طول دوره بیماری می‌فهمند که امید بخش مهمی از افکار و احساساتشان را شامل می‌شود. بین بیماری قلبی و تفکر امیدوارانه در افراد مبتلا به این اختلال، ارتباط وجود دارد، به طوری که بیماران با سطح بالای امیدواری، بیشتر بر مشکل خود متمرکز می‌شوند و بنابراین، برای بهبودی، فعالانه‌تر عمل می‌کنند (مارکوئز، ۲۰۱۷). زیرا کیفیت زندگی بخشی از سلامت افراد محسوب می‌شود و امید نیز ارتباط مستقیم با سلامت افراد دارد (مک‌سوئینی، ۲۰۱۶). بنابراین، احتمال دارد بین کیفیت زندگی و امید در بیماران مبتلا به بیماری قلبی ایسکمیک به عنوان شایع‌ترین اختلال قلبی ارتباط وجود داشته باشد و بتوان از طریق افزایش امید در این بیماران، به بهبود شرایط و اعتماد داشتن به زندگی همراه با آسایش و بدون دغدغه عوارض بیماری کمک نمود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مواردی نظیر شرایط روانی پاسخ‌دهندگان اشاره کرد که ممکن است در پاسخ به سئوالات تاثیر گذاشته باشد. پژوهشگر سعی نمود تا حد امکان این مسئله را کنترل نماید. همچنین، دقت و صداقت واحدهای پژوهش در پاسخگویی به سئوالات ممکن است بر نتیجه پژوهش موثر باشد که کنترل آن از اختیار پژوهشگر خارج بود. با توجه به اینکه این پژوهش در یک محیط بالینی با تعداد محدودی از افراد با بیماری قلبی ایسکمیک صورت گرفت، در تعمیم نتایج آن به کل جامعه بیماران قلبی ایسکمیک باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در زمینه بررسی و مقایسه کیفیت زندگی و امید در افراد مبتلا به نارسایی قلبی، افراد با بیماری قلبی ایسکمیک و بیماران تحت عمل جراحی عروق کرونر صورت گیرد.

## نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان‌دهنده مطلوب بودن کیفیت زندگی و امید در افراد با بیماری قلبی ایسکمیک و همچنین، وجود ارتباط مثبت و معنادار بین کیفیت زندگی و امید بود. بنابراین، ارائه مراقبت در افراد با بیماری قلبی ایسکمیک از طریق توجه بیشتر به جنبه‌های روانی نظیر امیدواری و جنبه‌های توأم جسمی و روانی نظیر کیفیت زندگی توصیه می‌شود. نقش پرستار به عنوان یکی از حامیان اصلی بیمار و یکی از مهره‌های اصلی نظام مراقبت و درمان که به طور پیوسته با بیماران در ارتباط است، می‌تواند در این زمینه تاثیرگذار باشد. همچنین، توصیه می‌شود مداخلاتی در زمینه ارتقای کیفیت زندگی و سطح امیدواری برای افراد با بیماری قلبی ایسکمیک طراحی و اجرا گردد.

## تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران با شماره طرح IR.IUMS.REC.1397.068 است. از کلیه کسانی که پژوهشگران را در اجرای این پژوهش یاری رساندند قدردانی می‌شود.

**References**

- Abbasi. K, M. E., Sadeghian H, Gholami Fesharaki M (2016) Quality of Life in Patients with Heart Failure. *IJNR*, 11(2), pp. 10-23.
- Aggelopoulpou et al, Z., Fotos, N. V., Chatziefstratiou, A. A., Giakoumidakis, K., Elefsiniotis, I., Brokalaki, H (2017) The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. *Applied Nursing Research*, 3(34), pp. 52-56.
- Alhurani, S., Dekker, L., FAAN, & Moser, K, (2015) The association of co-morbid symptoms of depression and anxiety with all-cause mortality and cardiac rehospitalization in patients with heart failure. *Psychosomatics*, 58(4), pp. 371-380.
- Borzou et al, R., Bayat Z, Salvati M, Soltanian A R, Homayounfar S (2014) A comparison of Individual and Peer Educational Methods on Quality of life in patients with heart failure. *Iranian Journal of Medical Education*, 14(9), pp. 767-776.
- Choobdari, D., Sharifzadeh (2015) The impact of self-care education on life expectancy in acute coronary syndrome patients. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 22(1).pp.1-10
- Comin, C., J., Enjuanes, C., Gonzalez, G., Torrens, A., Cladellas, M., Merono, O., Bruguera, J (2013) Iron deficiency is a key determinant of health-related quality of life in patients with chronic heart failure regardless of anaemia status. *European journal of heart failure*, 15(10), pp. 1164-1172.
- Dehbashi, F. S. T. B. (2014) The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. *Journal of Medical Ethics*, 8 (30).pp.22-30.
- Ebrahimi., M., Salarilak.,SH.,Khadem Vatan.,K (2019) Determine the burden of myocardial infarction. *Tehran University Medical Journal*, 75(3), pp. 208-218.
- Ferrans, C. E., & Powers, M. (1996) Quality of life index: development and psychometric properties, *Advances in nursing science*. pp. ۵۰-۵۶
- Jafari Z., K. L., Baghestani AR.,et la (2016) Assessment of Nursing Care Related to Respiratory System Related Neonates in Mechanically Ventilated Infants with Standards in Neonatal Intensive Care Units. *Journal of Nursing Research*, 11(1), pp. 87-94.
- Kermani (2011) Psychometric properties of Snyder's hope scale. *Journal of Applied Psychology*, 5(9), pp. 7-23.
- Kessing et al, D., Denollet, J., Widdershoven, J., & Kupper, N. (2016) Psychological determinants of heart failure self-care: Systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(4), pp. 421-431.
- Khormaei (2017) Construction and Examine the Psychometric Characteristics the Academic Hope Scale. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*, 5(8).pp.34-45.
- Kitzman et al, D. W., Brubaker, P., Morgan, T., Haykowsky, M., Hundley, G., Kraus, W. E., Nicklas, B. J (2016) Effect of caloric restriction or aerobic exercise training on peak oxygen consumption and quality of life in obese older patients with heart failure with preserved ejection fraction: a randomized clinical trial. *Jama*, 135(1), pp. 36-46.
- Marques, S. C., & Lopez, S. J. (2017) *The Development of Hope*. In *Development of Self-Determination Through the Life-Course*, Springer, Dordrecht.. pp. 271-281.
- McSweeney, J. C., Rosenfeld, A. G., Abel, W. M., Braun, L. T., Burke, L. E., Daugherty, S. L., ... & Reckelhoff, J. F (2016) Preventing and experiencing ischemic heart disease as a woman: state of the science. *Circulation*, 133(13), pp. 1302-1331.
- Muhammad et al., I., Roshan., M., BSNHe., H. G., Koh, K., Thompson, D. R., Kowitlawakul, Y., & Wang, W (2014) Health-related quality of life and its predictors among outpatients with coronary heart disease in Singapore. *Applied Nursing Research*, 27(3), pp. 175-180.
- Seyam, S., Heidarnia, A,R, Tavafian,S,S (2013) Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. *J Birjand Univ Med Sci*, 19(6), pp. 33-41.
- Shoohani et al, F., Asghari, E, Sheikholeslami, F, Alitaleshi, M (2015) The Relationship between Religious Beliefs and Hope in Cancer Patients. *Depiction of Health*, 5(4), pp.1-5.
- Snyder (2000) Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development*, 73 (3), pp. 355-360.
- Snyder, C. R., Lopez, Shane J. Candice A. Ackerman. (2011) *The Encyclopedia of Positive Psychology and hope*, Lopez, Shane J. Blackwell Publishing.. pp. ۱۲-۱
- Wu et al, J. R., Lennie, T. A., Frazier, S. K., & Moser, D. K. (2016) Health-related quality of life, functional status and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *The Journal of cardiovascular nursing*, 31(3), pp. 236.

## Original Article

**The relationship between quality of life and hope in people with ischemic heart disease admitted to Shahid Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center in Tehran**

Fariba Nasiri Ziba<sup>1</sup>, MSc  
\* Farideh Mehrabani<sup>2</sup>, MSc Student  
Hamid Haqqani<sup>3</sup>, PhD

**Abstract**

**Aim.** The aim of this study was to examine the relationship between quality of life and hope in people with ischemic heart disease.

**Background.** The increase in the number of patients with ischemic heart disease in recent years and its psychological and physical consequences and complications necessitates investigating their quality of life and hope.

**Method.** In this descriptive-correlational study, 150 people with ischemic heart disease hospitalized in Shahid Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center in Tehran, Iran, were investigated. Data collection tools were demographic information questionnaire, France and Powers quality of life questionnaire (1999) and Snyder hope scale (1991). Data were analyzed in SPSS using descriptive and inferential statistical.

**Finding.** The results of the present study showed that the quality of life in people with ischemic heart disease was at a good level (mean score  $20.64 \pm 3$ ). The level of hope in these patients was high (the mean score  $40.33 \pm 5$ ). There was a statistically significant relationship between hope and quality of life score ( $P \leq 0.0001$ ,  $r = 0.48$ ).

**Conclusion.** Regarding the positive relationship of quality of life with hope in ischemic heart patients, nurses can be advised to pay attention to these aspects of life in this group of patients and incorporate into their routine care.

**Keywords:** Ischemic heart disease, Quality of life, hope

1 Senior Lecturer, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 MSc Student in Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding Author) email: negar\_fm40@yahoo.com

3 PhD in Biostatistics, Department of Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran