

Quality of Life in Patients with Heart Failure

Abbasi K¹, *Mohammadi E², Sadeghian H³, Gholami Fesharaki M⁴

1- Master of Science in Nursing Education, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2- Professor, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
(Corresponding author)

Email: Emohamade@modares.ac.ir

3- Associate Professor, Echocardiography Department, Tehran Heart Centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Cardiovascular diseases are the most important cause of death in worldwide. The main outcome of the heart failure is impaired functional abilities and limitations in job, family and community, and finally decline of the patients quality of life. Because of the nature of the chronic, progressive and irreversible disease, the goal of treatment and care is improving the patients quality of life. Despite costly treatment and care, full information regarding the quality of life in these patients is not available. Therefore, this study aimed to determine the quality of life in patients with heart failure and related factors was designed.

Method: This study is a analytical cross-sectional study that, samples were selected with convenient method among patients referred to Tehran Heart Center at the beginning of June to the end of September 2014. 105 heart failure patients with ejection fraction of the heart less than 30% and functional class 3 and 4 were selected. Data collection with quality of life of patients with heart failure questionnaire Minnesota (MLHFQ) was performed. To analyze the data, descriptive and inferential statistics were used by the software SPSSver20.

Results: 53/3% of patients aged over 60 years (old). Most patients were male (68/57%), married (62/9%) and ejection fraction of 20-10 percent (80%). The average quality of life in physical, psychological, socioeconomic, and total quality of life as 28/21, 10/45, 7/17 and 45/94. Analysis of the data revealed that among most demographic variables (age, sex, marital status, education level, occupation, life type, duration of illness, number of hospitalizations, smoking, alcohol and drugs) with three dimensions and total average of quality of life there is a significant relationship.

Conclusion: Quality of life in patients with heart failure has improved compared to previous studies that suggest an effect of treatment and care, but the quality of life can not be determined as suitable, so plan to improve the quality of life in patients with heart failure and control of modifiable variables in these patients is necessary.

Key words: Heart Failure, Quality of Life, Nurse.

Received: 9 October 2015

Accepted: 19 February 2016

بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

کیوان عباسی^۱، *عیسی محمدی^۲، حکیمه صادقیان^۳، محمد غلامی فشارکی^۴

۱- دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲- استاد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Emohamade@modares.ac.ir

۳- دانشیار، گروه اکوکاردیوگرافی، مرکز قلب تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۵، ۲۳-۱۰

چکیده

مقدمه: بیماریهای قلبی عروقی مهم ترین علت مرگ و میر در سراسر دنیا می باشند. پیامد اصلی نارسایی قلبی اختلال در توانایی عملکردی بیماران و ایجاد محدودیت در وظایف شغلی، خانوادگی و اجتماعی و در نهایت افت کیفیت زندگی بیماران است. بدلیل ماهیت مزمن، پیشرونده و غیرقابل برگشت این بیماری، هدف درمان و مراقبت، بهبود کیفیت زندگی بیماران است. با وجود مداخلات درمانی و مراقبتی پرهزینه، اطلاعات کامل و دقیقی از وضعیت کیفیت زندگی این بیماران در دسترس نیست. لذا این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و عوامل مرتبط با آن طراحی و اجرا گردید.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که نمونه ها به روش در دسترس از بین افراد مراجعه کننده به مرکز قلب تهران از ابتدای خرداد الی پایان شهریور سال ۱۳۹۳ انتخاب گردیدند. ۱۰۵ بیمار نارسایی قلبی با کسر تخلیه قلب کمتر از ۳۰٪ و سطح عملکردی ۳ و ۴ انتخاب شدند. گردآوری داده ها با پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی مینه سوتا (MLHFQ) انجام شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSSver ۲۰ استفاده گردید.

یافته ها: ۵۳/۳٪ از بیماران در محدوده سنی بیشتر از ۶۰ سال (سالمندی) قرار داشتند. اغلب بیماران، مرد (۶۸/۵۷٪)، متاهل (۶۲/۹٪) و کسر تخلیه ای ۲۰-۱۰ درصد (۸۰٪) داشتند. میانگین کیفیت زندگی در ابعاد جسمی، روحی روانی، اجتماعی اقتصادی و میانگین کل کیفیت زندگی به ترتیب ۲۸/۲۱، ۱۰/۴۵، ۷/۱۷ و ۴۵/۹۴ بود. تجزیه و تحلیل داده ها بیانگر این است که بین اغلب متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل، نوع زندگی، طول مدت ابتلا به بیماری، تعداد دفعات بستری، مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر) با هر سه بعد کیفیت زندگی و میانگین کل کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد.

نتیجه گیری: کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نسبت به مطالعات پیشین بهبود پیدا کرده است که بیانگر تاثیر مداخلات درمانی و مراقبتی است؛ اما وضعیت کیفیت زندگی این بیماران در حد مطلوبی ارزیابی نمی گردد؛ لذا برنامه ریزی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی و کنترل برخی متغیرهای قابل اصلاح در این بیماران ضروری به نظر می رسد.

کلیدواژه ها: نارسایی قلبی، کیفیت زندگی، پرستار.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۷/۱۷

مقدمه

قلبی به حساب می آید (۱۸). شناخت وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و عوامل مؤثر بر آن توسط پرستاران می تواند راهنمایی باشد برای این که تشخیص های پرستاری، اقدامات، مداخلات، ارزشیابی و تنظیم برنامه های ترخیص بیمار با در نظر گرفتن این متغیرها صورت پذیرد (۱۱). از آن جا که این بیماری بر کل ابعاد زندگی بیمار یعنی شرایط جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر می گذارد، پرستاران باید با کسب اطلاعات جامع از کیفیت زندگی بیماران، برنامه ریزی های دقیق تری را انجام دهند (۱۹). دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی علاوه بر کمک به درمان مؤثر، در ارتقای برنامه های حمایتی و اقدامات توانبخشی نیز سهم عمده ای دارد (۲۰). از آنجایی که به حداکثر رساندن کیفیت زندگی یکی از اهداف عمده درمان مبتلایان به نارسایی قلبی است، بنابراین در گام اول، مراقبین بهداشتی و محققان باید اطلاعات بیشتری در مورد کیفیت زندگی این بیماران و نحوه ارتقای آن کسب نمایند (۲۱). علیرغم وجود سابقه تحقیقات متعدد در خصوص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، پیچیدگی و گستردگی تعاریف و ابعاد کیفیت زندگی اهمیت انجام پژوهش های نو در موضوع مورد بحث را بیش از پیش نمایان می سازد (۲۲). لذا این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در ابعاد جسمی، روحی روانی و اجتماعی اقتصادی و همچنین ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای دموگرافیک و متغیرهای تأثیرگذار انجام پذیرفته است.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به منظور سنجش میزان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و عوامل مرتبط با آن انجام شد. نمونه ها به صورت نمونه گیری آسان (در دسترس) از بین افراد مراجعه کننده به مرکز قلب تهران (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران) انتخاب گردیدند. علت انتخاب این مرکز، ارجاع بیماران نارسایی قلبی از تمام نقاط کشور، تمرکز این بیماران در آنجا و سهولت دسترسی به آنها بود. جامعه پژوهش تمامی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به مرکز قلب تهران از ابتدای خرداد الی پایان شهریور سال ۱۳۹۳ بودند که از میان آنها با استفاده از فرمول برآورد میانگین حجم نمونه ($d=3$, $\alpha=0.05$ و $\beta=0.1$) بیمار نارسایی قلبی که با استناد به پرونده بر اساس اکوکاردیوگرافی، کسر تخلیه قلب (EF) کمتر از ۳۰٪ و بر اساس طبقه بندی انجمن قلب نیویورک در سطح عملکردی ۳ و ۴ قرار داشتند و با استناد به پرونده پزشکی اختلال شناخته شده روانی نداشتند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. جهت

بیماریهای قلبی عروقی از سال ۱۹۰۰، به جز سال ۱۹۱۸، هر ساله مهم ترین علت مرگ و میر در آمریکا بوده و بر اساس گزارش انجمن قلب آمریکا^۱ (۲۰۱۴)، این بیماریها در سال ۲۰۱۰، مسئول حدود ۳۱/۹٪ از کل مرگ ها بوده اند (۱). بیماریهای قلبی و عروقی و عوارض ناشی از آن، یکی از علل مهم مرگ و میر در کشورهای صنعتی و در حال توسعه از جمله کشور ماست (۲) و پژوهش های انجام شده در ایران شیوع بیماری های قلبی عروقی را ۳۲/۲ درصد گزارش کرده اند (۳). نارسایی قلبی، مسیر نهایی مشترک تمامی اختلالات قلبی شناخته می شود (۴). شیوع این بیماری اولاً به علت افزایش امید به زندگی که منجر به افزایش بیماری های مزمن مانند نارسایی مزمن قلبی می شود و ثانیاً به علت پیشرفت در درمان بیماریهای قلبی، افزایش یافته است (۵). انجمن قلب آمریکا گزارش کرده است که حدود ۷/۳٪ از کل مرگ های ناشی از بیماری های قلبی عروقی به دلیل نارسایی قلبی است (۱). پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰، سالیانه بیشتر از ۲۳/۳ میلیون نفر بر اثر بیماریهای قلبی عروقی فوت کنند (۶) و شیوع نارسایی قلبی به ۲۵٪ افزایش یابد (۷). نارسایی قلبی (HF)^۲ اغلب به نارسایی احتقانی قلب (CHF)^۳ یعنی عدم توانایی قلب جهت پمپاژ کافی خون برای برآوردن نیاز بافت ها به اکسیژن و مواد مغذی اطلاق می شود (۸). علائم بیماری و عوارض ناشی از آن به مرور زمان سبب محدودیت هایی در روند زندگی عادی بیماران گردیده و کیفیت زندگی آنها را متأثر می سازد (۹). در میان بیماریهای قلبی، بیماری نارسایی قلبی علاوه بر تبعات فیزیکی به همین میزان سلامت روانی، اجتماعی و روانی بیمار و به تبع آن درک بیمار را از سلامت تحت الشعاع قرار می دهد. افزایش طول عمر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی همراه با آثار عمیقی که این بیماری بر زندگی فردی و اجتماعی فرد و خانواده وی می گذارد و ماهیت مزمن، پیشرونده و غیر قابل برگشت آن از مهمترین دلایل افت کیفیت زندگی این بیماران می باشد؛ به طوری که در اغلب مطالعات به این نکته اشاره شده است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از سایر بیماریهای مزمن پایین تر است (۱۰-۱۷). اختلال در کیفیت زندگی نه تنها اثر منفی بر زندگی اجتماعی، خانوادگی، کار و فعالیت تفریحی دارد، بلکه خطر بستری شدن و مرگ ناشی از این بیماری را افزایش می دهد (۱۷). بنابراین کیفیت زندگی عامل پیش بینی کننده پیامدهای نارسایی

- 1- American Heart Association
- 2-Heart Failure
- 3-Congestive Heart Failure

این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است و در تمامی مطالعات انجام شده در این زمینه، آلفای کرونباخ در حدود ۰/۹ داشته است (۲۷ و ۲۸). روایی نسخه فارسی پرسشنامه مینه سوتا در مطالعه صادقی و همکاران با روش اعتبار محتوی صورت گرفت (۲۹). همچنین جهت سنجش پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر، از ضریب آلفاکرونباخ استفاده شد که با توجه به اینکه ۰/۹۶ بدست آمد، می توان این ابزار را بر اساس شیوه هماهنگی درونی گویه ها، پایا قلمداد کرد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. جداول فراوانی و شاخص های مرکزی و پراکندگی در قالب آمار توصیفی ارائه شده اند. جهت تعیین نرمال بودن توزیع متغیرها در بین نمونه های آزمون از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و جهت بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با کیفیت زندگی، از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون آماری T مستقل و آزمون آماری ANOVA استفاده گردید. در این پژوهش سطح معنی داری آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها نیز از نرم افزار SPSS ver ۲۰ استفاده گردید.

یافته ها

بررسی اطلاعات دموگرافیک نمونه ها نشان داد که اغلب بیماران، مرد، متأهل، دارای تحصیلات ابتدایی و میانگین کسر تخلیه ای ۱۸/۹۵٪ بودند. همچنین اغلب بیماران تحت مطالعه بیان کردند که سیگار، الکل و مواد مخدر مصرف نمی کنند. سایر مشخصات دموگرافیک نمونه های پژوهش در جداول ۱ و ۲ ارائه گردیده است.

موارد اخلاقی در این پژوهش، از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش، رضایت نامه آگاهانه و آزادانه اخذ گردید و به آنها گفته شد که شرکت در مطالعه داوطلبانه بوده و فرد می تواند از شرکت در آن امتناع ورزد. همچنین به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات دموگرافیک و پاسخ های آنها به صورت محرمانه حفظ شده و برای محرمانه ماندن اسامی شرکت کنندگان، به جای نام افراد از کدهای عددی استفاده شد. گردآوری داده ها با پرسشنامه سنجش اطلاعات دموگرافیک و متغیرهای مداخله گر که بر اساس منابع موجود در کتب و مقالات، نظرات اساتید مربوطه و رویکرد مطالعه تهیه شد و پرسشنامه زندگی بیماران نارسایی قلبی مینه سوتا (MLHFQ) انجام شد. MLHFQ یک پرسشنامه اختصاصی است که به وسیله رکتور (Rector) در سال ۱۹۸۴ به منظور تعیین تاثیر درمان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی گردید (۲۳). پرسشنامه مینه سوتا^۱ رایج ترین ابزار مورد استفاده در ارزیابی کیفیت زندگی این بیماران در مطالعات تحقیقی است (۲۴). این پرسشنامه درک بیماران از اثرات نارسایی قلبی روی ابعاد جسمی را با ۱۲ عبارت، اقتصادی اجتماعی را با ۴ عبارت و روحی روانی را با ۵ عبارت ارزیابی می نماید. سوالات 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 می باشد (۲۵). بیماران به ۲۱ سؤال پاسخ دادند. هر سؤال ۶ معیار دارد که از صفر تا ۵ نمره گذاری شده اند. عدد صفر نشان دهنده بهترین حالت و عدد ۵ نشان دهنده بدترین حالت می باشد؛ بنابراین حداقل نمره کسب شده از این پرسشنامه، صفر و حداکثر ۱۰۵ خواهد بود و هرچه بیمار نمره مجموع بالاتری داشته باشد، کیفیت زندگی ضعیف تری خواهد داشت (۱۹). نسخه اصلی این پرسشنامه به زبان انگلیسی است و با اجازه موسسه مربوطه توسط حکمت پو با استفاده از روند علمی تعیین کیفیت ترجمه ابزار^۲ از روش ترجمه بازگشتی زبان مقصد-زبان منبع^۳ به زبان فارسی برگردانده شده است (۲۶).

- 1- Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
- 2- Quality of Instrument Translation
- 3- Forward and Back Translation

جدول ۱: توزیع فراوانی و میانگین ابعاد کیفیت زندگی شرکت کنندگان در مطالعه بر اساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر	درصد	میانگین ابعاد کیفیت زندگی			میانگین کل کیفیت زندگی
		جسمی	روحي روانی	اجتماعی اقتصادی	
سن	< ۴۰	۱۳/۳	۱۰/۲۸	۵/۴۲	۱۷/۷۸
	۴۱-۶۰	۳۳/۳	۲۲/۴۵	۸/۱۴	۳۶/۴۲
	> ۶۰	۵۳/۳	۳۶/۳	۱۳/۱	۵۸/۹۲
جنس	مرد	۶۸/۵۷	۲۳/۷۶	۹/۲۶	۳۹/۶۵
	زن	۳۱/۴۳	۳۷/۹۳	۱۳/۰۶	۵۹/۶۶
وضعیت تاهل	متاهل	۶۲/۹	۲۹/۲۲	۱۰/۵۳	۴۷/۴
	مجرد	۱۷/۱	۴۰/۷۷	۱۵/۵	۶۶/۳۸
	مطلقه	۹/۵	۱۱/۲	۴	۱۷/۳
	همسر فوت شده	۱۰/۵	۱۷/۰۹	۷/۶۳	۲۹/۷۲
میزان تحصیلات	ابتدایی	۳۲/۴	۳۹/۳۲	۱۴/۲۶	۶۳/۱۴
	سیکل	۱۷/۱	۲۴/۳۸	۱۱/۴۴	۴۲
	دیپلم	۲۶/۷	۲۹/۳۵	۹/۴۶	۴۶/۲۱
	دانشگاهی	۲۳/۸	۱۴/۶	۵/۶۸	۲۵/۰۸
شغل	کارگر	۶/۷	۱۰/۵۷	۹/۵۷	۲۴/۵۷
	کارمند	۱۳/۳	۱۱/۳۵	۵	۱۸/۸۵
	بازنشسته	۳۸/۱	۲۸/۳۲	۹/۸	۴۵/۳۵
	آزاد	۲۰	۳۲/۵۲	۱۱/۴۲	۵۳/۲۸
	خانه دار	۱۴/۳	۴۳/۴۶	۱۶/۲۶	۷۰
	بیکار	۷/۶	۳۲/۷۵	۱۰/۶۲	۵۰/۶۲
کیفیت زندگی		۲۸/۲۱	۱۰/۴۵	۷/۱۷	۴۵/۸۳

جدول ۲: توزیع بیماری های همراه و شاخص های تمرکز شرکت کنندگان در مطالعه برای متغیرهای تاثیرگذار

متغیر	فراوانی	درصد
بیماری های تنفسی	۵۴	۵۱/۴۲
بیماری عروق کرونر و سکت قلبی	۵۰	۴۷/۶۱
افسردگی	۲۸	۲۶/۶۶
فشارخون بالا	۲۳	۲۱/۹
دیابت	۸	۷/۶۱
مشکلات کلیوی	۵	۴/۷۶
سکت مغزی	۳	۲/۸۵
بیماری های اسکلتی عضلانی	۳	۲/۸۵
متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۶۰/۸۵	۱۲/۶۷
طول مدت ابتلا به بیماری (ماه)	۳۹/۳۸	۳۳/۲۵
تعداد دفعات بستری	۳/۰۵	۱/۵۸
کسر تخلیه ای (درصد)	۱۸/۹۵	۵/۴۹
نمایه توده بدنی	۲۶/۹۵	۴/۸۵
فشار خون سیستولیک (mmHg)	۱۲۱/۱۵	۱۶/۳۵
فشار خون دیاستولیک (mmHg)	۷۴/۷۲	۸/۰۹

یافته های مطالعه بیانگر این است که بین سن، طول مدت ابتلا به بیماری و تعداد دفعات بستری با هر سه بعد کیفیت زندگی و میانگین کل کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. بدین صورت که با افزایش متغیرهای سن، طول مدت ابتلا به بیماری و تعداد دفعات بستری بیماران، میانگین کیفیت زندگی آنان در هر سه بعد و در نتیجه میانگین کل کیفیت زندگی آنها افزایش یافت که به معنی بدتر شدن کیفیت زندگی این بیماران می باشد. همچنین میان میزان کسر تخلیه ای با بعد روحی روانی، میزان توده بدنی با بعد جسمی و میانگین کل کیفیت زندگی و میانگین کل کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. به این صورت که با کاهش میزان کسر تخلیه ای، افزایش نمایه توده بدنی و افزایش میزان فشارخون سیستولیک، میانگین کیفیت زندگی شرکت کنندگان در پژوهش در ابعاد ذکر شده و در نتیجه میانگین کل کیفیت زندگی آنها افزایش یافت که به معنای بدتر شدن کیفیت زندگی این بیماران می باشد. آزمون آماری T مستقل نشان داد که رابطه میان جنس با هر سه بعد و میانگین کل کیفیت زندگی، مصرف سیگار

با ابعاد جسمی، اجتماعی اقتصادی و میانگین کل کیفیت زندگی، مصرف الکل با بعد اجتماعی اقتصادی و میانگین کل کیفیت زندگی و مصرف مواد مخدر با بعد اجتماعی اقتصادی از نظر آماری معنادار می باشد. بدین صورت که مردان از کیفیت زندگی مطلوب تری نسبت به زنان برخوردار بودند. همچنین میانگین کیفیت زندگی افرادی که سیگار، الکل و مواد مخدر مصرف می کردند، از سایر افراد بیشتر بود که به معنای کیفیت زندگی نامطلوب تر این افراد می باشد. همچنین آزمون ANOVA نشان داد که به جز ارتباط میان نوع زندگی و بعد روحی روانی، سایر ارتباطات میان وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل و نوع زندگی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و میانگین کل کیفیت زندگی معنادار می باشد. به این ترتیب که بیماران مطلقه و همسر فوت شده که اغلب با فرزندان خود زندگی می کردند، نسبت به متاهلین و مجردان، کیفیت زندگی مطلوب تری داشتند و کیفیت زندگی متاهلین نیز از مجردان بهتر بود. همچنین افراد دارای مدارک دانشگاهی کیفیت زندگی بهتری نسبت به سایر بیماران داشتند (جدول شماره ۳).

جدول ۳: همبستگی و ارتباط متغیرهای دموگرافیک با ابعاد کیفیت زندگی

متغیر	کیفیت زندگی				آزمون آماری
	بعد جسمی	بعد روحی روانی	بعد اجتماعی اقتصادی	میانگین کل کیفیت زندگی	
سن	۰/۶۲۳**	۰/۵۲۶**	۰/۷۴۱**	۰/۶۴۱**	ضریب همبستگی پیرسون یا اسپیرمن
طول مدت ابتلا به بیماری	۰/۳۱۸**	۰/۲۲۳*	۰/۴۵۰**	۰/۳۲۵**	
تعداد دفعات بستری	۰/۴۱۷**	۰/۳۸۳**	۰/۵۸۳**	۰/۴۴۸**	
میزان کسر تخلیه ای	-۰/۱۱۹	-۰/۲۴۸*	-۰/۱۴۱	-۰/۱۵۸	
میزان توده بدنی	۰/۳۱۳**	۰/۰۹۰	۰/۱۳۲	۰/۲۴۴*	
میزان فشار خون سیستولیک	۰/۱۹۷*	۰/۲۲۵*	۰/۱۲۹	۰/۲۰۵*	آماره t (مستقل T)
میزان فشار خون دیاستولیک	-۰/۰۴۲	-۰/۰۰۴	-۰/۱۶۶	-۰/۰۵۸	
جنس	-۴/۷۰۴*	-۳/۰۹۳*	-۲/۵۴۹*	-۴/۰۹۳*	
مصرف سیگار	۳/۷۹۱*	۲/۳۷۶	۳/۴۲۹*	۳/۵۷۴*	
مصرف الکل	۱/۶۴۸	۲/۳۹۰	۴/۰۱۳*	۲/۰۰۹*	
مصرف مواد مخدر	۱/۰۰۴	۲/۰۸۹	۲/۸۷۴*	۱/۳۶۴	آماره F (ANOVA)
وضعیت تاهل	۱۳*	۱۱/۲۷*	۱۱/۸۴*	۱۳/۷۳*	
سطح تحصیلات	۱۸/۵۳*	۱۳/۶۷*	۸/۹۱*	۱۶/۴*	
شغل	۱۳/۰۲*	۶/۶۶*	۸/۸۸*	۱۱/۲۴*	
نوع زندگی	۳/۷۶*	۰/۰۹	۱/۴۷*	۲/۱*	

*معنی دار در سطح ۰/۰۵، **معنی دار در سطح ۰/۰۱

بحث

اگرچه یافته های این مطالعه نشان داد که وضعیت کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در ابعاد جسمی، روحی روانی و اجتماعی اقتصادی نسبت به اغلب مطالعات داخلی و خارجی مرور شده در وضعیت مطلوب تری قرار دارد و فقط میانگین کیفیت زندگی نمونه های مطالعه Evangelista در کالیفرنیا (۲۰۱۲) بهتر از مطالعه حاضر بود (۳۰)، اما همچنان کیفیت زندگی این بیماران در وضعیت مطلوبی نمی باشد.

بررسی میانگین کیفیت زندگی در سایر مطالعات مشابه که بر روی بیماران نارسایی قلبی انجام شده بود، نشان دهنده اختلاف زیاد با مقادیر به دست آمده در این مطالعه می باشد (جدول شماره ۴). بطوریکه در مطالعات Britz (۲۰۱۰)، صادقی شرمه (۲۰۰۹)،

Holst (۲۰۰۱) و عباسی (۲۰۰۷) میانگین کیفیت زندگی نمونه های پژوهش بیشتر از مطالعه حاضر بود که نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر بیماران در این مطالعات می باشد (۳۱،۲۹،۳۲) و (۳۳). لازم به ذکر است که در مطالعه Evangelista و همکاران (۲۰۱۲)، این میانگین کمتر از مطالعه حاضر می باشد (۳۰)، که نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر نسبت به نمونه های پژوهش حاضر می باشد. مهمترین دلایل ذکر شده در این مطالعات که می تواند توجیه کننده قسمتی از اختلافات بوجود آمده باشد، در جدول شماره ۴ آمده است.

جدول ۴: مقایسه میزان تغییرات کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش بعد از مداخله با مطالعات مشابه

مطالعه	میانگین کیفیت زندگی (بر اساس پرسشنامه مینه سوتا)*	مهمترین ویژگی های تاثیر گذار نمونه ها و مطالعه در میانگین کیفیت زندگی
Britz	۶۷	میانگین سنی ۷۱ سال، محیط متفاوت انجام پژوهش (میشیگان)
صادقی شرمه	۶۶ و ۷۱	میانگین سنی ۵۳ سال، کلاس ۳ و ۴، وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین تر، علایم بالینی شدیدتر و زمان انجام پژوهش (۱۳۸۴)
Holst	۵۳	کلاس ۳ و ۴، EF<۴۰٪، میانگین سنی ۵۴ سال و محیط متفاوت انجام پژوهش (استرالیا)
عباسی	۵۲	محیط متفاوت انجام پژوهش (شهر اهواز) و زمان انجام آن (سال ۱۳۸۴)
مطالعه حاضر	۴۶	کلاس ۳ و ۴، EF<۳۰٪ و میانگین سنی ۶۰ سال
برهانی	۴۵ و ۶۰	محیط متفاوت انجام پژوهش (کرمان)، بیشتر بودن درصد زنان، معیار ورودی سن بیشتر از ۴۰ سال و میانگین سنی ۶۲ سال
Evangelista	۳۸ و ۳۵	محیط متفاوت انجام پژوهش (کالیفرنیا)، میانگین سنی پایین تر نمونه ها (۵۳/۶ سال)، میانگین کسر تخلیه ای بیشتر (۲۵/۳ درصد) و کلاس نارسایی قلبی پایین تر (کلاس ۲)

*برای مطالعات مداخله ای دارای دو گروه کنترل و آزمون، میانگین کیفیت زندگی بیماران قبل از مداخله ذکر گردیده است.

بررسی میانگین سنی سایر مطالعات مشابه که بر روی بیماران نارسایی قلبی در داخل کشور انجام شده بود، تقریباً نزدیک به میانگین سنی بیماران مطالعه حاضر می باشد (۱۵،۱۴، ۳۳-۴۰). این موضوع نشان می دهد که نمونه های انتخاب شده می تواند تا حدودی معرف جامعه باشد و جمعیت مبتلا به نارسایی قلبی که بیماری سالمندی است (۴۱) نیز در کشور حدود ۶۰ سال گزارش شده است. در این مطالعه با افزایش سن بیماران، نمرات حاصل از پرسشنامه مینه سوتا افزایش و کیفیت زندگی بیماران نامطلوب تر گردید که این امر با توجه به مشکلات جسمی و روانی عدیده ای که سالمندان با آن سر

و کار دارند، منطقی به نظر می رسد. این نتایج با یافته های شجاعی (۲۰۰۹)، Johansson (۲۰۰۶)، عباسی (۲۰۱۰) Parajon (۲۰۰۴) در یک راستا می باشد (۳۴، ۳۵، ۴۲ و ۴۳). همچنین این یافته با نتایج مطالعات مسعودی (۲۰۰۴) و Britz (۲۰۱۰) مطابقت ندارد (۴۴ و ۳۱) که در توجیه آن می توان گفت از آنجایی که ابتلا به این بیماری در سنین پایین تر می تواند تاثیرات منفی بر وضعیت روانی و اجتماعی بیمار از قبیل شغل، موقعیت اجتماعی و امید به زندگی داشته باشد، در نتیجه به نظر می رسد نارسایی قلبی کیفیت زندگی بیمار را در سنین پایین تر بیشتر تحت تاثیر قرار خواهد داد

(۳۴). لازم به ذکر است که در مطالعه راهنورد و همکاران (۲۰۰۶)، ارتباطی بین این دو متغیر یافت نشد (۱۴).

اگرچه نارسایی قلبی به طور نسبی در زنان شیوع کمتری دارد، اما حداقل نصف موارد بیماری در زن ها رخ می دهد زیرا امید به زندگی در آنان طولانی تر است (۴۵). بیشتر شرکت کنندگان در این مطالعه مرد بودند که با یافته های اغلب مطالعات داخلی و خارجی مطابقت دارد (۱۵، ۳۱، ۳۳-۳۵، ۳۸ و ۴۶-۵۰) و با نتایج چند مطالعه محدود (۱۴، ۵۱، ۳۶ و ۵۲) که فراوانی جنس مونث بیشتر بوده است، متفاوت می باشد.

در این مطالعه میان کیفیت زندگی و جنسیت ارتباط معناداری مشاهده شد؛ بدین صورت که مردان از کیفیت زندگی مطلوب تری برخوردار بودند. این یافته با مطالعات شجاعی، Cline (۱۹۹۹) و Riedinger (۲۰۰۲) در یک راستا می باشد (۳۵، ۵۳ و ۵۴)، اگرچه راهنورد و همکاران در تحقیق خود ارتباطی بین این دو متغیر نیافتند (۱۴). Riedinger می نویسد زنان بسیار کمتر از مردان ورزش می کنند که همین امر منجر به کاهش ظرفیت عملکردی و بدتر شدن وضعیت فیزیکی آن ها شده و کیفیت زندگی شان را متاثر می سازد (۵۴). Stromberg (۲۰۰۳) به این نتیجه رسید که استرس های زندگی و محرومیت از حمایت های عاطفی، زنان مبتلا به نارسایی قلب را بیشتر از مردان در معرض خطر افت کیفیت زندگی قرار می دهند. زنان از نشاط و عملکرد جسمی پایین تری نسبت به مردان برخوردار هستند و این تفاوت بعد از یکسال پیگیری بارزتر می شود، زیرا زنان بیش از مردان متحمل مشکلاتی نظیر اختلال در خواب، مسائل عاطفی، کاهش انرژی، توان و ناخوشی می شوند (۵۵). جدای از دلایل ذکر شده، میانگین سنی بالاتر زنان شرکت کننده در این پژوهش (۶۹ سال) نسبت به مردان (۵۷ سال) نیز می تواند یکی از دلایل افت کیفیت زندگی آنها نسبت به مردان باشد؛ چرا که تاثیر افزایش سن در افت کیفیت زندگی در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است.

در این پژوهش افراد بازنشسته بیشترین فراوانی را در بین واحدهای مورد پژوهش داشتند که با توجه به میانگین سنی بالای آزمودنی ها، این نتیجه خیلی دور از ذهن نمی باشد. این نتیجه با مطالعات مختلفی مطابقت دارد (۳۴، ۲۹، ۴۰ و ۴۹). لازم به توضیح است که چون واحدهای مورد پژوهش دارای میانگین سنی بالایی بوده و اغلب به دلیل مشکلات جسمی فراوان ناشی از بیماری و کسر تخلیه ای پایین (زیر ۳۰ درصد) قادر به فعالیت نبودند و اکثرا در انجام امور روزمره و مراقبت از خود به دیگران وابسته بودند، از آنها خواسته شد تا شغلی که قبل از ابتلا به بیماری داشتند را بیان کنند؛ چرا که در

این مرحله از بیماری اغلب آنها بیکار بوده و شغلی نداشتند. همچنین منظور از "بیکار" در دسته بندی شغل ها، افرادی است که قبل از ابتلا به بیماری نیز شغل خاصی نداشته و یا به دلیل مشکلات دیگر قادر به انجام فعالیت خاصی نبوده اند.

میانگین طول مدت ابتلا به بیماری نمونه ها ۳۹/۳۸ ماه (۳/۲۸ سال) می باشد که از مطالعه شجاعی (۳۵) کمتر، از مطالعات ناجی (۳۷)، راهنورد (۱۴) و Wang (۴۷) بیشتر و نزدیک به مطالعات عباسی (۳۴) و منگلیان (۴۰) می باشد. علت بیشتر بودن میانگین طول مدت ابتلا به بیماری نمونه های تحت آزمون از اغلب مطالعات مشابه علیرغم یکسان بودن میانگین سنی آنها را می توان به افزایش طول عمر بیماران با داروها و روشهای تشخیصی و درمانی جدید، ارائه خدمات فوق تخصصی در مرکز قلب تهران به این بیماران، ارائه مراقبتهای مناسب در زمان بستری این بیماران و پیگیری مناسب و دقیق آنها دانست. با افزایش طول مدت ابتلا به بیماری و طولانی تر شدن بیماری نیز کیفیت زندگی بیماران ضعیف تر شد که با نتایج مطالعات شجاعی (۳۵)، راهنورد (۱۴)، عباسی (۳۴) و مسعودی (۴۴) مطابقت دارد. در واقع با افزایش طول مدت ابتلا به بیماری، بیماران مشکلات بیشتری را تجربه و کیفیت زندگی خود را نامطلوب ذکر نمودند.

میانگین تعداد دفعات بستری بیماران در بیمارستان به دلیل نارسایی قلبی در یکسال اخیر، به مطالعه شجاعی (۳۵) نزدیک بوده ولی در مقایسه با مطالعه منگلیان (۴۰) بسیار کمتر است؛ اگرچه تمامی نمونه های پژوهش حاضر در کلاس ۳ و ۴ نارسایی قلبی و اغلب نمونه های پژوهش منگلیان در کلاس ۲ نارسایی قلبی قرار داشتند، قسمتی از این اختلاف در تعداد دفعات بستری را می توان به میانگین سنی بالاتر نمونه های مورد مطالعه منگلیان در مقایسه با پژوهش حاضر نسبت داد. در این مطالعه با افزایش تعداد دفعات بستری، کیفیت زندگی نامطلوب تر شد. شجاعی (۳۵)، راهنورد (۱۴) و Johansson (۴۲) نیز در تحقیق خود ارتباط معنادار و معکوسی بین این دو متغیر یافتند. در بیماران با کیفیت زندگی پایین احتمال بستری شدن های مکرر بیشتر می باشد چرا که این بیماران با گذشت زمان علائم متعدد و شدیدتری را تجربه می کنند و بستری شدن ضرورت بیشتری می یابد (۴۲).

میانگین کسر تخلیه ای نمونه ها ۱۸/۹۵ درصد می باشد که از اغلب مطالعات مرتبط مرور شده (۳۴، ۳۵، ۴۶، ۴۷، ۳۳ و ۵۰) بسیار کمتر می باشد؛ مهم ترین علت این اختلاف، تعیین معیار ورودی کسر تخلیه ای ۳۰ درصد و کمتر برای نمونه های وارد شده در این مطالعه می باشد. میانگین کسر تخلیه ای به دست آمده، بسیار نزدیک به

میانگین کسر تخلیه ای حاصل از مطالعه Holst (۳۲) که در میان بیماران کلاس ۳ و ۴ نارسایی قلبی در استرالیا انجام شد، می باشد؛ در این مطالعه نیز میانگین کسر تخلیه ای ۱۸/۸ درصد به دست آمد. مهم ترین علت این شباهت را می توان در معیار ورودی یکسان هر دو مطالعه از نظر کلاس نارسایی قلبی دانست. با افزایش میزان کسر تخلیه ای قلب، میانگین کیفیت زندگی در بعد روحی روانی به طور معنی داری کاهش یافت که به معنی بهبود کیفیت زندگی در این بعد می باشد. ارتباط این متغیر با سایر ابعاد کیفیت زندگی معنادار نبود. این نتایج با یافته های مطالعه Parajon که در آن هیچ گونه رابطه ای میان کسر تخلیه ای بطن چپ با کیفیت زندگی وجود نداشت، مغایرت دارد (۲۴). Juenger و همکاران در مطالعه ای مشخص کردند که با افزایش شدت بیماری و کاهش درصد کسر تخلیه ای قلب، کیفیت زندگی به طور معناداری کاهش می یابد و بیان کردند که درصد کسر تخلیه ای شاخصی از کارایی قلب می باشد و کاهش این شاخص نمایانگر شدت نارسایی است (۱۳). کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پایین است و هر چه نارسایی قلبی در فرد شدیدتر گردد، کیفیت زندگی پایین تر می آید (۲۲). اختلال در وضعیت جسمانی و وجود علایم جسمی کنترل نشده بر روی تمام جنبه های کیفیت زندگی می تواند اثر داشته باشد (۱۱).

چاقی، احتمال بروز بیماری قلبی عروقی را در مردان تا ۲ برابر و در زنان نزدیک به ۲/۵ برابر افزایش می دهد (۴۵). مطالعات متفاوتی نیز رابطه خطی چاقی با بروز بیماری های قلبی عروقی را نشان داده اند. در مطالعه حاضر نیز میانگین توده بدنی نمونه های مورد پژوهش، در دسته اضافه وزن قرار دارد که تایید کننده این مطلب می باشد. در پژوهش حاضر با افزایش BMI، میزان کیفیت زندگی در بعد جسمی و به طور کلی افزایش یافت که به معنای افت کیفیت زندگی می باشد. در مطالعه عباسی، BMI با هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی ارتباط نداشت که به نظر می رسد علت آن طبیعی بودن BMI باشد (۳۴). در مطالعه Carson، بیمارانی که BMI بالاتری داشتند، به همان نسبت از کیفیت زندگی ضعیف تری برخوردار بودند (۵۶). Adamopoulos می نویسد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که دارای BMI بیشتری هستند، فعالیت بدنی کمتری داشته و در کارهای روزمره زندگی خود به دیگران وابستگی بیشتری دارند (۵۷).

نتایج تحقیق شجاعی و Jaarsma نشان داد که ابتلای همزمان به دیگر بیماری های مزمن همراه با نارسایی قلبی، سبب نامطلوب تر شدن کیفیت زندگی می گردد (۳۵، ۱۱). بیش از نیمی از واحدهای تحت پژوهش، علاوه بر نارسایی قلبی، به بیماری های

تنفسی نیز مبتلا بودند؛ به نظر می رسد با توجه به شدت نارسایی قلبی آزمودنی ها (کسر تخلیه ای قلب زیر ۳۰ درصد و کلاس عملکردی ۳ و ۴)، مشکلات و بیماری های تنفسی این بیماران اغلب پیامد و نتیجه نارسایی قلبی می باشد. بعد از مشکلات تنفسی، بیماری عروق کرونر و سکنه قلبی، افسردگی و فشار خون بالا بیشترین فراوانی را در بین نمونه های مورد پژوهش داشتند که با یافته های اغلب مطالعات مرور شده مطابقت دارد. در مطالعه عباسی (۳۳) و Britz (۳۱) انفارکتوس میوکارد، آنژین و فشارخون بالا، در مطالعه Holst و همکاران فشارخون بالا و دیابت (۳۲)، در مطالعه Heo فشارخون بالا، فیبریلاسیون دهلیزی و دیابت (۵۰) و در مطالعه Evangelista فشارخون بالا، بیماری عروق کرونر، دیابت و افسردگی (۳۰) بیشترین فراوانی را در بین نمونه های پژوهش داشتند. بدیهی است در صورتی که این مطالعات بیماری ها و مشکلات تنفسی را نیز بررسی می کردند، درجاتی از نمونه های پژوهش به آن مبتلا بودند. اما از آنجایی که هدف اغلب این مطالعات بررسی بیماری های همراه و نه مشکلات و پیامدهای نارسایی قلب بوده است، بیماری ها و مشکلات تنفسی را بررسی نکرده اند. همچنین در اغلب مطالعات به همراهی فشارخون بالا، بیماری عروق کرونر و دیابت با نارسایی قلبی اشاره شده است که این مساله نیز خیلی دور از ذهن نمی باشد و ارتباط این بیماری ها با نارسایی قلبی در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است. لازم به ذکر است که منظور از افسردگی در این پژوهش، بیمارانی است که تشخیص افسردگی توسط پزشک برای آنها تایید شده و تحت درمان با داروهای ضد افسردگی می باشند؛ چرا که اگر فقط داشتن علایم و نشانه های افسردگی بدون رعایت تشخیص این بیماری توسط پزشک، مد نظر قرار می گرفت، آمار مبتلایان بسیار فراتر از این میزان بود.

Luttik بیان می کند که منابع حمایتی در شرایط بیماری برای بقا و سازگاری ضرورتی عظیم تلقی می شود و بیماران قلبی که به تنهایی زندگی می کنند، کیفیت زندگی نامطلوبی دارند (۴۸). در این پژوهش نیز بیماران مطلقه و همسر فوت شده که اغلب با فرزندان خود زندگی می کردند، کیفیت زندگی بهتری نسبت به متاهلین و مجردان داشتند و کیفیت زندگی متاهلین نیز از مجردان بهتر بود که با یافته شجاعی (۳۵) مغایرت دارد. به نظر می رسد با توجه به اینکه میانگین سنی افراد مجرد در این مطالعه ۳۷ سال بود، هر ۱۰ بیمار مذکور تنها زندگی می کردند، کمتر از ۲ سال از میانگین تشخیص بیماری در آنها می گذشت و میانگین کسر تخلیه ای قلب آنها ۱۷٪ بود، افت کیفیت زندگی آنها خیلی دور از انتظار نباشد. سطح تحصیلات با ایجاد تغییرات اساسی در آگاهی و نگرش

بیماران ضروری به نظر می رسد. بر اساس یافته های این پژوهش پیشنهاد می شود تا پژوهش هایی در زمینه راهکارهای بهبود کیفیت زندگی این بیماران و مطالعات مقایسه ای در مورد کیفیت زندگی این بیماران قبل و بعد از اجرای مدل های پرستاری انجام شود. پژوهش های مشابه در بیماران بستری در بخش ها و با حجم نمونه بیشتر و مقایسه آن با بیماران سرپایی نیز می تواند در یافتن سایر متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی این بیماران کمک کننده باشد. همچنین بررسی کیفیت زندگی این بیماران با سایر پرسشنامه های رایج و سنجش همبستگی بین این پرسشنامه ها و مقایسه آنها با نتایج حاصل از مطالعات کیفی کیفیت زندگی، می تواند به استخراج پرسشنامه ای کاربردی تر جهت سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با توجه به فرهنگ و شرایط بومی بیماران منجر شود که در نتیجه آن می توان متغیرهای موثر بر کیفیت زندگی این بیماران را بهتر شناسایی کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی دوره کارشناسی ارشد پرستاری در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس می باشد که به شماره ۵۲/۵۳۶۸ ثبت گردیده است. بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس جهت تامین بودجه اجرای پژوهش، مرکز قلب تهران جهت فراهم کردن محیط انجام پژوهش، اساتید و دانشجویان گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس و خانم سمیرا فتاحی به جهت راهنمایی های ارزنده و همکاری های سازنده تقدیر و تشکر می گردد.

همواره در سلامت و بیماری و سایر جنبه های مختلف زندگی موثر بوده و همچنین در بسیاری از تحقیقات به عنوان عامل موثر بر کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته است. در مطالعه شجاعی، کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ارتباط معناداری را نشان داد بطوریکه با بالا رفتن سطح تحصیلات، کیفیت زندگی بیماران نیز وضعیت مطلوب تری یافته بود. در مطالعات مختلف نشان داده شده که افراد با سطح تحصیلات بالاتر از کیفیت زندگی مطلوب تری برخوردار هستند (۳۵). در این مطالعه نیز افراد دارای مدارک دانشگاهی کیفیت زندگی بهتری نسبت به سایر بیماران داشتند؛ اگرچه تاثیر میانگین سنی کمتر این افراد (۵۰ سال)، مرد بودن (۱۰۰٪) و میانگین BMI کمتر (۲۵/۴) را در بهبود کیفیت زندگی آنها نباید نادیده انگاشت. همچنین میانگین سن افراد دارای مدرک ابتدایی که بدترین کیفیت زندگی را داشتند، ۷۱ سال بود که این عامل نیز در افت کیفیت زندگی آنها بی تاثیر نیست.

نتیجه گیری

با توجه به یافته ها و مباحث فوق، نتایج این تحقیق بیانگر این است که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نسبت به مطالعات پیشین بهبود پیدا کرده است ولی هنوز تا رسیدن به حد مطلوب کیفیت زندگی بیماران در کشورهای توسعه یافته فاصله زیادی دارد. از آنجاییکه در این پژوهش نشان داده شد که میان اغلب متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل و ...) با هر سه بعد کیفیت زندگی و میانگین کل کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد، لذا برنامه ریزی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی و کنترل برخی متغیرهای قابل اصلاح در این

References

1. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al; on behalf of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014; 129: e28–e292.
2. Hosseini S, Baghbanian P. Determining the factors predictive of death from myocardial infarction at 28 days after the attack. *J Res Med Sci* 2003; 8(3): 98-102. [Persian]
3. Sharifirad G, Mohebbi S, Matlabi M. The relationship of physical activity in middle age and cardiovascular problems in old age in retired people in Isfahan, 2006. *Ofogh-e-Danesh* 2007; 13(2): 57-63. [Persian]
4. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Educ Couns*. 2002; 46(4): 287-95.

5. Colonna P, Sorino M, Agostino CD, et al. Nonpharmacologic Care of Heart Failure: Counseling, Dietary Restriction, Rehabilitation, Treatment of Sleep Apnea, and Ultrafiltration. *Am J Cardiol* 2003; 91: 41-50.
6. WHO. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. World Health Organization 2011; available at: www.who.int
7. Casimir Yves E, Williams Marvelin M, Liang Mei Y, Pitakmongkolkul Supawadee, Slyer Jason T. Effectiveness of patient-centered self-care education for adults with heart failure on knowledge, self-care behaviors, quality of life, and readmissions: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 2013; 11(8): 107 – 128.
8. Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th Edition, New York, McGraw-Hill Med Publ Division, 2008.
9. Arnold R, Ranchor AV, Koeter GH, De Jongste MJ, Sanderman R. Consequences of chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure: the relationship between objective and subjective health. *Soc Sci Med* 2005; 61(10): 2144-54.
10. Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure: Review and analysis. *Eur J Heart Fail* 2005; 7(4): 592-603.
11. Jaarsma T, Halfens R, Abu-Saad HH, Dracup K, Gorgels T, Van Ree J, Stappers J. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J* 1999; 20(9): 673-82.
12. Hobbs F, Kenkre J, Roalfe A, Davis R, Hare R, Davies M. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: A cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. *Eur Heart J* 2002; 23(23): 1867-76.
13. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, Haass M. 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): 235-41.
14. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour K. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. *Hayat* 2006; 12(1): 77-86. [Persian]
15. Abedi HA, Yasaman-Alipour M, Abdeyazdan G. Quality of Life in heart failure patients referred to the outpatient centers, 2010. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2011; 13(5): 55-63. [Persian]
16. Rustoen T, Stubhaug A, Eidsmo I, Westheim A, Paul SM, Miaskowski C. Pain and quality of life in hospitalized patients with heart failure. *J Pain Symptom Manag* 2008; 36(5): 497-504.
17. Moser DK. Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: why clinicians do not seem to care. *Eur J Cardiovasc Nur* 2002; 1(3): 183-8.
18. Azevedo A, Bettencourt P, Alvelos M, Martins E, Abreu-Lima C, Hense H-W, Barros

- H. Health-related quality of life and stages of heart failure. *Int J Cardiol* 2008; 129(2): 238-44.
19. 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.
20. Park W, Sands J, Marek J. *Medical surgical nursing: Concepts and clinical practice*. St. Louis: Mosby; 1995. P. 17.
21. Jaarsma T. *Heart failure: Nurses Care*. Netherland: Datawyne maastrich; 1999. P. 133-168 and 1.
22. King CR, Hinds PS. *Quality of life: From nursing and patient perspectives*. UK London, Jones & Bartlett Publ, 2011.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Hekmatpou D. Exploration of "readmission process" in patients with Congestive Heart Failure, Designing & evaluating of its controlling model. Doctor of Philosophy thesis, Tehran, Tarbiyat Modares Univ 2009. [Persian]
27. Gorkin L, Norvell NK, Rosen RC, Charles E, Shumaker SA, McIntyre KM, Capone RJ, Kostis J, Niaura R, Woods P. 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(12): 1069-73.
28. Bennett SJ, Oldridge NB, Eckert GJ, Embree JL, Browning S, Hou N, Deer M, Murray MD. Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. *Qual Life Res* 2002; 11(4): 349-59.
29. Sadeghi Sherme M, Alavi Zerang F, Ahmadi F, Karimi Zarchi A, Babatabar HD, Ebadi A. Effect of applying continuous care model on quality of life in heart failure patients. *J Res Behav Sci* 2009; 3(1): 3-4. [Persian]
30. Evangelista LS, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. *J Card Fail* 2012; 18(12): 894-9.
31. Britz JA, Dunn KS. Self care and quality of life among patients with heart failure. *J Am Acad Nurs Practitioner* 2010; 22(9): 480-7.
32. Holst DP, Kaye D, Richardson M, Krum H, Prior D, Aggarwal A, Wolfe R, Bergin P. Improved outcomes from a comprehensive management system for heart failure. *Eur J Heart*

Fail 2001; 3(5): 619-25.

33. Abbasi A, Fayazi S, Ahmadi F, Haghighizadeh MH. The efficacy of home walking exercise program on functional performance and quality of life in patients with heart failure. J Gorgan Univ Med Sci 2007; 9(1): 49-54. [Persian]

34. Abbasi A, Asaiesh H, Hosseini SA, Qorbani M, Abdollahi AA, Rouhi G, Rahmani H. The relationship between functional performance in patients with heart failure and quality of life (QOL). Iran South Med J 2010; 13(1): 31-40. [Persian]

35. Shojaei F. Quality of life in patients with heart failure. Hayat 2009; 14(2): 5-13. [Persian]

36. Borhani F, Khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. Iran J Crit Care Nurs 2012; 4(2): 43-8. [Persian]

37. Naji H, Nikhbakht Nasrabadi A, Shaban M, Saebnia R. The effect of using Orem's model of self-care on recovery of patients with heart failure. Iran J Nurs Midwifery Res 2010; 14(4): 174-9.

38. Shojaei F, Asemi S, Yarandi AN, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with heart failure. Payesh Health Monit. 2009; 8(4): 361-9. [Persian]

39. Looye HR, Dalvandi A, Hosseini MA, Rahgozar M. The effect of self-care education on quality of life in patients with heart failure. J Rehab. 2009; 10(2): 21-6. [Persian]

40. Mangolian Shahrabaki P, shahnazari J, mahmoodi M, farrokhzadian J. The Effect of an Educational Self-Care Program on Knowledge and Performance in Patients with Heart Failure. Iran J Med Educ. 2012; 11(6): 609-19. [Persian]

41. Rajati F, Mostafavi F, Sharifirad G, Feizi A, Reisi M. Comparison of three quality of life questionnaires in heart failure patients participating in cardiac rehabilitation. J Health Syst Res. 2014; 10(1): 85-97. [Persian]

42. Johansson P, Dahlström U, Broström A. Factors and interventions influencing health-related quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006 Mar; 5(1): 5-15.

43. Parajon T, lupon J, Gonzalez B, et al. Use of the 'Minnesota Living With Heart Failure' quality of life questionnaire in Spain. Rev Esp Cardiol. 2004; 57: 155-60.

44. Masoudi FA, Rumsfeld JS, Havranek EP, et al. Age, functional capacity, and health related quality of life in patients with heart failure. J Cardiac Fail. 2004; 10: 368-73.

45. Khoshab H. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. Master of science, Kerman, Kerman Univ Med sci 2011. [Persian]

46. Shuldham C, Theaker C, Jaarsma T, Cowie MR. Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. J Adv Nurs 2007; 60(1): 87-95.

47. Wang SP, Lin LC, Lee CM, Wu SC. Effectiveness of a self-care program in improving symptom distress and quality of life in congestive heart failure patients: a preliminary study. J

Nurs Res 2011; 19(4): 257-66.

48. Luttik ML, Jaarsma T, Lesman I, Sanderma R, Hagedoorn M. Quality of life in partners of people with congestive heart failure: gender and involvement in care. *J Adv Nurs* 2009; 65(7): 1442-51.

49. Shojafard J, Nadrian H, Baghiani Moghadam M, Mazlumi Mahmudabad S, Sanati H, Asgar Shahi M. Effects of an educational program on self-care behaviors and its perceived benefits and barriers in patients with Heart Failure in Tehran. *Payavard Salamat* 2009; 2(4): 43-55. [Persian]

50. Heo S, Lennie TA, Okoli C, Moser DK. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung* 2009; 38(2): 100-8.

51. Bakan G, Akyol AD. Theory guided interventions for adaptation to heart failure. *J Adv Nurs* 2008; 61(6): 596-608.

52. Cheraghi MA, Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Iran J Nurs* 2012; 25(75): 21-31. [Persian]

53. Cline CM, Willenheimer RB, Erhardt LR, Wiklund I, Israelsson BY. Health-related quality of life in elderly patients with heart failure. *Scand Cardiovasc J* 1999; 33(5): 278-85.

54. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML. Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic conditions. *Am J Crit Care* 2002 May; 11(3): 211-9.

55. Stromberg A, Martensson J. Gender differences in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2003; 2(1): 7-18.

56. Carson P, Tam W, Ghali JK, et al. Relationship of quality of life scores with baseline characteristics and outcomes in the African- American heart failure trial. *J Cardiac Fail* 2009; 16: 1-8.

57. Adamopoulos S, Parissis JT, Kremastinos DT. New aspects for the role of physical training in the management of patients with chronic heart failure. *Int J Cardiol* 2003; 90: 1-14.