



بررسی نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

حسین باقری^۱، فریده یغمایی^{۲*}، طاهره اشک‌تراب^۳، فرید زابری^۴

۱- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت- استادیار.

۲- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه بهداشت- دانشیار.

۳- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه پرستاری- دانشیار.

۴- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- مرکز تحقیقات پروتئومیکس- گروه آمار حیاتی- استادیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۶، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۲۳

چکیده

مقدمه: نارسایی قلبی یک مشکل عمده رو به رشد است که نه تنها بیماران بلکه خانواده آنان و شبکه اجتماع را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش ظرفیت‌های عملکردی بیماران و اختلال در زندگی اجتماعی افراد می‌گردد. پژوهش حاضر با هدف تعیین نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: در مطالعه توصیفی- مقطعی حاضر، تعداد ۱۳۰ بیمار مبتلا به کلاس II تا IV نارسایی قلبی بر اساس مشخصات موردنظر پژوهشگر و به صورت نمونه‌گیری دردسترس از بیمارستان‌های حضرت رسول (ص)، امام حسین (ع) و شریعتی تهران در سال ۱۳۹۱ انتخاب گردیدند، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و همچنین پرسشنامه نگرانی‌های مرتبط با بیماری (IRWQ)، بر اساس گفته‌های بیمار تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

نتایج: بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $62 \pm 13/9$ بود و اکثریت آنان (۵۱/۵ درصد) از نظر تحصیلات بی‌سواد بودند و درآمد متوسط ماهانه کمتر از یک میلیون تومان در ماه (۹۲/۳ درصد) داشتند. میانگین نمره نگرانی‌های مرتبط با بیماری در واحدهای مورد پژوهش $1/1 \pm 2/9$ محاسبه گردید. بیشترین میانگین نمره، مربوط به نگرانی از عوارض جسمی- روانی و کمترین میانگین نمره، مربوط به نگرانی از آینده بیماری بود. آزمون آماری آنالیز واریانس، تفاوت معناداری از لحاظ میانگین نمره نگرانی‌های مرتبط با بیماری بین ابعاد مختلف و بین دو بعد: نگرانی از عوارض جسمی- روانی و نگرانی از آینده بیماری نشان داد ($P < 0/05$). آزمون آماری پیرسون، ارتباط معنی‌دار آماری بین سن با نمره نگرانی‌های مرتبط با بیماری و بین دفعات بستری با نمره نگرانی از آینده بیماری نشان داد.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج مطالعه، به کارگیری از راهکارهای کاهش نگرانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و برنامه‌ریزی جهت حمایت، درمان و مراقبت از این بیماران و نیز انجام پژوهش‌های بعدی مرتبط با نگرانی‌های بیماران سودمند به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: نگرانی‌های مرتبط با بیماری، نارسایی قلبی، بیماری، بیمار مبتلا به نارسایی قلب.

*نویسنده مسئول: تهران- خیابان ولیعصر- دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تلفن: ۰۹۱۲۱۵۷۹۶۲۴ Email: farideh_y2002@yahoo.com

ارجاع: باقری حسین، یغمایی فریده، اشک‌تراب طاهره، زابری فرید. بررسی نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله دانش و تندرستی ۱۳۹۳؛ ۹(۲): ۴۰-۴۶.

مقدمه

نارسایی قلبی یک مشکل عمده رو به رشد است که نه تنها بیماران بلکه خانواده آنان و شبکه اجتماع را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث کاهش ظرفیت‌های عملکردی بیماران و اختلال در زندگی اجتماعی افراد می‌گردد (۱-۴). در افراد بالای ۶۵ سال میزان بروز این بیماری ۱۰ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت می‌باشد و نزدیک به ۳۰ تا ۵۰ درصد مرگ‌ها در بیماران نارسایی قلبی به صورت ناگهانی اتفاق می‌افتد (۵). در ایران نیز نارسایی قلبی از علل عمده ناتوانی و مرگ به‌شمار می‌رود و با تغییر هرم سنی جامعه و پیرشدن جمعیت جوان امروز ایران، در آینده‌ای نزدیک بر شیوع فعلی آن یعنی ۳۵۰۰ بیمار به ازای هر یک صد هزار نفر افزوده خواهد شد (۶ و ۷). طبق آماری که مرکز مدیریت بیماری‌ها (Control Disease for Center) در ایران منتشر کرده است، تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور، ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت به دست آمده است (۸).

مرزهای نگرانی نامشخص بوده و فقط به بیماران با اختلالات اضطرابی (۹) و بیماران سرطانی (۱۰) محدود نمی‌گردد. نگرانی‌ها و مشکلات بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شبیه نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان است و تجربه زندگی با بیماری نارسایی قلبی از طرف بیماران، به‌عنوان یک نوع زندگی خسته‌کننده و ترس‌آور است که با افزایش پلکانی ناتوانی و ضعف و وابستگی بیان می‌گردد (۱۱ و ۱۲).

در بیماران نارسایی قلبی، ناتوانی قلب در خون‌رسانی، علائم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آئین صدری، ادم و آسیت را سبب می‌شود. این علائم منجر به عدم توانایی انجام فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند. محدودیت‌های ایجاد شده در نارسایی قلبی، همچنین، عملکرد جنسی، وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی وی می‌گردد و بر رضایت و کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارد (۱۳-۱۵). حدود ۴۸ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، علائم روانی نگران‌کننده مانند: احساس گناه، ناامیدی، اعتماد به نفس پایین، کاهش انرژی و افسردگی را تجربه می‌کنند. علائم افسردگی، ادراک آنان از وضعیت سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حالتی که می‌تواند باعث کاهش وضعیت عملکردی آنان گردد (۱۶).

عدم تحمل فعالیت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، موجب می‌شود که این بیماران در انجام فعالیت‌های معمول زندگی استقلال خود را از دست داده و در مراقبت از خود به دیگران وابسته شوند، لذا کیفیت زندگی خانواده این بیماران نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۷). همچنین، اکثر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، مرگ را به معنی راحت شدن از رنج بیماری تلقی می‌نمایند و از درد و از دست دادن استقلال و شأن خود در زندگی به‌علت بیماری نارسایی قلبی اظهار نگرانی می‌کنند

(۱۸). این بیماران، علائم جسمی و ناتوانی، علائم روانی و نگرانی‌های مربوط به مرگ و زندگی را از مشخصات بیماری نارسایی قلبی در زندگی خود می‌دانند (۱۹). پژوهش حاضر در نوع خود بدیع بوده و براساس بررسی صورت گرفته توسط پژوهشگر، در داخل و خارج کشور، پژوهشی در زمینه نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت نگرفته است. لذا با توجه به خلاء اطلاعاتی موجود در زمینه نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، انجام پژوهش حاضر، به‌عنوان یک ضرورت در نظر گرفته شد و پژوهش حاضر با هدف تعیین نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی و بخشی از یک پژوهش وسیع‌تر بوده و جامعه مورد مطالعه آن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش قلب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و تهران [بیمارستان‌های حضرت رسول (ص)، امام حسین (ع) و شریعتی] در سال ۱۳۹۱ بودند. در این پژوهش، نمونه‌گیری به‌صورت غیرتصادفی و بر اساس مشخصات موردنظر پژوهشگر بوده و تعداد ۱۳۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی ($P=0/5$ ، $\alpha=0/05$ و $d=0/1$) (۲۰ و ۲۱) از میان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند. تشخیص نارسایی قلبی در تمامی شرکت‌کنندگان، براساس نظر پزشک متخصص قلب صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر می‌باشند:

(۱) بیماران مبتلا به کلاس II تا IV نارسایی قلبی براساس طبقه‌بندی انجمن قلب نیویورک (۲۲)، شامل بیماران مبتلا به نارسایی قلب با طیفی از محدودیت حرکتی، از خفیف تا شدید ناشی از بیماری بودند.

(۲) قادر به گویش به زبان فارسی بودند.

(۳) علاقمند به شرکت در پژوهش حاضر بودند.

(۴) بیماران از هر دو جنس مرد و زن بودند.

پس از توضیح هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت کتبی و شفاهی نمونه‌ها از طرف پژوهشگر، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و همچنین پرسشنامه نگرانی‌های مرتبط با بیماری (Illness Related Worries Questionnaire (IRWQ))، بر اساس گفته‌های بیمار تکمیل گردید. پرسشنامه نگرانی‌های مرتبط با بیماری (IRWQ)، یک پرسشنامه ۲۳ سؤالی است و شامل دو بعد: استقلال (شناختی، عملکردی) و نگرانی (عوارض جسمی- روانی، و نگرانی از آینده بیماری) می‌باشد. تمامی عبارات دارای امتیاز دهی منفی هستند، به‌عبارت‌دیگر، از امتیاز ۱ برای کاملاً موافقم تا ۶ برای گزینۀ کاملاً مخالفم متغیر می‌باشند. میانگین نمره عبارات پرسشنامه، نمره کل

سرانجام بیماری (۲۴) و نگرانی‌های مربوط به مرگ (۱۱، ۱۸، ۱۹ و ۲۵) می‌باشند.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

درصد	فراوانی	ویژگی‌های فردی سن (سال)
۱۰/۸	۱۴	کمتر از ۴۵
۴۵/۴	۵۹	۴۵-۶۵
۴۳/۸	۵۷	بالای ۶۵
		جنس
۶۷/۷	۸۸	مرد
۳۲/۳	۴۲	زن
		تحصیلات
۵۱/۵	۶۷	بی‌سواد
۳۳/۸	۴۴	زیر دیپلم
۱۰	۱۳	دیپلم
۴/۶	۶	دانشگاهی
		وضعیت تأهل
۳/۱	۴	مجرد
۷۶/۲	۹۹	متأهل
۱۹/۲	۲۵	همسر فوت شده
۱/۵	۲	مطلقه
		شغل
۲/۳	۳	کارمند
۱/۵	۲	کارگر
۶/۲	۸	کشاورز
۳۱/۵	۴۱	خانه‌دار
۴۴/۶	۵۸	آزاد
۱۳/۸	۱۸	بازنشسته
		تعداد فرزند
۲۰/۸	۲۷	کمتر از ۲
۴۴/۶	۵۸	۲-۵
۳۴/۶	۴۵	بیش از ۵
		درآمد متوسط ماهانه خانواده (هزار تومان)
۳۸/۵	۵۰	کمتر از ۵۰۰
۵۳/۸	۷۰	۵۰۰ هزار تا یک میلیون
۷/۷	۱۰	بیشتر از یک میلیون
		محل سکونت
۷۸/۵	۱۰۲	شهر
۲۱/۵	۲۸	روستا
		دفعات بستری
۷۵/۴	۹۸	کمتر از ۲
۱۷/۷	۲۳	۲-۵
۶/۹	۹	بیشتر از ۵
		شدت بیماری (میزان کسر تخلیه‌ای بطن چپ)
۴۰	۵۲	۴۰-۵۰٪
۵۳/۱	۶۹	۲۰-۴۰٪
۶/۹	۹	< ۲۰٪

پرسشنامه محسوب می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرانی‌های مرتبط با بیماری کمتر می‌باشد. پایایی پرسشنامه نگرانی‌های مرتبط با بیماری با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0/90$ و با استفاده از روش دونیمه‌کردن $r=0/89$ برآورد گردید (۲۳). تجزیه و تحلیل آماری داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

نتایج

براساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $62 \pm 13/9$ می‌باشد و اکثریت آنان (۵۱/۵ درصد) از نظر تحصیلات بی‌سواد هستند و درآمد متوسط ماهانه کمتر از یک میلیون تومان در ماه (۹۲/۳ درصد) دارند. جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک نمونه‌های پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

میانگین نمره نگرانی‌های مرتبط با بیماری در واحدهای مورد پژوهش $1/1 \pm 3/9$ محاسبه گردید. جدول ۲ نشان می‌دهد بیشترین میانگین نمره، مربوط به بعد نگرانی از عوارض جسمی-روانی و کمترین میانگین نمره، مربوط به بعد نگرانی از آینده بیماری است. آزمون آماری آنالیز واریانس با $P < 0/05$ ، تفاوت معناداری از لحاظ میانگین نمره نگرانی‌های مرتبط با بیماری بین ابعاد مختلف (بیشترین تفاوت بین دو بعد: نگرانی از عوارض جسمی-روانی و نگرانی از آینده بیماری) نشان می‌دهد (جدول ۲).

آزمون آماری پیرسون، همبستگی معکوس و معنی‌دار آماری ($r = -0/174, P < 0/05$) بین سن با نمره نگرانی‌های مرتبط با بیماری نشان داد. این آزمون همچنین همبستگی معکوس و معنی‌دار آماری ($r = -0/286, P < 0/05$) بین دفعات بستری با نمره نگرانی‌های مرتبط با بیماری نشان داد (جدول ۳). آزمون‌های آماری، ارتباط معنی‌داری بین نمره کل نگرانی‌های مرتبط با بیماری و سایر ویژگی‌های فردی نمونه‌های پژوهش نشان نداد.

بحث

در پژوهش حاضر، باتوجه به نتایج به دست آمده، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، سطح متوسطی از نگرانی را از خود نشان دادند. به عبارت دیگر، باتوجه به این که حداکثر میانگین نمره قابل اکتساب از پرسشنامه نمره ۶ بود، میانگین نمره نگرانی کسب شده، در سطح متوسط ارزیابی گردید. براساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، بیشترین نگرانی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مربوط به بعد نگرانی از آینده بیماری و کمترین نگرانی، مربوط به بعد نگرانی از عوارض جسمی-روانی بود. بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، مهمترین نگرانی‌های بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شامل: نامعلوم بودن

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره کل و ابعاد نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

متغیر	طیف نمرات پرسشنامه	طیف نمرات کسب شده	میانگین	انحراف معیار
نگرانی در بعد شناختی	۱-۶	۱-۶	۴/۳	۱/۵
نگرانی در بعد عملکردی	۱-۶	۱-۵	۳/۱	۱/۱
نگرانی از عوارض جسمی-روانی	۱-۶	۱-۶	۴/۶	۱/۶
نگرانی از آینده بیماری	۱-۶	۱-۶	۲/۱	۱/۴
نگرانی‌های مرتبط با بیماری (نمره کل)	۱-۶	۱/۱-۵/۹	۳/۹	۱/۱

جدول ۳- همبستگی بین ویژگی‌های فردی با نگرانی‌های مرتبط با بیماری و ابعاد آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

ویژگی‌های فردی	نگرانی‌های مرتبط با بیماری (نمره کل)	ابعاد شناختی	عملکردی	عوارض جسمی-روانی	نگرانی از آینده بیماری
سن	-.۱۷۴*	-.۱۱۴	-.۱۰۲	-.۲۳۲	-.۱۰۵
تعداد فرزند	-.۱۳۴	-.۰۱۲	-.۱۲۷	-.۲۷۵	-.۰۶۵
دفعات بستری	-.۲۸۶*	-.۲۴۶	-.۲۸۸	-.۰۸۳	-.۱۰۳
شدت بیماری	-.۱۱۹	-.۱۳۹	-.۰۷۴	-.۰۱۸	-.۰۱۰

*P<۰/۰۵

براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، بین دفعات بستری با نگرانی از آینده بیماری ارتباط معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر بیمارانی که چندین بار به علت بیماری نارسایی قلبی، در بیمارستان، بستری مجدد شده بودند نسبت به سایر بیماران، نگرانی‌های بیشتری در زمینه مشکلات جسمی، روانی، شناختی و نگرانی از آینده بیماری داشتند. در همین راستا و بر اساس نتایج حاصل از پژوهش‌های صورت گرفته، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در بستری مجدد بیمارستانی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، عوارض بیماری به دلیل کمبود آگاهی در مورد علائم، سیر بالینی و پیشرفت بیماری است (۲۸ و ۲۹). پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که اختلال ایجاد شده در اثر بیماری نارسایی قلبی در زندگی اجتماعی، خانوادگی، کار و فعالیت تفریحی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، خطر بستری شدن مجدد و مرگ ناشی از این بیماری را افزایش می‌دهد (۳۰ و ۳۱). نتایج پژوهش راهنورد و همکاران (۱۳۸۵) نیز مؤید این مطلب است و نشان می‌دهد که بین شدت بیماری، طول مدت ابتلا به بیماری، دفعات مراجعه به پزشک و بستری در بیمارستان در طول یک سال اخیر با ابعاد مختلف جسمی و روانی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۸).

شدت و تعدد علائم بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ماهیتی تهدیدکننده داشته و احساس مرگ زود هنگام، سبب بروز ترس، نگرانی و اختلالات خلقی در آن‌ها می‌گردد (۱۴). لذا، اگر غیرقابل پیش‌بینی بودن پیش‌آگهی بیماری نارسایی قلبی با برخی از سرطان‌های شایع مورد مقایسه قرار گیرد، می‌توان گفت که نارسایی قلبی واقعاً یک بیماری بدخیم و خطرناک محسوب می‌گردد (۳۲). به همین دلیل، احتیاج به مراقبت‌های تسکینی (Palliative care) در این بیماران ضروری می‌باشد (۳۳).

پیهل و همکاران (۲۰۱۰) نیز با بررسی تجربیات بیماران نارسایی قلبی از محدودیت‌های جسمی ایجاد شده در فعالیت‌های زندگی روزانه، به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ادراکاتی چون وجود یک نوع ترس تعریف نشده از تلاش برای انجام فعالیت‌های روزانه و همچنین وجود تردید و نامعلومی در ارتباط با آینده را گزارش نمودند (۱۵). در همین راستا و بر اساس پژوهش سانددین و همکاران (۲۰۱۰)، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نگران تغییرات ناخواسته در زندگی آینده خود به دلیل شرایط بیماری نارسایی قلبی می‌شوند (۲۶).

در پژوهش حاضر، آزمون آماری پیرسون، ارتباط معنی‌داری بین سن و نگرانی‌های مرتبط با بیماری نشان داد. به عبارت دیگر، هر چه سن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی افزایش می‌یابد، میانگین نمره حاصل از پرسشنامه نگرانی‌های مرتبط با بیماری کمتر می‌شود که این خود نشان‌دهنده افزایش نگرانی‌های جسمی و روانی مرتبط با بیماری نارسایی قلبی در آنان می‌باشد. باتوجه با نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام شده، بیماران مسن‌تر نگرانی‌های بیشتری در زمینه عوارض شناختی، جسمی، روانی و نگرانی از آینده بیماری داشتند. در این زمینه، نتایج پژوهش کوکینو و همکاران (۲۰۰۶) نیز با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. کوکینو و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود دریافتند که بین سن و عدم توانایی بیماران در انجام وظایف مربوط به زندگی روزمره، مشکلات مربوط به عملکرد جسمی و نامعلوم بودن آینده زندگی ارتباط مثبت معنی‌دار وجود دارد (۲۷). لذا می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش سن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و افزایش شدت بیماری و به عبارت دیگر کاهش میزان کسر تخلیه‌ای بطن چپ، علائم و عوارض شناختی، جسمی و روانی ناشی از بیماری نارسایی قلبی نیز افزایش می‌یابد و این خود می‌تواند میزان نگرانی مرتبط با بیماری بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را شدت بخشد.

12. Ryana M, Farrelly M. Living with an unfixable heart: A qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2009;8(3): 223-231
13. Zambroski CH, Kentucky L. Qualitative analysis of living HF. *Heart & Lung* 2003;32(1):32-40.
14. 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?. *European Journal Heart Failure* 2005;7(4):572-582.
15. Pihl E, Fridlund B, Martensson J. Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; A phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010;25(1):3-11.
16. Song EK, Moser DK, Lennie TA. Relationship of depressive symptoms to the impact of physical symptoms on functional status in women with heart failure. *American Journal of Critical Care* 2010;18(4):348-356.
17. Molly GY, Jhonston DW, Witham MD. Family care giving and CHF. Review and analysis. *The European Journal of Heart Failure* 2005;7(4):592-603.
18. Stromberg A, Jaarsma T. Thoughts about death and perceived health status in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure* 2010;10(6):608-613.
19. Cortis JD, Williams A. Palliative and supportive needs of older adults with heart failure. *International Nursing Review* 2007;54(3):263-270.
20. Haghdooost A. Do you want understanding deeper the concept of sample size and power of statistical tests. *Iranian Journal of Epidemiology* 2009;5(1):57-63.[Persian].
21. Naing L, Winn T, Rusli BN. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences* 2006;1:9-14.
22. Raphael C, Briscoe C, Davies J, Ian Whinnett Z, Manisty C, Sutton R, et al. Limitations of the New York heart association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. *Heart* 2007;93(4):476-482.
23. Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Factors associated with dignity in heart failure patients: Psychometric properties of dignity instruments and test of "Dignity Preserving Model". Thesis for PhD Degree in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science 2013.[Persian].
24. Bosworth HB, Steinhauser KE, Orr M, Lindquist JH, Grambow SC, Oddone EZ. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors. *Aging & Mental Health* 2004;8(1):83-91.
25. Anderson H, Ward C, Eardley A, Gomm SA, Connolly M, Coppinger T, et al. The concerns of patients under palliative care and a heart failure clinic are not being met. *Palliative Medicine* 2001;15(4):279-286.
26. Sundin K, Bruce E, Barremo AS. Elderly women's experiences of support when living with congestive heart failure. *International Journal of Qualitative Studies Health & Well-being* 2010;5(2):5064.
27. Chochinov HM, Krisjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine* 2006;9(3):666-672.
28. Salehitali Sh, Hasanpour-Dehkordi A, Hoseini-Hafshejani SM, Jafarei A. The effect of continuous home visits and health education on the rate of readmissions, referrals, and health care costs among discharged patients with heart failure. *HAYAT: The Journal of Tehran Faculty of Nursing and Midwifery* 2009;15(4):43-49.[Persian].

از آنجا که نگرانی‌های مرتبط با بیماری در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در سطح متوسط برآورد گردید، لذا استفاده از راهکارهای کاهش نگرانی‌ها در این بیماران توصیه می‌شود. به‌کارگیری نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در برنامه‌ریزی جهت حمایت و بهبود درمان و مراقبت از بیماران و هدایت پژوهش‌های بعدی مرتبط با نگرانی‌های بیماران مختلف سودمند باشد.

تشکر و قدردانی

بر خود واجب می‌دانیم مراتب قدردانی و سپاس خویش را از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین نمونه‌های پژوهش حاضر که نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر، حاصل همکاری صمیمانه آنان است، ابراز نماییم. برای همه آن‌ها از درگاه ایزد منان، آرزوی سلامتی و شادکامی می‌نماییم.

References

1. Yu DSF, Lee DTF, Kwong ANT, Thompson DR, Woo J. Living with chronic heart failure: A review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing* 2008;61(5):474-483.
2. Faith Pratt H, Nancy T, Lindsey M. The lived experience of heart failure at the end of life: A systematic literature review. *Health & Social Work* 2010;35(2):109-117.
3. Loyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G. Executive summary: heart disease and stroke statistics-2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2010;121(7):948-954.
4. Gardetto NJ. Self-management in heart failure: where have we been and where should we go?. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2011;4:39-51.
5. Wingate S, Wiegand DLM. End-of-life care in the critical care unit for patients with heart failure. *Critical Care Nurse* 2008;28(2):84-96.
6. Malek-Afzali H, Mehrabi Y. Population & health in Iran in future decades. *Journal of Pejouhesh dar Pezeshki* 2001;26(3):41-47.[Persian].
7. Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi S. The effectiveness of applying "making sensitivity to re-admission caring model" on controlling congestive heart failure complications among hospitalized patients in Tehran cardiovascular centers. *Journal of Iran University of Medical Sciences* 2009;17(75):33-50.[Persian].
8. Rahnvard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatampour Kh. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. *HAYAT: The Journal of Tehran Faculty of Nursing and Midwifery* 2006;12(1):77-86.[Persian].
9. Khawaja NG, Chapman D. Cognitive predictors of worry in a non-clinical population. *Clinical Psychologist* 2007;11(1):24-32.
10. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: An empirical model. *Social & Science Medicine* 2002;54(3):433-443.
11. Horne G, Payne Sh. Removing the boundaries: palliative care for patients with heart failure. *Palliative Medicine* 2004;18(4):291-296.

29. Blue L, Lang E, McMurray JJ, Davie AP, McDonagh TA, Murdoch DR, et al. Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *BMJ* 2001;323(7315):715-718.
30. Abedi H, Yasaman-Alipour M, Abdeyazdan G. Quality of Life in heart failure patients referred to the Kerman outpatient centers. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2011;13(5):55-63.[Persian].
31. Moser DK. Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: Why clinicians do not seem to care. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2002;1(3):183-188.
32. O'leary N, Murphy NF, O'loughlin C, Tiernan E, McDonald K. A comparative study of the palliative care needs of heart failure and cancer patients. *European Journal of Heart Failure* 2009;11(4):406-412.
33. Chattoo S, Atkin KM. Extending specialist palliative care to people with heart failure: Semantic, historical and practical limitations to policy guidelines. *Social Science & Medicine* 2009;69(2):147-153.

Archive of SID



Evaluation of Illness Related Worries in Heart Failure Patients

Hossein Bagheri (Ph.D.)¹, Farideh Yaghmaei (Ph.D.)^{2*}, Tahere Ashktorab (Ph.D.)³, Farid Zayeri (Ph.D.)⁴

1- Center for Health-Related Social and Behavioral Sciences research, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

2- Dept. of Health, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Dept. of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Dept. of Biostatistics, Proteomics Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 25 January 2013, Accepted: 14 August 2013

Abstract:

Introduction: Heart failure is a major growing problem that affects not only patients but also their families and social networks and reduces the functional capacity of patients and impaires their social life. This study was conducted to investigate the illness related worries in heart failure patients.

Methods: In this descriptive, cross-sectional study, 130 patients with class II to IV heart failure were selected upon to researcher characteristics and in non randomized sampling from patients of Hazrate Rasoolakram, Imam Hossein and Shariati Hospital of Tehran in 2013. They completed demographic questionnaire and illness related worries questionnaire (IRWQ) and data were analyzed, using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 19.

Results: Average age was 62 ± 13.9 year, 51.5% of them were illiterate and the average of their monthly income was less than one million toman per month (92.3 percent). The mean score of social dignity was 3.9 ± 1.1 . The highest mean score were obtained for physical-psychological complications dimension and the lowest mean score, were obtained for worry about the future of the disease. ANOVA test revealed a significant difference in the mean of illness related worries in Patients, especially between physical-psychological complications and the future of the disease. Pearson statistic test showed significant correlation between age and illness related worries score and between disease severity and illness related worries score.

Conclusion: The results should be useful for planning of patients support, improving their care and treatment.

Keywords: Illness related worries, Heart failure, Disease, Patient with heart failure.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: F. Yaghmaei, Email: farideh_y2002@yahoo.com

Citation: Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation of illness-related worries in patients with heart failure. Journal of Knowledge & Health 2014;9(2):40-46.