

مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب با افراد سالم در شهر رشت

پژوهشگران: شادی دهقانزاده^{*}، مژگان بقایی^{**}، طاهره ذاکری فرد^{**}، احسان کاظم نژاد^{***}

چکیده:

مقدمه: نارسایی قلب از جمله بیماریهای قلبی - عروقی است که شیوع آن در حال افزایش بوده و موجب محدودیت در فعالیتهای فیزیکی و مشکلات شدید در حیطه های مختلف کیفیت زندگی فرد می گردد. لذا تحقیق حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب با افراد سالم در شهر رشت انجام گرفته است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی - مقایسه ای، ۴۳ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب به روش نمونه گیری در دسترس و ۸۶ فرد سالم شهر رشت به روش تصادفی خوشه ای شرکت داده شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای دو بخشی (مشخصات فردی و پرسشنامه سوندی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت) بود.

نتایج: یافته ها نشان داد که تمامی (۱۰۰٪) واحدهای مورد پژوهش سالم، در حیطه عملکرد جسمی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بوده و بیشترین درصد (۳۹/۵٪) کیفیت زندگی نامطلوب را در حیطه وضعیت خواب داشتند. کیفیت زندگی افراد سالم دارای ارتباط آماری معنی دار با متغیرهای سن، تأهل، تحصیلات، شرایط زندگی، وضعیت اشتغال، درآمد سرپرست خانوار و تعداد افراد تحت تکفل آنان بود. از طرف دیگر در گروه بیماران بیشترین درصد (۷۸/۹٪) کیفیت زندگی مطلوب در حیطه وضعیت خانوادگی و بیشترین درصد (۷۲/۱٪) کیفیت زندگی نامطلوب در حیطه ایفای نقش بود. آزمونهای آماری ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی بیماران و متغیرهای سن، تأهل، شرایط زندگی، تعداد افراد تحت تکفل، ابتلا به سایر بیماریها، نوع بیماری و مدت ابتلا به بیماری را ($P < 0.008$) نشان داد.

نتیجه گیری: مقایسه انجام شده نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین میانگین امتیازات دو گروه سالم و بیمار وجود دارد ($P < 0.001$). در نتیجه فرضیه پژوهش یعنی "کیفیت زندگی بیماران با افراد سالم متفاوت است" مورد تأیید قرار می گیرد.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، بیماری مزمن، نارسایی احتقانی قلب.

مقدمه:

اگر چه توافق کلی در مورد کیفیت زندگی وجود ندارد، اما محققان متفق القولند که کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی بوده و دربردارنده جنبه های مثبت و منفی زندگی فرد است (۱۳) و بیانگر روشی است که فرد وضعیت سلامت و سایر جنبه های زندگی خود را درک کرده و نسبت به آن واکنش نشان می دهد (۸). کلینگ و

زندگی گره ای نیست که در جستجوی گشودن آن باشیم، بلکه واقعیتی است که باید آن را تجربه کرد (۱) و چه بهتر که با خرسندی، لذت و رضایت همراه باشد (۱۴). از این رو کیفیت زندگی بیش از کمیت آن مورد توجه قرار گرفته است (۹).

* کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی - جراحی.

** کارشناسان ارشد آموزش پرستاری داخلی - جراحی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت.

*** کارشناس ارشد آمار حیاتی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت.

همکارانش (۲۰۰۰) به نقل از بروسون و دیگران کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را شامل حیطه های عملکرد جسمانی، درد، محدودیت در ایفای نقش، رفاه عاطفی، وضعیت خواب، رضایت از زندگی خانوادگی، ارتباط با همسر و در نهایت درک کلی از سلامت می دانند (۱۰). هر یک از این حیطه ها ممکن است تحت تاثیر عوامل مختلفی چون صدمات، اختلالات عملکردی و عاطفی، بیماریها و درمان آنها قرار گیرد (۱۵).

این امر به ویژه در مورد بیماریهای مزمن صادق است. همانگونه که لوکارنین و هنتی نن (۱۹۹۷) می نویسند یکی از دلایل توجه روزافزون به اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران، شیوع بالای بیماریهای مزمن است (۱۱).

بیماریهای قلب و عروق از جمله موارد مزمن شایع می باشند و در بین این دسته بیماریها، نارسایی قلب تنها بیماری است که شیوع آن در حال افزایش است (۷). طی یک بررسی در شهریور سال ۱۳۷۷ در ایران، ۲۵ درصد از بیماران بستری در بخشهای قلب دچار نارسایی قلبی بودند (۲). آمار گردآوری شده توسط پژوهشگر از واحد آمار بیمارستان شهید رجایی تهران نشانگر آن بود که از ۱۴۲۰۷ بیمار بستری شده در بیمارستان فوق در سال ۱۳۷۹، ۲۷۰ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب (حدود ۲٪) بودند. در حالیکه آمار کسب شده از بیمارستان دکتر حشمت رشت در سال ۱۳۷۸، نشان می دهد که ۶۰۹ بیمار از ۵۷۶۲ بیمار (حدود ۱۰٪) بستری شده را بیماران مبتلا به نارسایی قلب تشکیل می دادند، که این خود می تواند نشانگر لزوم اهمیت توجه به کیفیت زندگی این بیماران در شهر رشت و استان گیلان باشد، زیرا این بیماری علاوه بر بار مسئولیت سنگین مالی که بر فرد و

جامعه دارد با مشکلات دیگری نیز همراه است (۲) و موجب محدودیت در فعالیت فیزیکی و شکایات شدید در حیطه های مختلف کیفیت زندگی فرد می گردد (۱۸). بنا بر این ارتقاء کیفیت زندگی عموماً به عنوان یکی از اهداف عمده درمان این بیماران مطرح می باشد (۴).

از طرف دیگر نتایج کارآزمایی های بالینی نشان داده اند که کیفیت زندگی می تواند به عنوان نشانه کیفیت مراقبت بهداشتی و جزئی از برنامه درمان بیماری محسوب شود (۶). از این رو کیفیت زندگی به جای معیارهای سنتی چون مرگ و میر و ناخوشی به طور روز افزونی جهت بررسی نتایج مراقبت از بیماران استفاده می شود (۹).

کیفیت زندگی تحت تأثیر مداخلات ارایه کنندگان مراقبت بهداشتی قرار دارد. جارسما (۱۹۹۹) به نقل از روزنبرگ می نویسد که پرستاران در میان تیم بهداشتی نقش اصلی را داشته و می توانند برآیندهای مراقبت از بیمار را ارتقاء بخشند. در این راستاء مراقبین بهداشتی و محققان، در گام اول باید اطلاعات بیشتری در مورد کیفیت زندگی این بیماران و نحوه ارتقاء آن را کسب کنند (۸).

پژوهشگر نیز با مشاهده مراجعات مکرر بیماران مبتلا به نارسایی قلب به بیمارستان و مشکلات عدیده آنها با این سوال که کیفیت زندگی این بیماران چگونه است، مواجه شد و با توجه به ذهنی بودن این مفهوم و لزوم بررسی درک شخصی افراد از آن نیاز به اقدام پژوهشی در این زمینه احساس شد.

این تحقیق بر اساس اهداف تعیین کیفیت زندگی افراد سالم و بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بر حسب مشخصات فردی در

حیطه های عملکرد جسمی، درد و رنج، ایفای نقش، رفاه عاطفی، وضعیت خواب، درک کلی از سلامت و وضعیت خانوادگی و مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب با افراد سالم انجام گرفت.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و مقایسه ای است. جامعه پژوهش این مطالعه را کلیه بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب ساکن شهر رشت به عنوان گروه مورد و افراد سالم شهر رشت که از نظر سنی در محدوده سنی گروه مورد بودند به عنوان گروه شاهد تشکیل دادند. بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی انجام شده توسط پژوهشگر، تعداد ۴۳ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب و تعداد ۸۶ نفر از افراد سالم شهر رشت که دارای شرایط شرکت در این پژوهش بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند.

محیط پژوهش جهت بیماران، مطبهای پزشکان متخصص قلب و عروق مختلف شهر رشت و جهت افراد سالم منازل ساکنین شهر رشت در مناطق مختلف شهر بود. ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول که توسط پژوهشگر تنظیم شد، مربوط به مشخصات فردی می باشد که در گروه افراد سالم مشخصات مربوط به بیماری حذف گردید. بخش دوم "پرسشنامه سوئدی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت" تهیه شده توسط بروسون و همکارانش در سال ۱۹۹۳ می باشد، این پرسشنامه مشتمل بر ۵۹ عبارت و پرسش می باشد که در هفت بخش عملکرد جسمی (۷ عبارت و ۲ پرسش)، درد و رنج (۶ پرسش)، ایفای نقش (۶ عبارت)، رفاه عاطفی (۱۲ عبارت)، وضعیت خواب (۶ عبارت)، درک کلی از سلامت (۱ پرسش

و ۷ عبارت)، وضعیت خانوادگی (۱۱ عبارت و یک سوال) تنظیم شده است. لازم به ذکر است که بدلیل وجود عبارات ۵۲ الی ۵۹ مربوط به پاسخ افراد متأهل، کیفیت زندگی کلی به دو گروه کیفیت زندگی مربوط به افراد متأهل و غیرمتأهل گروه بندی شد. از طرفی نمونه هایی که پایین تر از ۵۰ درصد امتیاز هر حیطه و یا کل کیفیت زندگی را کسب می کردند، در گروه با کیفیت زندگی نامطلوب و نمونه هایی که حداقل ۵۰ درصد امتیاز در هر حیطه و یا کل را کسب کردند، در گروه با کیفیت زندگی مطلوب جای گرفتند.

جهت کسب اعتبار علمی محتوای این پرسشنامه، پس از ترجمه در اختیار تعدادی از اساتید دانشکده های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران و شهید بهشتی رشت قرار گرفت. ضمناً از نظر اصلاحی دو تن از متخصصین قلب و عروق شهر رشت نیز استفاده شد. به منظور تعیین پایایی علمی پرسشنامه پس از انجام یک مطالعه مقدماتی نتایج با استفاده از ضریب آلفا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نشان داده شد که این ابزار در حیطه عملکرد جسمی با ضریب ۹۳/۲۵ درصد، در حیطه درد و رنج با ضریب ۹۶/۲۳ درصد، در حیطه ایفای نقش با ضریب ۹۵/۴۳ درصد، در حیطه رفاه عاطفی ۸۷/۰۸ درصد، در حیطه وضعیت خواب با ضریب ۸۴/۷۳ درصد، در حیطه درک کلی از سلامت با ضریب ۹۳/۸۴ درصد و در حیطه وضعیت خانوادگی با ضریب ۹۲/۲۶ درصد پایایی لازم را جهت جمع آوری اطلاعات دارا می باشد.

جهت جمع آوری اطلاعات از بیماران، پژوهشگر ابتدا بر اساس رضایت پزشکان برای همکاری در پژوهش و کسب آمار تعداد مبتلایان به نارسایی قلب هر مطب و امکان برقراری ارتباط

نتایج :

یافته های پژوهش نشان داد که اکثریت بیماران (۵۳/۵٪) و افراد سالم (۵۵/۸٪) مرد بودند. همچنین اکثریت واحدهای پژوهش در گروه سنی ۵۵-۶۹ سال (۴۶/۵٪) بیماران و ۴۵/۳٪ افراد سالم)، متأهل (۷۶/۷٪) بیماران و ۷۲/۱٪ افراد سالم) بوده و با همسر و فرزندان خود زندگی می کردند (۵۳/۵٪) بیماران و ۵۰٪ افراد سالم)، اکثریت آنها بازنشسته (۳۹/۵٪) بیماران و ۲۹/۱٪ افراد سالم)، سرپرست خانوار (۶۲/۸٪) بیماران و ۶۴٪ افراد سالم) با ۱-۲ نفر افراد تحت تکفل (۴۶/۴٪) بیماران و ۴۳/۶٪ افراد سالم)، تحت سیستم حمایت اجتماعی (بیمه)، دارای منازل شخصی (۸۳/۸٪) بیماران و ۷۷/۹٪ افراد سالم) بودند. اما از نظر سطح تحصیلات اکثریت بیماران (۳۰/۲٪) بی سواد و اکثریت افراد سالم (۴۱/۹٪) سواد دیپلم و بالاتر داشتند. همچنین در بین افراد شاغل اکثریت بیماران (۶۶/۷٪) کار نیمه وقت و اکثریت افراد سالم (۶۰/۵٪) کار تمام وقت داشتند و بیشترین درصد بیماران (۴۱/۹٪) درآمد کمتر از ۷۵ هزار تومان و بیشترین درصد افراد سالم (۴۶/۵٪) درآمد ۱۵۰-۷۵ هزار تومان داشتند. ۵۳/۵ درصد بیماران به سایر بیماریها مبتلا بودند که در میان آنها فشار خون بالا بیشترین درصد ابتلا (۳۹/۱٪) را داشته است. همچنین مدت ابتلا به نارسایی قلبی اکثریت بیماران (۳۷/۲٪) به مدت ۱-۵ سال بوده است.

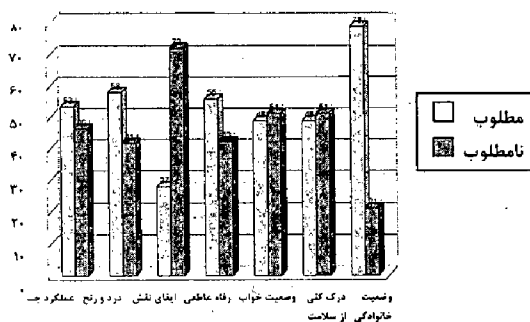
نتایج یافته ها نشان دادند که تمامی (۱۰۰٪) واحدهای مورد پژوهش سالم در حیطه عملکرد جسمی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بودند و بیشترین درصد کیفیت زندگی نامطلوب (۳۹/۵٪) را در حیطه وضعیت خواب

با بیمار از طریق اطلاعات موجود در پرونده، پنج مطب خصوصی پزشکان متخصص قلب و عروق در مناطق مختلف شهر رشت را انتخاب نموده و با توجه به تعداد بیماران هر مطب سهمیه خاصی از نظر تعداد نمونه به هریک از مطب های تعیین شده اختصاص داد. بدین صورت که پژوهشگر ضمن مراجعه به این مطب ها و بررسی پرونده آنان، بیماران واجد شرایط را شناسایی نموده و پس از تماس تلفنی با آنان و ارائه توضیحات کافی، در صورت تمایل آنان به شرکت در پژوهش به منزل آنان مراجعه کرده و سئوالات پرسشنامه را برای آنان قرائت و اطلاعات مورد نیاز را تا زمان تکمیل نمونه های پژوهش جمع آوری نمود. گروه افراد سالم نیز از روی شماره کنتور برق منازل دو منطقه اصلی شهر رشت انتخاب شدند. با توجه به اینکه در هر خوشه سه خانوار در نظر گرفته شد، در هر منطقه بر اساس جدول اعداد تصادفی تعداد خوشه مورد نظر (۱۴ خوشه از منطقه یک و ۱۵ خوشه از منطقه دو) از شماره های کنتور برق منازل انتخاب شد. سپس با مراجعه به شرکت برق منطقه ای گیلان از روی شماره کنتور برق، آدرس منازل گرفته شد. سپس به آدرس منازل مربوطه به هر شماره کنتور و دو منزل مجاور آن مراجعه کرده و در صورت داشتن افراد واجد شرایط پس از ارائه توضیحات کافی و در صورت تمایل آنان به شرکت در پژوهش، اطلاعات جمع آوری شد. سپس اطلاعات به کامپیوتر داده شد و با استفاده از نرم افزار SPSS تحت ویندوز داده ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور دسته بندی و خلاصه کردن یافته ها از آمار توصیفی و جهت بررسی ارتباط بین متغیرها از آمار استنباطی استفاده شده است.

خواب ($P < 0/027$) و وضعیت خانوادگی ($P < 0/0001$) ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد.

همچنین یافته ها نشانگر آن بود که ۷۹/۱ درصد واحدهای مورد پژوهش بیمار از کیفیت مطلوب زندگی برخوردار که بیشترین درصد (۷۸/۹٪) کیفیت زندگی مطلوب، در حیطه وضعیت خانوادگی بوده است و بیشترین درصد کیفیت زندگی نامطلوب (۷۲/۱٪) در حیطه ایفای نقش مشاهده شد (نمودار شماره ۲).

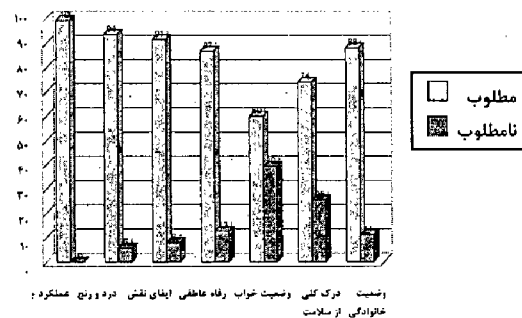
نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی کیفیت زندگی در هفت حیطه مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب در شهر رشت در سال ۱۳۸۰



یافته های پژوهش ارتباط معنی داری بین کیفیت زندگی بیماران و متغیر سن در حیطه وضعیت خواب ($P < 0/008$)، متغیر تاهل با حیطه های ایفای نقش ($P < 0/081$)، رفاه عاطفی ($P < 0/003$)، وضعیت خانوادگی ($P < 0/001$)، متغیر وضعیت خانوادگی ($P < 0/001$) و کیفیت زندگی کلی ($P < 0/002$)، متغیر شرایط زندگی با حیطه های رفاه عاطفی ($P < 0/008$)، وضعیت خانوادگی ($P < 0/001$)، متغیر تعداد افراد تحت تکفل در حیطه وضعیت خانوادگی ($P < 0/0001$)، متغیر ابتلا به سایر بیماریها در حیطه عملکرد جسمی ($P < 0/002$)، درد و رنج ($P < 0/008$)، ایفای نقش ($P < 0/012$) و

داشتند. در کل تمامی (۱۰۰٪) واحدهای مورد پژوهش سالم از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند (نمودار شماره ۱).

نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی کیفیت زندگی در هفت حیطه مرتبط با سلامت افراد سالم در شهر رشت سال ۱۳۸۰



یافته های پژوهش در مورد ارتباط بین کیفیت زندگی افراد سالم و برخی مشخصات فردی نشان داد که بین کیفیت زندگی افراد سالم و متغیرهای سن در حیطه عملکرد جسمی ($P < 0/0001$)، وضعیت تاهل در حیطه های عملکرد جسمی ($P < 0/001$)، درد و رنج ($P < 0/035$)، ایفای نقش ($P < 0/0001$)، وضعیت خواب ($P < 0/012$)، درک کلی از سلامت ($P < 0/002$)، سطح تحصیلات با حیطه عملکرد جسمی ($P < 0/002$)، شرایط زندگی با حیطه عملکرد جسمی ($P < 0/003$)، ایفای نقش ($P < 0/0001$)، وضعیت خواب ($P < 0/027$) و وضعیت خانوادگی ($P < 0/017$)، وضعیت اشتغال با حیطه عملکرد جسمی ($P < 0/005$)، وضعیت خواب ($P < 0/027$)، درک کلی از سلامت ($P < 0/043$) و کیفیت زندگی کلی غیرمتاهلین ($P < 0/04$)، درآمد متوسط ماهیانه یا حیطه کیفیت زندگی کلی متاهلین ($P < 0/05$)، سرپرست خانوار بودن در حیطه ایفای نقش ($P < 0/01$)، تعداد افراد تحت تکفل در حیطه ایفای نقش ($P < 0/019$)، وضعیت

کیفیت زندگی کلی متأهلین ($P < 0/012$)، متغیر نوع بیماری در حیطه رفاه عاطفی ($P < 0/037$) و متغیر مدت ابتلا به بیماری با کیفیت زندگی کلی ($P < 0/026$) نشان دادند. در کل آزمون تی نشانگر وجود اختلاف آماری معنی داری بین میانگین امتیازات دو گروه ($P < 0/0001$) از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بوده است (جدول شماره ۱).

بحث :

کاهش تدریجی فعالیتهای جسمی در دوره میانسالی و سالمندی، در صورتی که انسان به بیماری یا ناتوانی خاصی مبتلا نباشد، اختلالی در عملکرد ایجاد نمی کند و فرد می تواند حتی تا سالهای آخر عمر خود، عملکرد جسمی کافی داشته باشد (۵). این امر تایید کننده یافته های این پژوهش در زمینه کیفیت زندگی افراد سالم در حیطه عملکرد جسمی است که نشانگر ۱۰۰ درصد کیفیت مطلوب بوده است. هر چند که بیشترین درصد (۳۹/۵٪) افراد سالم شرکت کننده در این پژوهش، از کیفیت زندگی نامطلوب در حیطه خواب برخوردار بودند. در این رابطه ردفرن و راس (۱۹۹۹) بیان می کنند که با افزایش سن، اظهار نارضایتی از وضعیت خواب افزایش می یابد و برخی مطالعات نیز نشان می دهند که کل زمان خواب با افزایش سن کاهش می یابد (۱۲).

یافته های پژوهش در پاسخ به سؤال دوم پژوهش نشان داد که بیشترین درصد (۷۸/۹٪) کیفیت زندگی مطلوب در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب در حیطه وضعیت خانوادگی بوده است. در این راستا تایلور و همکارانش (۲۰۰۱) معتقدند که خانواده می تواند حمایت اجتماعی مورد نیاز جهت کمک به مددجو برای برخورد با تنیدگی ناشی از بیماری و

سازگاری با آن را فراهم سازد و نیازهای مربوط به عشق و تعلق را ارضاء نماید (۱۷).

همچنین بیماران بیشترین درصد کیفیت زندگی نامطلوب (۷۲/۱٪) را در حیطه ایفای نقش کسب کردند. پژوهشگر مهمترین دلیل این نتیجه را ابتلا به بیماری مزمنی چون نارسایی قلب می داند که به دلیل ایجاد نشانه هایی چون تنگی نفس و خستگی، توانایی بیمار را برای انجام نقش های اجتماعی وی کاهش می دهد. اسملتزرو بار (۲۰۰۰) نیز می نویسند که زندگی دایمی بیمار با نشانه های ناتوان کننده، منجر به تغییر در ایفای نقش بصورت ناتوانی در انجام آن می شود (۱۶).

با توجه به وجود اختلاف معنی دار ($P < 0/0001$) بین میانگین امتیازات کیفیت زندگی افراد سالم با بیماران مبتلا می توان گفت که کیفیت زندگی این دو گروه متفاوت است. پژوهشگر علت نتایج فوق را عدم ابتلا به بیماری خاص در گروه افراد سالم می داند. همانگونه که جارسما (۱۹۹۹) در مورد تأثیر منفی نارسایی قلب بر کیفیت زندگی می نویسد ابتلا به این عارضه به علت ایجاد نشانه های کاهش ظرفیت عملکرد بیمار و تغییرات روانی - اجتماعی، دارای تأثیرات سویی بر کیفیت زندگی بیمار است (۸).

نتیجه گیری نهایی :

در ارتباط با فرضیه پژوهش، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب با کیفیت زندگی افراد سالم متفاوت است. یافته های پژوهش نشان داد که طبق آزمون تی مستقل ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ($P < 0/0001$ ، $df = 32$ ، $t = 4/79$). بنابر این فرضیه پژوهش تایید شد. پژوهشگر علت نتایج فوق را عدم ابتلا به

بیماری خاص در گروه افراد سالم می دانند، در حالیکه گروه بیماران، به بیماری مزمنی چون نارسایی قلب مبتلا بودند که بر جنبه های مختلف زندگی فرد تأثیر می گذارد.

جدول شماره ۱: مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب با افراد سالم در شهر رشت سال ۱۳۸۰

نتیجه آزمون	نوع آزمون	انحراف		میانگین	میانگین	نامطلوب		مطلوب		سطح کیفیت زندگی
		انحراف معیار	انحراف معیار			درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$t=4/79$ $df=32$ $P<0/001$ معنی دار است	آزمون تی	غیرمتاهلین	متاهلین	غیرمتاهلین	متاهلین	-	-	۱۰۰	۸۶	گروه مورد مطالعه
		۲۳/۲۷	۲۱/۲۷	۱۵۵/۶۶	۲۰۹/۰۴	-	-	۷۹/۱	۳۴	سالم
		۲۱/۱۵	۳۰/۱۴	۱۱۴/۷	۱۷۱/۹۶	۲۰/۹	۹			بیمار

منابع:

- ۱- پولیس شوتر، سوزان. دل به رویاها سپار. ترجمه عبدالعلی براتی، تهران: انتشارات نسیم دانش. ۱۳۷۹.
- ۲- حبیب الله زاده، حمید و همکاران. "بررسی علل نارسایی قلبی و میزان آگاهی و عملکرد بیماران در مراقبت از خود". مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. جلد نوزدهم. ۱۳۸۰. صفحات ۸۹-۸۵.
- ۳- سیاری، علی اکبر و همکاران. "ارزیابی کیفیت زندگی، تجربیات جهانی و ضرورت اقدام در ایران". طب و تزکیه. شماره ۴۱. تابستان ۸۰. صفحات ۳۴-۳۰.
- 4-Braunwald, Evgnene; etal. **A textbook of cardio vascular medicine**. Hearth disease. Philadelphia: W.B.Saunders company. 2002.
- 5-Craven, R.F & Hirnle, C.J. **Fundamentals of nursing Human health and function**. Philadelphia: Lipincott. 2000.
- 6-Dougherty, C.M. "Comparison of three QOL instruments in stable Angina pectoris: seattl angina Questionnaire, short form health survey and QOL index, cardiac version III". **Jclin Epidemiol**. Vol(51), No(7). 1998. PP: 569-575.
- 7-Goddwin, B.A. "Home cardiac rehabilitation for congestive heart failure: A nursing case management approach". **Rehabilitation Nursing**. Vol(24), No(4), Jul/Aug 1999. PP: 143-147.
- 8- Jaarsma, Tiny. **Heart failure: Nurses care**. Netherland, Datawye Maastrich. 1999.
- 9-Karlson, Ingela; etal. "Sense of coherence: QOL before and after coronary artery bypass surgery a longitudinal study". **Journal of Advanced Nursing**. Vol(31), No(6). 2000. PP: 1383-1392.
- 10-Kling, C; etal. "The health related QOL of patients suffering from the late effects of polio". **Journal of Advanced Nursing**. Vol(32), No (1). 2000. PP: 164-173.
- 11-Lukkarinen, Hannele. "Assessment of quality of life with the Nottingham Health profile among patient with coronary heart disease". **J of Advanced Nursing**. Vol(26). 1997. PP:73-84.
- 12- Redfern, J & Ross, F.M. **Nursing older people** Edinburg, Churchill livingstone: 1996.
- 13-Rostoen, T; etal. "Quality of life in newly diagnosed cancer patients". **J of Advanced Nursing**. Vol(29). No (2). 1999. PP: 490-498.
- 14-Sarvimaki, Anneli & Stenbock-Hult, Beitta. "QOL in old age described as a sense of well-being, meaning and value. **J of Advanced Nursing**. Vol(32), No(4). 2000. PP: 1025-33.
- 15-Schultzer, A.A & Winstead-fry, Patricia. "Predictors of QOL in rural patients with cancer". **Cancer Nursing**. Vol(24), No(1). 2001. PP: 12-19.

Comparative study of CHF patients' and healthy people's quality of life in Rasht in 2001.

By: Dehghanzadeh. Sh. MSn, Baghaee. M. MSn, Zakerie. T. MSn,
Kazemnejad. A. MS in statistics

Abstract:

Introduction: Heart failure has increasing incidence and causes severe problems on various aspects of person's quality of life. The present research was done with purpose of comparing the CHF patients' and healthy people's quality of life in Rasht, 2001.

Method: The sample of this descriptive-comparative study consisted of 43 CHF patients who were chosen by convenience sampling, also 86 healthy people of Rasht were selected by random clustering. The data collection instrument was a two-part questionnaire consisted of demographic characteristics and Brosson et al's Swedish health related QOL questionnaire in seven domains.

Results: The results indicated that 100 percent of healthy people have desirable quality of life in physical function domain and 39.5 percent of them have undesirable quality of life in sleep domain. There was statistically significant relationship between age, marital status, education, living condition, job, family income, and number of family member with healthy people's quality of life.

On other hand, the majority of patients have desirable QOL in family functioning domain (78.9%) and undesirable QOL in role function domain (72.1%). There was statistically significant relationship between age, marital status, living condition, number of family member, other disease, kind of disease and duration of disease with CHF patients' QOL.

Conclusion: There was statistically significant difference between CHF patients' and healthy people's QOL.

Keywords: Quality of life, Cornice disease, Congestive heart failure.