

کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب و جمعیت سالم

پژوهشگران: مهدی حیدرزاده*^۱، پرخیده حسنی^۲، عزیزه رحیمزاده^۳، اکرم قهرمانیان^۱،
جعفر کلاهدوزی پور^۴، ایلناز یوسفی^۵

(۱) گروه پرستاری (داخلی - جراحی)، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، ایران

(۲) آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

(۳) کارشناس پرستاری، بیمارستان سینا، مراغه، ایران

(۴) آموزش پرستاری (داخلی - جراحی)، بیمارستان امام خمینی (ره)، عجب‌شیر، ایران

(۵) کارشناس پرستاری، بیمارستان شهید بهشتی، مراغه، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱/۲۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۵/۲۴

چکیده

مقدمه: نارسایی احتقانی قلب یکی از مهمترین بیماریهای مزمن در سراسر جهان می‌باشد که بیماران مبتلا به آن با عوامل تنش زای متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود. یکی از عواملی که می‌تواند به کاهش مشکلات بیماران مزمن و بهبود کیفیت زندگی آنان کمک نماید، حمایت اجتماعی از سوی منابع مختلف می‌باشد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب و مقایسه آن با کیفیت زندگی در جمعیت سالم و نیز بررسی حمایت اجتماعی و رابطه آن با کیفیت زندگی بیماران انجام گرفته است.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه همبستگی است، روش نمونه‌گیری بصورت نمونه‌گیری آسان بوده، بدین منظور ۱۲۵ بیمار مبتلا به نارسایی احتقانی قلب واجد شرایط مراجعه‌کننده به بیمارستانهای شهر مراغه و ۱۲۵ نفر جمعیت سالم بطور همزمان طی ۱۰ ماه انتخاب و داده‌ها با پرسشنامه تلفیقی و تعدیل شده مشتمل بر سه بخش دموگرافیک، کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی و با روش مصاحبه جمع آوری گردید. داده‌ها پس از جمع آوری با نرم افزار SPSS (Ver.15) تجزیه و تحلیل شد؛ برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، میانه، فراوانی، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل، آزمون کای دو، تست دقیق فیشر، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیره) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد کیفیت زندگی در ۴۹/۶٪ از مبتلایان نارسایی احتقانی قلب نامطلوب می‌باشد و تفاوت معنی داری با کیفیت زندگی جمعیت سالم دارد ($p < 0/001$). در زیر شاخه های کیفیت زندگی، بعد اجتماعی در ۸۳/۲٪ بیماران مطلوب بود و تفاوت معنی داری با بعد اجتماعی کیفیت زندگی در جمعیت سالم نداشت، در حالیکه ابعاد روانی (۶۳/۲٪) و جسمی (۶۳/۲٪) در بیشتر بیماران نامطلوب و در جمعیت سالم مطلوب بودند. حمایت اجتماعی در ۵۱/۲٪ بیماران مطلوب بود و بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی رابطه مستقیم و معنی داری وجود داشت ($p < 0/03$ و $r = 0/2$).

نتیجه گیری: با توجه به رابطه مثبت بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی پیشنهاد می‌شود برنامه ریزان مراقبتی و مسئولین تربیتی اتخاذ نمایند تا علاوه بر تقویت حمایت ابزاری، حمایت عاطفی و اطلاعاتی نیز در این گروه تقویت و بدین طریق موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران گردد.

کلید واژه‌ها: نارسایی قلب / کیفیت زندگی / حمایت اجتماعی

مقدمه

سالانه مسئول یک میلیون مورد بستری و پانصد هزار مورد مرگ و میر است. چون نارسایی احتقانی قلب در افراد مسن شایعتر است، با مسن تر شدن جامعه، شیوع آن هم احتمالاً بیشتر می‌شود (۱). نارسایی احتقانی قلب یک وضعیت مزمن طبی است که علیرغم درمانهای موجود جنبه‌های مختلف زندگی فرد را درگیر می‌نماید (۴ و ۵).

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 بافتی در حال متابولیسم ناتوان می‌باشد (۱). نارسایی احتقانی قلب یکی از مهمترین بیماریهای مزمن در سراسر جهان می‌باشد (۲ و ۳). در ایالات متحده، نارسایی احتقانی قلب

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 می‌کنند (۸-۶) که مجموعه این علائم باعث محدودیت‌هایی در فعالیت‌های روزمره بیمار در انجام امور شخصی و اجتماعی وی می‌گردد که این نیز به نوبه خود باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۰۹). کاهش کیفیت زندگی نیز با بستری شدن های مکرر و افزایش مرگ و میر بیمار ارتباط مستقیم دارد (۱۲ و ۱۱).

مفهوم کیفیت زندگی یکی از مفاهیمی است که در سالهای اخیر به عنوان معیاری برای بررسی نتایج درمان و وضعیت بیماران با اختلالات جسمی و روانی پذیرفته شده است (۱۳). تستا (Testa) و همکاران ابعاد متأثر و سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کنند: حیثه‌های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متأثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراکات فرد می‌باشند (۱۴). با این وصف کیفیت زندگی باید از زوایا و ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی سنجیده شود (۱۵). بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب به دلیل اختلالات جسمی و روانی متعدد دارای مشکلاتی در کیفیت زندگی می‌باشند به طوری که مطالعات مختلف نشان می‌دهند این بیماران نسبت به جمعیت عمومی دارای کیفیت زندگی پایین‌تری می‌باشند (۱۷-۱۵). در بیشتر این مطالعات که کیفیت زندگی هم توسط ابزارهای عمومی و هم ابزارهای اختصاصی اندازه‌گیری شده است، بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب نمرات پایینی را در تمام جنبه‌های کیفیت زندگی (بعد جسمی و سلامت روانی) بدست آوردند. همچنین این بیماران در مقایسه با جمعیت سالم محدودیت‌های حرکتی و خودمراقبتی بیشتری گزارش کردند (۱۷). ناتوانی جسمی و روانی ناشی از بیماریهای مزمن از نظر جامعه اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد و بایستی حمایت‌های لازم از افرادی که به دلایل ناتوانی ناشی از بیماری دچار مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی شده‌اند به عمل آید (۱۸). حمایت اجتماعی میزان برخورداری از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد مرتبط با فرد است (۱۹).

این حمایت می‌تواند حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی باشد. حمایت عاطفی شامل دوست داشتن و عشق ورزیدن به بیمار، پذیرفتن بیمار و احترام گذاشتن به او می‌باشد، کمک ملموس کالائی و یا خدماتی تحت عنوان حمایت ابزاری نامیده می‌شود و دادن اطلاعات و آگاهی به افراد در زمان بروز استرس‌های جسمی و روانی را حمایت اطلاعاتی می‌گویند (۲۰). خوشدل به نقل از شفیع (۱۳۷۹) می‌نویسد: حمایت اجتماعی وقتی تحقق می‌پذیرد که فرد احساس کند که مورد توجه و علاقه دیگران قرار دارد و از دیدگاه آنها ارزشمند است و چنانچه دچار مشکل و ناراحتی خاصی شود، سایر افراد مؤثر در زندگی مثل دوست، برادر، همکار و... به او یاری خواهند رساند (۱۹). مطالعات نشان داده اند با ارتقاء سطح حمایت اجتماعی درک شده، میزان مرگ و میر بیماران کاهش پیدا کرده و بروز ناخوشی های جسمی و روانی در افراد نیز کمتر می‌شود افراد با سطح دریافت حمایت اجتماعی بالا در معرض خطر کمتری از نظر پیشرفت بیماریهای قلبی می‌باشند. به گونه ای که بین کاهش حمایت اجتماعی و پیش آگهی ضعیف در بیماران مبتلا به بیماریهای عروق قلبی ارتباط مشخصی وجود دارد. ارتباط یافته‌ها نشان می‌دهند که کاهش در سطح حمایت اجتماعی دریافت شده با افزایش دفعات بستری در بیماریهای مزمن ارتباط دارد (۲۱). حمایت اجتماعی می‌تواند در برخی از ابعاد کیفیت زندگی تأثیر گذار باشد و با آن ارتباط داشته باشد. یان (Yan) و سلیک (Sellick) می‌نویسند: بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ارتباط وجود دارد. آنها نشان دادند که در بیماران مزمن هر چقدر حمایت اجتماعی بالاتر باشد، کیفیت زندگی آنها نیز بهتر خواهد بود (۲۲). کیز و همکاران نیز در مطالعه خود بیان کرده‌اند بین حمایت عاطفی و حمایت ابزاری با کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد (۱۸).

شناخت مشکلات بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به پرستاران کمک می‌نماید تا برنامه‌ریزی دقیق‌تری در جهت رفع مشکلات و بهبود کیفیت زندگی آنان انجام دهند. از سوی دیگر با شناسایی نقاط قوت و ضعف در امر

متخصص قلب و عروق مبتلا به بیماری نارسایی قلبی تشخیص داده شده بودند و کسر تخلیه آنها در اکوکاردیوگرافی کمتر از ۴۰٪ بود و حداقل ۳ ماه از تشخیص اولیه بیماری آنها گذشته بود؛ راضی بودن برای 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. برای انتخاب جمعیت سالم علاوه بر فقدان بیماری مزمن و ناتوان کننده، همسان بودن از نظر متغیرهای سن، جنس، وضعیت شغلی و وضعیت تأهل به عنوان معیار ورود، تعیین شد.

ابزار گردآوری داده‌ها: پرسشنامه کیفیت زندگی در این مطالعه از سه قسمت تشکیل شده است: ۱- بعد جسمی (۳۲ عبارت) ۲- بعد روانی (۱۰ عبارت) ۳- بعد اجتماعی (۱۲ عبارت). پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از تلفیق دو ابزار کیفیت زندگی استاندارد و عمومی (Short form 36 items) و کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت سوئدی (Sweden Health Related Quality of Life) تهیه شد. پرسشنامه‌های فوق در مطالعات مختلف برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلب و سایر بیماران مزمن مورد استفاده قرار گرفته است (۲۵-۲۳). حمایت اجتماعی نیز با استفاده از پرسشنامه‌ای که حاوی ۲۳ سؤال می‌باشد و حالت تلفیقی و تعدیل شده سه ابزار (پرسشنامه حمایت اجتماعی از بیماران سرطانی (۲۲)، پرسشنامه حمایت اجتماعی عمومی طراحی شده توسط واکس (۱۹) و پرسشنامه حمایت اجتماعی نیورک (NSSQ) (۲۰) می‌باشد، اندازه‌گیری شد.

پرسشنامه‌های فوق بر اساس مقیاسهای چند گزینه‌ای بودند؛ برای سؤالات دو گزینه‌ای (بله- خیر) امتیازات یک و صفر داده شد و برای سایر سؤالات چندگزینه‌ای امتیازات یک تا چهار و یا پنج داده شد. در نهایت امتیازات با یکدیگر جمع زده شدند و امتیازات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر و حمایت اجتماعی مطلوبتر بودند. کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلب و جمعیت سالم بر اساس نمره به دست آمده به دو قسمت نامطلوب (۵/۱۳۴-۴۸) و مطلوب

حمایت از بیماران فوق توسط منابع مختلف حمایتی و عوامل مرتبط می‌توانند موجبات افزایش حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی را فراهم آورند و در افزایش احتمالی کیفیت زندگی در این بیماران ایفای نقش نمایند. با وجود اهمیت بررسی کیفیت زندگی در بیماران مزمن از جمله بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، مطالعات کافی در ابعاد تشکیل دهنده کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلب در کشورهای آسیایی بویژه ایران و همچنین حمایت اجتماعی و ابعاد تشکیل دهنده آن در بیماران نارسایی احتقانی قلب در دنیا وجود ندارد؛ لذا در این پژوهش قصد بر آن است که ضمن شناسایی اجزاء مؤثر کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب رابطه بین این دو مفهوم مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد تا با استفاده از نتایج این مطالعه، مسئولین برنامه‌ریزی دقیق تری در تأمین نیازهای این بیماران نمایند و از این طریق به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک نمایند. در این مطالعه علاوه بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی احتقانی قلب، کیفیت زندگی جمعیت سالم نیز اندازه‌گیری می‌شود تا بتوان با مقایسه آنها، بیشتر به عمق مشکلات بیماران نارسایی احتقانی قلب پی برد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه همبستگی است، روش نمونه‌گیری بصورت نمونه‌گیری آسان و هدفمند بوده است. بعد از انتخاب نمونه پژوهش با استفاده از پرسشنامه تهیه شده و با روش مصاحبه، حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی و رابطه بین این دو مفهوم در این بیماران بررسی شده است. جامعه پژوهش این مطالعه کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلب مراجعه‌کننده به درمانگاه و بخش‌های قلب بیمارستان سینا مراغه و نیز تمام جمعیت سالم شهر مراغه بودند که طی ۶ ماه اول سال ۱۳۸۸ وارد مطالعه 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. در این مطالعه مشخصات واحدهای مورد پژوهش بیمار عبارت بودند از: کسانی که توسط پزشک

احتقانی قلب و جمعیت سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$)، اما تفاوت معنی‌داری بین بعد اجتماعی کیفیت زندگی در دو گروه مذکور مشاهده نگردید ($P = 0/75$). در حمایت اجتماعی نتایج این مطالعه نشان داد که ۵۱/۲ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلب دارای حمایت اجتماعی مطلوب بودند؛ ضمن اینکه بیشترین حمایت اجتماعی مطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه حمایت عاطفی بود (۶۰/۸٪) و بیشترین حمایت اجتماعی نامطلوب در واحدهای مورد پژوهش در زمینه حمایت ابزاری (۷۶/۷٪) بوده است (جدول شماره ۳). نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد ($r = 0/2$ ، $p < 0/03$). همچنین بین بعد جسمی و بعد روانی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم وجود دارد ولی این ارتباط معنی‌دار نیست. در حالیکه بعد اجتماعی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی ارتباط مستقیم و معنی‌داری ($r = 0/384$)، حمایت اجتماعی، ۴٪ از کل واریانس کیفیت زندگی را به خود اختصاص می‌دهد؛ رگرسیون آماری چندمتغیره نشان داد که از میان ابعاد مختلف حمایت اجتماعی، بعد حمایت عاطفی و بعد حمایت اطلاعاتی دارای ارتباط معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌باشند، بطوریکه حمایت عاطفی ۴/۲٪ و حمایت اطلاعاتی ۴/۷٪ از واریانس کل کیفیت زندگی را به خود اختصاص می‌دهند، اما بعد حمایت ابزاری دارای ارتباط معنی‌دار با کیفیت زندگی نیست. حمایت عاطفی به ترتیب ۰/۴٪، ۱/۶٪ و ۱/۷٪ و حمایت اطلاعاتی به ترتیب ۳/۵٪، ۲/۱٪ و ۲/۱٪ از کل واریانسهای کیفیت زندگی از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را به خود اختصاص می‌دادند؛ تأثیر حمایت ابزاری بر کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن از نظر آماری معنی‌دار نبود. نتایج نشان داد که خانواده در مقایسه با سایر ارگانها بیشترین حمایت را از بیماران بعمل می‌آورد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که برخلاف جمعیت سالم، بیش از نیمی از بیماران نارسایی احتقانی قلب دارای کیفیت

(۲۲۱-۱۳۴/۶) دسته‌بندی شدند. پرسشنامه‌های فوق پس از تعیین اعتبار علمی بطریق روایی محتوایی و اعتماد علمی مورد استفاده قرار گرفتند. برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که پایایی در زمینه سؤالات مربوط به هر قسمت در داده‌های بیماران به صورت زیر بدست آمد: بعد جسمی (۰/۹۱)، بعد روانی کیفیت زندگی (۰/۷۰)، بعد اجتماعی کیفیت زندگی (۰/۸۲) و درمورد پرسشنامه حمایت اجتماعی (۰/۸۵). میانگین ضریب آلفای کرونباخ برای داده‌های بدست آمده از جمعیت سالم نیز ۰/۸۷ بدست آمد. داده‌ها پس از جمع‌آوری در نرم افزار SPSS (Ver.15) تجزیه و تحلیل شد؛ برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، میانه، فراوانی، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل، آزمون کای دو، تست دقیق فشر، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون آماری چندگانه) استفاده شد.

نتایج

در این بررسی اکثریت بیماران نارسایی احتقانی قلب (۷۶ درصد) دارای سن بالای ۵۵ سال ($64 \pm 12/9$)، ۵۰/۴ درصد زن، ۹۱/۲ درصد دارای همسر، ۵۶/۸ درصد بی‌کار یا خانه‌دار، ۹۰/۴ درصد بی‌سواد بودند یا سواد ابتدایی داشتند. ۶۷/۲ درصد دارای کسر تخلیه بین ۲۵ تا ۴۰ درصد بودند. نتایج نشان داد که ۵۰/۴ درصد دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند (۱۳۴/۵-۴۸)، ضمن اینکه ۶۳/۲ درصد در بعد جسمی و بعد روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند، اما ۸۳/۲ درصد در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی مطلوب برخوردار بودند (جدول شماره ۱).

اکثریت جمعیت سالم (۶۵/۶٪) دارای سن بالای ۵۵ سال ($60/5 \pm 8/5$)، ۵۶/۰ درصد مرد، ۷۰/۵ درصد دارای همسر ۴۴/۸ درصد خانه‌دار، ۷۶/۵ درصد بی‌سواد یا دارای سواد ابتدایی بودند. نتایج نشان داد که ۷۶/۸ درصد دارای کیفیت زندگی مطلوب بودند، ضمن اینکه ۷۲ درصد در بعد جسمی، ۶۵/۶ درصد در بعد روانی و ۷۷/۶ درصد در بعد اجتماعی دارای کیفیت زندگی مطلوب بودند (جدول شماره ۲). نتایج مطالعه نشان داد که بین میانگین کیفیت زندگی و ابعاد جسمی و روانی آن در بیماران نارسایی

زندگی نامطلوب هستند که تفاوت معنی‌داری با کیفیت زندگی جمعیت سالم دارد. در مطالعه‌ای که پرسلر (Pressler) و همکاران در کشور سوئد بر روی ۲۴۹ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی داده بود نیز مشخص شد بیماران مبتلا به نارسایی قلب دارای کیفیت زندگی پایین هستند (۲۶). هاتا (Hatta) و همکاران می‌نویسند یکی از مشخصات مبتلایان به نارسایی قلب کیفیت زندگی پایین آنها است (۲۷). همانطور که نتایج نشان داد این بیماران در ابعاد جسمی و روانی دارای کیفیت زندگی نامطلوب اما در بعد اجتماعی دارای کیفیت زندگی مطلوب می‌باشند و در این بعد تفاوتی با جمعیت سالم ندارند. بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب به دلیل اختلالات موجود در سیستم گردش خون، تنفسی و عضلانی اسکلتی دچار مشکلات جسمی و محدودیت در فعالیت‌های روزمره و وابستگی به دیگران می‌شوند که آن نیز به نوبه خود منجر به ایجاد برخی مشکلات روانی از قبیل افسردگی در آنها می‌شود، لذا پایین بودن کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روانی قابل انتظار می‌باشد؛ اما از آنجا که بعد اجتماعی کیفیت زندگی به بررسی ارتباطات اجتماعی به خصوص ارتباط با اعضای خانواده می‌پردازد (۲۸) و از سوی دیگر مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که بیماران مزمن در جامعه ایران از حمایت مطلوب خانواده سود می‌برند و در زمان بیماری این ارتباطات افزایش می‌یابد (۲۹ و ۳۰)، مطلوب بودن بعد اجتماعی کیفیت زندگی در این بیماران قابل توجیه می‌باشد. نتایج نشان داد که بیش از نیمی از بیماران از حمایت اجتماعی مطلوب برخوردارند. از میان ابعاد مختلف حمایت اجتماعی، حمایت عاطفی و حمایت اطلاعاتی در بیش از نیمی از واحدهای مورد پژوهش مطلوب بدست آمد، در حالیکه حمایت ابزاری در بیشتر آنها نامطلوب بود. کریستوفرزون (Kristofferzon) نیز مطالعه‌ای را در زمینه حمایت اجتماعی در بیماران مزمن انجام داده است. نتایج این مطالعه در مورد حمایت اجتماعی نشان می‌داد که حدود یک سوم از نمونه‌ها حمایت اجتماعی پایینی را گزارش می‌کنند (۳۱). در مقایسه با مطالعه کریستوفرزون

که در کشور سوئد انجام داده بود، حمایت عاطفی در مطالعه حاضر مطلوب‌تر بدست آمده است. به نظر می‌رسد علت بالا بودن حمایت عاطفی مطلوب در پژوهش حاضر ناشی از حمایت مداوم و موثر اعضای خانواده از این افراد در شرایط بیماری و ابراز همدردی و محبت با آنها می‌باشد در مقایسه با نتایج مطالعات در سایر بیماران مزمن (۲۹ و ۳۰)، در مطالعه حاضر علاوه بر حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی نیز دارای ارتباط معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌باشد، و در بیش از نیمی آنها، مطلوب می‌باشد و این نشان می‌دهد که پرستاران و پزشکان تا حدودی در نقش آموزشی خود در بیماران نارسایی احتقانی قلب، نسبت به سایر بیماران مزمن موفق عمل نموده‌اند. همینطور مشاهده گردید که با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد؛ نتیجه این تحقیق با نتایج بدست آمده از مطالعات قبلی همخوانی دارد. در مطالعه امیر و همکاران ارتباط قوی بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بدست آمد (۳۳) و در مطالعه کیز (keyes) مشخص گردید که حمایت عاطفی و ابزاری دارای ارتباط مستقیم و معنی‌دار با کیفیت زندگی می‌باشند (۱۸).

ضمن اینکه در مطالعه یان (Yan) نشان داده شد که حمایت اجتماعی، افسردگی و علائم جسمی، ۴۴٪ از کل واریانس کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت را در بیماران مزمن تشکیل می‌دهند، که در این میان حمایت اجتماعی ۳٪ از کل واریانس کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت را تشکیل می‌داد (۲۲). در زمینه این ارتباط هلگسون (Helgeson) معتقد است حمایت اجتماعی منجر به افزایش رفتارهای بهداشتی افراد و در نهایت افزایش کیفیت زندگی می‌شود. حمایت اجتماعی بالا سبب لذت از فعالیتهای تفریحی احساس بهتر از زندگی و رضایت از آن شده و از طریق فراهم کردن کمکهای ملموس روی کیفیت زندگی و وضعیت سلامت فرد تأثیر می‌گذارد (۳۴ و ۳۵). آنچه از نتایج این مطالعه به دست آمده است نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی دارای ارتباط مستقیم و معنی‌داری با کیفیت زندگی از بعد جسمی می‌باشد به گونه‌ای که با افزایش حمایت اجتماعی از سوی منابع

بیماران را ارتقاء بخشید. اما مسئله مهم تر توجه مسئولین به این بیماران می‌باشد؛ انتظار می‌رود مسئولین در کنار انجمن‌های حمایتی به مشکلات اقتصادی و مشکلات مربوط به درمان این بیماران توجه نمایند.

تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری معاونت پژوهش و کارکنان کتابخانه دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب، مسئولین درمانگاه و بخش‌های قلب بیمارستان سینا مراغه و بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر می‌گردد.

مختلف می‌توان از مشکلات جسمی این بیماران کاست. به نظر پژوهشگر این ارتباط می‌تواند ناشی از حمایت عاطفی‌ای که خانواده از بیماران بعمل می‌آورد باشد که به بیمار کمک می‌کند تا با تکیه بر خانواده احساس کند کسانی هستند که پشتیبان او در این شرایط سخت و بحرانی می‌باشند لذا راحت‌تر با بیماری مقابله کرده و با آن سازگاری می‌نماید و از انزوا و گوشه‌گیری دوری جسته، نشاط و دلگرمی بگیرند و این خود می‌تواند انرژی مضاعفی در بیمار ایجاد نماید. همینطور با افزایش حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی از بعد روانی و اجتماعی ارتقا می‌یابد. به نظر پژوهشگر این ارتباط می‌تواند ناشی از ارتباط مناسب همسر و اعضای خانواده بیماران با آنان و احساس همدردی، دادن دلگرمی و ابراز محبت کافی از سوی خانواده می‌باشد. شیخی در این ارتباط می‌نویسد: در کشورهای پیشرفته صنعتی فردگرایی، عدم وفاداری به خانواده و خانواده‌گریزی وجود دارد درحالیکه در کشورهای جهان سوم از جمله ایران وفاداری به خانواده و حمایت افراد از سوی خانواده وجود دارد (۳۳).

علیرغم درمانهای حمایتی فراوان از بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب، آنان با استرسورهای محیط داخلی و خارجی متعدد جسمی و روانی مواجه هستند که منجر به کاهش کیفیت زندگی این بیماران در مقایسه با جمعیت سالم می‌شود. بنابراین با حمایتهایی که از سوی خانواده، دوستان و سایر ارگانها از این بیماران به عمل می‌آید، می‌توان کیفیت زندگی آنها را ارتقا داد. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت عاطفی و اطلاعاتی ابعاد تأثیرگذار در کیفیت زندگی این بیماران می‌باشند و از آنجاییکه بیشترین حمایت عاطفی مطلوب از سوی خانواده بیماران انجام می‌شود می‌توان به صراحت گفت که از میان ارگانها و نهادهای مختلف، خانواده تنها نهاد حمایت‌کننده تأثیرگذار بر این بیماران است. همینطور نتایج این آزمون نشان داد که جا دارد تا حمایت ابزاری و حمایت اطلاعاتی را در این بیماران افزایش داد چه بسا که با افزایش حمایت ابزاری و اطلاعاتی در کنار حمایت عاطفی که عمدتاً از سوی خانواده انجام می‌شود، بتوان کیفیت زندگی این

جدول شماره (۱): کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آنها در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب در شهر مراغه

متغیر	مطلوب - نامطلوب	فراوانی (درصد)	انحراف معیار \pm میانگین
کیفیت زندگی کلی	نامطلوب (۱۳۴/۵ - ۴۸)	۶۳ (۵۰/۴)	۱۳۴/۸۹ \pm ۲۱/۰۵
	مطلوب (۲۲۱ - ۱۳۴/۶)	۶۲ (۴۹/۶)	
	مطلوب (<۷۲) * مطلوب (>۷۲)	۷۹ (۶۳/۲) ۴۶ (۳۶/۸)	
کیفیت زندگی	بعد جسمی	نامطلوب (<۷۲) * مطلوب (>۷۲)	۶۷/۳۶ \pm ۱۶/۶۴
	بعد روانی	نامطلوب (<۲۹/۵) * مطلوب (>۲۹/۵)	۲۷/۹۲ \pm ۴/۶۶
بعد اجتماعی	نامطلوب (<۳۳) * مطلوب (>۳۳)	۲۱ (۱۶/۸) ۱۰۴ (۸۳/۲)	۳۹/۷ \pm ۶/۲۸

* اعداد داخل پارانتر جمع نمرات پاسخ‌های داده شده در ابزارها است که به دو قسمت مساوی تقسیم شده‌اند

جدول شماره (۲): کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آنها در جمعیت سالم شهر مراغه

متغیر	مطلوب - نامطلوب	فراوانی (درصد)	انحراف معیار \pm میانگین
کیفیت زندگی کلی	نامطلوب (۱۳۴/۵ - ۴۸)	۲۹ (۲۳/۲)	۱۵۵/۲ \pm ۲۷/۵
	مطلوب (۲۲۱ - ۱۳۴/۶)	۹۶ (۷۶/۸)	
	نامطلوب (<۷۲) * مطلوب (>۷۲)	۳۵ (۲۸) ۹۰ (۷۲)	
کیفیت زندگی	بعد جسمی	نامطلوب (<۷۲) * مطلوب (>۷۲)	۸۲/۴ \pm ۱۸
	بعد روانی	نامطلوب (<۲۹/۵) * مطلوب (>۲۹/۵)	۳۲/۸ \pm ۷/۶
بعد اجتماعی	نامطلوب (<۳۳) * مطلوب (>۳۳)	۲۸ (۲۲/۴) ۹۷ (۷۷/۶)	۴۰ \pm ۷/۷

* اعداد داخل پارانتر جمع نمرات پاسخ‌های داده شده در ابزارها است که به دو قسمت مساوی تقسیم شده‌اند

جدول شماره (۳): حمایت اجتماعی و ابعاد مختلف آنها در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب در شهر مراغه

متغیر	مطلوب - نامطلوب	فراوانی (درصد)	انحراف معیار \pm میانگین
حمایت اجتماعی	نامطلوب (۵۷/۵ - ۲۳)	۶۱ (۴۸/۸)	۵۸/۴۳ \pm ۹/۸۵
	مطلوب (۹۲ - ۵۷/۵)	۶۴ (۵۱/۲)	
	نامطلوب (۹ - ۲۲/۵) مطلوب (۳۶ - ۲۲/۶)	۴۹ (۳۹/۲) ۷۶ (۶۰/۸)	
حمایت اجتماعی	عاطفی	نامطلوب (۱۰ - ۲۵) مطلوب (۲۵/۱ - ۴۰)	۲۳/۴۶ \pm ۴/۳۶
	اطلاعاتی	نامطلوب (۴ - ۱۰) مطلوب (۱۶ - ۱۰/۱)	۱۰/۷ \pm ۳/۱

References:

1. Loscalzo J, editor. Harrison's cardiovascular diseases. Translated by: N Binafar. Tehran: Hayan-Abasaleh, Shahrab Publisher. 2006. PP: 143 – 161. [Text in Persian].
2. Azevedo A, Bettencourt P, Alvelos M, Martins E, Abreu-Lima C, Hense HW, Barros H. Health-related quality of life and stages of heart failure. *Int J Cardiol*. 2008 Sep 26;129(2).pp: 238-44.
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 Gender-Matched Community Controls. *J Card Fail*. 2009 Feb;15(1). pp:17-23.
4. Johansson P, Agnebrink M, Dahlstrom U, Brostrom A. Measurement of health-related quality of life in chronic heart failure, from a nursing perspective: a review of the literature. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2004;3.pp:7e20.
5. Johansson P, Dahlstrom U, Brostrom A. The measurement and prevalence of depression in patients with chronic heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2006;21. pp:28e-36.
6. Nordgren L, Sorensen S. Symptoms experienced in the last six months of life in patients with end-stage heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2. pp: 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. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005;4. pp: 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. *J Card Fail*. 2008;14(1). pp: 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. *Eur J Heart Fail* 2004. 6. pp: 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. *J Card Fail*. 2006;12. pp: 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. *Eur J Heart Fail*. 2002;4. pp: 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*. *Am J Cardiol*. 1996;78.pp: 890-5.
13. Kuehner C. Determining of subjective quality of life in depressed patients: The role of self esteem, response styles, and social support. *Journal of active disorders*. 2005. 86. pp: 205-213.
14. Testa MA, Simonson DC, Turner RR. Valuing Quality of life and Improvement in glycemic control in people with type 2 diabetes. *Diabete care*. 1998. 21(3).pp: 44-52.
15. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, Haass M. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*. 2002 Mar. 87(3).pp:235-41.
16. Rustoen T, Stubhaug A, Eidsmo I, Westheim A, Paul SM, Miaskowski C. Pain and quality of life in hospitalized patients with heart failure. *J Pain Symptom Manage*. 2008 Nov;36(5). pp:497-504.
17. 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. *Eur J Heart Fail*. 2005 Mar 2;7(2).pp:243-51.
18. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Social support and health-related quality of life among older adults--Missouri, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2005 May 6;54(17).pp:433-7.
19. Khoshdel M. Relationship between social support and self respect in students of Tabriz University. Ms Thesis. Tabriz: Social sciences collage. Tabriz University. 2000. pp:2- 45. [Text in Persian].
20. Schaffer MA. Social support. In: Peterson SJ, Bredow TS: *Middle Range Theories*. Philadelphia: Lippincott co. 2004. pp:179-202.
21. Cheraghi MA, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2012 Apr. 25(75). pp: 21-31. [Text in Persian].
22. Yan H, Sellick K. Symptoms, Psychological distress, Social support, and Quality of life of chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer. *Cancer Nurs*. 2004 Sep-Oct. 27(5). pp:389-99.
23. McKeivitt C, Redfern I, Laplaca V, Wolfe CDA. Defining and using quality of life: a Survey of health care professionals. *Clin Rehabi*. 2003. 17. pp: 865-870.
24. Ghanbari A. The effect of based on Orem's selfcare education on quality of life and metabolic situation in type II diabetic patients who referring to educational centers of diabet. *Nursing PhD thesis*. Tabriz: Nursing and Midwifery collage. Tabriz university Of medical sciences . 2001. pp.50- 67. [Text in Persian].
25. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM. Patient - Reported quality of life early in dialysis treatment: effects associated with usual exercise activity. *Nephrol Nurs J*. 2000;27(4).pp: 357- 367.
26. Pressler SJ, Subramanian U, Kareken D, Perkins SM, Gradus-Pizlo I, Sauvé MJ. Cognitive deficits and health-related quality of life in chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2010 May-Jun;25(3).pp:189-98.
27. Hatta M, Joho S, Inoue H, Origasa H. A health-related quality of life questionnaire in symptomatic patients with heart failure: validity and reliability of a Japanese version of the MRF28. *J Cardiol*. 2009 Feb. 53(1). pp:117-26.
28. World Health Organization (WHO). Programme on mental health: WHOQOL measuring Quality of life. 1997. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
29. Heidarzadeh M, Ghahremanian A, Hagigat A, Yoosef E. Relationship between Quality of Life and Social Support in Stroke Patients. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2009. 22(59).pp:23-32. [Text in Persian].
30. Zamanzadeh V, Heidarzadeh M, Oshvandi KH, Lakdizaji S. Relationship between Quality of Life and Social Support in hemodialysis Patients. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2007. 29(1).pp:49-54. [Text in Persian].
31. Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *J Adv Nurs*. 2005 Oct;52(2).pp:113-24.
32. Amir M, Roziner I, Knoll A, Neufeld MY. Self-efficacy and social support as mediators in the relation between disease severity and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 1999 Feb;40(2).pp:216-24.
33. Sheikhi M. *sociology of third world*. 3th ed. Tehran: Eshragi-Safar. 1999. pp:172. [Text in Persian].
34. Helgeson VS. Social support and quality of life. *Qual Life Res*. 2003;12. Suppl 1. pp:25-31.
35. Sanne B, Mykletun A, Dahl AA, Moen BE, Tell GS. Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: the Hordaland Health Study. *Occup Med(Lond)*. 2005 Sep;55(6).pp:463-73

Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people

BY:Heidarzadeh M^{*1}, Hasani P², Rahimzadeh A³, Ghahramanian A¹, Kolahdouzi pour J⁴, Yousef I⁵

1)Department of Nursing(Medical-Surgical), Islamic Azad University, Bonab, Iran

2) Nursing Education, School of Nursing and midwifery, Shahid beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3)BSc in nursing, Sina Hospital, Maragheh, Iran

4) Nursing Education(Medical-Surgical), Imam Khomeini Hospital, Ajabshir, Iran

5)BSc in nursing, Shahid Beheshti Hospital, Maragheh, Iran

Received: 2012/04/14

Accept: 2012/08/14

Abstract:

Introduction: Congestive heart failure (CHF) is one of the most important chronic diseases in the world that these patients are faced with various physical and psychological stressful factors which leads to decreasing quality of life. Social support by all sources can lead to decreasing problems in CHF patients and increasing quality of life in them

Objective: The aim of study was to determine quality of life in CHF patients and comparing it with QOL of healthy people and also determine the social support of CHF patients, and measuring the relationship between QOL and social support in CHF patients.

Methods: This is a correlational study and samples were chosen by simple sampling. For this purpose, 125 eligible CHF patients who referred to hospitals in city of Maragheh, and 125 healthy people were selected simultaneously during a period of ten months. Data were collected using an integrated three part questionnaire including demographics, quality of life, and social support completed by interview. Data after collection were analyzed using SPSS (Ver.15), descriptive statistics (Mean, Median, Frequency, Standard Deviation) and Inferential statistics (T-independent test, Chi-square, Exact Fisher test, Pearson correlational test, Multiple Regression).

Results: Findings indicated that quality of life was undesirable in 49.6% and had significant difference with QOL of healthy people ($P < 0.0001$). In subsectors of quality of life, social dimension was desirable in 83.2% of patients and showed no significant difference with healthy people, while in physical dimension (63.2%) and psychological dimension (63.2%) in most of the patients were undesirable and in most of the healthy people were desirable. Social support in 51.2% of CHF patients were desirable, and there was a direct and significant relationship between these two variables ($p < 0.03$, $r = 0.2$).

Conclusion: In attention to positive relationship between QOL and social support it is suggested that health care planners and managers in addition to increasing instrumental supports, emotional and informational support should be promoted in order to improve patients' quality of life.

Key Words: Heart Failure / Quality of life / Social Support

*Corresponding Author: Mehdi Heydarzadeh, Bonab, Islamic Azad university

Email: m.mahda@gmail.com