

مقاله پژوهشی اصیل

ارتباط سازگاری و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به نارسایی مزمن قلبی: یک مطالعه همبستگی

ناهد محمدی^۱، کارشناس ارشد پرستاری سلامت جامعه* نرگس خیرالهی^۲، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت های ویژهسمیه حقیقت^۳، کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژهقدرت اله روشنایی^۴، دکترای آمار زیستی

خلاصه

هدف. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سازگاری فردی و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. زمینه. پیامد اصلی نارسایی قلبی اختلال در توانایی بیمار و ایجاد محدودیت در وظایف شغلی، خانوادگی و اجتماعی وی است. به دلیل ماهیت مزمن، پیشرونده و غیرقابل برگشت نارسایی قلبی، هدف درمان و مراقبت، بهبود کیفیت زندگی است. عوامل متعددی در بهبود کیفیت زندگی این افراد نقش دارند.

روش کار. این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی بود که در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۰۰ فرد مبتلا به نارسایی مزمن قلبی مراجعه کننده به مرکز فوق تخصصی قلب اکباتان در شهر همدان، با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف انجام شد. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه ویژگی های دموگرافیک، پرسشنامه سازگاری فردی بل و پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو بود. داده ها به روش مصاحبه حضوری جمع آوری و سپس در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شد.

یافته ها. میانگین سن نمونه های پژوهش، ۶۳/۶۸ سال با انحراف معیار ۱۲/۰۷ بود. میانگین نمرات سازگاری، ۷۶/۱۶ با انحراف معیار ۶/۸۱؛ میانگین نمره کل کیفیت زندگی، ۱۲۶/۸۵ با انحراف معیار ۲۰/۴۵ بود و ۵۷/۶ درصد نمونه های پژوهش از نظر کیفیت زندگی در سطح خوب قرار داشتند. بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، تنها ارتباط بین حیطه جنسی کیفیت زندگی و سازگاری فردی دارای ارتباط آماری معنی دار و معکوس بود ($r = -0.65$ و $p = 0.01$). با توجه به این که نمره سازگاری بالا در ابزار مورد استفاده نشان دهنده سازگاری کمتر است، این نتیجه نشان می دهد که سازگاری کمتر با کیفیت زندگی پایین تر در حیطه جنسی ارتباط دارد.

نتیجه گیری. افزایش میزان سازگاری منجر به افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به نارسایی قلبی در حیطه جنسی می شود. تاکید بر اقدامات مراقبتی که منجر به ارتقای سازگاری فرد می شود می تواند کیفیت زندگی در بعد جنسی را بهبود بخشد.

کلیدواژه ها: نارسایی مزمن قلبی، سازگاری، کیفیت زندگی

۱ عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی و عضو مرکز تحقیقات بیماری های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲ عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک:

n.kheirollahi@nm.mui.ac.ir

۳ عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴ استادیار، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماری های غیرواگیر، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

مقدمه

ابتلا به اختلالات مزمن از جمله نارسایی قلبی مزمن یکی از مشکلات مهم بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته است (کویل، ۲۰۰۹). نارسایی قلبی اغلب به نارسایی احتقانی قلب، یعنی عدم توانایی قلب برای پمپاژ کافی خون جهت برآوردن نیاز بافت ها به اکسیژن و مواد مغذی اطلاق می شود (کاسپر، ۲۰۰۸). نارسایی قلبی، مسیر نهایی مشترک همه اختلالات قلبی محسوب می شود (عباسی و همکاران، ۲۰۱۵). بر اساس پژوهش های انجام شده در ایران، شیوع بیماری های قلبی عروقی ۳۲/۲ درصد است. افزایش شیوع این اختلال را می توان به افزایش امید به زندگی (که منجر به افزایش بیماری های مزمن می شود) و پیشرفت در درمان بیماری های قلبی نسبت داد (شریفی راد و همکاران، ۱۳۸۶).

در اختلالات مزمن از جمله نارسایی قلبی، انحراف از ساختار و کنش طبیعی بدن، خواه گسترده یا محدود، برای همیشه باقی می ماند و باعث بروز ناتوانی هایی در افراد مبتلا می شود. به همین دلیل، سازگاری با بیماری های مزمن اهمیت زیادی دارد و عامل مهمی در جلب مشارکت بیمار در درمان و کمک به فرایند تصمیم گیری های درمانی مراقبتی است (انجمن قلب امریکا، ۲۰۱۵). بسیاری از بیماران قادر به انجام و پیگیری اقدامات برای سازگاری و مقابله نیستند و به همین دلیل با تغییرات جدی مواجه می شوند زندگی اجتماعی آنها به مخاطره می افتد (یاموت و همکاران، ۲۰۱۳). سازگاری، به ویژگی های فردی گفته می شود که هر فرد برای مدیریت روانی اجتماعی در جهت بهبود زندگی خود به کار می گیرد (تول و همکاران، ۱۳۹۳). فرایند سازگاری با یک بیماری مزمن فرایندی پویا است که پیوسته تحت تاثیر محرک های فردی و محیطی قرار دارد (صادق نژاد و همکاران، ۱۳۹۰). در این فرایند، فرد مبتلا باید با چالش های فردی و محیطی مقابله نماید تا به سطح قابل قبولی از سلامت و کارکرد جسمی، روانی و اجتماعی برسد و در نتیجه، به سازگاری موفق دست یابد (افراسیابی فر و همکاران، ۱۳۹۴). تول بیان می کند که افزایش سازگاری در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن به نوعی می تواند در ارتقای کیفیت زندگی آنها موثر باشد (تول و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهشی که در سال ۱۳۸۴ توسط خلیل زاده و همکاران در شهر ارومیه انجام شد نشان دهنده سازگاری ضعیف بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن و به دنبال آن، اختلال در کیفیت زندگی بود.

در راستای اجرای سیاست های جدید وزارت بهداشت و درمان کشور در سال های اخیر، به منظور افزایش توان خودمراقبتی، پذیرش و مشارکت بیمار در پیروی از رژیم درمانی و اجرای دوره های بازتوانی قلبی، در اکثر مراکز آموزشی درمانی کشور دفتر آموزش به بیمار و مرکز بازتوانی تاسیس گردیده است، ولی عمده تمرکز این مراکز بر آموزش و نوتوانی بیماران مبتلا به اختلالات ایسکمیک قلبی و جراحی قلب می باشد و آموزش افراد مبتلا به نارسایی مزمن قلبی جایگاه مستحکمی در برنامه آموزشی اکثر این مراکز ندارد. هدف این پژوهش، بررسی ارتباط سازگاری فردی و کیفیت زندگی در افراد با نارسایی قلبی مزمن است.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی همبستگی می باشد در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به نارسایی قلبی مزمن، مراجعه کننده به مرکز تخصصی قلب اکباتان همدان بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تایید پزشک متخصص مبنی بر سابقه تشخیص بیماری نارسایی احتقانی قلب حداقل به میزان یک سال و تحت درمان بودن با داروهای رایج قلبی بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل ابتلا به بیماری های شناخته شده روانی، بیماری های مزمن مثل صرع، مولتیپل اسکلروز، سکته مغزی، آرتریت روماتوئید و سرطان بود. بر اساس این معیارها، تعداد ۲۰۰ فرد مبتلا به نارسایی قلبی مزمن به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

پس از دریافت کد اخلاق به شماره ۹۳۰۶۱۸۲۸۶۵ از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، کلیه افراد مورد مطالعه، رضایت نامه ای مشتمل بر اهداف و روش انجام طرح و تاکید بر محرمانه بودن اطلاعات بیماران را مطالعه کردند و موافقت خود را جهت انجام این طرح از طریق امضای رضایت نامه اعلام نمودند. به همه نمونه ها اعلام شد در هر مرحله ای از طرح که مایل باشند می توانند از مطالعه خارج شوند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود بود.

ابزار جمع آوری داده ها در این مطالعه، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سازگاری فردی بل و پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو بود. پرسشنامه دموگرافیک، در برگیرنده مشخصات دموگرافیک مانند سن، میزان تحصیلات، جنس، مدت ابتلا، تاهل،

بیماری های زمینه ای (دیابت، پر فشاری خون و ...) و سابقه مصرف سیگار بود که توسط پژوهشگر و با مصاحبه حضوری در مراکز آموزشی درمانی تکمیل گردید. برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از نظرات ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی استفاده شد و اصلاحات لازم به عمل آمد.

برای سنجش سازگاری بیماران از پرسشنامه سازگاری بل استفاده شد. این پرسشنامه که در سال ۱۹۶۱ توسط بل تهیه شده است، دارای ۱۶۰ سوال با گزینه های پاسخ "بلی"، "خیر" و "نمی دانم" است (بل، ۱۹۶۱). نمره دهی به این پرسشنامه با استفاده از کلید است. این پرسشنامه، با ۳۲ گویه، سازگاری فرد را در ۵ بعد شامل سازگاری خانوادگی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی، سازگاری اجتماعی، و سازگاری بهداشتی اندازه می گیرد. کسب نمره بالا در هر بعد نشانه سازگاری کم و کسب نمره پایین نشانه سازگاری زیاد است. جهت تعیین پایایی سوالات، پرسشنامه طی مصاحبه حضوری، توسط ۱۰ نفر در دو نوبت با فاصله زمانی ۱۰ روز تکمیل شد و ضریب پایایی سوالات به میزان ۰/۹۱ محاسبه گردید. پایایی این پرسشنامه در مطالعه میکائیلی و همکاران (۱۳۸۹)، با ضریب ۰/۸۴ گزارش شده است. شیوه نمره گذاری و تفسیر نمرات گویه های مربوط به ابعاد مختلف سازگاری (سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی) به صورت پراکنده در پرسشنامه منظور شده اند و هر گویه با انتخاب یکی از سه گزینه "بلی"، "خیر" و "نمی دانم" پاسخ داده می شود. نمره گذاری هر سوال، طبق جدول هنجار شده انجام می گیرد. در این آزمون، تنها پاسخ بلی یا خیر، امتیاز دریافت می کند. بر اساس جدول هنجار شده، به گزینه انتخابی، عدد صفر یا یک تعلق می گیرد. نمره سازگاری فرد، برابر با مجموع امتیازهایی است که از همه گویه ها به دست آمده است. علاوه بر نمره کل، می توان نمره سازگاری فرد را در هر یک از ابعاد محاسبه نمود که نشان دهنده میزان سازگاری فرد در آن بعد می باشد.

برای بررسی کیفیت زندگی در این بیماران از پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو استفاده شد که به طور اختصاصی برای سنجش کیفیت زندگی بیماران قلبی تهیه شده است (خیام نکویی و همکاران، ۱۳۹۰). این پرسشنامه دارای ۲۷ سؤال است و در سه خرده مقیاس عملکرد هیجانی، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی و یک سوال مربوط به ارزیابی حیطه جنسی، کیفیت زندگی بیماران قلبی را ارزیابی می کند. هر کدام از سوالات پرسشنامه دارای معیار پاسخ هفت قسمتی است که از "همیشه" تا "اصلاً" متغیر می باشد. بالاترین نمره ممکن در هر حوزه، ۷ و کمترین نمره ۱ است که به ترتیب نشان دهنده کیفیت زندگی بالا و کیفیت زندگی پایین هستند (خیام نکویی و همکاران، ۱۳۹۰). این پرسشنامه برای بیماران قلبی در شهر اصفهان توسط یوسفی و جعفری (۱۳۸۳) هنجاریابی شده است. هوفر و همکاران (۲۰۰۴) می نویسند، پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو از اعتبار محتوا و سازه و مقیاس مناسب برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش خیام نکویی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان تأثیر آموزش های شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی به میزان ۰/۹۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر جهت تعیین اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا و جهت تعیین پایایی از روش همسانی درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

پژوهشگر با مراجعه به بخش های داخلی قلب مردان و زنان و سی سی یو، با مطالعه پرونده پزشکی بیماران، افرادی را که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند انتخاب و با حضور بر بالین بیماران پس از کسب رضایت کتبی، پرسشنامه دموگرافیک و کیفیت زندگی را از طریق مصاحبه تکمیل کرد. همچنین، جهت تکمیل پرسشنامه سازگاری بل، وقت ملاقات بعدی برای عصر همان روز، صبح روز بعد یا عصر روز بعد تنظیم شد و زمان مراجعه بعدی نیز تعیین گردید و شماره تماس بیمار اخذ شد. طی مراجعه بعدی، پرسشنامه سازگاری بل از طریق مصاحبه حضوری تکمیل گردید. برای تحلیل داده ها ابتدا از آمار توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط سازگاری فردی با کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری قلبی مزمن انجام شد. در این مطالعه، بیشترین درصد افراد تحت مطالعه، مردان (۷۳ درصد) و افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم (۳۸/۵ درصد) بودند. میانگین سنی نمونه ها ۶۳/۶۸ سال با انحراف معیار ۱۲/۰۷ و میانگین مدت ابتلا به نارسایی قلبی ۶/۹۱ سال با انحراف معیار ۴/۵۹ بود. نتایج بررسی نمرات سازگاری در ابعاد مختلف و سازگاری کل (جدول شماره ۱) نشان داد بیشترین میانگین نمره مربوط به حیطه سازگاری بهداشتی (۲۱/۷) با انحراف معیار ۳/۲ و حیطه سازگاری تحصیلی/ شغلی (۲۱/۷) با انحراف معیار ۵/۲ بود و با توجه به اینکه کسب نمره بیشتر در

حیطه های سازگاری به منزله سازگاری کمتر می باشد، نمونه های پژوهش کمترین سازگاری را در این حیطه ها داشتند. کمترین میانگین نمره سازگاری (سازگاری بالا) مربوط به حیطه سازگاری در منزل (۱۴/۸ با انحراف معیار ۸) بود. میانگین نمره سازگاری فردی کل ۷۶/۱۶ با انحراف معیار ۲۲/۲۸ بود که نشان دهنده سطح سازگاری متوسط می باشد.

جدول شماره ۱: شاخص های آماری سازگاری فردی در افراد با نارسایی قلبی مزمن

حیطه	حداقل	حداکثر	میانگین (انحراف معیار)
سازگاری در منزل	۳	۲۶	۱۴/۸ (۸)
سازگاری بهداشتی	۱۴	۲۸	۲۱/۷ (۳/۲)
سازگاری عاطفی	۱۰	۳۰	۲۱/۳ (۶/۴)
سازگاری اجتماعی	۹	۲۹	۱۹/۸ (۷/۳)
سازگاری تحصیلی / شغلی	۱۲	۲۸	۲۱/۷ (۵/۲)
سازگاری کلی	۴۱/۱۰	۱۰۸/۱۹	۷۶/۱۶ (۲۲/۲۸)

در خصوص کیفیت زندگی در افراد مبتلا به نارسایی مزمن قلبی (جدول شماره ۲)، نمره میانگین کل کیفیت زندگی ۱۲۶/۸۵ با انحراف معیار ۲۰/۴۵ بود که با توجه به سطح بندی کیفیت زندگی، در رده سطح کیفیت زندگی خوب قرار می گیرد. با توجه به اختصاص یک سوال به بررسی حیطه جنسی، کمترین نمره کیفیت زندگی مربوط به حیطه جنسی با میانگین ۱/۸۸ بود. حیطه جسمی با میانگین نمره ۲۰/۵۶، کمترین میزان نمره در بین حیطه های کیفیت زندگی بود و بیشترین میانگین نمره مربوط به حیطه اجتماعی بیماران بود (۴۸/۶۹). بیشترین درصد نمونه ها از نظر کیفیت زندگی در سطح خوب قرار داشتند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲: شاخص های آماری کیفیت زندگی در افراد با نارسایی قلبی مزمن

حیطه	حداقل	حداکثر	میانگین (انحراف معیار)
عاطفی	۳۱/۳۶	۵۵/۴۵	۴۲/۳۸ (۶/۵۰)
جسمی	۱۰	۲۶/۴۰	۲۰/۵۶ (۴/۳۱)
اجتماعی	۲۴	۶۰/۷۰	۴۸/۶۹ (۸/۶۱)
جنسی	۱	۴	۱/۸۸ (۰/۸۳)
کیفیت زندگی کلی	۸۰/۱۹	۱۵۵/۲۶	۱۲۶/۸۵ (۲۰/۴۵)

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی سطح کیفیت زندگی افراد مبتلا به نارسایی قلبی مزمن

سطح کیفیت زندگی	فراوانی (درصد)
ضعیف (۲۷-۶۷)	۰ (۰)
متوسط (۶۸-۱۰۸)	۴۴ (۲۲/۲)
خوب (۱۰۹-۱۴۹)	۱۱۶ (۵۷/۶)
عالی (۱۵۰-۱۸۹)	۴۰ (۲۰/۲)

یافته های مطالعه در خصوص همبستگی بین سازگاری فردی و کیفیت زندگی و ابعاد آن در افراد با نارسایی قلبی مزمن (جدول شماره ۴) نشان داد تنها همبستگی بین حیطه جنسی کیفیت زندگی با سازگاری فردی معنی دار و معکوس است، به این معنی که با افزایش سازگاری (نمره کمتر سازگاری)، کیفیت زندگی در حیطه جنسی افزایش می یابد.

جدول شماره ۴: ضریب همبستگی سازگاری فردی با حیطه های کیفیت زندگی و نمره کلی کیفیت زندگی

حیطه های کیفیت زندگی					
عاطفی	جسمی	اجتماعی	جنسی	کیفیت زندگی کلی	
سازگاری فردی	$p=0/95, r=-0/004$	$p=0/108, r=0/114$	$p=0/48, r=-0/050$	$p=0/01, r=0/65$	$p=0/95, r=0/004$

بحث

پژوهش حاضر جهت بررسی ارتباط سازگاری فردی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی مزمن با کیفیت زندگی صورت گرفت. نتایج این پژوهش نشان دهنده سطح متوسطی از سازگاری فردی در این افراد بود. بر اساس یافته ها، بیشترین میزان سازگاری مربوط به بعد سازگاری در منزل بود. در همین راستا، نتایج مطالعه غفوری فرد و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان دهنده بیشترین سطح سازگاری در حیطه سازگاری در منزل می باشد. این گونه به نظر می رسد که حمایت اعضای خانواده و افزایش دانش مراقبتی آنها، میزان سازگاری بیماران در منزل را بهبود می بخشد. در پژوهش حاضر، کمترین میزان سازگاری فردی در بعد سازگاری بهداشتی و سازگاری اجتماعی مشاهده شد. خلیل زاده (۱۳۸۹) بیان می کند که ۵۶/۶ درصد بیماران نارسایی قلبی دارای سطح ضعیفی از سازگاری در حیطه بهداشتی هستند و سیر مزمن بیماری، بستری های مکرر و آموزش ناکافی بیماران در زمان بستری در مراکز درمانی را به عنوان عوامل تاثیر گذار بر این بعد از سازگاری در نظر گرفته است. از سویی، سازگاری در حیطه شغلی اجتماعی نیز در این بیماران پایین بود. باید به این نکته توجه نمود که بیماران قلبی به دلیل محدودیت در انجام فعالیت های جسمی دارای سطح ارتباط اجتماعی محدودتری نسبت به سایر افراد هستند (رئوفی، ۱۳۹۴) و این مسئله می تواند نقش قابل توجهی در ایجاد اختلال در سازگاری اجتماعی و شغلی آنها داشته باشد. از طرفی، فقدان منابع حمایت اجتماعی مناسب برای افراد مبتلا به نارسایی قلبی مزمن را نیز نمی توان نادیده گرفت.

بر اساس نتایج این مطالعه بیش از نیمی از نمونه ها در سطح خوب کیفیت زندگی قرار داشتند. در پژوهش شجاعی (۱۳۸۸) نیز ۶۶ درصد افراد مبتلا به نارسایی قلبی مزمن کیفیت زندگی خوب را گزارش کردند که منطبق با نتایج پژوهش حاضر می باشد. نتایج مطالعه عباسی (۱۳۹۵) نیز نشان دهنده بهبود نسبی کیفیت زندگی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی بود. با توجه به اینکه حدود ۵۰ درصد نمونه های پژوهش، سطح متوسط و ضعیف کیفیت زندگی را گزارش کردند به نظر می رسد هنوز تا رسیدن به وضعیت مطلوب فاصله زیادی پیش رو است. بر اساس نتایج مطالعات مختلف عوامل بسیار متعددی از جمله جنس، سن، وضعیت اقتصادی، ابتلا به سایر بیماری های زمینه ای و مولفه های روان شناختی افراد در ارتقای کیفیت زندگی تاثیر گذار است. لذا سازگاری فردی به عنوان یک مولفه روان شناختی تنها به عنوان یکی از عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی در این مطالعه بررسی شده است.

نتایج آزمون همبستگی بین حیطه های مختلف کیفیت زندگی و سازگاری فردی معنادار نبود. بر خلاف این نتیجه، در مطالعه خلیل زاده (۱۳۸۹) و نصیری (۱۳۹۲) مشخص شد چنین همبستگی وجود دارد. در این مطالعه تنها حیطه ای از کیفیت زندگی که همبستگی معنادار و معکوسی با سازگاری داشت، حیطه جنسی بود، یعنی با کاهش نمره سازگاری (افزایش سازگاری) کیفیت زندگی در حیطه ی جنسی افزایش می یابد. عملکرد جنسی یکی از جنبه های مهم کیفیت زندگی است. ضیغمی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود بیان نموده اند، اختلال در عملکرد جنسی، کیفیت زندگی افراد مبتلا به نارسایی قلبی را کاهش می دهد. مطالعه علی محمدی (۱۳۸۱) نشان داد که از دیدگاه بیماران، آموزش جنسی بسیار با اهمیت است. شفیع پور (۱۳۸۵) گزارش می دهد که مردان مبتلا به بیماری قلبی اطلاع از زمان شروع فعالیت جنسی را در اولویت نیازهای آموزشی خود قرار داده اند. نتایج مطالعه باقری و همکاران (۱۳۹۴) حاکی از آن بود که آموزش جنسی توسط پرستاران برای افراد مبتلا به سکنه قلبی و همسرانشان کاملاً امکان پذیر

است و اجرای آن موجب افزایش رضایت جنسی در این بیماران و همسرانشان می شود. بر این اساس، آموزش و توسعه مهارت های روان شناختی فردی از جمله سازگاری می تواند در برنامه بازتوانی جنسی بیماران قلبی مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه گیری

سازگاری افراد مبتلا به نارسایی قلبی مزمن در سطح متوسطی بود و افزایش سازگاری می توانست کیفیت زندگی در حیطه جنسی را بهبود بخشد. همچنین، درصد قابل توجهی از نمونه های پژوهش سطح کیفیت زندگی خوب را گزارش کردند. با توجه به اینکه در بیشتر پژوهش های گذشته در کشور سطوح پایین تری از کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری قلبی مزمن گزارش شده است، افزایش کیفیت زندگی این بیماران می تواند نشان دهنده برنامه ریزی های موثرتر توانبخشی و مراقبتی در سال های اخیر باشد و نقش پرستاران را در این مهم نمی توان نادیده گرفت. با توجه به اینکه سازگاری تنها یکی از عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری های مزمن می باشد توصیه می گردد پژوهش هایی به صورت مداخله ای، برای بررسی تاثیر اجرای برنامه های توانمندسازی در خصوص سازگاری فردی بر کیفیت زندگی این افراد صورت پذیرد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بدین وسیله مراتب قدردانی خود را از همکاران طرح، شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان که در تصویب و اجرای این طرح همکاری صمیمانه داشته اند، و همچنین، مسئولان و همکاران محترم مرکز تخصصی قلب اکباتان همدان اعلام می نمایند.

منابع فارسی

- افراسیابی فر، اردشیر، حسنی، پرخیده. فلاحی خشکناز، مسعود. یغمایی، فریده. (۱۳۹۰). اثرات مثبت بیماری پس از سکته حاد قلبی؛ نشریه مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲۴، شماره ۷۰، تیر ماه ۱۳۹۰، ۳۸-۳۰.
- امینی، زکیه. فاضل اصغر پو، اعظم. زراعتی، عباسعلی، اسماعیلی، حبیب اله. (۱۳۹۱). تاثیر برنامه مراقبتی مبتنی بر الگوی سازگاری "روی" بر فعالیت های روزانه زندگی بیماران همودیالیزی؛ مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، تابستان ۱۳۹۱، دوره ۴ شماره ۲، ۱۵۳-۱۴۵.
- باقری، ایمانه، معماریان، ربابه، حاجی زاده، ابراهیم. پاک چشم، بهروز. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش جنسی بر رضایتمندی بیماران و همسران بعد از سکته قلبی. مجله علمی پژوهشی حکیم سید اسماعیل جرجانی. دوره ۲ شماره ۱، ۴۶-۴۰.
- جعفری، مرگان. یوسفی، علیرضا. نوری، ابوالقاسم. (۱۳۸۳). هنجاریابی پرسشنامه کیفیت زندگی مک نیو ویژه بیماران قلبی در شهر اصفهان در سال ۱۳۸۳. پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد اصفهان خوراسگان.
- خلیل زاده، حمیده. نابخش، ژاله. یعقوبی، مهرآذر. (۱۳۸۵). بررسی میزان سازگاری بیماران نارسایی قلب با مشکلات ناشی از بیماری در مرکز آموزشی درمانی طالقانی شهر ارومیه، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه؛ سال چهارم، شماره چهارم (زمستان ۱۳۸۵).
- خیام نکویی، زهره. یوسفی، علی رضا. منشتی، غلا رضا. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش های شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی؛ مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ تابستان ۱۳۸۹، دوره ۱۰ شماره ۲، ۱۵۴-۱۴۸.
- راهنورد، زهرا. ذوالفقاری، میترا. کاظم نژاد، انوشیروان. حاتمی پور، خدیجه. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب؛ مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۲ شماره ۱ بهار ۱۳۸۵، ۸۶-۷۷.
- رئوفی کلاچایه، سیده سوسن. یغمایی، فریده. مهاجری، سحر. ندرلو، معصومه. ناصریان، جواد. (۱۳۹۴). ادراک بیماران مبتلا به سکته قلبی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی؛ مدیریت ارتقای سلامت دوره ۴ شماره ۴ پاییز ۱۳۹۴، ۱۰۳-۹۵.
- شجاعی، فاطمه. (۱۳۸۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی؛ مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۱۴، شماره ۲، ۱۳۸۷، ۱۳-۵.
- شفیع پور، ویدا. نجف یاروندی، اکرم. (۱۳۸۵). بررسی مقایسه ای نیازهای آموزشی هنگام ترخیص از دیدگاه بیماران زن و مرد تحت عمل بای پس عروق کرونر (CABG) در بیمارستان های شهرتهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. دوره ۱۶ شماره ۵۵، ۱۴۵-۱۵۱.
- صادق نژاد فروتنه، ملیحه. ونکی، زهرا. معماریان، ربابه. (۱۳۹۰). تأثیر برنامه مراقبتی بر اساس مدل پرستاری "روی" بر میزان سازگاری روان شناختی بیماران دیابتی نوع دو. مراقبت مبتنی بر شواهد/ فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی مشهد. دوره اول، شماره ۱، ۱۹-۵.

- ضیغمی محمدی، شراره. شهرپریان، ماندانا. فهیدی، فرزاد. فلاح، ابراهیم. (۱۳۹۱). اختلال جنسی در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی و عوامل مربوطه. مجله مراقبت های ویژه. دوره ۵ شماره ۱، ۳۵-۴۲.
- عباسی، کیوان. محمدی، عیسی. صادقیان، صدیقه. غلامی فشارکی، محمد. (۱۳۹۵). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی؛ نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۵، ۲۳-۱۰.
- علیمحمدی، نصراله. (۱۳۸۱). تاثیر آموزش بر آگاهی از روابط زناشویی بیماران و همسرانشان. مجله تحقیقات پرستاری و مامایی. دوره ۵ شماره ۳، ۸-۱۱.
- غفوری فرد، منصور. پیامی بوساری، میترا. حیدری صومعه، علیرضا. (۱۳۹۲). بررسی وضعیت سازگاری عاطفی و اجتماعی جانبازان محروم از یک چشم در شهر زنجان در سال ۱۳۹۰. مجله طب جانباز، دوره ۶ شماره ۲۲، زمستان ۱۳۹۲، ۶۴-۷۰.
- مومنی مریم، خوش تراش مهرنوش، قنبری خانقاه عاطفه، صالح زاده امیرحسین، رحمت پور پردیس. (۱۳۹۲). رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به نارسایی قلبی. پرستاری و مامایی جامع نگر. ۱۳۹۲، ۲۳ (۱): ۲۹-۲۲.
- میکاییلی منبع فرزانه، مددی امام زاده زهرا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه هوش هیجانی اجتماعی و سازگاری اجتماعی در دانشجویان دارای حکم انضباطی و مقایسه آن با دانشجویان بدون حکم دانشگاه ارومیه. پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز). پاییز ۱۳۸۷، دوره ۳، شماره ۱۱، ۹۹-۱۲۱.
- نصیری، محبوبه. خیرخواه، فرزاد. رحیمیان، بهناز. احمدزاده، بیژن. حسن نژاد، حسین. محمد جعفری، رقیه. (۱۳۹۲). عوامل استرس زا و مکانیسم های مقابله ای و کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی. مجله مراقبت های ویژه. دوره ۶ شماره ۲، ۱۱۹-۱۲۶.

منابع انگلیسی

- American Heart Association. Heart disease and stroke statistics- 2015 update. Dallas, TX: American Heart Association. 2015.
- Bell HM. The adjustment inventory: adult form. Palo Alto: Consulting Psychological Press: 1961.
- Coyle KM. 2009. The Relationship of Depressive Symptom OverTime on Self Care Behavior in Patient Who Experience a MI. PhD Thesis. The Catholic University of America.
- Hofer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. 2004. The Macnew Health Related Quality of Life Instrument: A Summary. Health And Quality Of Life Outcomes;2(3):346-352
- Liu LC, Damman K, Lipsic E, Maass AH, Rienstra M, Westenbrink BD. 2014. Heart failure highlights in 2012-2013. Eur J Heart Fail, 16(2):122-132.
- Tol A, Majlessi F, Rahimi Foroshani A, Shojaezadeh D, Mohebbi B. 2013. Factors associated with and coping obstacles of adjustment with type II diabetes. J Health Syst Res; 8(6):1088-1097 [Persian].
- Yamout B, Issa Z, Herlopian A, El Bejjani M, Khalifa A, Ghadieh AS, et al. 2013. Predictors of quality of life Among multiple sclerosis patients: a comprehensive analysis. Eur J Neurol; 20(5):756-764.

Original Article

Correlation between adaptability and quality of life in people with chronic heart failure

Nahid Mohamadi¹, MSc
* Narges Kheirollahi², MSc
Somayeh Haghigat³, MSc
Ghodratoallah Roshanaie⁴, Ph.D

Abstract

Aim. This study aimed to examine the relationship between adaptability and quality of life in people with heart failure.

Background. Heart failure has a chronic debilitating process that can be very influential on quality of life. The main outcome of heart failure is disability and limitation in doing family, social and occupational roles. One of the determinants of health and prevention of exacerbations in heart failure patients is adaptability with the disease.

Method. This Correlational study was conducted on 200 people referring to Ekbatan Hospital located in Hamadan, Iran. Data were collected by demographic questionnaire, Bell Adjustment inventory, and Mac New Quality of Life Questionnaire. Data were analyzed in SPSS version 19 using descriptive and analytical statistics.

Findings. The mean age of the sample was 63.68 ± 12.07 years. The mean score of adaptability and quality of life were 76.16 ± 6.81 and 126.85 ± 20.45 , respectively. There was no statistically significant relationship of adaptability score and domains of quality of life, except for the sexual domain of quality of life.

Conclusion. In people with chronic heart failure, an increase in adaptability may enhance the sexual quality of life.

Keywords: Chronic heart failure, Adaptability, Quality of life

1 Member of Chronic Diseases (Home Care) Research Center and Faculty Member of School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

2 Faculty Member, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran (*corresponding author) email: n.kheirollahi@nm.mui.ac.ir

3 Faculty Member, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran

4 Assistant Professor, Modeling of Non-communicable Diseases Research Center and School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran