

بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران قلبی پس از جراحی قلب

شهره سیام^۱، علیرضا حیدرنیا^۲، صدیقه السادات طوافیان^۲

چکیده

زمینه و هدف: بیماری قلب و عروق، شایع‌ترین و مهم‌ترین علت مرگ و میر در تمام دنیا می‌باشد که بر روی کیفیت زندگی مبتلایان نیز تأثیر می‌گذارد. این بیماری، مشکلات زیادی را برای بیماران و هزینه بالایی را برای جامعه به دنبال دارد. این پژوهش، با هدف بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران قلبی پس از جراحی قلب انجام شد.

روش تحقیق: این بررسی به روش توصیفی-مقطعی انجام گرفت. در این پژوهش، ۱۱۰ نفر از بیماران قلبی که در بیمارستان حشمت رشت تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته بودند، وارد مطالعه شدند. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه و استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶، گزارش خود بیمار و مراجعه به پرونده‌های آنان انجام شد. برای گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کولوموگروف اسمیرونف، آزمون ANOVA و آزمون دانکن و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۶) صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه $57/04 \pm 9/37$ سال و کیفیت زندگی آنان $50/27 \pm 8/55$ بود. کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه، با سن ($P < 0/001$)، سطح تحصیلات ($P < 0/001$)، شغل ($P = 0/002$)، وضعیت تأهل ($P = 0/002$)، مدت زمان ابتلا به بیماری ($P < 0/001$) و تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان به علت بیماری قلبی ($P < 0/001$) ارتباط آماری معنی‌داری داشت، ولی کیفیت زندگی با جنس و میزان درآمد، ارتباط آماری معنی‌داری نشان نداد.

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی متعاقب جراحی قلب، باعواملی چون: سطح تحصیلات، زندگی خانوادگی و سابقه بیماری فرد ارتباط دارد و لذا بر اهمیت توجه به این عوامل تأکید می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، بیماران قلبی، جراحی قلب

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. (ویژه نامه قلب) ۱۳۹۱؛ ۱۹(۶): ۳۳-۴۱

پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۱۱

دریافت: ۱۳۹۱/۶/۲۰

^۱ نویسنده مسؤول: استادیار، گروه زیست‌شناسی، دانشکده علوم، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.
آدرس: رشت - خیابان نامجو - دانشگاه گیلان - دانشکده علوم.
تلفن: ۰۹۱۱۳۴۷۴۲۶۴. پست الکترونیکی: sh_seyam@yahoo.com
^۲ دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

مقدمه

اینگونه بیماران و تعیین چگونگی کیفیت زندگی پس از جراحی را ضروری می‌سازد؛ لذا این پژوهش، با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از جراحی قلب و ارتباط آن با بعضی از متغیرهای جمعیت‌شناختی انجام شده است.

روش تحقیق

این مطالعه توصیفی-مقطعی، در سال ۱۳۸۹ بر روی بیماران قلبی که در بیمارستان حشمت رشت تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته بودند، انجام شد. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس و مبتنی بر هدف از بین بیماران واجد شرایط انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به تحقیق انجام‌شده در زمینه‌های مشابه (۱۱) و با اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۰/۸۰ با توجه به مشخصات نمونه، حدود ۱۱۰ نفر محاسبه شد. اطلاعات گردآوری‌شده، با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه به دست آمد. بخش اول پرسشنامه شامل سؤالاتی درباره مشخصات جمعیت‌شناختی مانند: سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سطح درآمد، طول مدت بیماری و تعداد دفعات بستری‌شدن در بیمارستان بود. بخش دوم آن شامل پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 می‌باشد. این پرسشنامه، ۸ بعد کیفیت زندگی را بررسی می‌کند که دارای ۳۶ گزینه می‌باشد.

هر یک از مؤلفه‌ها شامل: مؤلفه مربوط به سلامت عمومی ۵ سؤال، عملکرد جسمانی ۱۰ سؤال، سلامت روانی ۵ سؤال، عملکرد اجتماعی ۲ سؤال، درد ۲ سؤال، محدودیت نقش جسمانی ۴ سؤال، محدودیت نقش روانی ۳ سؤال، نشاط ۴ سؤال و تغییرات سلامتی نیز یک سؤال را به خود اختصاص داد که جزء ابعاد هشت‌گانه نبود و امتیازبندی هم نمی‌شد. سؤالات این پرسشنامه به طریقه بسته جواب و بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شده است. نمرات مؤلفه‌های هشت‌گانه بین صفر تا ۱۰۰ بود. نمره ۱۰۰ وضعیت ایده‌آل را نشان داده و نمره صفر بدترین وضعیت موجود را در هر بعد نشان می‌دهد. این پرسشنامه دارای پایایی و روایی بین‌المللی

در سال‌های اخیر، شاهد تغییر الگوی بیماری‌ها به صورت کاهش بیماری‌های واگیر و افزایش بیماری‌های غیرواگیر بودیم (۱). یکی از این بیماری‌ها، بیماری‌های قلبی و عروقی است که علت اصلی مرگ در سراسر جهان می‌باشد و سالانه ۱۷ میلیون نفر را به کام مرگ می‌فرستد. پیش‌بینی می‌شود که اگر تا سال ۲۰۲۰، اقدام پیشگیرانه خاصی انجام نگیرد، این تعداد به ۲۴/۸ میلیون نفر خواهد رسید (۲). در کشورهای مدیترانه شرقی از جمله کشور ایران، بیماری‌های قلبی، یک مشکل مهم بهداشتی و اجتماعی به شمار می‌رود و ابعاد آن به سرعت در حال افزایش است (۳).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۴۱/۳٪ کل مرگ و میرهای سال ۲۰۰۵ در ایران، ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی بوده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این میزان به ۴۴/۸٪ برسد. در حال حاضر بیماری‌های عروق کرونر، اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال در ایران می‌باشد (۴، ۵).

از طرفی امروزه انسان‌ها نه تنها تمایل به افزایش عمر دارند، بلکه خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند (۶، ۷). کیفیت زندگی بر اساس برداشت و درک فرد از وضعیت زندگی خود در ارتباط با عوامل فرهنگی، اهداف، عقاید و باورهای او تعیین می‌شود. کیفیت زندگی، تحت تأثیر فاکتورهایی است که به زندگی ارزش داده و به ایجاد تجارب مثبت کمک می‌کند و برای افراد مختلف، معانی متفاوتی دارد. کیفیت زندگی یک فرد، نظر شخصی وی بوده و توسط خود فرد تعیین می‌شود (۸).

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، انعکاسی از تأثیرات بیماری و درمان آن با توجه به دیدگاه و تجارب بیمار است (۹). کیفیت زندگی نامطلوب با تشدید وخامت بیماری، بقای کمتر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران قلبی همراه است (۹، ۱۰).

افزایش نیاز به انجام جراحی قلب، اهمیت توجه ویژه به

اقتصادی متوسط داشتند. ۵۱/۸٪ افراد مورد مطالعه، بیش از ۳ سال سابقه ابتلا به بیماری قلبی داشتند. ۵۰/۹ درصد افراد مورد مطالعه، بیش از دو بار به علت بیماری قلبی در بیمارستان بستری شده بودند.

جدول ۱- توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه

متغیرهای جمعیت‌شناختی	تعداد	درصد
سن	<۵۰ سال	۲۱
	۵۰-۵۹ سال	۳۷
	۶۰ سال و بالاتر	۵۲
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۴۸
	ابتدایی و راهنمایی یا سیکل	۴۳
	دبیرستان و بالاتر	۱۹
جنس	زن	۵۷
	مرد	۵۳
شغل	شاغل	۵۶
	غیر شاغل	۱۲
	خانه‌دار	۴۲
وضعیت تأهل	متاهل	۹۰
	مجرد	۵
	بیوه	۱۵
میزان درآمد	کمتر از ۲۰۰ هزار تومان	۲۳
	۲۰۰-۴۰۰ هزار تومان	۶۳
	بیشتر از ۴۰۰ هزار تومان	۲۴
مدت زمان ابتلا	کمتر از یکسال	۳۳
	۱-۳ سال	۲۰
	بیشتر از ۳ سال	۵۷
تعداد دفعات بستری‌شدن در بیمارستان	یک‌بار	۲۴
	دو بار	۳۰
	بیش از دو بار	۵۶

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از جراحی قلب را در ارتباط با متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد. با انجام آزمون ANOVA، رابطه معنی‌داری بین سن، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل، مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی و تعداد دفعات بستری‌شدن در بیمارستان با کیفیت زندگی به دست آمد؛ به طوری که با استفاده از آزمون دانکن مشخص شد که کیفیت زندگی در افراد کوچک‌تر از ۵۰ سال، افراد با

است و در ایران توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی ترجمه و پایایی و روایی آن بررسی و تأیید شده است (۱۲). برای تعیین پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن $\alpha=0/85$ به دست آمد. روش جمع‌آوری اطلاعات به این ترتیب بود که پژوهشگر با توجه به هماهنگی‌های انجام‌شده قبلی با بیماران، شخصاً هر روز به بیمارستان مراجعه نموده و پس از معرفی خود به واحدهای مورد پژوهش که واجد شرایط بودند، هدف از انجام پژوهش را توضیح داده و بعد از آنکه آنان برای پاسخ‌گویی اعلام آمادگی کردند، پرسشنامه توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه با آنان تکمیل شد؛ همچنین برای دستیابی به بعضی اطلاعات، به پرونده بیماران مراجعه شد. برای رعایت نکات اخلاقی، موارد زیر مورد توجه قرار گرفت (۱) ارائه معرفی‌نامه کتبی از طرف دانشگاه به بیمارستان و اخذ موافقت مسؤولین؛ (۲) اخذ رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان؛ (۳) منظورکردن کد مخصوص برای هر بیمار در پرسشنامه و تکمیل پرسشنامه به صورت بدون نام و رعایت محرمانه ماندن اطلاعات.

برای تجزیه و تحلیل آماری، از نرم‌افزار SPSS (ویرایش ۱۶) استفاده گردید. برای توصیف داده‌ها، از آمار توصیفی و استنباطی، فراوانی نسبی و مطلق، میانگین، انحراف معیار، آزمون کولموگروف اسمیرونف، آزمون ANOVA و آزمون دانکن استفاده شد. ضریب اطمینان در این مطالعه در سطح ۹۵ درصد ($P<0/05$) بود.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۱۰ بیمار با میانگین سنی $57/04 \pm 9/37$ سال مورد بررسی قرار گرفتند که کیفیت زندگی آنان $50/27 \pm 8/55$ بود. جدول یک مشخصات دموگرافیک جامعه مورد مطالعه را نشان می‌دهد. ۴۷/۳٪ افراد در گروه سنی بالای ۶۰ سال قرار داشتند. ۴۳/۶٪ بی‌سواد، ۵۱/۸٪ زن و ۵۰/۹٪ شاغل و ۸۱/۸٪ متاهل بودند و ۵۷/۳٪ وضعیت

تحصیلات دبیرستان و بالاتر و در افراد شاغل و مجرد نسبت به سایر گروه‌ها معنی‌دار بود و کیفیت زندگی بهتری داشتند؛ همچنین با افزایش تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان و نیز افزایش مدت زمان ابتلا به بیماری، کیفیت زندگی بیماران کاهش پیدا کرد. اما بین میزان درآمد و جنس با کیفیت زندگی، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از جراحی قلب مشاهده می‌گردد. بیشترین نمره میانگین، مربوط به سلامت روانی و کمترین نمره میانگین، مربوط به بعد محدودیت نقش روانی می‌باشد.

جدول ۲ - مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی در بیماران قلبی پس از جراحی

سطح معنی‌داری	انحراف معیار ± میانگین	کیفیت زندگی	
		متغیرهای جمعیت‌شناختی	
۰/۰۰۱	۵۷/۲۷ ± ۷/۸۶ ۵۴/۰۲ ± ۸/۴۹ ۴۴/۷۸ ± ۴/۴۷	سن	<۵۰ سال ۵۰ - ۵۹ سال ۶۰ سال و بالاتر
۰/۰۰۱	۴۶/۶۹ ± ۶/۱۵ ۵۰/۳۱ ± ۵/۸۰ ۵۹/۲۵ ± ۱۲/۰۹	سطح تحصیلات	بی‌سواد ابتدایی و راهنمایی یا سیکل دبیرستان و بالاتر
۰/۵۹۸	۴۹/۸۵ ± ۷/۷۰ ۵۰/۷۲ ± ۹/۴۳	جنس	زن مرد
۰/۰۰۲	۵۲/۶۹ ± ۹/۵۸ ۴۴/۱۰ ± ۵/۱۷ ۴۸/۸۱ ± ۶/۵۳	شغل	شاغل غیر شاغل خانه‌دار
۰/۰۰۲	۵۰/۶۲ ± ۸/۳۸ ۵۹/۸۶ ± ۱۰/۷۲ ۴۵/±۵/۱۱	وضعیت تأهل	متأهل مجرد بیوه
۰/۳۹۴	۴۸/۱۰ ± ۵/۷۵ ۵۰/۸۶ ± ۸/۹۴ ۵۰/۸۱ ± ۹/۶۷	میزان درآمد	کمتر از ۲۰۰ هزار تومان ۲۰۰ - ۴۰۰ هزار تومان بیشتر از ۴۰۰ هزار تومان
۰/۰۰۱	۵۵/۷۹ ± ۸/۲۲ ۵۲/۱۲ ± ۸/۴۱ ۴۶/۴۳ ± ۶/۷۵	مدت زمان ابتلاء	کمتر از یکسال ۱ - ۳ سال بیشتر از ۳ سال
۰/۰۰۱	۵۴/۷۷ ± ۸/۳۴ ۵۳/۹۶ ± ۷/۹۷ ۴۶/۳۷ ± ۷/۱۱	تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان	یک بار دو بار بیش از دو بار

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران قلبی پس از جراحی

انحراف معیار	میانگین	ابعاد کیفیت زندگی
۱۲/۶۱	۵۷/۱۸	عملکرد جسمانی
۹/۳۱	۳۷/۸۱	محدودیت نقش جسمانی
۱۸/۹۸	۵۳/۸۸	درد
۸/۴۴	۳۵/۶۱	محدودیت نقش روانی
۱۴/۰۶	۶۳/۳۳	سلامت عمومی
۲۱/۴۸	۶۳	عملکرد اجتماعی
۱۹/۸۶	۵۶/۸۴	نشاط
۱۵/۳۶	۶۳/۸۶	سلامت روانی

بحث

طرفی افراد

جوان تر، هم توانایی بیشتری برای مراقبت از خود داشته و هم با برگشت به محیط کار، وضعیت روحی بهتری خواهند داشت؛ در حالی که افراد مسن اغلب بازنشسته و خانه نشین هستند.

در مطالعه حاضر، بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه، رابطه معنی داری مشاهده شد؛ به طوری که بیماران با سطح تحصیلات بالاتر، کیفیت زندگی مطلوب تری را پس از جراحی تجربه کرده بودند که با نتایج تحقیق شجاعی و همکاران مطابقت دارد (۱۶). سطح تحصیلات، با ایجاد تغییرات اساسی در آگاهی و نگرش، در سلامت و بیماری و نیز سایر جنبه های مختلف زندگی مؤثر بوده و در بسیاری از تحقیقات مورد توجه قرار گرفته است.

در مطالعه حاضر، بین جنسیت و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در مطالعه Non و همکاران در سال ۲۰۰۴ (۱۳)، Herlitz و همکاران (۱۷) و مطالعه Eales و همکاران (۱۸) نیز بین جنسیت با کیفیت زندگی رابطه معنی داری مشاهده نشد.

انجام آزمون آماری، رابطه معنی داری را بین شغل با کیفیت زندگی نشان داد؛ به طوری که شاغلین نسبت به غیرشاغلین و افراد بیکار، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند.

در این پژوهش، مجردها نسبت به متأهلان و بیوه ها، از کیفیت زندگی مطلوب تری برخوردار بودند. در ضمن کیفیت

در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی در ۱۱۰ بیماری که میانگین سن آنها $57/04 \pm 9/37$ سال بود و جراحی قلب باز شده بودند، بررسی شد. نتایج مطالعه ما نشان داد که افراد جوان تر، باسوادتر، شاغل و مجرد، کیفیت زندگی بهتری داشتند؛ همچنین با افزایش تعداد دفعات بستری در بیمارستان و نیز افزایش مدت ابتلا به بیماری، کیفیت زندگی کاهش پیدا کرد.

حفظ و ارتقای کیفیت زندگی، در بهبودی و برگشت سریع تر بیماران به زندگی عادی و کاهش عوارض و پیشگیری از عود مجدد بیماری قلبی نقش مهمی دارد؛ بنابراین کادر بهداشتی باید در این زمینه آموزش های لازم را هنگام بستری شدن و بعد از ترخیص از بیمارستان به بیمار بدهند.

در مطالعه ما، رابطه معنی داری بین سن با کیفیت زندگی وجود داشت؛ به طوری که با افزایش سن در واحدهای مورد پژوهش، کیفیت زندگی کاهش یافت و افراد جوان تر، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند که با مطالعات Non و همکاران (۱۳) و Parajon و همکاران (۱۴) همخوانی دارد.

همچنین Carson و همکاران نیز در تحقیق سال ۲۰۰۹ گزارش کرده اند، مبتلایان با سنین پایین تر از ۶۵ سال، کیفیت زندگی به مراتب بهتری نسبت به افراد پیرتر داشته اند (۱۵). از آنجایی که با افزایش سن، شدت بیماری قلبی افزایش می یابد، این انتظار می رود که کیفیت زندگی کاهش یابد؛ از

معکوسی بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی یافته‌اند. آنان معتقدند با افزایش مدت ابتلا به بیماری، بیماران مشکلات بیشتری را تجربه کرده و کیفیت زندگی خود را نامطلوب ذکر نموده‌اند (۲۱).

Emery و همکاران نشان دادند که بین طول مدت بیماری و کیفیت زندگی، ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد (۲۲) که نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. در مورد تعداد دفعات بستری شدن در بیمارستان، نتایج این بررسی نشان داد که گروهی از بیماران که بیش از دو بار در بیمارستان بستری شده‌اند، کیفیت زندگی نامطلوب‌تری داشتند.

Johansson و همکاران بیان کردند که در بیماران با کیفیت زندگی نامطلوب‌تر، احتمال بستری شدن‌های مکرر، بیشتر می‌باشد؛ چون با گذشت زمان، علایم متعددی و شدیدتری را تجربه می‌کنند و بستری شدن ضرورت بیشتری می‌یابد (۲۳) که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد.

نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی، شاخص با ارزشی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی، شناخته شده و به کار می‌رود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، لازم است به بیماران مسن‌تر، بی‌سواد و کم‌سواد، افراد غیر شاغل، متأهل و همچنین افرادی که تعداد دفعات بیشتری به علت بیماری قلبی در بیمارستان بستری شده بودند و نیز افرادی که مدت طولانی‌تری سابقه ابتلا به بیماری قلبی داشته‌اند، آموزش‌های مناسب و لازم ارائه شده و بر انجام آن نیز تأکید شود تا نهایتاً از عود مجدد این بیماری در آنان پیشگیری گردد و در ارتقای سطح سلامت و کیفیت زندگی آنان مؤثر باشد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش در قالب قرارداد همکاری آموزشی - پژوهشی

زندگی متأهلان نسبت به بیوه‌ها مطلوب‌تر بود که با مطالعه Eales و همکاران (۱۸)، Luttik و همکاران (۱۹) و شجاعی و همکاران (۱۶) مطابقت داشت.

برخی معتقدند که خانواده می‌تواند حمایت اجتماعی مورد نیاز برای 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 ارضا نماید. Luttik و همکاران بیان می‌کنند که منابع حمایتی در شرایط بیماری برای بقا و سازگاری تلقی می‌شود و بیماران قلبی که به تنهایی زندگی می‌کنند، کیفیت زندگی نامطلوبی دارند (۱۹).

با انجام آزمون آماری، رابطه معنی‌داری بین سطح درآمد و کیفیت زندگی مشاهده نگردید. از آنجایی که در جامعه مورد پژوهش ما، از نظر سطح درآمد تفاوت چشمگیری مشاهده شد و تقریباً اکثریت جامعه مورد بررسی، از وضعیت مالی مشابهی برخوردار بودند، این مسئله توجیه‌پذیر می‌باشد؛ در حالی که Canam و همکاران، عوامل اقتصادی را در کیفیت زندگی مؤثر می‌دانند و معتقدند که درآمد، یک عامل محیطی مهم است که با وضعیت سلامت و عملکرد فرد ارتباط دارد و درآمد پایین‌تر، با سطح سلامت پایین‌تر و محدودیت‌های عملکردی بیشتر همراه می‌باشد (۲۰).

این مطالعه، رابطه معنی‌داری را بین مدت زمان ابتلا به بیماری قلبی با کیفیت زندگی نشان داد؛ به طوری که افرادی که مدت زمان کوتاه‌تری از ابتلا آنها به بیماری قلبی سپری شده بود، نسبت به افرادی که مدت زمان طولانی‌تری از ابتلا آنان به بیماری قلبی گذشته بود، کیفیت زندگی بهتری داشتند.

یکی از دلایل کیفیت زندگی نامطلوب‌تر در بیمارانی که مدت زمان طولانی‌تری از ابتلا به بیماری آنان سپری شده، این است که علایم بیماری و عوارض ناشی از آن، به مرور زمان محدودیت‌هایی در روند زندگی عادی بیماران ایجاد نموده و کیفیت زندگی آنان را متأثر می‌سازد.

راهنورد و همکاران نیز در تحقیق خود ارتباط معنی‌دار و

منعقد شده با شماره ۱/۹۰۰۶۶-۳۸۹ بین دانشگاه گیلان و گردیده است. ضمناً از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش دانشگاه تربیت مدرس با حمایت مالی دانشگاه گیلان انجام همکاری و مساعدت نموده‌اند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع:

- 1- Myers RH, Kiely DK, Cupples LA, Kannel WB. Parental history is an independent risk factor for coronary artery disease the Framingham study. *Am Heart J*. 1990; 120 (4): 963-9.
- 2- Sharifirad GhR, Mohebi S, Motalabi M. The relationship of physical activity in middle age and cardiovascular problems in old age in retired people in Isfahan, 2006. *ofoghedanesh, Journals of Gonabad University of Medical Sciences*. 2007; 13 (2): 57-63. [Persian]
- 3- Khoosfi H, Monirpoor N, Birashak B, Peighambari M. A comparative study of personality factors, stressful life events, and social support in coronary heart patients and non-patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2007; 2 (1); 41-59. [Persian].
- 4- Hosseinifar R. *Epidemiology principle and control of disease for nurses*. Tehran: boshra puplication; 2004. [Persian]
- 5- WHO Cause of death, Center for global. *Int Reginal smdies (CGRIS) at the university of California Santa C*. 2006; 120-4.
- 6- Sayadi L. Comparative study point of view of nurse and patient about the basic needs of patients in CCU Guilan health centers [Dissertation]. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*; 1999. [Persian]
- 7- Park K, Park S. *Text book of preventive and social medicine*. 17th ed. Jabalpur: Banarsidas bhanot publishers; 2002. pp: 54-89.
- 8- The WHOQOL Group. What quality of life? The WHOQOL Group. *World Health Organization Quality of Life Assessment*. *World Health Forum*. 1996; 17 (4): 354-6.
- 9- Hofer S, Benzer W, schussler G, von steinbuchel N, oldridge NB. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease treated for angina: validity and reliability of German translations of two specific questionnaires. *Qual life Res*. 2003; 12 (2); 199-212.
- 10- Havik QE, Sivertsen B, Relbo A, Hellesvik M, Grov I, Geiran O, et al. Depressive symptoms and all-cause mortality after heart transplantation. *transplantation*. 2007; 84 (1): 97-103.
- 11- Dehdary T, Hiedarnia A, Ramzankhani A and et al. Planning and evaluation intervention program to improve life quality in patients after coronary artery bypass graft-surgery according to PRECEDE-PROCEED model. *Journal Of Birjand University Of Medical Science*. 2008; 15 (4): 27-38. [Persian]
- 12- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey(SF-36):Translation and validation study of Iranian version. *Qual Life Res*. 2005; 14 (3): 875-82.
- 13- Hou N, Chui MA, Eckert GJ, Oldridge NB, Murray MD, Bennett SJ. Relationship of age and sex to health – related quality of life in patients with heart failure. *Am J Crit Care*. 2004; 13 (2): 153-61.
- 14- Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Use of the 'Minnesota Living With Heart Failure', Quality of life questionnaire in Spain. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57 (2): 155-60.
- 15- Carson P, Tam SW, Ghali JK, Archambault WT, Taylor A, Cohn JN, Braman VM, et al. Relationship of quality of life scores with baseline characteristics and outcomes in the African- American heart failure trial. *J Card Fail*. 2009; 15 (10): 835-42.
- 16- Shojaei F. Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Hayat)*. 2008; 14 (2): 5-14. [Persian]
- 17- Herlitz J, Brandrup-Wognsen G, Caidahl K, Hartford M, Haglid M, Karlson BW, et al. Determinants for an impaired quality of life 10 years after coronary artery bypass surgery. *Int J cardiol*.. 2005; 98 (3): 447-52.
- 18- Eales CJ, Noakes TD, Stewart AV, Becker P. Predictors of the successful outcome of one-year survivors of coronary artery bypass surgery. *Cardiovasc J S Afr*. 2005; 16 (1): 29-35.

- 19- Luttik ML, Jaarsma T, Veeger NJ, Van Veldhuisen DJ. For better and for worse: Quality of Life impaired in HF patients as well as in their partners. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005; 4 (1): 11-4.
- 20- Canam C, Acorn S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. *Rehabil Nurs*. 1999; 24 (5): 192-6.
- 21- Rahnavard Z, Zolfaghary M, Kazemnejad A, Hatamipoor Kh. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. *Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Hayat)* . 2006; 12 (1): 77-86. [Persian]
- 22- Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Ferketich AK, et al. Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosom Med*. 2004; 66 (2): 190-7.
- 23- Johansson P, Dahlstrom U, Brostrom A, Factors and Laterventions 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.

Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery

Shohreh Seyam¹, Ali Reza Heidarnia², Sedigheh Sadat Tavafian²

Background and Aim: Cardiovascular diseases are the most prevalent and important cause of death all over the world, which affect the patients' quality of life. These diseases involve many problems for patients and a lot of cost for the society. The aim of the present study was to determine the quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery.

Materials and Methods: This study was a descriptive cross-sectional one in which 110 cardiovascular patients from Rasht Heshmat hospital randomly participated after heart surgery. The necessary data was collected through interview and SF-36 quality of life questionnaire, patients self-report, and referring to their own hospital records. The obtained data was analyzed by means of kolmogrov smirnov test, ANOVA and Duncan test, using SPSS software (V: 16) and P..... was taken as the significant level.

Results: Mean age of the subjects was 57.04±9.37 yrs and their mean quality of life was 50.27±8.55. There was a statistically significant relationship between quality of life and variables such as age (P<0.001), education level (P<0.001), occupation (P=0.002), marital status (P=0.002), duration of disease (P<0.001), number of hospitalization times (P<0.001), and gender and income level.

Conclusion: Quality of life following heart surgery has a relationship with factors such as education level and duration of the disease. Thus, these factors must emphatically be taken into account.

Key Words: Quality of life, Cardiac patients, Heart Surgery

Journal of Birjand University of Medical Sciences (supplementary: cardiovascular). 2013; 19 (6): 33- 41

Received: September 10, 2012

Accepted: January 30, 2013

¹Corresponding Author; Assistant Professor, Department of Biology, Faculty of sciences, University of Guilan, Rasht ,Iran.....
sh_seyam@yahoo.com

² Associate Professor, Department of Health Education, Faculty of Medical Sciences, University of Tarbiat Modares, Tehran.