

## معرفی یک ابزار اختصاصی برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی

### چکیده

کیفیت زندگی شامل یک مفهوم چند بعدی ازخوب بودن عمومی افراد در ظرفیت عملکردی، حالات روانی، عملکرد اجتماعی، سلامت جسمی و درک از سلامت می باشد. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در ابعاد مختلف کیفیت زندگی (بعد جسمی، روانی و روحانی و اجتماعی - اقتصادی) دچار مشکل می شوند. علائم، محدودیت‌های عملکردی و فشارهای روانی ناشی از پاتوفیزیولوژی نارسایی قلبی به‌طور مجزا، اما وابسته به هم بوده و روی کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارند. دو شیوه (ابزارهای عمومی و اختصاصی) به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی در دسترسند. پرسشنامه زندگی بیماران نارسایی قلبی مینه‌سوتا (MLHFQ)، یکی از رایج‌ترین ابزارهای اختصاصی اندازه‌گیری کیفیت زندگی در مبتلایان به نارسایی قلبی است. محتوای این پرسشنامه براساس ماهیت بیماری و پاسخ جنبه‌های جسمی، عاطفی، روحی و اجتماعی کیفیت زندگی به درمان طراحی گردیده است. این پرسشنامه از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار است. همچنین نمرات این پرسشنامه رابطه مستقیمی با شدت نارسایی قلبی (NYHA) دارد. در این مقاله به معرفی MLHFQ به عنوان یک پرسشنامه پرکاربرد در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پرداخته می‌شود.

کلید واژه‌ها: نارسایی قلبی، کیفیت زندگی، مینه‌سوتا

علی عباسی

کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی

عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی گلستان

حسین نصیری

کارشناس ارشد اصول و فنون و مدیریت خدمات

پرستاری

عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسنده مسئول: علی عباسی

پست الکترونیکی: [abbasi-msn@yahoo.com](mailto:abbasi-msn@yahoo.com)

نشانی: گرگان، کیلومتر ۲ جاده گرگان به

ساری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان (بنیاد

فلسفی)، دانشکده پرستاری و مامایی بویه گرگان

تلفن: ۰۱۷۱-۴۴۲۶۹۰۰

نمابر: ۴۴۲۵۱۷۱

وصول مقاله: ۸۵/۹/۱۲

پذیرش مقاله: ۸۶/۴/۲

## مقدمه

کیفیت زندگی عقیده‌ای است که به وسیله تفسیر افراد از حالات سلامت خودشان در مقایسه با آنچه که آنها امیدوارند به آن دست یابند، شکل می‌گیرد. کیفیت زندگی یک درک شخصی است که به وسیله احساس افراد درباره سلامت‌شان و یا جنبه‌های غیر پزشکی زندگی‌شان نشان داده می‌شود (۱).

اسونسون و کلینچ کیفیت زندگی را به عنوان مفهومی که زندگی بیمار را هم به وسیله یک بیماری و هم به وسیله اجزاء مختلف درمان تحت تأثیر قرار می‌دهد، تعریف می‌کنند. ارزیابی کیفیت زندگی بایستی شامل بررسی حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی شامل عملکرد فیزیکی، روانی، اجتماعی، شغلی و درک در باره حالات سلامت باشد (۲).

محققینی که کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی سنجیده‌اند، گزارش کردند که کیفیت زندگی این بیماران در چندین حیطه دچار اختلال شده است. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، علائمی از قبیل دیسترس روانی، افسردگی، خصومت، اضطراب، محدودیت در فعالیت‌های روزمره زندگی، اختلال در نقش‌های شغلی، کاهش تعاملات اجتماعی با دوستان و فامیل و کاهش فعالیت و رضایت جنسی دارند (۳).

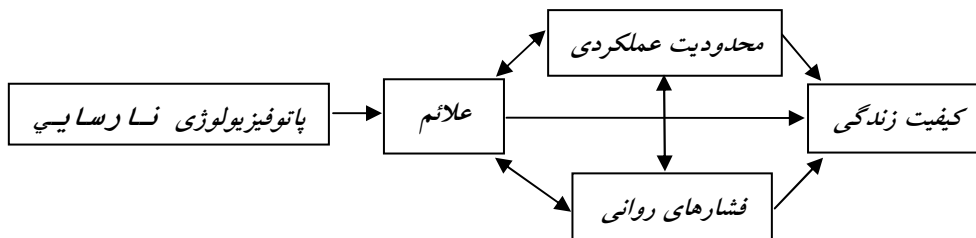
در یک مدل ذهنی از نارسایی قلبی که به وسیله رکتور ارائه شد، نشان داده شد که علائم، محدودیت‌های عملکردی و فشارهای روانی ناشی از پاتوفیزیولوژی

نارسایی قلبی که به طور مجزا، اما وابسته به هم هستند، روی کیفیت زندگی بیمار اثر می‌گذارند. در واقع متغیرهای پاتوفیزیولوژیکی بیماری به‌طور غیرمستقیم از طریق واسطه‌های نامبرده، روی کیفیت زندگی بیماران تأثیر دارند. متغیرهای پاتوفیزیولوژیکی بیماری شامل مواردی هستند که در ارزیابی عملکرد و ساختار قلب به کار می‌روند. مانند کسر تخلیه بطن چپ و حجم پایان دیاستولیک بطن چپ (۴) (شکل ۱).

بررسی کیفیت زندگی بیماران قلبی، با توجه به افزایش روزافزون این بیماری و اثرات آن بر کل شیوه زندگی بیمار و خانواده وی، اهمیت بسیاری دارد. مطالعات شهودی در مورد کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماری‌های مزمن، نشان‌دهنده یک وسعت فراگیر از اثرات نامطلوب بیماری روی عملکرد فیزیکی، روانی و اجتماعی بیماران داشته است. بنابراین اندازه‌گیری کیفیت زندگی به خصوص در ارزیابی درمان بیماری‌های قلبی اهمیت پیدا کرده است (۲). در همین راستا ابزارهای مختلفی طراحی گردیدند و دو شیوه ابزارهای عمومی و اختصاصی به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی در دسترس هستند.

## ابزارهای عمومی

ابزارهای عمومی کیفیت زندگی انواع مختلف بیماران را اندازه می‌گیرند و معمولاً یک محدوده وسیعی از زیرمجموعه‌های کیفیت زندگی مثل ظرفیت عملکردی، ناتوانی و فشار روانی را پوشش می‌دهند. از ابزارهای



شکل ۱: مدل مفهومی (ذهنی) از روابط میان پاتوفیزیولوژی نارسایی قلبی، علائم، محدودیت‌های عملکردی،

فشارهای روانی و کیفیت زندگی

می‌نماید. سؤالات این پرسشنامه در رابطه با علائم بیماری (علائم جسمی مانند تنگی نفس، خستگی، ادم محیطی و اختلال در خواب و علائم روانی مانند افسردگی و اضطراب)، روابط اجتماعی، فعالیت‌های فیزیکی و جنسی، کار و عواطف می‌باشد (۹). بیماران به ۲۱ سؤال پاسخ می‌دهند. هر سؤال ۶ معیار دارد که از صفر تا ۵ نمره گذاری شده‌اند. عدد صفر نشان‌دهنده بهترین حالت و عدد ۵ نشان‌دهنده بدترین حالت می‌باشد. بنابراین هرچه بیمار نمره مجموع بالاتری داشته باشد، کیفیت زندگی ضعیف‌تری خواهد داشت. این پرسشنامه این امکان را به وجود می‌آورد تا نمراتی از زیرمجموعه‌های فیزیکی و عاطفی به‌طور جداگانه به دست آید. همچنین قابلیت اجرایی بسیار خوبی داشته، کوتاه بوده و به آسانی قابل فهم است. این پرسشنامه ممکنست به وسیله مصاحبه، خوداجرایی و یا پرسشنامه‌های پستی اجرا شود. زیرمجموعه‌های MLHFQ ممکنست در مقایسه با مقیاس کلی آن، به منظور ارزیابی کیفیت زندگی کمتر مفید باشند (۵).

رکتور نیز در ارتباط با مدل ذهنی نارسایی قلبی گفته است که MLHFQ از هر بیمار می‌پرسد که علائم، محدودیت‌های عملکردی و فشارهای روانی به چه میزانی زندگی‌شان را تحت تأثیر قرار داده است. این پرسشنامه، یک وسیله معتبر و قابل اطمینان است که می‌تواند روابط میان واسطه‌ها و کیفیت زندگی را به خوبی تعیین نماید. بنابراین MLHFQ وسیله‌ای بی‌نظیر برای تعیین کیفیت زندگی مربوط به سلامت در مبتلایان به نارسایی قلبی است (۴).

MLHFQ از پایایی و اعتبار بالایی نسبت به سایر پرسشنامه‌ها برخوردار است و در تمامی مطالعات انجام شده در این زمینه آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ داشته است. در همین راستا رکتور پایایی این پرسشنامه را در ۱۸۱ بیمار با نارسایی قلبی کلاس III سنجد، که با آلفای

عمومی که به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی در دسترس هستند، می‌توان به مقیاس سلامت ناتینگهام<sup>۱</sup> (NHP)، مقیاس تأثیر بیماری<sup>۲</sup> (SIP) و فرم کوتاه ۳۶ آیتمی بررسی سلامت (SF36) اشاره کرد (۵).

### ابزارهای اختصاصی

ابزارهای اختصاصی روی نواحی خاصی از بیماری‌های خاص متمرکزند. پرسشنامه‌های بیماری خاص به منظور به دست آوردن اطلاعاتی در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شده‌اند. ابزارهای مختلفی در این زمینه وجود دارد (جدول ۱).

جدول ۱: ابزارهای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

پرسشنامه کیفیت زندگی نارسایی قلبی شدید (QLQ-SHF) <i>Quality of Life in Severe Heart Failure Questionnaire</i>
پرسشنامه نارسایی مزمن قلبی (CHQ) <i>Chronic Heart Failure Questionnaire</i>
پرسشنامه کاردیومیوپاتی کانزاس سیتی (KCCQ) <i>Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire</i>
پرسشنامه اختلال عملکرد بطن چپ (LVD-36) <i>Left Ventricular Dysfunction Questionnaire</i>
پرسشنامه زندگی بیماران نارسایی قلبی مینه سوتا (MLHFQ) <i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i>

رایج‌ترین و پرستفاده‌ترین این پرسشنامه‌ها شامل QLQ-SHF، CHQ و MLHFQ می‌باشد (۵ و ۶).

### پرسشنامه زندگی بیماران نارسایی قلبی مینه‌سوتا

MLHFQ یک پرسشنامه اختصاصی است که به وسیله Rector در سال ۱۹۸۴ به منظور تعیین تأثیر درمان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی گردید (۷). پرسشنامه مینه‌سوتا رایج‌ترین ابزار مورد استفاده در ارزیابی کیفیت زندگی این بیماران در مطالعات تحقیقی است (۸). این پرسشنامه درک بیماران از اثرات CHF روی جنبه‌های فیزیکی (جسمی)، اقتصادی-اجتماعی و روانی زندگی‌شان را ارزیابی

<sup>۱</sup> - Nottingham Health Profile

<sup>۲</sup> - Sickness Impact Profile

توضیحات قبلی، هر چه نمرات MLHFQ بیشتر باشد، بیمار کیفیت زندگی ضعیف‌تری خواهد داشت. اگرچه MLHFQ رایج‌ترین روش برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است، اما بایستی توجه کرد که این پرسشنامه به منظور خود ارزیابی بیماران در آزمون‌های بالینی و به منظور بررسی اثرات داروها و دیگر روش‌های درمانی طراحی شده است و در ابتدا و انتهای مداخله، کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی را سنجیده و بهبود آن را مورد بررسی قرار می‌دهد و به عنوان یک ارزیابی کامل کیفیت زندگی نمی‌باشد. به همین دلیل محدوده خاصی به منظور تعیین مطلوب و نامطلوب بودن آن در نظر گرفته نمی‌شود (۱۶).

### نتیجه‌گیری

MLHFQ یک ابزار اختصاصی بسیار مناسب در جهت تعیین کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی می‌باشد و از آن بیشتر در تعیین اثرات درمان‌های مختلف بر کیفیت زندگی استفاده می‌گردد و کمتر به منظور سنجش کیفیت زندگی به تنهایی استفاده می‌گردد. این ابزار تمامی جنبه‌های کیفیت زندگی را سنجیده و طوری طراحی شده که قابل درک به وسیله تمامی بیماران می‌باشد.

برابر با ۰/۹۴ پایایی بالای آنرا نشان داده شد (۱۰). گورکین نیز این مورد را در ۱۲۳ بیمار با نارسایی قلبی کلاس II و III سنجید و آلفای برابر با ۰/۹۴ را به دست آورد (۱۱). بنت نیز در ۲۱۱ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی کلاس‌های I-IV با آلفای برابر با ۰/۹۲ پایایی بالایی را به دست آورد (۱۲). در مورد پایایی این ابزار می‌توان به این نکته نیز اشاره نمود که نمرات حاصل از MLHFQ در مطالعاتی که داده‌ها به وسیله تلفن جمع‌آوری شده بودند، نسبت به داده‌هایی که به وسیله خود بیماران در کلینیک به دست آمدند، پایاتر بود (۱۳).

در اکثر مطالعات انجام شده به منظور تعیین اعتبار (Validity)، از روش میزان همبستگی میان نمرات MLHFQ و نمرات سایر روش‌های موجود استفاده گردید. بنت همبستگی میان نمرات MLHFQ و نمرات نارسایی مزمن قلبی با ضریب همبستگی برابر با ۰/۸۱، اعتبار بالایی را به دست آورد (۱۲). همچنین Ni همبستگی میان نمرات MLHFQ و نمرات SF-12 را اندازه‌گیری کرد و با ضریب همبستگی برابر با ۰/۶۱ اعتبار بالایی را نشان داد (۱۴). گورکین نیز همبستگی میان نمرات MLHFQ و مقیاس حالات عملکردی را سنجید که ضریب همبستگی برابر با ۰/۷۵ اعتبار بالایی را نشان داد (۱۱).

در اکثر مطالعات مربوط به بررسی کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی، رابطه میان نمرات MLHFQ و شدت بیماری<sup>۱</sup> (NYHA) تعیین گردید (۱۱ و ۱۲). در این زمینه کوبونشان داد که میانگین نمرات MLHFQ به‌طور معنی‌داری با شدت بیماری تغییر می‌کند. به‌طوری‌که میانگین نمرات بیماران کلاس‌های I، II، III و IV نارسایی قلبی به ترتیب ۲۱، ۳۷، ۵۳ و ۶۹ بود. این نمرات نشان می‌داد که هرچه شدت بیماری قلبی بیشتر باشد، نمرات کیفیت زندگی بیشتر می‌شود (۱۵) و طبق

<sup>1</sup> - New York Heart Association

پرسشنامه زندگی بیماران نارسایی قلبی مینه سوتا (MLHFQ)

مشکلات ناشی از بیماری	۰	۱	۲	۳	۴	۵
۱- آیا بیماری سبب ادم در اندام های تحتانی شما شده است؟	خیر	ادم تا قوزک پا	ادم تا زانو	ادم تا ساکروم	ادم زنرالیزه	
۲- آیا بیماری شما را وادار به نشستن در طی روز می کند؟	خیر	۱ بار در طی روز	۲ بار در طی روز	۳ بار در طی روز	۴ بار در طی روز	بیش از ۵ بار در طی روز
۳- آیا بیماری قدم زدن یا بالا رفتن از پله را برای شما مشکل می سازد؟	خیر	۲۰ پله یا بیشتر	۱۵ پله	۱۰ پله	۵ پله	کمتر از ۴ پله
۴- آیا بیماری سبب ایجاد مشکل در حین کار در منزل برای شما می شود؟	خیر	۲۰ دقیقه کار	۱۵ دقیقه کار	۱۰ دقیقه کار	۵ دقیقه کار	کمتر از ۵ دقیقه کار
۵- آیا بیماری قدم زدن در مکانهای دور از خانه را برای شما مشکل می کند؟	خیر	کمتر از ۵۰ قدم	کمتر از ۴۰ قدم	کمتر از ۳۰ قدم	کمتر از ۲۰ قدم	کمتر از ۱۰ قدم
۶- آیا بیماری سبب ایجاد مشکل در حین خواب برای شما می شود؟	خیر	استفاده از ۱ بالش	استفاده از ۲ بالش	استفاده از ۳ بالش	استفاده از ۴ بالش	استفاده از ۵ بالش
۷- آیا بیماری سبب ایجاد مشکل در هنگام ارتباط شما با دوستان و اعضای خانواده می گردد؟	خیر	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۸- آیا بیماری در هنگام انجام فعالیتهای روزمره برای شما مشکل ایجاد می نماید؟	خیر	بسیار کم	کم	متوسط	حد زیاد	فعالیت در حد بسیار زیاد
۹- آیا بیماری سبب ایجاد مشکل در هنگام ورزش فعالیت جسمانی و تفریح برای شما می گردد؟	خیر	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱۰- آیا بیماری سبب می شود شما قادر به انجام شغل خود نباشید؟	خیر	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱۱- آیا بیماری در فعالیت های جنسی شما ایجاد مشکل می نماید؟	خیر	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱۲- آیا بیماری سبب می شود تا شما از غذای مورد علاقه خود کمتر استفاده کنید؟	خیر	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱۳- آیا بیماری سبب تنگی نفس در شما می گردد؟	خیر	۱ بار در طی روز	۲ بار در طی روز	۳ بار در طی روز	۴ بار در طی روز	۵ بار در طی روز
۱۴- آیا بیماری سبب ایجاد خستگی یا کاهش انرژی در شما می گردد؟	خیر	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱۵- آیا بیماری تا بحال سبب بستری شدن شما در بیمارستان شده است؟	خیر	۱ بار در طی ۶ ماه اخیر	۲ بار در طی ۶ ماه اخیر	۳ بار در طی ۶ ماه اخیر	۴ بار در طی ۶ ماه اخیر	۵ بار در طی ۶ ماه اخیر
۱۶- آیا پرداخت هزینه های درمان باعث ایجاد مشکل در زندگی شما شده است؟	خیر	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱۷- آیا داروهای مصرفی جهت درمان نارسایی قلبی منجر به ایجاد عوارض جانبی در شما میشود؟	خیر	بندرت	گاهی اوقات	اغلب	اکثر اوقات	بسیار زیاد
۱۸- آیا بیماری سبب ایجاد حس سربار بودن در خانواده برای شما می شود؟	خیر	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱۹- آیا بیماری سبب ایجاد احساس نگرانی در شما می گردد؟	خیر	بندرت	گاهی اوقات	اغلب	اکثر اوقات	بسیار زیاد

بسیار زیاد	اکثر اوقات	اغلب	گاهی اوقات	بندرت	خیر	۲۰- آیا بیماری سبب ایجاد اختلال در تمرکز حواس و یادآوری مطالب در شما می‌گردد؟
بسیار زیاد	اکثر اوقات	اغلب	گاهی اوقات	بندرت	خیر	۲۱- آیا بیماری سبب ایجاد احساس افسردگی در شما می‌گردد؟

## References

- 1) Kuehner C, Bueger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles, and social support. *L Affective Disor.* 2005; 86: 205-13.
- 2) Swenson JR, Clinch J. Assessment of quality of life in patients with cardiac disease: the role of psychosomatic medicine. *J Psychosom Res.* 2000; 48:405-15.
- 3) Finch N, Sneed N. Quality of life when living with heart failure. *Cirt Care Nurs Clin N Am.* 2003; 15:511-17.
- 4) Rector TS. A conceptual model of quality of life in relation to heart failure. *J Cardiac Failure.* 2005; 11:173-76.
- 5) Dunderdal K, Thompson DR, Miles JNV. Quality-of- life measurment in chronic heart failure: do we take account of the patients perspective? *Eur J Heart Fail.* 2005; 7:572-82.
- 6) Bennett S, Oldridge N, Eckert G, et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measurers in heart failure. *Qul Life Res.* 2002; 11:349-59.
- 7) Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patients' self assessment of their congestive heart failure: II. Content, reliability and validity of a new measure-the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Heart Failure.* 1987;3:198-209.
- 8) Parajón T, Lupón J, González B, et al. Use of the "Minnesota Living With Heart Failure" Quality of Life Questionnaire in Spain. *Revista Espanola de Cardiologia.* 2004; 57:155-60.
- 9) Quittan M, Wiesinger GF, Crevenna R, et al. Cross-cultural adaptation of the Minnesota Living with Heart failure Questionnaire for german-speaking patients. *J Rehabil Med.* 2001;33:182-86.
- 10) Rector TS, Cohn JN. With the Pimobendan Multicenter Research Group. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire; reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo- controlled trial of pimobendan. *Am Heart J.* 1992; 124:1017-25.
- 11) Gorkin L, Norvell NK, Rosen RC, et al. Assessment of quality of life as observed from the baseline data of the Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD) trial quality-of-life substudy. *Am J Cardiol.* 1993;71:1069-73.
- 12) Bennett SJ, Oldridge NB, Eckert GJ, et al. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. *Quality of Life Res.* 2002;11:349-59.
- 13) Bennett SJ, Oldridge NB, Eckert GJ, et al. Comparison of quality of life measures in heart failure. *Nursing Res.* 2003;52:207-16.
- 14) Ni H, Toy W, Burgess D, et al. Comparative responsiveness of short-form 12 and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure.* 2000; 6(2):83-91.
- 15) Kubo SH, Schulman S, Starling RC, et al. Dvelopment and validation of a patient questionnaire to determine New York Heart Association classification. *J Cardiac Failure.* 2004;10:228-35.
- 16) Hak T, Willems D, Van der wal G, et al. A qualitative validation of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Qual Life Res.* 2004; 14:417-26.