



انجمن علمی پرستاری ایران

فصلنامه

مدیریت ارتقای سلامت

دوره چهارم شماره ۴ (پیاپی ۱۶) پاییز ۱۳۹۴ شماره استاندارد بین المللی: ۲۲۵۱-۸۶۱۴

- ۱ شاخص های انتخاب ابزار مناسب برای انجام پژوهش در علوم سلامت: معرفی فهرست COSMIN
اعظم شیرین آبادی فراهانی، مریم رسولی، فریده یغمایی، حمید علوی مجد
- ۱۴ بررسی رفتار ایمنی در مقابل عوامل زیان آور محیط کار در شهرستان زنجان
روح اله رضائی، نسترن جمشیدی
- ۲۲ تأثیر تمرین حرکات موزون بر کارکرد اجرایی کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر
بهروز قربان زاده، مریم لطفی
- ۳۲ مقایسه همبستگی بین مدیریت دانش و فرهنگ سازمانی در بیمارستان های منتخب دولتی و خصوصی شیراز
علی رمضانخانی، سعاد محفوظ پور، عباس دانش کهن، گلسا دانش
- ۴۲ بررسی تأثیر آموزش مهارت جرأت ورزی بر سبک مدیریت تعارضات بین فردی پرستاران در محیط کار
مرضیه مطهری، سید رضا مظلوم، نگار اصغری پور، شاهرخ مقصودی پور زید آبادی
- ۵۳ تأثیر عصاره گیاه آلوئه ورا بر چربی خون در بیماران پیش دیابتیک: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دو سو کو..
سمانه علی نژاد مفرد، محسن فوادالدینی، علیرضا سعادت جو
- همبستگی رهبری تحول آفرین با عدالت سازمانی از دیدگاه کارکنان درمانگاههای توانبخشی بیمارستانهای
شهر اهواز
۶۴ نفیسه خوش نژاد فیروز، فرزاد فرجی خیابوی، شهلا زاهد نژاد، محمدحسین حقیقی زاده
- ۷۵ شأن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مراجعین به بیمارستان های زنجان
مهتاب مروجی، فریده یغمایی، حسین باقری
- ۸۴ بررسی وضعیت فرهنگ ایمنی بیمار در مرکز روان پزشکی رازی تهران
امین اجلی، مسعود فلاحی خشکناز، مارال دیبایی
- ۹۵ ادراک بیماران مبتلا به سکته قلبی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی
سیده سوسن رئوفی کلاچایه، فریده یغمایی، سحر مهاجر، معصومه ندرلو، جواد نصریان

به نام خداوند جان و خرد
مجله مدیریت ارتقای سلامت
فصلنامه علمی- پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره چهارم- شماره ۴ (پیاپی ۱۶) - پاییز ۱۳۹۴

• صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران

• مدیر مسؤول: دکتر محمدعلی حسینی

• سردبیر: دکتر فریده یغمایی

• معاون سردبیر: امین اجلی

• شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۸۰۶۷/۹۰ مورخ ۱۳۹۰/۴/۴

• شماره بین المللی نشریه چاپی: ISSN: ۲۲۵۱-۸۶۱۴ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۱۰

• شماره بین المللی نشریه الکترونیکی: e-ISSN: ۲۲۵۱-۹۹۴۷ مورخ ۱۳۹۱/۳/۸

رتبه علمی- پژوهشی مورخ ۱۳۹۱/۲/۱۶ شماره رتبه علمی- پژوهشی کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۰۰/۳۱۸

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- | | |
|---|--|
| - دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر طاهره اشک تراب، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |
| - دکتر نعیمه سید فاطمی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر اردشیر افراسیابی فر، استادیار دانشگاه علوم پزشکی یاسوج |
| - دکتر مسعود فلاحی خشکناز، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس |
| - دکتر لیلا قلی زاده، استادیار دانشگاه فناوری سیدنی، استرالیا | - دکتر عنایت اله بخشی، استادیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر مسعود کریملو، دانشیار آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر مهرنوش بازارگادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |
| - دکتر سید حبیب اله کواری، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر حمید پیروی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر سعاد محفوظ پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر محمدعلی چراغی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر علی محمد پور، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی گناباد | - دکتر محمدعلی حسینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر عیسی محمدی، استاد دانشگاه تربیت مدرس | - دکتر سیده فاطمه حقدوست اسکویی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران |
| - دکتر ندا مهرداد، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر حمیدرضا خانکه، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی |
| - دکتر رضا نگارنده، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر ناهید رژه، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد |
| - دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی | - دکتر فرخنده شریف، استاد دانشگاه علوم پزشکی شیراز |
| - دکتر علیرضائیکبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران | - دکتر حیدرعلی عابدی، استاد دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان- خوراسگان |
| - دکتر مجیده هروی کریموی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد | - دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله |
| - دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی | - دکتر عباس عباس زاده، استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی |

• ویراستار انگلیسی: دکتر فریده یغمایی، پگاه یغمایی (دانشجوی دکترای دانشگاه کانادا)

• ویراستار فارسی: دکتر فریده یغمایی

• حروفچینی و صفحه آرایی: اکرم پورولی

• طراح جلد: اکرم پورولی

• 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@jhpm.ir , Website: http://jhpm.ir

این مجله در SID, Magiran, Iran Medex, ISC, Google Scholar نمایه می شود.

ادراک بیماران مبتلا به سکنه قلبی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی: یک مطالعه کیفی

*سیده سوسن رثوفی کلاچایه^۱، فریده یغمایی^۲، سحر مهاجری^۳، معصومه ندرلو^۴، جواد ناصریان^۵

چکیده

مقدمه: بیماری های قلبی و عروقی یکی از علل اصلی مرگ در سراسر جهان می باشد. این بیماری سبب کاهش کیفیت زندگی می شود. پژوهش حاضر با هدف تبیین ادراک بیماران مبتلا به سکنه قلبی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی انجام شده است.

مواد و روش ها: پژوهش مذکور یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا است. مشارکت کنندگان پژوهش را ۱۹ نفر از بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی تشکیل دادند که به روش مبتنی بر هدف از بیمارستان های دولتی- آموزشی منتخب شهر زنجان وارد مطالعه شدند. داده ها با استفاده از مصاحبه های نیمه ساختارمند جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام گرفت.

یافته ها: نتایج شامل ۴ طبقه اصلی ناتوانی و وابستگی، معنویت، ارتباط و مشکلات اقتصادی بود. ۹ طبقه فرعی تشکیل دهنده اصلی شامل ناتوانی جسمی، وابستگی جسمی به دیگران، کنترل عوامل خطرزا، احساسات منفی، خود تلقینی، تأثیر مثبت / منفی معنویت، روابط خانوادگی، روابط اجتماعی و تأثیر منفی / عدم تأثیر اقتصاد بود.

نتیجه گیری: مشارکت کنندگان عوامل تأثیرگذار را بر کیفیت زندگی را در ۴ طبقه اصلی ناتوانی و وابستگی، معنویت، ارتباط و مشکلات اقتصادی مطرح کردند. لذا تقویت عوامل فوق در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی، مطالعه کیفی، تحلیل محتوا

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۱۳

۱- مربی، گروه پرستاری، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: susanraufi@gmail.com

۲- دانشیار، گروه پرستاری، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

۵- مربی، گروه آمار و ریاضی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

مقدمه

در سالهای اخیر، تغییر الگوی بیماریها به صورت کاهش بیماری های واگیر و افزایش بیماری های غیرواگیر بوده است (۱). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۰۷، ۳۳/۷ درصد مرگ در جهان ناشی از بیماریهای قلبی-عروقی است. بر اساس آخرین آمارهای اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، بیش از هشتاد درصد بیماریهای قلبی-عروقی در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط اتفاق می افتد. پیش بینی ها حاکی از این است که بیماریهای قلبی-عروقی تا سال ۲۰۲۰ میلادی علت بیش از ۷۵ درصد مرگ ها در سطح جهانی خواهد بود. در صورت تداوم روند افزایشی مرگ، تا سال ۲۰۳۰ حدود ۲۳/۴ میلیون نفر جان خود را در اثر این بیماریها از دست می دهند (۲،۳). در کشورهای مدیترانه شرقی از جمله کشور ایران، بیماریهای قلبی، یک مشکل مهم نظام سلامت به شمار می رود و ابعاد آن به سرعت در حال افزایش است (۴). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی ۴۱/۳ درصد کل مرگ در سال ۲۰۰۵ در ایران، ناشی از بیماریهای قلبی و عروقی بوده و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ این میزان به ۴۴/۸ درصد برسد. در حال حاضر بیماریهای عروق کرونر، اولین علت مرگ در افراد بالای ۳۵ سال در ایران می باشد (۵). سکنه قلبی یکی از شایع ترین علل بستری بیماران قلبی می باشد که معمولاً وضعیت تهدید کننده برای فرد و خانواده بیمار محسوب شده و این تهدید بر میزان کیفیت زندگی و سطح سازگاری و روند درمان بیمار اثرگذار می باشد و معمولاً روند بهبودی را به تأخیر می اندازد و احتمال مرگ بیمار را در ماه های اول افزایش می دهد (۱).

مفهوم کیفیت زندگی، مفهوم چند بعدی است. کیفیت زندگی مانند چتری است که عوامل متعددی را تحت پوشش قرار می دهد که این عوامل در همه ابعاد زندگی مؤثرند (۶). واژه کیفیت از منظر واژگانی به معنی چگونگی زندگی و دربرگیرنده تفاوت های آن است که برای هر فرد، ویژه و یگانه و متفاوت با دیگران است. کیفیت زندگی مفهومی اجتماعی است و خود معنایی واقعی ندارد (۷). بر اساس برداشت Kamp و همکاران، مفهوم کیفیت زندگی به طور عمیقی از تفکر مرتبط با سلامت نشأت می گیرد و دیدگاه واحدی درباره علت آن وجود ندارد (۸). لذا کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی، نسبی و متأثر از زمان، مکان و ارزش های فردی و اجتماعی است که از یک سو، ابعاد عینی و بیرونی و از سوی دیگر، ابعاد ذهنی و درونی دارد (۹،۱۰).

امروزه انسانها نه تنها تمایل به افزایش عمر دارند، بلکه

خواستار بهبود کیفیت زندگی می باشند (۱۱). بیماریهای قلبی عروقی شایع ترین علت مرگ در بیشتر نقاط دنیا و از جمله کشور ایران می باشند. لذا کیفیت زندگی افراد مبتلا را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد (۱۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، انعکاسی از تأثیرات بیماری و درمان آن با توجه به دیدگاه و تجارب بیمار است. کیفیت زندگی نامطلوب با تشدید وخامت بیماری، بقای کمتر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت های عملکردی بیماران قلبی همراه است (۱۳). پژوهش حاضر با هدف تبیین ادراک بیماران مبتلا به سکنه قلبی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی انجام شده است.

مواد و روش ها

این مطالعه یک پژوهش کیفی با بهره گیری از رویکرد تحلیل محتوای کیفی "Qualitative Content Analysis" است. روش مطالعه کیفی برای توصیف و معنا بخشیدن به تجارب ذهنی است و راهی برای بینش از طریق اکتشاف معانی است (۱۴). جامعه پژوهش حاضر، متشکل از کلیه بیماران قلبی مبتلا به سکنه قلبی بودند که در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان های استان زنجان بستری بود. نمونه پژوهش حاضر، ۱۹ زن و مرد مبتلا به سکنه قلبی بستری در بیمارستان دولتی منتخب شهر زنجان بود.

ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از:

- ۱- ساکن استان زنجان باشند.
- ۲- با تشخیص سکنه قلبی بستری شده باشند (ثبت تشخیص سکنه قلبی در پرونده پزشکی بیمار).
- ۳- سپری شدن حداقل دو ماه از زمان تشخیص بیماری که اکنون به دلایل پزشکی و درمانی، مجدداً در بیمارستان بستری شده بودند.

شرکت کنندگان مورد نظر به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف از بین بیماران مبتلا به سکنه قلبی، انتخاب شدند. نمونه گیری تا زمان اشباع داده ها ادامه یافت (۱۵)، به طوری که در سه مصاحبه پایانی مفاهیم جدیدی از داده ها حاصل نشد.

پژوهشگر برای دستیابی به نمونه های پژوهش، ابتدا پس از اخذ اجازه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان به بیمارستان های دولتی-آموزشی مراجعه کرد. شرکت کنندگان در این بخش به روش مبتنی بر هدف انتخاب شده و انتخاب آنها تا زمان اشباع داده ها ادامه یافت. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش سؤالات مصاحبه نیمه ساختار یافته بود. مصاحبه طبق هماهنگی قبلی با مسئول بخش و آگاهی از زمان مساعد بودن وضعیت عمومی بیمار، با نمونه ها به صورت انفرادی انجام شد. جلسات مصاحبه بنا به نظر شرکت

پس از انجام مراحل فوق، داده های خام بر اساس تفسیر و استنباط دقیق به طبقاتی تبدیل شدند. این فرایند با بررسی دقیق پژوهشگر و مقایسه مداوم داده ها طبقات و مضمون ها انجام شد (۱۷،۱۸).

صحت و اعتبار داده ها از طریق بررسی کدها توسط مشارکت کنندگان، بازنگری ناظرین و درگیری طولانی مدت با موضوع صورت گرفت. در بررسی توسط مشارکت کنندگان نیز بخشی از متن به همراه کدهای اولیه به رویت آنان رسید و میزان همگونی نظرات استخراج شده با نظر شرکت کنندگان مقایسه گردید. در بازنگری ناظرین نیز مفاهیم و طبقات استخراج شده از داده ها به همکاران آشنا با مطالعات کیفی ارائه شد و میزان تناسب آنها کنترل و تأیید و اجماع نظر در این زمینه حاصل گردید. نمونه گیری با تنوع نمونه به انتقال پذیری (Transferability) و تناسب داده ها (Fittingness) کمک کرد. بعلاوه، ثبات یافته ها (Dependability) با مطالعه داده ها و ویرایش مطالب مبهم انجام شد (۱۵).

یافته ها

در پژوهش حاضر، تعداد ۱۹ نفر از بیماران مبتلا به سکتة قلبی مورد مصاحبه قرار گرفتند. ویژگیهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان در این پژوهش به شرح ذیل بود: دامنه سنی این افراد بین ۳۷ تا ۸۰ سالگی بودند. در این پژوهش ۱۰ نفر از شرکت کنندگان را آقایان و ۹ نفر مابقی را خانم ها تشکیل دادند. شایان ذکر است که همه شرکت کنندگان متأهل بودند. همچنین سابقه ابتلای شرکت کنندگان به بیماری انفارکتوس بین ۲ ماه تا ۱۲ سال متغیر بود.

بر اساس تحلیل محتوا، یافته ها شامل چهار طبقه اصلی ناتوانی و وابستگی، معنویت، ارتباط و مشکلات اقتصادی و نه طبقه فرعی شامل ناتوانی جسمی، وابستگی جسمی به دیگران، کنترل عوامل خطرزا، احساسات منفی، خود تلقینی، تأثیر مثبت/منفی معنویت، روابط خانوادگی، روابط اجتماعی و تأثیر منفی/عدم تأثیر اقتصاد می باشد.

ناتوانی و وابستگی

ناتوانی جسمی

از جمله مواردی که در بیشتر مصاحبه ها به چشم میخورد محدود شدن فعالیت جسمانی (ناشی از بیماری قلبی) بود.

یکی از بیماران در این زمینه اظهار نمود:

"با انجام کارهای سنگین قلبم تحت فشار قرار می گیره، برای همین وقتی کار سنگین یا حتی پیاده روی تند انجام می دم، تپش قلب، تنگی نفس، سر درد و حالت تهوع می گیرم و زود خسته

کنندگان در بیمارستان و جهت ایجاد محیطی آرام و بدون هیاهو، اغلب در اتاق بصورت انفرادی برگزار شد. مصاحبه ها با استفاده از راهنمای مصاحبه نیمه ساختار یافته طراحی شده توسط پژوهشگر انجام شد. در آغاز هر مصاحبه در زمینه اهداف مطالعه و چگونگی انجام آن توضیحاتی ارائه شده و رضایت آنها به منظور شرکت در پژوهش جلب گردید. قبل از شروع مصاحبه از شرکت کنندگان جهت ضبط مصاحبه ها اجازه گرفته شد و نیز در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد. هر شرکت کننده این فرصت را می یافت که ادراک خود را به راحتی و آزادانه بیان کند. هدف از انجام مصاحبه های نیمه ساختار یافته با بیماران مبتلا به سکتة قلبی، تعیین ابعاد کیفیت زندگی و اثرات ابتلا به انفارکتوس قلبی بر روی کیفیت زندگی این افراد بود. به منظور افزایش دقت مطالعه و جلوگیری از فراموشی از دستگاه ضبط صوت در مصاحبه ها استفاده شد.

مدت زمان مصاحبه ها بین ۳۰ الی ۴۵ دقیقه متغیر بود. چند سؤال محوری عبارت است از:

- تأثیر سکتة قلبی بر زندگی خود را بر اساس آنچه تا به حال تجربه کرده اید، توضیح دهید.

- زندگی کردن با سکتة قلبی را چگونه تجربه کرده اید؟
- ابتلا به سکتة قلبی بر اساس تجربه شما (نه دیدگاه یا نظر) چه معنا یا مفهومی دارد؟

- شرایط یا موقعیت هایی که شما تجربه کردید تا باعث شده با وجود سکتة قلبی، زندگی بهتر یا مطلوب تری داشته باشید را توضیح دهید.

- شرایط یا موقعیت هایی که شما تجربه کردید و باعث شده اند زندگی شما پس از ابتلا به سکتة قلبی متفاوت شود را توضیح دهید.

سؤالات محوری، در روند انجام مصاحبه با افراد مختلف بنا به ضرورت تعدیل و یا تشریح می شد. مصاحبه ها ضبط شد و در پایان کلمه به کلمه برگردانده شد و سپس تجزیه و تحلیل مصاحبه ها انجام شد. مصاحبه های ضبط شده به صورت کلمه به کلمه روی کاغذ آورده و به طور همزمان با فرآیند جمع آوری داده ها تجزیه و تحلیل شدند. عبارات محتوایی حاصل از مصاحبه نمونه ها در قالب یک عبارت معنایی استخراج شدند. فرآیند تحلیل محتوای قرار دادی داده ها طبق مراحل زیر انجام شد.

۱- پیاده سازی مصاحبه بلافاصله بعد از هر مصاحبه،
۲- خواندن متن برای درک کلی از آن ۳- تعیین واحدهای معنی و کدهای اولیه، ۴- طبقه بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع تر، و ۵- تعیین محتوای داده ها می باشد (۱۶). در این مطالعه

میشم".

وابستگی جسمی به دیگران

یکی از شرکت کنندگان دیگر در مصاحبه نظر خویش را چنین ابراز نمود:

"از نظر جسمانی، دیگه مثل دوران قبل بیماری، توانایی انجام کارهای منزل رو ندارم و به همین دلیل نیاز دارم تا اطرافیان کمکم کنن".

در بین شرکت کنندگان در مصاحبه، افرادی نیز بودند که می گفتند میزان فعالیت های من با قبل از بیماری فرقی نکرده است و همچنان توانایی انجام کارهای خود را دارم.

کنترل عوامل خطرزا

از دیگر مواردی که در بین صحبت های بیماران فراوان به چشم می خورد، رعایت رژیم غذایی و ترک عادت های نادرست مرتبط با سلامتی بود که در راستای کنترل عوامل خطرزا بود. بیشتر افراد شرکت کننده در مصاحبه، در خصوص کنترل رژیم غذایی و انجام ورزش های سبک، اتفاق نظر داشتند.

برای مثال یکی از بیماران چنین گفت:

"یکی از خوبیای بیماری برا من این بود که سیگار کشیدن رو ترک کردم و پس از بیماری، مرتب رژیم غذایی رو رعایت می کنم". احساسات منفی

در این خصوص، یافته ها چند نوع بود. به این صورت که گروهی از بیماران، بیان کردند بیماری قلبی من موجب شده تا دائم نگران بهبودی و آینده بیماری خود شوم. به عبارت دیگر، این گروه از شرکت کنندگان معتقد بودند که بیماری تأثیر منفی بر روان آنها داشته است. در این زمینه یکی از بیماران چنین گفت:

"به دلیل ابتلا به این بیماری، زود رنج و عصبی شدم. به همین دلیل اگر خانوادم مطابق خواسته من عمل نکنن، زود ناراحت و عصبی می شم".

خود تلقینی

تعدادی دیگر از شرکت کنندگان نیز اظهار کردند بیماری تأثیری در بعد روانی آنها نداشته زیرا دائم به خود تلقین مثبت می کنند.

یکی از بیماران چنین گفت:

"دائم به خودم تلقین می کنم که من مشکلی ندارم و زود خوب خواهم شد".

معنویت

بررسی و مقایسه صحبت های بیماران در مورد تأثیر بیماری بر وضعیت معنوی-مذهبی آنها نشان داد کیفیت ارتباط با خدا، در بین

مصاحبه شوندگان متفاوت است.

تأثیر مثبت معنویت

صحبت های برخی بیماران، نشان از مثبت بودن این رابطه داشت. به بیان دیگر، این شرکت کنندگان در مصاحبه، بیماری را دلیلی برای نزدیکی بیش تر به خدا دانستند.

یکی از شرکت کنندگان در پاسخ به این سؤال نظرش به این صورت بود:

"پس از این که بیمار شدم اعتقادم نسبت به خدا قوی تر شده، بنابراین حکمت خدا رو سپاسگزارم".

یا برای مثال، بیماری دیگر در این مورد چنین گفت:

"اعتقادتم به خدا نسبت به قبل از بیماری بیشتر شده و الان حس می کنم، به خدا نزدیک تر شدم".

عدم تأثیر معنویت

عده ای نیز معتقد بودند که بیماری تأثیری در ارتباطشان با خدا نداشته است. به عبارت دیگر، ارتباط بین دو متغیر بیماری و ارتباط با خدا، در این بیماران به صورت خنثی بود.

در این زمینه یکی از بیماران چنین گفت:

"بیماری در ارتباطم با خدا تأثیری نداشته و مثل قبل، با خدا ارتباط دارم".

تأثیر منفی معنویت

در این میان، یک نفر از شرکت کنندگان نیز بود، که بیماری را موجب محدود شدن ارتباطش با خداوند می دانست. او در پاسخ به این سؤال این چنین گفت:

"بیماری در ارتباطم با خدا تأثیر داشته. به این صورت که روزهایی که تو بیمارستان بستریم، مثل قبل حوصله انجام کارهای مستحبی مثل ذکر و دعا رو ندارم و این موقع ها فقط نماز رو می خونم".

ارتباط

روابط خانوادگی

نظر بیماران در مورد تأثیر بیماری بر چگونگی روابط خانوادگی آنها، با یکدیگر متفاوت بود. انواع روابط خانوادگی در این زمینه به شرح ذیل بود:

ترحم خانواده:

برخی از بیماران اظهار کردند که بیماری موجب تغییر نگاه خانواده آنها از جهت عاطفی شده است. برای مثال یکی از بیماران چنین گفت:

"بیماری موجب شده که خانواده ام نسبت به من ترحم کنند". در این زمینه یکی از بیماران چنین گفت:

اقتصادی بود. نه طبقه فرعی تشکیل دهنده اصلی شامل ناتوانی جسمی، وابستگی جسمی به دیگران، کنترل عوامل خطرزا، احساسات منفی، خود تلقینی، تأثیر مثبت/منفی معنویت، روابط خانوادگی، روابط اجتماعی و تأثیر منفی/عدم تأثیر اقتصاد بود.

می توان گفت کیفیت زندگی شرکت کنندگان از دید آنان در همه ابعاد با چالش های متعددی روبرو است. طبق نتایج پژوهش ها پژوهشی توسط حسنپور دهکردی و همکاران (۱۹) با عنوان "بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی درمانی هاجر شهر کرد" انجام شد. بین طول مدت بیماری با کیفیت زندگی بیماران ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ولی سایر متغیرهای جمعیت شناسی نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی با کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود نداشت. همچنین بین وضعیت عمومی، وضعیت اجتماعی-عملکرد شغلی، فعالیت جسمی و وضعیت خواب، کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود داشت. بعلاوه، نتایج نشان داد که عدم توجه به هر کدام از ابعاد کیفیت زندگی باعث اختلال در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکتة قلبی می شود.

تعداد زیادی از بیماران، اظهار داشتند که هزینه دارو و درمان بیماری آنها زیاد است؛ که با پژوهش انجام شده توسط حسنپور دهکردی و همکاران (۱۹) در یک راستا می باشد. در پژوهشی دیگر توسط بیرانوند و همکاران (۲۰) با عنوان "کیفیت زندگی بیماران بعد از ابتلا به اولین سکتة قلبی حاد" انجام شد، اشاره شده است که کیفیت زندگی بیماران شش تا سی ماه بعد از اولین سکتة قلبی حاد کاهش یافته است. این کاهش در ابعاد جسمانی بیشتر از ابعاد روانی بود. همچنین کیفیت زندگی با بالا رفتن سن و در زنان بیشتر از مردان کاهش نشان داد. یافته های پژوهش حاضر حاکی از این بود که بیمار مبتلا به سکتة قلبی از نظر بعد معنوی دچار محدودیت هایی است که سایر افراد این محدودیت های معنوی از نظر جسمانی و روانی را ندارند. از جمله مواردی که در بیشتر مصاحبه ها به چشم می خورد کمتر شدن فعالیت جسمانی (ناشی از بیماری قلبی) بود. این یافته را این چنین می توان توجیه نمود که شاید دلیل کاهش فعالیت های جسمی و همچنین ایجاد اختلالات روانی، به دلیل تلقین منفی این بیماران به خود است. همچنین فردی که مبتلا به سکتة قلبی با توجه به این که پزشک معالج وی را از انجام فعالیت های جسمانی (خصوصاً فعالیت های سنگین) منع می کند، این عدم فعالیت جسمانی موجب افزایش سکون وی و در نتیجه ایجاد اختلالات روانی از جمله افسردگی می گردد. در واقع از آنجا که بیماران سکتة قلبی اختلال عملکرد فیزیکی دارند، این امر بر احساس

"از ترحم و دلسوزی بعضی از افراد خانوادم ناراضیم".

طرد شدن از سوی خانواده:

یکی از شرکت در مصاحبه در این مورد نظر خویش را چنین ابراز نمود:

"بیماری باعث شده محبت همسر من رو از دست دهم. یعنی من به وسیله بیماریم، از جانب همسر من طرد شدم".

روابط اجتماعی

بیشتر افراد شرکت کننده در مصاحبه در مورد تأثیر بیماری در روابط اجتماعی خود معتقد بودند که بیماری تأثیری در کیفیت و کمیت روابط اجتماعی آنها ندارد.

اما تعداد اندکی نیز گفتند به دلیل بیماری قلبی، شرکت در مراسم سوگواری برای من مقدور نیست.

در این رابطه یکی از بیماران چنین اظهار نمود:

"بیماری قلبی تأثیر منفی در روابط من گذاشته؛ زیرا با اینکه دلم می خواد ولی دیگر مثل سابق در مراسم سوگ و عزا نمی تونم شرکت کنم".

مشکلات اقتصادی

تأثیر منفی اقتصاد

تعداد زیادی از بیماران، اظهار داشتند که هزینه دارو و درمان بیماری آنها سنگین است. در این رابطه نگران هزینه های درمانی خود بودند. نظر یکی از بیماران در این زمینه چنین بود:

"الان توان پرداخت هزینه های درمانم رو دارم ولی نگران اینم که هزینه هام آینده بیش از این نشه".

در این میان یکی از شرکت کنندگان نیز چنین گفت:

"هزینه های درمان من زیاد است؛ طوری که تمام درآمد صرف درمان من می شود. برای همین توانایی پرداخت هزینه عمل جراحی زانوی همسر را ندارم".

عدم تأثیر اقتصاد

اما در این بین افرادی نیز وجود داشتند که برای تأمین و پرداخت هزینه های درمانی خود مشکلی نداشتند. برای مثال، یکی از بیماران شرکت کننده در پژوهش چنین گفت:

"بیماری تأثیر زیادی در شرایط اقتصادی من نداشته و با مدیریت خوبی که دارم، هزینه های درمان خودم رو می تونم بپردازم".

بحث

پژوهش حاضر با هدف تبیین ادراک بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی درباره کیفیت زندگی خود، انجام شد. نتایج شامل چهار طبقه اصلی ناتوانی و وابستگی، معنویت، ارتباط و مشکلات

دوری از اجتماع و از کار افتادگی حاصل از بیماری دانست که موجب تضعیف وضعیت روانی بیماران می شود.

از جمله محدودیت های این پژوهش این بود که با توجه به شرایط برخی از بیماران از جمله سن بالا، عدم درک سؤالات به علت تحصیلات پایین یا قومیت های خاص، ممکن است باعث سوگیری در جمع آوری داده ها شده باشد.

نتیجه گیری نهایی

بر اساس نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر، بیماری قلبی مانند هر بیماری مزمن و محدود کننده دیگر تأثیر نامطلوب بر همه ابعاد زندگی بیمار و خانواده وی خواهد گذاشت. مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی خود اطلاع داشتند و بر اساس نتایج استخراج شده حاصل از این پژوهش عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی را در چهار طبقه اصلی، ناتوانی و وابستگی، معنویت، ارتباط و مشکلات اقتصادی مطرح کردند. آنان نه طبقه فرعی شکیل دهنده اصلی را مانند ناتوانی جسمی، وابستگی جسمی به دیگران، کنترل عوامل خطرزا، احساسات منفی، خود تلقینی، تأثیر مثبت/ منفی معنویت، روابط خانوادگی، روابط اجتماعی و تأثیر منفی/ عدم تأثیر اقتصاد را مطرح نمودند. با توجه به مطالب ارائه شده این پژوهش در زمینه مفاهیم تأثیرگذار در کیفیت زندگی مطالب نو و بدیعی را مطرح می نماید. لذا پرستاران و کادر درمان با شناخت این عوامل و کنترل آن و انجام مداخلات پرستاری می توانند در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران در حیطه های مختلف گام های مؤثر و کارآمدی را بردارند. با توجه به نتایج این پژوهش بر اهمیت کیفیت زندگی در بیماران، پیشنهاد می شود مسئولین نظام بهداشت و درمان به تقویت ابعاد مورد نظر در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح پژوهشی شماره د/۹۳/۴۳۱۷ می باشد که در سال ۱۳۹۳ با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان انجام شده است. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از کلیه مشارکت کنندگان محترم، تقدیر و تشکر نمایند.

سلامت فیزیکی آنان سایه انداخته و موجب اثر متقابل بر سلامت روان این گروه از بیماران شده است.

تأثیر مثبت بیماری بر معنویت از نتایج مطالعه حاضر می باشد. در همین راستا پژوهشی توسط Rippentrop و همکاران (۲۱) نیز بیانگر ارتباط بین مذهب و معنویت و آرامش و سلامت جسمی و روانی در بیماران با دردهای عضلانی و اسکلتی می باشد و یافته ها ارتباط معنی داری بین نماز خواندن با آرامش جسمی و روانی را در بیماران مزمن نشان داد. فولادی و همکاران (۲۲) در مطالعه خود نشان دادند که نه تنها اعتقادات معنوی بر سازگاری با بیماری مؤثر می باشد، بلکه این اعتقادات نقش مهمی را در شیوه زندگی بیماران ایفا می کند و با ایجاد احساس هدفمندی به عنوان عامل آرام بخشی توسط بیماران برای کاهش اضطراب، درد و افسردگی به کار می رود.

همچنین در پژوهشی دیگر توسط صادق زاده (۲۳) با عنوان "بررسی تأثیر آموزش بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه کننده به بیمارستان آیت ... موسوی زنجان" انجام شد. یافته های این پژوهش نشان داد که باتوجه به این که برنامه های آموزشی بر روی ابعاد مختلف زندگی تأثیر مثبتی داشته و می تواند منجر به بهبود قابل توجه در نتایج کیفیت زندگی سلامت مدار باشد. ایجاد و تقویت مراکز توانبخشی، آموزشی و حمایتی امکان بهره مند شدن این بیماران را از این اقدامات فراهم می آورد و گام مهمی در راستای استقلال هرچه بیشتر آنان است. با توجه به نتایج این پژوهش می توان در جهت تقویت بعد رشد روانی بیمار پرداخت.

پژوهشی توسط عبداللهی و همکاران (۲۴) با عنوان "مقایسه کیفیت زندگی بیماران بعد از سکته قلبی با افراد سالم شهر گرگان" انجام شد. نتایج نشان داد که بیماران سکته قلبی حتی پس از درمان کامل دچار افت کیفیت زندگی می شوند که این می تواند توجه پیگیری و اهمیت دادن به دیدگاه های بیماران در مداخلات درمانی را حادث گردد. همچنین پژوهشی دیگر توسط رژه و همکاران (۲۵) با عنوان "بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی و عوامل مؤثر" انجام شد. نتایج نشان داد که ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکته قلبی در حد مطلوبی نیست. بنابراین، تمرکز و توجه بیشتر در مراقبت های پرستاری به منظور ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی این گروه از بیماران ضروری به نظر می رسد. با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نیز با نتایج یافته های پژوهش عبداللهی و همکاران (۲۴) و همچنین رژه و همکاران (۲۵)، در یک راستا بود، می توان دلیل این نتیجه را به دلیل ایجاد شرایط نامطلوب از جمله

منابع

- 1- Salehi S, Safavi M, Vafaie M. [Level of anxiety and its correlation with some individual characteristics in patients with myocardial infarction in hospitals related to Islamic Azad University, Tehran Medical Branch (2005-2006)]. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch. 2008; 18(2): 121-5 (Persian).
- 2- Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Abrahams-Gessel S, Murphy A. Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle income countries. Current Problems in Cardiology. 2010; 35(2):72-115.
- 3- WHO cardiovascular disease. [Cited Accessed 2009 August]; Available from: <http://www.who.int/cardiovascu/>.
- 4- Delaney C, Barrere C. Blessings: the influence of a spirituality-based intervention on psycho spiritual outcomes in a cardiac population. Holistic Nursing Practice Journal. 2008; 22(4) 210-9.
- 5- Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. [Prayer and spiritual well-being in cancer patients]. Payesh Journal. 2007; 5(4) 295-304 (Persian).
- 6- Salman-Yazdi N, Ghasemi I, Salahshourian-Fard A, Haghani H. [Comparative study on the quality of life amongst asthmatic boys and girls aged between 7-17 in Zanjan]. Cardiovascular Nursing Journal. 2012; 1(1): 24- 29 (Persian).
- 7- Collados C, Duane T. Analysis natural capital quality of life: A model for evaluating the sustainability of alternative regional development paths. Ecological. 1999; 30(3):441-460.
- 8- Kamp I V, Leidelmeijer K, Marsman G, Hollander A. Urban environmental quality and human well-being towards a conceptual framework and demarcation of concepts: A literature study. Landscape and Urban Planning. 2003; 65(1-2):5-18.
- 9- Rezvani MR, Mansoryan H. [Measuring quality of life: Study concepts, indicators, models and provide a model for rural areas]. Village and Development Journal. 2008; 11 (3): 1- 26 (Persian).
- 10- Rezvani MR, Jafari Moghaddam S, Rahimef H. The impact of tourism on the strengthening of entrepreneurial attitudes in rural areas, case study: Comparison of Abr and Ahrsaj villages - city Shahrood]. Journal of Rural Research. 2011; 3 (10): 153- 174 (Persian).
- 11- Wilkins VM. Religion, Spirituality and psychological distress in cardiovascular disease. Doctor of Philosophy .Thesis Pennsylvania Pa Drexel University College of Medicine.2004.
- 12- Abdi j, Mohseni R, Jalali asab A, Shahnavazi M, Najafinya M. [Improving the quality of life in patients with cardiovascular Social Marketing] National Seminar of Quality of Life and Health Promotion. 2008 (Persian).
- 13- Lemmer SC. Teaching the spiritual dimension of nursing care: A survey of U.S baccalaureate nursing programs. Journal of Nursing Education.2002; 41(11) 482- 490.
- 14- LoBiondo-Wood G, Haber S. Nursing Research. 6th edition, Louis: Mosby Co. 2006.

- 15- Yaghmaei F. [Measuring Behavior in Research by Valid and Reliable Instruments]. Tehran. Shahid Beheshti University of Medical Science and Health Services, Gholban Publishing; 2009 (Persian).
- 16- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24(2): 105-112.
- 17- Spannagel C, Michaela GZ, Schroeder U. Application of qualitative content analysis in user-program interaction research. *Forum: Qualitative Social Research*. 2005; 6(2):1-5.
- 18- Mayring P. Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Social Research*. 2000; 1(2):1-10.
- 19- Hasanpour A, Hasanpour M, Foruzandeh N, Ganji F, Asadi Noghani A, Bakhsha F, et al. [A survey on quality of life in patients with myocardial infarction, referred to Shahrekord Hagar Hospital in 2005]. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2007; 9 (3):78-84 (Persian).
- 20- Beyranvand MR, Lorvand A, Alipour Parsa S, Motamedi MR, Kolahi AA. [The quality of life after first acute myocardial infarction]. *Pajoohandeh Journal*. 2011; 15(6):264-72 (Persian).
- 21- Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005; 116(3): 311-21.
- 22- Foladi N, Salsali M, Alimohamadi H, Pourfarzi F, Homauon N. [Spiritual beliefs and health in]. *Proceedings of the 2nd Conference Qualitative Research in Health Sciences*. 2009; 17-19 (Persian).
- 23- Sadeghzadeh V. [Assess the effect on quality of life in patients with myocardial infarction admitted to hospital in Zanjan Ayatollah Mousavi]. *Journal of Health and Care*. 2010; 12 (3): 1- 9 (Persian).
- 24- Abdollahi AA, Roohi GH, Rahmani Anaraki H, Nassiri H. [A comparative study on the myocardial infarction patients' quality of life and healthy people]. *Journal of Nursing Research*. 2012; 7(26): 50-56 (Persian).
- 25- Rezhah N, Heravi-Karimooi M, Taheri Kharam Z, Montazeri A, Vahedian A. [Quality of life in Patients with myocardial infarction and related factors: A cross sectional study]. *Iranian Journal Nursing Research*. 2015; 9 (4):1-11 (Persian).

Perceptions of MI patients from influential factor on quality of life: A qualitative study

*Raufi S¹, Yaghmaei F², Mohajeri S³, Naderlou M⁴, Nasseryan J⁵

Abstract

Introduction: Cardiovascular disease is one of the important factor of mortality rate in the world. This disease will reduce the quality of life of patients. The aim of this study was to explore the perception of MI patients from influential factor on quality of life.

Materials & Methods: The present study is a qualitative study with conventional content analysis approach. In total, 19 participants with MI were selected using purposive sampling method. Data was collected by semi structure interview and was analyzed using conventional content analysis.

Findings: Results contained 4 main themes such as disability and dependency, spirituality, communication and economical problems. In total 9 sub-themes of physical disability, physical dependency to others, control of risk factors, negative feeling, Inculcates, negative/positive effect of spirituality, family communication, social communication, and negative/not effect of economy were merged to shape main themes.

Conclusion: Participants of the study identified the influential factors of quality of life improvement in 4 main themes of disability and dependency, spirituality, communication and economical problems. Consequently, enhancing above factors to improve the quality of life of MI patients is suggested.

Keywords: Quality of life, MI patients, Qualitative research, Content analysis

Received: 3 June 2015

Accepted: 3 August 2015

1- Lecturer, Department of Nursing, Zanzan Branch, Islamic Azad University, Zanzan, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: susanraufi@gmail.com

2- Associate Professor, Department of Nursing, Zanzan Branch, Islamic Azad University, Zanzan, Iran.

3- MSc of Psychology, Department of Psychology, Zanzan Branch, Islamic Azad University, Zanzan, Iran.

4- MSc of Psychology, Department of Psychology, Zanzan Branch, Islamic Azad University, Zanzan, Iran.

5- Lecturer, Department of Statistics and Mathematics, Zanzan Branch, Islamic Azad University, Zanzan, Iran.



Iranian Nursing
Scientific Association

Journal Of **Health Promotion Management**

ISSN: 2251- 8614 Vol.4 No.4 (Serial 16) Outumn 2015

Index for selecting an appropriate instrument to conduct research in health sciences: Introducing the COSMIN checklist	13
<i>Shirinabadi Farahani A , Rassouli M, Yaghmaei F3, Alavi Majd H</i>	
Study of safety behavior against workplace harmful factors in Township of Zanjan	21
<i>Rezaei R , Jamshidi N</i>	
Effect of rhythmic movement on executive function in children with educable intellectual disability....	31
<i>Ghorbanzadeh B, Lotfi M</i>	
Comparison of correlation between knowledge management and organizational culture at public and private hospitals of Shiraz City	41
<i>Ramezankhani A, Mahfoozpour S, Daneshkohan A, Danesh G</i>	
Effect of assertiveness skill training on interpersonal conflict management style of nurses at workplace	52
<i>Motahari M, Mazlom SR, Asgharipour N, Maghsoudi poor Zaid Abadi S</i>	
Effect of Aloe Vera extract on blood lipids in patients with pre-diabetes: A randomized double-blind clinical trial.....	63
<i>Alinejad Mofrad S, Foadoddini M, Saadat Joo AR</i>	
The correlation between transformational leadership and organizational justice from perspective of personnel of rehabilitation clinics in Ahvaz hospitals, Iran	74
<i>Khoshnejad Firouz N, Faraji Khiavi F, Zahednejad S, Haghighi Zadeh MH</i>	
Dignity of heart failure patients referred to Zanjan hospitals	83
<i>Moraveji M, Yaghmaei F, Bagheri H</i>	
The survey of patient safety culture in Razi Psychiatric Center in Tehran	94
<i>Ajalli A, Fallahi Khoshknab M, Dibae M</i>	
Perceptions of MI patients from influential factor on quality of life: A qualitative study	103
<i>Raufi S, Yaghmaei F, Mohajeri S, Naderlou M, Nasseryan J</i>	