

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به مراکز سرپایی شهر کرمان (۱۳۸۹)

دکتر حیدرعلی عابدی^{۱*}، مهديه یاسمن علیپور^۲، غلامحسین عبد یزدان^۱

^۱ گروه پرستاری - دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، اصفهان، ایران، ^۲ کارشناس ارشد پرستاری-سازمان تأمین اجتماعی

کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۹/۸/۱ اصلاح نهایی: ۹/۲/۱ تاریخ پذیرش: ۹/۵/۱

چکیده:

زمینه و هدف: نارسایی قلبی یک سندرم کلینیکی است که می تواند تاثیر منفی بر کیفیت زندگی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف مطالعه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد. **روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی - تحلیلی ۲۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به مرکز سرپایی شهر کرمان به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و ابعاد کیفیت زندگی آنان با استفاده از ابزار استاندارد بررسی کیفیت زندگی ۳۶ سواله (SF₃₆) مورد بررسی قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون های آماری مجذور کای، t مستقل و ANOVA استفاده شد. **یافته ها:** میانگین سنی بیماران تحت مطالعه ۶۴ سال بود و اکثر آنها در درجه ۲ بیماری قلبی قرار داشتند. نمره کیفیت زندگی مردان ۴۲/۳۶±۱۵/۵۷ و زنان ۴۰/۶۵±۱۵/۳۷ بود (P=۰/۳۶). مقایسه ابعاد کیفیت زندگی زنان و مردان نشان داد که در دو بعد عملکرد جسمی (P=۰/۰۰۵) و سلامت روان (P=۰/۰۱) نمره کیفیت زندگی مردان بیشتر از زنان است. افزایش سن و سابقه مصرف سیگار باعث کاهش بعد عملکرد جسمی کیفیت زندگی شده بود (P<۰/۰۵). **نتیجه گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند و زنان عملکرد جسمی پایین تر و سلامت روان بدتری نسبت به مردان دارند، از این رو کنترل برخی متغیرهای قابل اصلاح در این بیماران ضروری به نظر می رسد.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، نارسایی قلبی، مراکز سرپایی.

مقدمه:

آمریکا در سال ۲۰۰۷ برآورد هزینه های مستقیم و غیر مستقیم این بیماری حدود ۳۳/۲ میلیون دلار بوده است و اکثر هزینه ها صرف مخارج بیمارستانی شده است (۳). این بیماری جدای از پیش آگهی ضعیف، محدودیت در فعالیت جسمی، قطع تعاملات اجتماعی، دیسترس های روانی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی و بازنشستگی زودس و تاثیر منفی بر کیفیت زندگی را تحمیل می کند (۴).

در سال ۱۹۹۱ سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را چنین تعریف نموده است: کیفیت زندگی

اگر چه در دو دهه اخیر پیشرفت های زیادی در درمان بیماران قلبی اتفاق افتاده است، اما شیوع نارسایی قلب در حال افزایش است. به طوری که نزدیک ۱۵ میلیون نفر در جهان به این بیماری مبتلا هستند (۱). شیوع و بروز این بیماری با افزایش سن رابطه مستقیم دارد، بطوری که بر اساس مطالعه Rochester و Friedman با هر دهه افزایش سن بروز نارسایی قلبی دو برابر می شود (۲). بر طبق گزارش های محققین، این بیماری یکی از پر هزینه ترین مخارج برای خدمات سلامت ملی است برای مثال در کشور

* نویسنده مسئول: اصفهان- دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) - گروه پرستاری-تلفن: ۰۳۱۱-۵۳۵۴۰۶۵، E-mail: habedi@khuisf.ac.ir

است (۱۱). مراقبان و محققان سلامتی از جمله پرستاران که در میان گروه بهداشتی نقش مهمی داشته و می توانند نتایج مراقبت از بیمار را ارتقاء بخشند در گام اول باید اطلاعات بیشتری در مورد کیفیت زندگی بیماران کسب کنند و با اتخاذ تصمیمات و اقدامات موثرتر بر اساس یافته های حاصل از بررسی، سبب ارتقا کیفیت زندگی شوند (۱۲). علاوه بر موارد فوق، گستردگی ابعاد کیفیت زندگی اهمیت پژوهش را در این زمینه بیش از پیش نمایان می سازد (۱۳).

در این میان بررسی ابعاد کیفیت زندگی زنان و مردان اهمیتی خاص دارد زیرا با شناخت تفاوت های ابعاد کیفیت زندگی زنان و مردان می توان برنامه ریزی هایی متفاوتی در این گروه ها، بر اساس نیاز آنها طرح ریزی کرد تا آنان به سطح مطلوب تری از کیفیت زندگی دست یابند. با توجه به این که در شهر کرمان تاکنون مطالعه ای در این زمینه انجام نشده لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد.

روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که طی آن کیفیت زندگی مردان و زنان مبتلا به نارسایی قلبی مورد بررسی قرار گرفت و با یکدیگر مقایسه گردید. جامعه پژوهش را کلیه مردان و زنان مبتلا به نارسایی قلبی که پس از بستری در بخش های سی سی یو و داخلی قلب بیمارستان های شهر کرمان بهبود یافته و مرخص شده اند و برای پی گیری درمان به پزشک معالج خود مراجعه نموده اند، تشکیل دادند. از فرمول حجم نمونه برای مقایسه نسبت ها در دو گروه، جهت حجم نمونه استفاده گردید، بر این اساس در هر گروه جنسی به تعداد ۱۰۰ نفر جهت بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی افراد مورد نیاز بود (با توجه به $\alpha=0/05$ و $\beta=0/80$ = قدرت آزمون).

از روش نمونه گیری هدفمند جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. مشخصات واحدهای پژوهش و معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص نارسایی قلبی

درک افراد از وضعیت زندگی در قالب فرهنگ و ارزش های حاکم بر جامعه و در راستای اهداف، استانداردها، انتظارات و علایق فرد است. به عبارت دیگر کیفیت زندگی یک فرآیند منطقی و مفهوم استوار بر پایه فرهنگ است که خلاصه ای از ارزش ها، عقاید، سبب ها و تجارب شکل گرفته آن فرهنگ را نشان می دهد و راهی را برای شناخت و فهم شرایط و تجارب انسان در زندگی فراهم می کند (۵).

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 (۶). بنابراین کیفیت زندگی عامل پیش بینی کننده پی آمدهای نارسایی قلبی به حساب می آید (۷).

به نظر می رسد که ابعاد کیفیت زندگی در زنان و مردان متفاوت باشد. زیرا زنان و مردان تفاوت هایی در وضعیت بیوفیزیولوژی و روانی - اجتماعی دارند. برای مثال زنان بیشتر در خطر دیسترس های روانی - اجتماعی قرار می گیرند. بنابراین احتیاج بیشتری به حمایت اجتماعی در مقایسه با مردان دارند. در حالی که مردان بیشتر احتیاج به داشتن همسر یا کسی دارند که از آنها مراقبت نمایند (۸). بعضی مطالعات نشان می دهند که مردان مشکلات اجتماعی، جنسی و زنان تنش و خستگی بیشتری را گزارش می دهند (۹). طبق گزارش Friedman و Rochester اختلال در عملکرد زنان مبتلا به نارسایی قلبی از مردان بیشتر است (۲).

با بررسی کیفیت زندگی می توان نیازهای افراد تحت مراقبت را تعیین کرده و با ارزیابی آن، بیمار را مورد توجه و رسیدگی قرارداد تا کیفیت سال های زندگی پس از بیماری را افزایش داد. از این رو کیفیت زندگی مفهومی اساسی برای پرستار است (۱۰). هدف پرستاری کمک به بیماران برای رسیدن به سطح مطلوب زندگی است. چنانچه در تئوری پرستاری پارس کیفیت زندگی هدف نهایی در فرآیند پرستاری

مدت زمان جمع آوری داده ها در پژوهش حاضر از اوایل فروردین ۸۹ شروع و در اوایل خرداد ۸۹ خاتمه یافت نمونه گیری به صورت مراجعه مداوم به مراکز سرپایی (کلینیک و مطب متخصصین قلب) صورت گرفت و طی آن بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از شرایط شرکت در مطالعه برخوردار بودند که از طریق پرسشنامه به وسیله پژوهشگر مورد مصاحبه قرار گرفتند و پرسشنامه ها بر اساس پاسخ بیماران توسط پژوهشگر تکمیل گردید. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون های آماری شاخص های مرکزی و پراکنندگی، معجزورکای، t مستقل و ANOVA استفاده شد.

یافته ها:

در یافته های حاضر اطلاعات فردی نشان داد، میانگین سنی مردان ۶۳/۶۷ و میانگین سنی بیماران زن ۶۳/۸۴ بوده ($P > 0/05$) و ۵۳ درصد بیماران زن بی سواد بودند. این در حالی است که میزان بی سوادی در مردان ۲۰ درصد و تقریباً درصد بی سوادی در بین زنان حدود ۲/۵ برابر مردان بود. بیشتر بیماران مرد (۹۴٪) و ۶۰ درصد بیماران زن متأهل بودند. ۸۴ درصد زنان خانه دار یا بیکار و بقیه شاغل یا بازنشسته بودند. در گروه بیماران مرد کمترین درصد (۷٪) بیکار و بقیه شاغل یا بازنشسته بودند. نزدیک به ۶۰ درصد بیماران زن و مرد مشکلی در تامین مخارج زندگی نداشتند. درصد زیادی از واحدهای پژوهش تحت پوشش بیمه بودند. اکثر واحدهای پژوهش در درجه ۲ بیماری قلبی قرار داشتند حداقل یک بار در سال قبل به دلیل مشکل قلبی در بیمارستان بستری شده بودند. سابقه مصرف سیگار و استفاده از مواد مخدر در بیماران مرد بیش از بیماران زن بود ($P < 0/001$).

یافته های مطالعه حاضر نشان داد، میانگین نمره کیفیت زندگی مردان $42/63 \pm 15/57$ و میانگین نمره کیفیت زندگی زنان $40/65 \pm 15/37$ بود ($P > 0/05$).

توسط پزشک متخصص قلب در برگه خلاصه پرونده آنان نوشته شده باشد. حداقل ۶ هفته از تاریخ ترخیص آنان از بیمارستان گذشته باشد. جهت پیگیری درمان به پزشک معالج خود مراجعه کرده باشند. کاملاً هوشیار و قادر به همکاری و قادر به تکلم به زبان فارسی باشند. از آمادگی جسمی و روانی لازم برای پاسخ گویی به سوالات برخوردار باشند.

بیمارانی که از شرایط فوق برخوردار نبودند و علاوه بر آن در تاریخچه پزشکی آنها تشخیص های روانپزشکی درج شده بود از مطالعه حذف گردیدند.

جهت گردآوری داده ها از دو پرسشنامه بررسی ویژگی های فردی و پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی SF₃₆ (Short form health survey 36 items) استفاده شد. در این مطالعه از گونه فارسی ابزار استاندارد SF₃₆ که به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی طراحی شده است، استفاده شد. در این پرسشنامه هر چه میانگین نمرات به صفر نزدیک تر باشد نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر است و هر چه میانگین نمرات به ۱۰۰ نزدیک تر باشد نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. این ابزار در ایران توسط دکتر منتظری و همکارانش برای جمعیت ایران طراحی و استاندارد شده است. آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی و تعیین ضریب آلفای کرونباخ و آزمون روایی با استفاده از روش مقایسه گروه های شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار گرفته است. تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که به جز حیطه نشاط ($\alpha = 0/65$) سایر حیطه های گونه فارسی SF₃₆ از حداقل ضرایب استاندارد در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون آماری مقایسه گروه های شناخته شده نشان داد که این ابزار قادر به افتراق زیر گروه های جمعیتی به تفکیک جنس و سن می باشد و دارای روایی ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ می باشد بنابراین گونه فارسی ابزار استاندارد SF₃₆ به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از روایی و پایایی لازم برخوردار است (۱۴).

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمرات حیطة های مختلف کیفیت زندگی در نمونه پژوهش

Pvalue*	زن	مرد	جنسیت	
			حیطه های کیفیت زندگی	
۰/۵۸	۳۴/۲۰±۱۵/۹۲	۳۵/۶۵±۲۱/۰۰	سلامت عمومی	
۰/۰۰۵	۲۹/۰۰±۱۸/۷۱	۳۸/۱۰±۲۵/۶۵	عملکرد جسمی	
۰/۳۵	۴۱/۲۵±۲۸/۵۱	۳۷/۷۵±۲۳/۷۰	محدودیت به علت مشکل جسمی	
۰/۸۵	۴۹/۰۰±۲۵/۲۷	۴۸/۳۳±۲۴/۷۹	محدودیت به علت مشکل روحی	
۰/۳۷	۴۴/۵۰±۲۲/۲۱	۴۷/۳۷±۲۳/۱۸	عملکرد اجتماعی	
۰/۳۹	۴۵/۶۵±۲۱/۴۴	۴۳/۰۵±۲۱/۳۴	درد جسمی	
۰/۱۱	۳۹/۳۰±۱۹/۴۵	۴۳/۷۰±۱۹/۴۱	نشاط	
۰/۰۱	۴۸/۲۰±۱۷/۸۷	۵۴/۴۴±۱۶/۲۲	سلامت روان	
۰/۹۳	۳۵/۷۵±۲۲/۸۲	۳۶/۰۰±۲۰/۸۲	وضعیت سلامتی در یک سال قبل	
۰/۳۶	۴۰/۶۵±۱۵/۳۷	۴۲/۶۳±۱۵/۵۷	کل	

$n=100$ در هر دو گروه. داده ها به صورت "انحراف معیار±میانگین" می باشد.

*بر اساس آزمون t مستقل

مقایسه میانگین نمرات ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمی، درد جسمی و نشاط از ابعاد کیفیت زندگی بر حسب سن نشان داد که در هر چهار بعد مذکور میانگین نمرات بیماران گروه سنی ≤ 50 سال بیش از سایر گروه ها بود. اما آنالیز واریانس یک طرفه فقط در بعد عملکرد جسمی تفاوت معنی داری را نشان داد ($P=0/0001$). آزمون تعقیبی (Post Hoc)

مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران زن و مرد تنها در مورد عملکرد جسمی و سلامت روان تفاوت معنی داری را نشان داد، به طوری که در هر دو مورد میانگین نمره بیماران مرد (به ترتیب ۳۸/۱۰، ۵۴/۴۴) بیش از بیماران زن (به ترتیب ۲۹/۰۰، ۴۸/۲۰) بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در نمونه پژوهش بر حسب سن و مصرف سیگار

Pvalue**	مصرف سیگار		Pvalue*	سن (سال)				متغیر ابعاد کیفیت زندگی
	خیر (n=142)	بلی (n=58)		> 70 (n=47)	70-71 (n=72)	60-61 (n=72)	≤ 50 (n=18)	
۰/۰۲۷	۳۷/۷۹±۱۸/۴	۳۰/۳۴±۱۸/۵	۰/۰۶	۱۷/۸±۳۰/۵۳	۱۸/۵±۳۶/۵۹	۳۳/۸۱±۱۹/۵	۴۳/۶۱±۱۵/۳	سلامت عمومی
۰/۰۰۶	۳۷/۰۹±۲۴/۰	۲۷/۳۳±۱۸/۵	۰/۰۰۱	۱۶/۸±۲۲/۱۳	۲۱/۵±۳۱/۶۷	۴۱/۸۲±۲۳/۱	۴۱/۹۴±۲۷/۹	عملکرد جسمی
۰/۶۵	۴۴/۷۹±۲۱/۸	۴۳/۲۷±۲۰/۳۹	۰/۹۹	۲۰/۶±۴۴/۶۳	۲۰/۲±۴۳/۸۲	۴۴/۶۴±۲۲/۰	۴۴/۷۲±۲۶/۹	درد جسمی
۰/۵۲	۴۲/۰۱±۲۰/۷	۴۰/۲۶±۱۶/۱	۰/۲۹	۲۱/۶±۳۷/۶۶	۱۶/۰±۴۰/۹۷	۴۳/۵۷±۲۰/۷	۴۶/۳۹±۲۱/۷	نشاط

داده ها به صورت "انحراف معیار±میانگین" می باشد.

**بر اساس آزمون t مستقل

*بر اساس آزمون آنالیز واریانس یک طرفه

بیش از بیماران زن بود. Heo و همکاران گزارش کردند که توانایی جسمی در بیماران با نارسایی قلبی ارتباط مستقیمی با شرایط بیماری دارد. زیرا اکثر بیماران علائمی را مثل خستگی و تنگی نفس گزارش می کنند، که این علائم توانایی انجام فعالیت های روزانه آنها را محدود می سازد (۱۸).

بر اساس مطالعه Friedman و Rochester در حالی که عملکرد جسمی زنان و مردان مبتلا به نارسایی قلبی مختل می شود، این اختلال در زنان بیشتر دیده می شود (۲). Stromberg و همکاران به این نتیجه رسیدند 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 پی گیری بارزتر می شود زیرا زنان بیش از مردان متحمل مشکلاتی نظیر اختلال در خواب، مسائل عاطفی، کاهش انرژی، توان و ناخوشی می شوند (۱۹). شاید یک دلیل پایین تر بودن عملکرد جسمی زنان نسبت به مردان در جامعه مورد پژوهش، این باشد که ۸۴ درصد زنان در این پژوهش خانه دار بوده و با وجود سن بالا و داشتن بیماری مزمن و وفور بیماری های زمینه ای در آنها هنوز مسئولیت امور منزل را به عهده داشته که منجر به کاهش توان جسمی آنها شده است.

نتایج یک مطالعه ای تحت عنوان «رابطه سن، جنس با کیفیت زندگی» نشان داد که زنان کیفیت زندگی پایین تری نسبت به مردان خصوصاً در حیطه روانی داشتند (۲۰) و شیوع اختلالات روانی به طور معنی داری در جنس مونث بیشتر است (۲۱). گرچه زنان و مردان هر دو از بیماری های روانی رنج می برند اما زنان به دلیل شرایط ویژه اغلب این بیماری ها را بیشتر تجربه می کنند به طور مثال افسردگی و اضطراب در زنان ۲ برابر مردان است. عوامل بیولوژیک مانند ژنتیک و هورمون های جنسی، خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می دهند (۲۲). افسردگی عارضه شایعی در

و توکی (Tukey) نشان داد میانگین نمره گروه ≤ 50 سال و گروه ۶۰-۵۱ سال به طور معنی داری بیش از گروه > 70 سال (به ترتیب $P=0/006$ و $P=0/001$) میانگین نمره گروه ۶۰-۵۱ سال بیش از گروه سنی ۷۰-۶۱ سال ($P=0/036$) بود (جدول شماره ۲).

همچنین میانگین نمرات ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمی، درد جسمی و نشاط از ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که در همه ابعاد میانگین نمره بیماران که سابقه مصرف سیگار نداشتند از میانگین نمره بیماران که سابقه مصرف سیگار داشتند بیشتر بود. آزمون آماری t مستقل تنها در مورد سلامت عمومی و عملکرد جسمی تفاوت معنی داری را نشان داد (به ترتیب $P=0/027$ و $P=0/006$) (جدول شماره ۲).

بحث:

نتایج این پژوهش نشان داد، کیفیت زندگی مردان در مقایسه با کیفیت زندگی زنان با اندکی بالاتر است ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نیست. با توجه به این که حداقل میانگین نمرات صفر و حداکثر ۱۰۰ می باشد. بنابراین در مجموع می توان گفت هر دو گروه از کیفیت زندگی پایین برخوردار هستند، بر اساس نتایج مطالعات اکثر بیماران نارسایی قلبی از کیفیت زندگی پایینی رنج می برند که نارسایی قلبی بیش از سایر بیماری های مزمن باعث اختلال در کیفیت زندگی بیماران می شوند (۱۵، ۱۶).

در مقایسه کلی کیفیت زندگی مردان و زنان اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد که با مطالعه رهنورد و همکاران (۱۷) همخوانی و با مطالعه شجاعی و همکاران مغایرت دارد (۱۳). شاید دلیل این مغایرت ابزار جمع آوری اطلاعات بوده است.

مقایسه میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران زن و مرد تنها در مورد عملکرد جسمی و سلامت روان تفاوت معنی داری را نشان داد، به طوری که در هر دو مورد میانگین نمره بیماران مرد

بودند. این ارتباط منفی معنادار در پژوهش‌های مختلف نیز گزارش شده است (۲۷-۲۵).

نتیجه گیری:

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند و زنان عملکرد جسمی پایین‌تر و سلامت روان بدتری نسبت به مردان دارند، از این رو برنامه ریزی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلب مخصوصاً زنان، مانند توانبخشی و کنترل برخی متغیرهای قابل اصلاح در این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی:

در پایان از دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان و کلیه بزرگوارانی که در اجرای این پژوهش صمیمانه ما را یاری کردند، جناب آقای دکتر محمد یعقوبی و جناب آقای دکتر اصغر کاظمعلی متخصصین محترم قلب و جناب آقای دکتر فرهاد اسدی فوق تخصص قلب مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌داریم.

بیماران نارسایی قلبی است که نه تنها حیطه روانی بلکه حیطه‌های دیگر کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲۳)، لذا توجه به بهداشت روانی در تمام عرصه‌های زندگی از جمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی حائز اهمیت است (۲۱) و پرستاران می‌توانند با ارتقاء سطح سلامتی زنان در پیشگیری از این بیماری‌ها موثر باشند.

مطالعه حاضر نشان داد عملکرد جسمی، بر حسب سن بین دو گروه معنی‌دار بود به طوری که با افزایش سن عملکرد جسمی کاهش می‌یافت. در مطالعه‌ای تحت عنوان «ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود بر حسب جنسیت، تحصیلات و منطقه مسکونی» گزارش شد که گروه‌های سنی جوان‌تر ارزیابی بهتری از وضعیت سلامتی خود دارند و معتقدند که با افزایش سن علاوه بر مشکلات جسمی ناشی از سن، فشارهای روانی-اجتماعی و اقتصادی تاثیر سوء خود را بر سلامتی بروز می‌دهند (۲۴).

در این پژوهش سلامت عمومی و عملکرد جسمی بر حسب سابقه مصرف سیگار تفاوت معنی‌داری را نشان داد، به طوری که افراد غیر سیگاری از سلامت عمومی و عملکرد جسمی بهتری برخوردار

منابع:

1. SalehiTali Sh, MohammadAlian H, Imani R, Khaledifar A, Hatamipour Kh. [The effect of continuous educational and caring interferences on the quality of life patients with heart congestive failure. J Shahrekord Univ Med Sci. 2008; 10(1): 14-19.]Persian
2. Friedman M. Rochester. Gender differences in the health related quality of life of older adults with heart failure. Heart Lung. 2003; 32(5): 20-7.
3. Sebern M, Riegel B. Contributions of supportive relationships to heart failure self-care. Eur J Cardiovasc Nurs. 2009 Jun; 8(2): 97-104.
4. Johansson P, Brostron A, Dahlsron U, Alehagen U. Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. Europ J Cardio Nurs. 2008; 7(4): 96-76.
5. Nejat S. [The quality of life and evaluation of it. Iran J Epidemiol. 2008; 4(2): 57-62.]Persian
6. Moser DK. Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: Why clinicians do not seem to care. Eur J Cardio Nurs. 2002; 1(3): 183-8.

7. Azevedo A, Bettencourt P, Avelos M, Martins E, Lima C, Hens W, et al. Health-related quality of life and stage heart failure. *Intl J Cardiol.* 2008; 129(2): 238-44.
8. Heo S, Moser D, Widener J. Gender differences in the effects on physical and emotional symptoms on health-related quality of life in patients with heart failure. *Eur J Cardio Nurs.* 2007; 6(2): 146-52.
9. Ghanbari A, Yekta P, Roshan A. [To determine the pattern of affecting factors in dimensions quality of life in diabetic patients. *J Guilan Univ Med Sci.* 2001; 10(37): 82-9.] Persian
10. Falahi M, karimlo M, Rahgoy A, Fatah L. [An investigation quality of life and factors related it in nurse's unit Psychology University of medical science. *Hakim Res J.* 2006; 4(9): 30-24.] Persian
11. Johansson P, Dahlstrom U, Brostrom A. Factors and interventions influencing health - related quality of life in patients with heart failure: A review of the literature. *Eur J Cardio Nurs.* 2006; 5(1): 5-15.
12. Abedi H, Mostafavidarani F, Riji HM, Shamsuddin A, Latiffah L. How Iranian Families response to the conditions affecting elderly primary health. *Care Res J Biol Sci.* 2010; 5(6): 420-29.
13. Shojaei F. [An investigation quality of life of patients affected with heart failure. *J Tehran Univ Med Sci.* 2008; 2(13): 5-14.] Persian
14. Montazeri H, Gashtasbi A, Vahdani Niam. [To translation and validation study of Iranian version SF-36 questionnaire. *Payesh Health Monit.* 2005; 5(1): 49-56.] Persian
15. Rueston T, Stubhaug A, Eidsmo I, Westheim A, Paul M, Miaskowski Ch. Pain and quality of life in hospitalized patients with heart failure. *J Pain Symptom Manage.* 2008 Nov; 36(5): 497-504.
16. Moser DK. Psychosocial factors and their association with clinical outcomes in patients with heart failure: Why clinicians do not seem to care. *Eur J Cardio Nurs.* 2002; 1(3): 183-8.
17. Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazem-Nejad M, Hatamipour. KH. [An investigation quality of life and factors affecting it in patients with heart congestive failure. *Hayat.* 2006; 12(1): 77-86.] Persian
18. Heo S, Lennie AT, Okoli C, Moser k D. Quality of life in patients with heart failure: ASK the patients. *Heart Lung.* 2009; 38(2): 100-8.
19. Stromberg A, Martensson J. Gender differences in patients with heart failure. *Eur J Cardio Nurs.* 2003; 2(1): 7-18.
20. Non H, Michelle A. Relationship of age sex to health-related quality of life in patients with heart failure quality of life in patients with heart failure quality of life. *Am J Critic Care.* 2004, 1: 1-5.
21. Arasteh M Hadinia B, Sedaghat A, Chareh John. [An investigation the condition of psychological health and factors related to it among clinical and nonclinical personnel of Sanandaj hospitals in 2006. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci.* 2008; 13: 44.] Persian
22. Stenhop M. Nursing of society health 2. Translated to Persian by: Hosseini V, Jafari N, Tehran: Jomeh Negar Pub. 2009; P: 336.
23. Faller H, Stienbuchel TH, Stork S, Schowalter M, Ertl G, CHristiane E, et al. Impact of depression on quality of life assessment in heart failure. *Int J Cardiol.* 2010 Jul; 142(2): 133-7.
24. Gashtasbi A, Montazeri A, VahdaniNia M, Foroushani A, Mohammad K. [Evaluation of health condition of Tehran citizens from the point of view of gender, education and residential region). *Payesh Health Monit.* 2003; 3: 183-9.] Persian

25. Samimi R, Valizadeh A. [The relation of smoking cigarette with public health of student in university of medical sciences of Iran. 2006. Hormozgan Med J. 2007; 14: 303-8.]Persian
26. Stock C. Differences in health complaints among university students from three European countries. *Prev Med.* 2003 Dec; 37(6 Pt 1): 535-43.
27. Abbasi A, Asayesh H, Hosseini A, Ghorbani A, Rohi GH, Rahmani H, et al. [The relation of functional ability of patients affected with heart failure and quality of life. *Iran South Med J.* 2010; 1: 31-40.]Persian

Quality of Life in heart failure patients referred to the Kerman outpatient centers, 2010

Abedi HA (PhD)*¹, Yasaman-Alipour M (MSc)², Abdeyazdan GhH (MSc)¹
¹Nursing Dept., Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran, ²Social Security Organization, Kerman, Iran.

Received: 23/Oct/2010

Revised: 21/Apr/2011

Accepted: 23/July/2011

Background and aims: Heart failure is a clinical syndrome which may have causes negative effects on quality of life. Nowadays, improvement of quality of life in these patients has become as an objective and a part of treatment programs that is a useful direction for promotion of care quality. It is necessary for nurses to gain essential knowledge to improve the patient's quality of life. The aim of this research was to study the quality of life in heart failure patients referred to the Kerman Outpatient Centers.

Method: This descriptive-analytical study was performed on 200 patients (100 men and 100 woman) suffered from heart failure who were referred to the outpatient centers in Kerman. Samples were selected by purposive method. Short Form health survey 36 items (SF₃₆) was used for studying the quality of life. Data were analyzed using Chi-square, independent t-test and ANOVA.

Results: Findings showed that the patients mean age was 64 years and most of them were in the second degree of heart failure. The quality of life score was found 42.36 in men and it was 40.65 in women ($P>0.05$). The comparison of quality of life dimensions in women and men showed that physical function ($P=0.005$) and mental health ($P=0.01$) was significantly higher in men than women.

Conclusion: The results indicated that the heart failure patients had poor quality of life and the women have weaker physical function and worse mental health than men. Therefore, controlling some amendable variables among these patients is suggested.

Keywords: Heart failure, Outpatient center, Quality of life.

Cite this article as: Abedi HA, Yasamanalipur M, Abdeyazdan GhH. [Quality of Life in heart failure patients referred to the Kerman outpatient centers, 2010. J Sharekord Univ Med Sci. 2011 Dec, Jan; 13(5): 55-63.]Persian

***Corresponding author:**

Nursing Dept., Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran. Tel: 0098-3115354065,

E-mail: habedi@khuisf.ac.ir