



# پژوهش پرستاری

دوره نهم شماره ۴ (پیاپی ۳۵) زمستان ۱۳۹۳ - شماره استاندارد بین المللی: ۱۲-۷۰-۱۷۳۵

- ۱ - بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی و عوامل مؤثر: یک مطالعه مقطعی .....  
ناهید رژه - مجیده هروی کریموی - زهرا طاهری خرامه - علی منتظری - امیر واحدیان
- ۱۲ - بررسی نیازهای برآورده نشده و ارتباط آن با مدیریت افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان .....  
الهه رمضانزاده تبریز - زهره پارسایکتا - هومن شهسواری - میرسعید یکانی نژاد
- ۲۲ - تأثیر اطلاع رسانی پرستار از طریق تلفن (تله نرسینگ) بر سطح اضطراب خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه ....  
اسد ایمانی - اعظم دبیریان - زهرا صفوی بیات - ابوالفضل پاینده
- ۲۹ - تأثیر آروماتراپی ماساژ شکم بر تسکین دیسمنوره اولیه در دانشجویان .....  
تهمینه صالحیان - فرانک صفدری دهچشمه
- ۳۶ - پذیرش درمان و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی .....  
شادی دهقانزاده - فاطمه جعفرآقایی - معصومه شیشه‌گران
- ۴۷ - طراحی و روانسنجی پرسشنامه بررسی محدودیت ناشی از درد مزمن در سالمندان .....  
هومان منوچهری - منوچهر شیرازی - منصوره زاغری تفرشی - فرید زایری
- ۶۱ - بررسی سطح خودکارآمدی و عوامل مرتبط با آن در بیماران ایسکمیک قلبی: یک مطالعه توصیفی همبستگی .....  
صبا برومند - محسن شهریاری - مریم عباسی جلی - زهرا باقرصاد - فرشته برادران فرد - فاطمه احمدپوری
- ۷۰ - ارتباط بین هوش فرهنگی و عملکرد شغلی با کیفیت زندگی پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمانشاه .....  
کیکاووس عبدی - مصطفی محبی - مصیب رحیمی نسب - آراس رسولی

به نام خداوند جان و خرد

## مجله پژوهش پرستاری

فصلنامه علمی - پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران

دوره نهم - شماره ۴ (پیاپی ۳۵) - زمستان ۱۳۹۳

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی
- سردبیر: دکتر زهره پارسا یکتا
- معاون سردبیر: افسانه صدوقی اصل
- شماره پروانه انتشار: ۱۲۴/۲۶۱۵ مورخ ۸۵/۵/۱۸
- شماره بین‌المللی منبع: ۱۷۳۵-۷۰۱۲
- شماره بین‌المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN ۱۷۳۵-۹۰۷۴

### • شورای نویسندگان (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر فضل ا... احمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر زهره پارسا یکتا، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر مهدی رهگذر، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکناب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علی محمدپور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد
- دکتر عیسی محمدی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر ندا مهرداد، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

• ویراستار انگلیسی: دکتر منیر مظاهری

• ویراستار فارسی: دکتر زهره پارسا یکتا

• حروفچینی و صفحه‌آرایی: فرشته حیدری

• طراح جلد: اصغر سورانی

• ناشر: انجمن علمی پرستاری ایران

• نشانی: تهران - میدان توحید - دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• کدپستی: ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱، صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸، تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijnr.ir , Website: www.ijnr.ir

این مجله در Google Scholar و Iran Medex و Magiran و SID و ISC نمایه می‌شود

## بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی و عوامل مؤثر: یک مطالعه مقطعی

ناهید رژه<sup>۱</sup>، مجیده هروی کریموی<sup>۲</sup>، زهرا طاهری خرامه<sup>۳</sup>، علی منتظری<sup>۴</sup>، امیر واحدیان<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** سکته قلبی ماهیت ناتوان و فلج کننده‌ای داشته که کیفیت زندگی بیماران مبتلا را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. کیفیت زندگی یکی از عوامل پیش‌بینی کننده شیوع ناتوانی و مرگ و میر در بیماران مبتلا است. پژوهش حاضر با هدف تعیین نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی و عوامل مؤثر بر آن انجام شده است.

**روش:** در این مطالعه مقطعی ۳۵۰ بیمار سالمند مبتلا به سکته قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های آموزشی درمانی منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۲ به روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای دو قسمتی شامل اطلاعات فردی و کیفیت زندگی عمومی فرم کوتاه ۳۶ سؤالی (SF-36) بود.

**یافته‌ها:** در بین ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی، بعد کارکرد اجتماعی با میانگین و انحراف معیار  $25/77 \pm 66/71$  و بعد محدودیت در ایفای نقش با میانگین و انحراف معیار  $25/86 \pm 20/50$  به ترتیب کمترین و بیشترین نمره را دارا بودند. نمره کیفیت زندگی زنان در اکثر خرده مقیاس‌ها به طور معناداری پایین‌تر از مردان بود ( $p < 0/05$ ). تحلیل کواریانس بین شدت بیماری و زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی اختلاف معناداری را نشان داد ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی در حد مطلوبی نیست؛ بنابراین تمرکز و توجه بیشتر در مراقبت‌های پرستاری به منظور ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی این گروه از بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، سکته قلبی، SF-36، مطالعه مقطعی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۹/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۷

۱ - مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی دانشگاه شاهد، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: reje@shahed.ac.ir

۲ - مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی دانشگاه شاهد، دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳ - گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

۴ - استاد پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

۵ - استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

## مقدمه

امروزه بیماری‌های قلب و عروق سومین علت مرگ و میر و ناتوانی در کل دنیا از در جوامع بشری محسوب می‌شود (۱). در میان بیماری‌های ایسکمیک قلبی، مبتلایان به سکنه قلبی درصد کثیری از بیماران را تشکیل می‌دهند. سکنه قلبی حاد Myocardial Infarction یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های بیماری قلبی کشورهای در حال توسعه است. در یک سالانه حدود ۰/۵ میلیون نفر در آمریکا دچار سکنه قلبی می‌شوند. میزان مرگ و میر ناشی از سکنه قلبی حدود ۳۰٪ است (۲). در ایران نیز این بیماری‌ها اولین علت مرگ و میر در افراد بالاتر از ۳۵ سال می‌باشند (۳). امروزه با افزایش بروز سکنه قلبی و عوارض متعدد آن که در حیطه‌های عملکردی، جسمی، ایفای نقش، رفاه عاطفی، و اختلال در وضعیت خواب بیماران به وجود آمده است مسأله مهم‌تری که مطرح است چگونگی گذران عمر بعد از سکنه قلبی و به عبارتی کیفیت زندگی این گروه از بیماران قلبی می‌باشد که بیشتر از کمیت آن مورد توجه است (۴). در اثر حمله قلبی توقف خون‌رسانی به بخش‌هایی از قلب رخ می‌دهد و سبب مرگ سلول‌های قلبی می‌شود. همراه با التهاب دیواره عروق، دوره‌های ناپایدار بیماری‌های مزمن مادام‌العمر فعال می‌شود (۵و۶).

در واقع، سکنه قلبی علت اصلی مرگ و میر در جهان غرب می‌باشد. در انگلستان، میزان بروز سکنه قلبی در مردان بزرگسال ۳۰ تا ۶۹ ساله، تقریباً ۱۱۱ در هر ۱۰۰۰۰، و در زنان تقریباً ۲۰۰ نفر در هر ۱۰۰۰۰ نفر است و این نسبت با سن افزایش می‌یابد (۷).

میزان مرگ و میر استاندارد شده برحسب سن بیش از ۴۰۰ در ۱۰۰۰۰۰ نفر است و این میزان در ایران در سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۲۰۰۶ حدود ۱۶۷٪ افزایش نشان خواهد داد (۸) سکنه قلبی، علاوه بر تحمیل هزینه‌های بالینی و درمانی، روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت Health Related Quality of Life: HRQoL نیز اثر می‌گذارد (۹). ناتوانی قلب در خون‌رسانی علایم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری، ادم و آسیت را سبب می‌شود. این علایم منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند که بر رضایت و کیفیت زندگی

وی تأثیر می‌گذارد. محدودیت‌های ایجاد شده همچنین وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی می‌شود (۱۰).

کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت عبارتست از شرایطی که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی و اقتصادی فرهنگی معنوی و جنسی احساس رضایت می‌نماید. آنچه نهایتاً به دنبال یک درمان دارویی و یا جراحی برای بیمار حاصل می‌شود و باقی می‌ماند بهترین و اساسی‌ترین معیار برای قضاوت میزان تأثیر آن درمان است (۱۱).

کیفیت زندگی شامل ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است و در واقع احساس شخصی بیمار از وضعیت سلامتی خود تعریف می‌شود (۱۲). کیفیت زندگی همان نتیجه درمان از دیدگاه بیمار است به زمینه‌های وسیع احساسی-اجتماعی-عملکردی توجه دارد. Fassino و همکاران در خصوص بررسی کیفیت زندگی اظهار می‌دارند امروزه کیفیت زندگی یک شاخص اساسی محسوب می‌شود و از آنجایی که کیفیت زندگی ابعاد متعددی مانند جنبه‌های فیزیولوژیک عملکرد وجود فرد را در بر می‌گیرد توجه به آن از اهمیت خاصی برخوردار است و برای ارزیابی صحیح کیفیت زندگی باید به ابعاد مختلف آن توجه شود (۱۳).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را پنداره‌های فرد از وضعیت زندگی خود و توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های موردنظر او تعریف می‌کند. علی‌رغم وجود تعاریف مختلف هنوز تعریفی که ابعاد مختلف این مفهوم را در بر بگیرد وجود ندارد ولی صاحب‌نظران متفق‌القول هستند که کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی ذهنی و پویا است (۱۴). بیماری‌های قلبی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی از جمله سلامت فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و عملکردی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۵). بلافاصله پس از وقوع سکنه قلبی، توجه به عملکرد فیزیکی بیمار بسیار اهمیت دارد ولی در بلندمدت سلامت عمومی، شادابی، عملکرد اجتماعی و عاطفی وی بیشتر مورد توجه است (۱۶). امروزه استفاده از پرسشنامه‌های خودکنترلی جهت تعیین استانداردهای و همه متغیرهای دخیل در وضعیت

کسب آگاهی و دانش در زمینه کیفیت زندگی این بیماران همگام با اجرای برنامه مراقبتی نسبت به ارتقای آن اهتمام ورزید.

## روش مطالعه

مطالعه توصیفی- تحلیلی حاضر، به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه پژوهش، بیماران سالمند بعد از ابتلا به اولین سکتة قلبی مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر تهران که براساس جدول اعداد تصادفی از میان بیمارستان های که دارای بخش های مراقبت ویژه قلب بودند انتخاب شدند. حجم نمونه براساس مطالعه پایلوت با در نظر گرفتن کیفیت زندگی ۵۰٪، دقت ۸٪ و توان آزمون ۹۵٪/۳۵۰ نفر برآورد گردید. بیماران به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

شرایط ورود به مطالعه شامل توانایی تکلم به زبان فارسی؛ دارای سن بیش از ۶۰ سال، ابتلا به سکتة قلبی برای اولین بار؛ سپری شدن حداقل یک ماه و حداکثر ۳۰ ماه از وقوع سکتة قلبی، نوشتن، و بدون اختلالات شناختی و رضایت جهت شرکت در انجام پژوهش بود. این اطلاعات براساس پرونده پزشکی افراد و با انجام مصاحبه با بیمار و پزشک معالج وی احراز گردید. بیماران مبتلا به سرطان ها؛ سکتة مغزی یا اختلال شناختی از مطالعه خارج شدند.

پژوهشگر پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهد و ارایه آن به مسؤولین مراکز آموزشی درمانی، مجوزهای مورد نیاز را برای اجرای مطالعه اخذ نمود و پس از بیان اهداف، از بیماران منتخب رضایت برای شرکت در مطالعه گرفته شد. پرسشنامه ها بدون نام بودند و اطلاعات به صورت محرمانه حفظ شد. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش بود که توسط پرسشگر و به روش مصاحبه تکمیل شد. بخش اول مربوط به مشخصات فردی شامل سؤالاتی متغیرهای جمعیت شناختی- اجتماعی و اقتصادی سن، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت سکونت، نژاد، مذهب، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، سابقه مصرف سیگار، سابقه بیماری جسمانی و فانکشنال کلاس بیماری (classification) بود.

سلامتی «Health Status» بسیار رایج است. این پرسشنامه ها برای کنترل بیماران و تخمین پیامدهای کلینیکی به ارزیابی مفاهیمی مثل ظرفیت عملکردی و کیفیت زندگی می پردازند (۱۷). از طریق پرسشنامه های کیفیت زندگی، جمع آوری اطلاعات ذهنی نسبتاً ارزان، کم هزینه و آسان است. به علاوه جنبه های مختلف زندگی مورد بررسی قرار می گیرد و امکان ارزیابی های منظم فراهم می شود. بدین ترتیب مراقبت از بیمار افزایش می یابد و امکان تشخیص فوری علایم بیماری های قلبی میسر می گردد (۱۸). بررسی کیفیت زندگی بیماران انفارکتوس میوکارد، با توجه به افزایش روزافزون این بیماری و اثرات بر کل شیوه زندگی بیمار اهمیت بسیاری دارد. ابزارهای مختلفی به منظور بررسی کیفیت زندگی در دسترس هستند (۱۹). یکی از پرسشنامه هایی که برای ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مورد استفاده قرار می گیرد پرسشنامه «فرم کوتاه ۳۶ سؤالی» SF-36 است (۲۰). که با استفاده از آن، می توان طیف وسیعی از زیرمجموعه های کیفیت زندگی را به خوبی ارزیابی کرد. این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی استاندارد شده است و به نظر می رسد با شرایط فرهنگی اجتماعی ایران سازگاری بیشتری داشته باشد. این پرسشنامه جهت ارزیابی سلامتی در جامعه و جمعیت های خاص، تعیین سیاست بهداشتی و بررسی کارایی درمان طراحی شده است و در مورد افراد ۱۴ سال به بالا می توان آن را به خودگزارشی به کار برد و یا با کمک پرسشگر به صورت حضور و یا تلفنی امکان پذیر است (۲۱). همچنین پرسشنامه SF-36 در مطالعات بسیار زیادی بر روی بیماران قلبی به عنوان ابزاری پایا مورد استفاده قرار گرفته است (۲۲). مطالعاتی در این زمینه توسط پژوهشگران، در کشورهای مختلف دنیا انجام شده است (۲۳-۲۸). در ایران نیز مطالعاتی به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی پرداخته است. در یک مطالعه در سال ۱۳۸۹ به دلیل نمره دهی نامناسب و گزارش کیفی نمرات کیفیت زندگی به جای کمی، امکان مقایسه وجود ندارد (۲۶). ضروری به نظر می رسد که جهت روشن شدن ابعاد مختلف کیفیت زندگی در این بیماران براساس تعاریف متعدد تحقیقاتی انجام گیرد. لذا این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران سالمند مبتلا به سکتة قلبی و عوامل مؤثر بر آن انجام پذیرفته است تا بتوان با

افراد شرکت کننده در مطالعه ساکن شهر و ۱۰/۸۶٪ آن‌ها ساکن روستا بوده‌اند. ۶۰/۹٪ شرکت کنندگان از نژاد فارس، ۳۶/۳٪ ترک بوده‌اند. ۹۸٪ شرکت کنندگان ایرانی و ۲٪ غیرایرانی بوده‌اند. تمام شرکت کنندگان در مطالعه مسلمان بودند. از نظر تحصیلات بیشتر بیماران (۴۸/۹٪) بی‌سواد بودند. یافته‌های توصیفی مربوط به مؤلفه‌های فردی و بیماری نیز در جداول شماره ۱ و ۲ قابل مشاهده است.

میانگین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی در ابعاد عملکرد جسمی (۴۰/۵۰)، سلامت عمومی (۴۶/۴۲)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی (۲۰/۵۰)، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی (۳۹/۹۰)، درد جسمی (۵۰/۷۶)، کارکرد اجتماعی (۶۶/۷۱)، نشاط (۴۷/۵۵) و سلامت روان (۴۹/۸۵) بوده است که میانگین و انحراف استاندارد زیرمقیاس‌های مربوط به آن در جدول شماره ۳ نمایش داده شده است. براساس نتایج به دست آمده بیماران مورد مطالعه در بُعد کارکرد اجتماعی بیشترین نمره و در بُعد محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی کمترین نمره را داشتند (جدول شماره ۳).

یافته‌های توصیفی مربوط به کیفیت زندگی برحسب جنسیت افراد در جدول شماره ۳ قابل مشاهده است. به طور کلی کیفیت زندگی زنان به طور معناداری در اکثریت ابعاد کیفیت زندگی پایین‌تر از مردان بود.

آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) در بررسی رابطه بین سکتة قلبی و کیفیت زندگی نتایج نشان داد در تمام ابعاد کیفیت زندگی با افزایش کلاس بیماری، میانگین نمره کیفیت زندگی کاهش می‌یافت و با حذف اثر متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، اشتغال، سطح تحصیلات، سابقه مصرف سیگار، تمام ابعاد کیفیت زندگی با کلاس بیماری ارتباط معنادار داشت (جدول شماره ۴).

همچنین جهت سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه فرم کوتاه ۳۶ (SF-36) استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار عمومی اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی است که از آن می‌توان برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گروه‌های جمعیتی سالم و بیمار استفاده کرد. نسخه فارسی پرسشنامه SF-36 جهت سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت دارای ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت است که عبارتند از: عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، سلامت روان. هر یک از ابعاد پرسشنامه مذکور متناسب با سؤالات، گزینه‌های مختلفی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد که برحسب نیاز آن سؤال از دو گزینه (بله، خیر) الی شش گزینه در تمام اوقات، بیشتر اوقات، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بعضی وقت‌ها، هیچ وقت را شامل می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. پرسشنامه SF-36 توسط Ware در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شده (۲۹) و در بیش از ۵۰ کشور دنیا از جمله ایران توسط دکتر منتظری به زبان فارسی ترجمه و مورد تطبیق فرهنگی قرار گرفته است و از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است (۲۱).

داده‌های این مطالعه توسط نرم‌افزار SPSS v.16 با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی‌مستقل، آزمون تحلیل کواریانس و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن بیماران  $69/40 \pm 6/01$  بود و ۴۸/۳۰٪ از ایشان را زنان تشکیل می‌دادند. ۸۹/۱۴٪

**جدول ۱- مشخصات فردی و کلینیکی نمونه‌های مورد مطالعه**

مشخصات	فراوانی (درصد)
	۶۹/۴۰ ± ۶/۰۱
سن (سال)	۶۰-۶۹
	۲۳۱(۶۶)
	۹۹(۲۸/۳)
جنسیت	۷۰-۷۹
	۲۰(۵/۷)
وضعیت تأهل	۸۰ ≥
	۱۸۱(۵۱/۷)
	۱۶۹(۴۸/۳)
وضعیت اشتغال	مرد
	متأهل
	۲۴۸(۸۱/۱)
	جدا شده
	همسر مرده
	۱(۰/۱)
میزان تحصیلات	خانهدار
	۱۰۸(۳۰/۹)
	بازنشسته
	۴۳(۱۳/۳)
	بیکار
	۳۵(۱۰/۰)
	کارگر
	۳۵(۱۰/۰)
کارمند	
۲۰(۵/۷۰)	
محل زندگی	آزاد
	۷۴(۲۱/۱۰)
	سایر موارد
	۳۵(۱۰/۰)
وضعیت اقتصادی	بی‌سواد
	۱۷۱(۴۸/۹۰)
	ابتدایی
	۹۶(۲۷/۴۰)
وضعیت اقتصادی	متوسطه
	۶۶(۱۸/۹۰)
	دانشگاهی
	۱۷(۴/۹۰)
وضعیت اقتصادی	شهر
	۳۱۲(۸۹/۱۴)
	روستا
وضعیت اقتصادی	کافی
	۳۸(۱۰/۸۶)
	ناکافی
۱۹۹(۵۶/۹)	
۱۵۱(۴۳/۱)	

**جدول ۲- مشخصات کلینیکی نمونه‌های مورد مطالعه**

مشخصات پزشکی	فراوانی (درصد)
پرفشاری خون	۱۹۶(۵۶/۰۰)
دیابت	۱۴۲(۴۰/۶۰)
هیپرلیپیدمی	۳۹۴(۸۴/۰۰)
احساس خستگی	۸۸(۲۵/۱۰)
احساس ضعف	۶۵(۱۸/۶۰)
functional class	
I	۱۷۱(۴۸/۹۰)
II	۱۰۲(۲۹/۱۰)
III	۶۲(۱۷/۷۰)
IV	۱۵(۴/۳۰)

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی برحسب جنسیت

پ-value	زن Mean(Sd)	مرد Mean(Sd)	(انحراف معیار) میانگین	کیفیت زندگی
۰/۰۱۷	۳۱/۷۷(۲۰/۸۱)	۴۸/۶۴(۲۵/۸۲)	۴۰/۵۰(۲۴/۹۷)	عملکرد جسمی
۰/۰۰۳	۲۱/۰۰(۱۸/۳۶)	۲۰/۰۲(۳۱/۳۳)	۲۰/۵۰(۲۵/۸۶)	محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی
۰/۰۰۰۱	۴۶/۰۸(۲۴/۵۰)	۵۵/۱۲(۳۱/۶۵)	۵۰/۷۶(۳۸/۷۴)	درد جسمی
۰/۰۰۰۱	۴۰/۶۲(۱۸/۸۵)	۵۱/۸۵(۳۱/۷۱)	۴۶/۴۲(۳۱/۱۱)	سلامت عمومی
۰/۰۰۰۱	۴۶/۲۴(۲۳/۷۴)	۴۸/۷۸(۲۱/۱۶)	۴۷/۵۵(۲۲/۴۵)	نشاط
۰/۰۰۲	۶۸/۱۲(۲۲/۲۴)	۶۵/۴۰(۲۸/۶۹)	۶۶/۷۱(۲۵/۷۷)	کارکرد اجتماعی
۰/۰۱۴	۳۱/۹۵(۲۹/۱۷)	۴۷/۳۲(۳۱/۴۳)	۳۹/۹۰(۳۶/۸۰)	محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی
۰/۰۰۰۱	۵۲/۱۶(۲۲/۵۶)	۴۷/۶۹(۲۳/۶۳)	۴۹/۸۵(۲۳/۲۰)	سلامت روان
	۴۲/۲۴(۱۲/۷۳)	۴۸/۱۰(۱۹/۷۳)	۴۹/۸۵(۲۳/۲۰)	کل

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی برحسب کلاس بیماری با استفاده از تحلیل کواریانس

پ-value	کلاس IV M(SD)	کلاس III M(SD)	کلاس II M(SD)	کلاس I M(SD)	کیفیت زندگی
۰/۰۵۴	۲۳/۶۶(۲۲/۳۹)	۳۹/۹۱(۲۱/۱۰)	۴۰/۵۳(۲۲/۲۹)	۴۲/۱۶(۲۷/۴۹)	عملکرد جسمی
۰/۰۱۲	۱۱/۶۶(۱۲/۹۰)	۱۷/۷۴(۱۷/۷۵)	۱۵/۹۳(۱۹/۸۳)	۲۵(۳۱/۱۵)	محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی
۰/۰۰۰۱	۳۱/۸۵(۲۵/۸۴)	۴۷/۳۱(۲۶/۹۱)	۴۴/۵۵(۲۵/۹۰)	۵۷/۳۷(۲۹/۶۶)	درد جسمی
۰/۰۰۸	۱۸/۳۳(۹/۷۵)	۳۴/۷۵(۱۶/۹۷)	۴۳/۷۷(۱۸/۶۰)	۵۴/۷۰(۲۰/۱۴)	سلامت عمومی
۰/۳۲۴	۱۷/۳۳(۱۵/۴۵)	۳۹/۴۳(۱۹/۱۰)	۴۰/۸۸(۲۲/۷۷)	۵۷/۱۳(۱۸/۷۷)	نشاط
۰/۰۰۶	۴۱/۶۶(۱۷/۴۶)	۵۸/۴۶(۲۲/۲۶)	۶۱/۲۷(۲۷/۱۶)	۷۵/۱۴(۲۳/۵۲)	کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۰۱	۱۷/۷۷(۱۷/۲۱)	۳۹/۷۸(۳۲/۹۶)	۲۱/۸۹(۲۹/۴۷)	۵۲/۶۳(۳۸/۰۶)	محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی
۰/۰۰۰۱	۳۰/۱۳(۱۷/۲۹)	۴۱/۴۸(۱۷/۲۶)	۴۵/۰۵(۲۳/۰۱)	۵۷/۴۷(۲۲/۹۴)	سلامت روان

(classification)

کلاس I، تنگی نفس یا درد سینه تنها در فعالیت‌های شدید

کلاس II، تنگی نفس یا درد سینه در رابطه با فعالیت‌های طولانی‌تر یا سخت‌تر از حد معمول

کلاس III، تنگی نفس یا درد سینه با فعالیت‌های معمول روزانه

کلاس IV، تنگی نفس یا درد سینه در حالت استراحت

## بحث

نمره‌دهی نامناسب و نیز آرایه یافته‌ها به صورت کیفی به جای کمی امکان مقایسه وجود ندارد (۲۵). عبدالهی و همکاران نیز در مقایسه کیفیت زندگی بیماران پس از سکت قلبی با افراد سالم؛ به پایین‌تر بودن آن اشاره نموده است. این مطالعه از روند رایج نمره‌دهی SF-36 برخوردار نمی‌باشد (۳۰). در مقایسه مقیاس‌های کیفیت زندگی بیماران با کیفیت زندگی نرم جامعه در مطالعه دکتر منتظری (۲۱)، و بیروند و همکاران کیفیت زندگی در تمام ابعاد کاهش نشان می‌دهد (۲۷). در مطالعه Dessotte در برزیل بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری نیز بیشترین و کمترین نمره کیفیت زندگی در بیماران به ترتیب مربوط به بُعد کارکرد اجتماعی با میانگین ۸۶ محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمی با میانگین ۵۷ می‌باشد (۱). Failde نیز در مطالعه بیشترین نمره کیفیت زندگی را

مطالعه حاضر بررسی کیفیت زندگی بیماران پس از سکت قلبی بود که در مقایسه با مطالعات قبلی طیف سنی خاصی از بیماران سکت قلبی که در دوره سالمندی قرار دارند را در بر دارد. در مطالعات مشابه که همه طیف‌های سنی بیماران پس از سکت قلبی را در بردارد نمایانگر آن است که بیماران پس از سکت قلبی در سنین بیش از ۶۰ سال نسبت به گروه‌های سنی پایین‌تر کمتر است (۲۷). براساس نتایج پژوهش حاضر، بیماران مورد مطالعه در بعد کارایی اجتماعی مشکلات کمتر ولی در بعد محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمانی با مشکلات بیشتری مواجه هستند. در ایران یک مطالعه به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی پرداخته است ولی به دلیل تغییر مقیاس‌های آن مطالعه،



اما در بیماران مورد مطالعه ما این تفاوت مشهودتر است. تفاوت بارز کیفیت زندگی زنان و مردان به وضوح معلوم نیست (۳۸). ولی بعضی از پژوهشگران معتقدند عوامل سایکولوژیکی و روان‌شناختی و یا درک متفاوت زنان از علائم بیماری و مقیاس‌های سلامت در آن نقش دارند (۳۹) و بعضی معتقدند ممکن است به دلیل شاید به دلیل افسردگی، کوموربیدیتی و حمایت اجتماعی باشد (۴۰-۴۳). نتایج پژوهش بیانگر آن بود که بین شدت بیماری با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود داشت، به این صورت که با افزایش کلاس بیماری کیفیت زندگی بیماران کاهش پیدا کرد و این ارتباط در تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت روان و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی با کلاس بیماری معنادار بود.

وجود تفاوت بین بیماران زن و مرد سکتة قلبی از نظر کلاس بیماری و همچنین تفاوت بارز مشهود بین کیفیت زندگی زنان و مردان احتمال علت پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران زن به خصوص در ابعاد جسمانی به علت کلاس بیماری آنان باشد. که نتایج پژوهش بیرونند نیز این امر را تأیید می‌نماید (۲۷).

نتایج پژوهش حاضر بیانگر ارتباط معنادار بین شدت بیماری و کیفیت زندگی بود. Juenger و همکاران شدت بیماری را مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کیفیت زندگی در میان متغیرهای مورد مطالعه دانسته‌اند که در تمام ابعاد کیفیت زندگی تأثیرگذار می‌باشد (۴۴).

## نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعات مختلف شاهد این هستیم که به طور کلی کیفیت زندگی سالمندان بیمار مبتلا به سکتة قلبی در اکثر ابعاد پایین است. با این حال انجام مطالعات بیشتر در این زمینه در این افراد ضروری به نظر می‌رسد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به انجام مطالعه به صورت مقطعی اشاره کرد لذا توصیه می‌شود بررسی طولی کیفیت زندگی در همین گروه از بیماران انجام شود. نمونه‌گیری غیرتصادفی و حجم محدود نمونه‌ها نیز در این مطالعه قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد و انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر (بیماران سکتة قلبی چندین منطقه کشور) می‌تواند در

حتی سه ماه بعد از سندرم کرونری حاد کارکرد اجتماعی عنوان می‌کند (۳۱). Bengtsson و همکاران نیز بر تفاوت فاحش بُعد کارکرد اجتماعی در بیماران پس از سکتة قلبی با افراد اذعان دارد (۳۲). شاید بتوان علت بالا بودن کیفیت زندگی در بعد اجتماعی به متأهل بودن اکثر نمونه‌های مورد پژوهش نسبت داد. حضور همسر به عنوان فردی که احساس همبستگی و تعلق فرد به دیگران را افزایش می‌دهد، می‌تواند بر سلامت و عملکرد فرد خصوصاً در بعد اجتماعی تأثیرگذار باشد (۳۳) در خصوص پایین بودن کیفیت زندگی در بعد جسمی، بیماران سکتة قلبی به دلیل درد در بعد جسمی با مشکلاتی روبه‌رو هستند. سن بالا و کوموربیدیتی از دیگر مواردی هستند که در عملکرد بیماران در بعد جسمی تأثیر منفی گذاشته و آن‌ها را دچار مشکل می‌کند. به طور کلی میانگین ابعاد کیفیت زندگی در مطالعه اخیر پایین می‌باشد. پایین بودن کیفیت زندگی می‌تواند ناشی از عوامل مختلف بسیاری از جمله وضعیت اجتماعی اقتصادی، افسردگی باشد. افرادی که از عوامل تسهیل‌کننده بیشتری مثل انعطاف‌پذیری، حمایت اجتماعی و اقتصادی مناسبی برخوردارند، سریع‌تر با بیماری‌شان سازگار می‌شوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۳۴).

اختلاف در نتایج مطالعات کیفیت زندگی بیماران پس از سکتة ممکن است به دلیل تعداد و انتخاب نمونه‌ها تحقیق باشد (۲۹). عبدالمی و همکاران اختلاف در نتایج مطالعات کیفیت زندگی بیماران پس از سکتة ممکن در مطالعات داخل و خارج از کشور را به تفاوت‌های فرهنگی نسبت داده است (۳۰). همچنین کیفیت زندگی برحسب جنسیت افراد تفاوت‌هایی نشان می‌دهد. در مطالعه حاضر علاوه بر پایین بودن کیفیت زندگی در میان زنان بعد از سکتة قلبی؛ کیفیت زندگی در مقایسه با مردان کاهش بیشتری نشان می‌دهد. یافته‌ها حاکی از آن است که در تمام ابعاد کیفیت زندگی به طور معناداری کیفیت زنان پایین‌تر از مردان است. Jamieson و Urizar در مطالعه خود نشان دادند که کیفیت زندگی در زنان پایین‌تر از مردان است که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۳۵ و ۳۶).

به طور مشابهی Pragodpol جنسیت زن را به عنوان یک عامل پیشگویی‌کننده منفی کیفیت زندگی عنوان کرد (۳۷). اگرچه در مطالعه دکتر منتظری کیفیت زندگی زنان نرم جامعه کمتر از مردان گزارش شده است

براساس نتایج مطالعه حاضر، کیفیت زندگی بیماران سکت قلبی در حد مطلوبی قرار نداشت و با توجه به تغییراتی که در ابعاد مختلف کیفیت زندگی این گروه از بیماران ایجاد می‌شود، لازم است پرستاران در ارائه خدمات بهداشتی درمانی به تمام ابعاد توجه کنند. شناخت، ارزیابی و درمان علایم و مشکلات بیماری و کنترل برخی متغیرهای قابل اصلاح، در برنامه‌ریزی مراقبت مؤثر از بیماران می‌تواند در کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر باشد.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی در دانشگاه شاهد بوده است. پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده‌اند، اعلام می‌دارند.

ارتقاء این محدودیت مؤثر باشد. متغیرهای بسیار دیگری نیز مانند حمایت اجتماعی، اضطراب، افسردگی و علایم قلبی نیز وجود دارد که در مطالعه ما مورد بررسی قرار نگرفته است.

با توجه به زمان بررسی نمونه‌ها امکان تأثیرات درمانی مانند آنژیوپلاستی و بای‌پس عروق کرونر میسر نشد. انجام مطالعه مقایسه‌ای در این خصوص پیشنهاد می‌گردد. انجام مطالعاتی در این زمینه می‌تواند یافته‌های جامع‌تری در اختیار پژوهشگران بگذارد. با توجه به این که عوامل بسیار متنوعی می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر بگذارد، پیشنهاد می‌شود پژوهش کیفی در مورد چگونگی درک و تجربه زیسته کیفیت زندگی در بیماران سکت قلبی انجام گیرد. همچنین انجام تحقیقاتی با مقایسه استفاده از ابزارهای اختصاصی در این گروه از بیماران انجام توصیه می‌شود.

### منابع

- 1- Dessotte CA, Dantas RA, Schmidt A, Rossi LA. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(5): 1106-13.
- 2- Polaski al, Tatrose. luckman. Core principle and practice of medical-surgical nursing. Philadelphia: W.B. Saunders; 1996.
- 3- Vahidian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnezhad A. Assessing risk factors of coronary heart disease. 3th Iran- Arab (Middle East) Cardiovascular Congress, 2009. (Persian)
- 4- Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. [Quality of life in Zahedan elderly population]. *The Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*. 2004; 22(10): 61-67. (Persian)
- 5- Chouhan A, Parihar M, Sultan SS, Harsoliya MS, Pathan JK. First Aid Treatments of Some Common Problems and Diseases. *IJPBA*. 2011; 2(5): 1295-1310.
- 6- Thygesen K, Alpert JS, White HD, Allan S, Jaffe, Fred S, Marcello Galvani, et al. Universal definition of myocardial infarction. *European Heart Journal*. 2007; 28(20): 2525-2538.
- 7- Townsend N, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Smolina K, Nichols M, Leal J, et al. Coronary heart disease statistics. London: British Heart Foundation Health Promotion Research Group. Available from: <http://www.publichealth.ox.ac.uk/bhfhprg.pdf> 2012.
- 8- Ghajarieh Sepanlou S, Kamangr F, Postchi H, Malekzadeh R. Reducing the burden of chronic disease: A neglected agenda in Iranian health care system, requiring a plan action. *Arch Iran Med*. 2010; 13. (Persian)
- 9- Thompson DR, Jenkinson C, Roebuck A, Lewin RJ, Boyle RM, Chandola T. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: The myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). *Qual Life Res*. 2002; 11(6): 535-543.
- 10- Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective?. *Eur J Heart Fail*. 2005; 7(4): 572-82.

- 11- MCDowell I, Praught E. Survey measurements of emotional well-being: the health opinion survey and the Bradburn scale compared. *Canadian Journal of Public Health*. 1985; 76: 250-4.
- 12- Thompson DR, Y CM. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. *Health Qual Life Outcomes*. 2003; 1: 42.
- 13- Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. [Quality of life in Zahedan elderly population]. *The Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*. 2004; 22(10): 61-67. (Persian)
- 14- John E Ware, et al. SF-36 Health survey updates SPINE. 2000; 3130-3139.
- 15- Lee GA. 2010. Coronary Artery Disease and Quality of Life. In: Stone, JH., Blouin, M., editors. *International Encyclopedia of rehabilitation by the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)*. Melbourne, Australia. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/134/>
- 16- Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Munro J, Skene AM, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*. 1999; 81: 352-8.
- 17- Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, Deyo RA, Prodzinski J, McDonnell M, et al. Development and Evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: A New Functional Status Measure for Coronary Artery Disease. *JACC*. 1995; 25(2): 333-41.
- 18- Lee GA. 2010. Coronary Artery Disease and Quality of Life. In: Stone, JH., Blouin, M., editors. *International Encyclopedia of rehabilitation by the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)*. Melbourne, Australia. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/134/>
- 19- Najafi M, Sheikhvatan M, Montazeri A, Sheikhfathollahi M. Reliability of World Health Organization's Quality of Life-BREF versus Short Form 36 Health Survey questionnaires for assessment of quality of life in patients with coronary artery disease. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2009; 10(4): 316-21.
- 20- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I: Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6): 473-83.
- 21- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninan M, et al. The short-form Health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian Version. *Quality of life Research*. 2005; 14: 872-882.
- 22- Maria Duenas, Alejandro Salazar, Begona Ojeda and Inmaculada Failde. *Health Related Quality of Life in Coronary Patients, Recent Advances in Cardiovascular Risk Factors*, Prof. Mehnaz Atiq (Ed.) 2012, ISBN: 978-953-51-0321-9, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/recent-advances-in-cardiovascular-risk-factors/health-related-quality-of-life-in-coronary-patient>
- 23- Borrás X, Garcia-Moll X, Gomez-Doblas JJ, Zapata A, Artigas R; Stable angina in Spain and its impact on quality of life. The AVANCE registry. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2012; 65(8):734-41.
- 24- Bainey KR, Norris CM, Gupta M, Southern D, Galbraith D, Knudtson ML, Graham MM. Altered health status and quality of life in South Asians with coronary artery disease. *Am Heart J*. 2011; 162(3): 501-6.
- 25- Hayes DK, Greenlund KJ, Denney CH, Neyer JR, Croft JB, Keenan NL. Racial / ethnic and socioeconomic disparities in health-related quality of life among people with coronary heart disease, 2007. *Prev Chronic Dis* 2011 ; 8(4) :A78. [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/jul/10\\_0124.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/jul/10_0124.htm)
- 26- Taghadosi M, Gilasy HR. The general and specific quality of life in patients with Ischemia in Kashan. *IJNR*. 2008; 3(9): 39-46.

- 27- Beyranvand MR, Lorvand A, Alipour Parsa S, Motamedi MR, Kolahi AA. The quality of life after first acute myocardial infarction. *Pajoohandeh J.* 2011; 15(6): 264-272.
- 28- Babaee J, Keshavarz M, Haidarnia A, Shayegan M. Effect of a Health education Program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Acta Media Iranica.* 2007; 45: 69-74.
- 29- Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol.* 1998; 51(11): 903-12.
- 30- Abdollahi AA, G.H. Roohi, H. Rahmani Anaraki H. and Nassiri. A comparative study on the myocardial infarction patients' quality of life and healthy people. *Iranian Journal of Nursing Research.* 2012; 7(26): 50-56.
- 31- Failde II, Soto MM. Changes in Health Related Quality of Life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC Public Health.* 2006; 6: 18-28.
- 32- Bengtsson I, Hagman M, Wahrborg P, Wedel H. Lasting impact on health-related quality of life after a first myocardial infarction. *International Journal of Cardiology.* 2004; 97: 509-516.
- 33- Christian A, Cheema AF, Smith SC, Mosca L. Predictors of quality of life among women with coronary heart disease. *Qual Life Res.* 2007; 16(3): 363Y373.
- 34- Shell GA, Kris CH. Psychosocial Issue, Outcomes, and Quality of life. *Oncology Nursing 4th ed.* St Louis: Mosby a Harcourt health sciences company. 2001; 948-970.
- 35- Urizar GG, Sears SF. Psychosocial and cultural influences on cardiovascular health and quality of life among Hispanic cardiac patients in South Florida. *J Behav Med.* 2006; 29(3): 255-68.
- 36- Jamieson M, Wilcox S, Webster W, Blackhurst D, Valois RF, Durstine L. Factors influencing health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2002; 17(3): 124Y131, 154.
- 37- Pragodpol P, Ryan C. Critical review of factors predicting health-related quality of life in newly diagnosed coronary artery disease patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2013; 28(3): 277-84.
- 38- Van Jaarsveld C, Sanderman R, Ranchor A, Ormel J, van Veldhuisen D, Kempen G. Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: a prospective study. *J Clin Epidemiol.* 2002; 55(11): 1105-1112.
- 39- Duenas M, Ramirez C, Arana R, Failde I. Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. *BMC Cardiovascular Disorders.* 2011; 11: 24.
- 40- Brink E, Grankvist G, Karlson BW, Hallberg LR. Health-related quality of life in women and men one year after acute myocardial infarction. *Qual Life Res.* 2005; 14(3): 749-757.
- 41- Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom Med.* 2001; 63(2): 221-230.
- 42- Jamieson M, Wilcox S, Webster W, Blackhurst D, Valois RF, Durstine L. Factors influencing health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2002; 17(3): 124Y131, 154.
- 43- Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Ferketich AK, Reynolds NR, Dujardin JP, Homan JE, Stern SL. Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosom Med.* 2004; 66(2): 190-197.
- 44- Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart.* 2002; 87(3): 235-241.

## Quality of life in patients with myocardial infarction and related factors: A cross sectional Study

Rejeh<sup>1</sup> N (Ph.D) - Heravi-Karimooi<sup>2</sup> M (Ph.D) - Taheri Kharamé<sup>3</sup> Z (MSc.) - Montazeri<sup>4</sup> A (Ph.D) - Vahedian<sup>5</sup> A (Ph.D).

### Abstract

**Introduction:** Myocardial infarction has disability and crippling nature that severely affected to quality of life of patients' with myocardial infarction. Quality of life is one of the predictors of mortality and morbidity prevalence in affected patients. The present research was accomplished to determine the quality of life scores' of myocardial infarction patients and related factors on it.

**Method:** In this cross sectional study, 350 elderly patients with myocardial infarction were selected by two-stage sampling method that admitted to chosen teaching therapeutic hospitals in Tehran city in the year 2013. Data collection tool consisted of two parts including demographical information and 36-item short form of general quality of life.

**Results:** Among eight domains of quality of life, social functioning domain with mean and standard deviation  $66.71 \pm 25.77$  and restriction in role playing domain with mean and standard deviation  $20.50 \pm 25.86$  had highest and lowest scores, respectively. Quality of life score among females than males in the majority of sub-domains were statistically lower ( $P < 0.05$ ). Covariance analysis was showed that there were statistically differences among disease severity and quality of life sub-domains ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** The results of the study showed that different domains of quality of life in patients with myocardial infarction are undesirable. Therefore, concentration and attention in the nursing care in order to ameliorate and improve the quality of life for these patients appears necessary.

**Key words:** Quality of life, myocardial infarction, SF-36, cross sectional study

Accepted: 28 June 2014

Accepted: 22 November 2014

1 - Corresponding author: Elderly Research Care Center, Shahed University, Tehran, Iran

**e-mail:** reje@shahed.ac.ir

2 - Elderly Research Care Center, Shahed University, Tehran, Iran

3 - School of Nursing and Midwifery, Qume University, Qume, Iran

4 - Mental Health Research Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

5 - Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Baqiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

