

مقایسه کیفیت زندگی در بیماران انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی با افراد عادی

امیر عزیزی^{۱*}، صبا فقیه^۲

۱. دکترای روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
 ۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۹

زمینه و هدف: انفارکتوس میوکارد حاد یکی از شایع‌ترین علل بستری بیماران محسوب می‌شود و نارسایی قلبی یکی از معضلات عمده مربوط به سلامت عمومی در کشورهای صنعتی است. شواهد نشان می‌دهند که با توجه به تشخیص نوع بیماری قلبی، کیفیت زندگی افراد متفاوت خواهد بود. به همین منظور، پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی در بیماران انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی با افراد عادی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش مطالعه توصیفی - مقایسه‌ای بود که در آن، ۱۰۰ بیمار مبتلا به بیماری قلبی - عروقی (۵۰ بیمار انفارکتوس میوکارد حاد و ۵۰ بیمار نارسایی قلبی) و ۵۰ نفر از افراد عادی که به لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با گروه بیمار همسان شده بودند، در سال ۱۳۹۳ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات به وسیله پرسش‌نامه کیفیت زندگی جمع‌آوری شد ($p > 0/05$) و با روش تحلیل واریانس تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۰) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل واریانس تک‌متغیره نشان داد که بین بیماران قلبی و افراد عادی از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ($p = 0/001$)؛ به طوری که گروه مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی در مقایسه با افراد عادی نمرات کمتری را به لحاظ کیفیت زندگی کسب کردند. اما تفاوت معناداری در کیفیت زندگی بیماران انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی مشاهده نشد ($p = 0/670$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تفاوت کیفیت زندگی در بیماران قلبی با افراد عادی، آموزش‌دهی و آگاهی‌رسانی به بیماران قلبی در این مقوله ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی، انفارکتوس میوکارد حاد، نارسایی قلبی.

۱. مقدمه

گزارش می‌شود [۳]. مهم‌ترین علت بیماری ایسکمی قلبی، به‌ویژه انفارکتوس میوکارد حاد، آرترواسکلروزیس عروق کرونر است. شیوع این بیماری در افراد بالای ۴۰ سال بین ۵ تا ۸٪ گزارش شده که باعث مرگ بر اثر انفارکتوس میوکارد شده است [۴]. عوامل خطر آرترواسکلروزیس به دو دسته غیرقابل تعدیل مثل جنس، سن و سابقه خانوادگی و قابل تعدیل مانند بالا بودن سطح چربی خون، فشار خون بالا، دیابت، مصرف سیگار، چاقی، کم‌تحركی، استرس، هیجان روحی، رژیم غذایی نامناسب و

انفارکتوس میوکارد حاد یکی از شایع‌ترین علل بستری بیماران در کشورهای صنعتی است [۱]؛ به طوری که هر ساله نزدیک به ۱,۰۰۰,۰۰۰ نفر در امریکا دچار این بیماری می‌شوند که یک‌چهارم آن‌ها فوت می‌کنند و نیمی هرگز به بیمارستان نمی‌رسند [۲]. در ایران نیز، این بیماری اولین عامل مرگ‌ومیر است و سالیانه در حدود ۱۳۸,۰۰۰ مرگ ناشی از این بیماری

* نویسنده مسئول: امیر عزیزی

نشانی: خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۹۱۴۱۰۲۶۰۵۸ دورنگار:

رایانه: amir28144@gmail.com

شناسه ORCID: 0000-0003-3948-3639

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0003-3948-3639

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۸، ص ۵۹۸-۵۹۲

آدرس سایت: http://jsums.medsab.ac.ir رایانه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

در بیماران قلبی انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی با افراد عادی مطالعه‌ای صورت نگرفته است. بنابراین وجود خلأهایی در این حوزه پژوهشی، ضرورت انجام این پژوهش را نمایان می‌کند. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی در بیماران انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی با افراد عادی انجام شد.

۲. مواد و روش‌ها

روش مطالعه حاضر توصیفی - مقایسه‌ای است و جامعه آماری آن شامل تمام بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان مدنی شهر تبریز در سال ۱۳۹۳-۹۴ بود. حجم نمونه هر گروه در مطالعات مقایسه‌ای حداقل باید ۳۰ نفر باشد [۱۴]؛ بنابراین ۱۰۰ نفر از بیماران قلبی (۵۰ انفارکتوس میوکارد و ۵۰ نارسایی قلبی) پس از بررسی و تعیین معیارهای ورود و خروج مطالعه - که براساس معاینات جسمی و آزمایشگاهی توسط متخصصان قلب تشخیص قطعی بیماری را دریافت کرده و در حین درمان قرار داشتند - و ۵۰ نفر از افراد عادی که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی (نظیر جنسیت، میزان تحصیلات، سن و وضعیت تأهل) با گروه بیمار همسان شده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. نمونه عادی از میان همراهان، نزدیکان و بستگان مراجعه‌کنندگان به بیمارستان مدنی شهر تبریز برگزیده شدند که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی فوق همسان شده بودند.

ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن حداقل ۳۰ و حداکثر ۶۰ سال، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، متأهل بودن، داشتن اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی مطابق با پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) توسط مصاحبه‌روان‌شناس. مخالفت با شرکت در پژوهش نیز ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد.

جمع‌آوری داده‌ها ۲ ماه به طول انجامید. به منظور گردآوری داده‌ها، پس از دریافت مجوز از بیمارستان مدنی شهر تبریز و اعلام آمادگی مسئولان برای همکاری، پرسش‌نامه‌های مربوط توزیع شد. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد و پژوهشگر به تک‌تک آزمودنی‌ها این اطمینان را داد که نتایج پرسش‌نامه‌ها محرمانه خواهد بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی بود. این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۹م توسط یغمایی و همکاران [۱۲] ساخته شد و دارای ۷۲ سؤال و ۷ خرده‌مقیاس کیفیت زندگی جسمی، روان‌شناختی، معنوی و

مصرف قرص‌های جلوگیری از حاملگی است [۱۵]. از سوی دیگر نارسایی قلبی یکی از معضلات عمده مربوط به سلامت عمومی در جوامع صنعتی است. این بیماری یک سندرم بالینی است که در آن، ناهنجاری در ساختمان عملکرد قلب موجب ناتوانی آن در تخلیه یا پر شدن خون با سرعتی است که نیازهای بافت‌های متابولیزکننده را برآورده کند [۱۶]. براساس آخرین برآورد انجمن قلب آمریکا، حدود ۸,۵۰۰,۰۰۰ نفر در آمریکا مبتلا به نارسایی قلبی هستند و سالیانه ۶۷۰ مورد جدید شناسایی می‌شوند [۱۶]. نارسایی قلبی شایع‌ترین علت بستری افراد بالای ۵۰ سال است که احتمال شیوع آن با فزونی گرفتن سن جامعه افزایش می‌یابد [۱۷]. اگرچه نارسایی قلبی بر اثر انواع بیماری‌های قلبی می‌تواند ایجاد شود، در ایالات متحده و اروپای غربی بیماری ایسکمیک قلب، به‌ویژه انفارکتوس میوکارد، علت حدود سه‌چهارم تمام موارد است. کاردیومیوپاتی‌ها در درجه دوم اهمیت قرار دارند؛ درحالی که بیماری‌های مادرزادی، دریچه‌ای و فشار خون بالا علل کمتر شایع است [۱۸].

انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی با عوارض ناتوان‌کننده و محدودیت‌های جسمی و پیش‌رونده‌ای همراه هستند که باعث کاهش ظرفیت عملکرد خانوادگی و شغلی و درنهایت کاهش کیفیت زندگی در بیماران می‌گردد. علاوه بر این، کاهش کیفیت زندگی موجب اخلال در سیر بهبودی بیماری می‌شود. همچنین انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی منجر به شکل‌گیری چرخه‌ای معیوب در وضعیت زندگی بیماران می‌شود [۹-۱۰]. بنابراین عده‌ای کیفیت زندگی را به عنوان وضعیت سلامت شخصی و وضع جسمی، عوامل روانی نظیر تعاملات اجتماعی و عملکردی، و میزان استقلال تعریف کرده‌اند [۱۱]. برخی نیز به طبقه‌بندی کیفیت زندگی براساس ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، خانوادگی، اقتصادی، تفریحی و معنوی پرداخته‌اند [۱۲].

در برخی مطالعات، کیفیت زندگی در بیماران قلبی مقایسه شده است؛ از جمله مایرز و همکاران [۱۳] نشان دادند که بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد نسبت به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و بیماری قلبی کرونر نمرات بهتری در مؤلفه‌های جسمی، عاطفی و اجتماعی کیفیت زندگی به‌دست آوردند. انفارکتوس میوکارد حاد اولین عامل مرگ‌ومیر در ایران به‌شمار می‌رود و نارسایی قلبی شایع‌ترین علت بستری افراد بالای ۵۰ سال است [۳، ۷]. براساس تحقیقات، با توجه به تشخیص نوع بیماری قلبی، کیفیت زندگی افراد متفاوت خواهد بود. علاوه بر این، تاکنون در ایران درباره مقایسه کیفیت زندگی

(میانگین و انحراف معیار) و آزمون آماری تحلیل واریانس تک‌متغیره استفاده شد. سطح معناداری برای این پرسش‌نامه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. پیش‌فرض‌های توزیع نرمال نمرات و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته که از پیش‌فرض‌های آماری استفاده از آزمون پارامتریک است، به وسیله آزمون‌های کلموگروف - اسمیرنوف^۱، لوین^۲ و ام باکس^۳ با مقادیر $p > 0/05$ مورد تأیید قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز به کمک نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۰) انجام شد.

۳. یافته‌های پژوهش

آماره توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به ۳ گروه افراد عادی، مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی در متغیرهای کیفیت زندگی در جدول ۱ درج شده است.

| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار |
|-------------|-----------------------|---------|--------------|
| کیفیت زندگی | انفارکتوس میوکارد حاد | ۶۳/۶۶ | ۱۷/۹۴ |
| | نارسایی قلبی | ۶۲/۸۶ | ۱۶/۳۳ |
| | عادی | ۹۰/۶۳ | ۱۸/۵۰ |

۲ درج شده است.

اعتقادات مذهبی، اقتصادی، خانوادگی، عاطفی و اجتماعی است. این پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۰-۴) نمره‌گذاری می‌شود؛ با این توضیح که برخی از سؤالات به دلیل بار منفی، نمره معکوس می‌گیرند. یغمایی و همکاران [۱۲] همسانی درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۱ و ضرایب پایایی را با استفاده از روش آزمون مجدد ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی جسمی، روان‌شناختی، معنوی و اعتقادات مذهبی، اقتصادی، خانوادگی، عاطفی و اجتماعی با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۷۵، ۰/۷۰، ۰/۷۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ برآورد شد و روایی آن با نظر ۴ تن از استادان دانشگاه روان‌شناسی و علوم تربیتی تبریز مورد تأیید قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی

نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره با هدف تعیین تفاوت گروه‌های مورد مطالعه در متغیر کیفیت زندگی در جدول

| منبع واریانس | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|
| کیفیت زندگی | ۱۵۶۳۰/۸۵۸ | ۲ | ۷۸۱۵/۴۲۹ | ۹/۴۰۷ | ۰/۰۰۱ |

جدول ۲ تفاوت بین ۳ گروه عادی، مبتلا به انفارکتوس میوکارد و نارسایی قلبی را نشان می‌دهد؛ اما جهت این تفاوت مشخص نیست؛ بدین معنا که هرچند میان ۳ گروه تفاوت معناداری به لحاظ متغیر کیفیت زندگی وجود دارد ($p = 0/001$)

نتایج آزمون شفه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نشان می‌دهد که مبتلایان به بیماری قلبی در مقایسه با افراد عادی نمرات کمتری را در کیفیت زندگی به دست آوردند ($p = 0/001$)؛

| متغیر وابسته | گروه | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد برآورد | سطح معناداری |
|--------------|-----------|------------------|-----------------------|--------------|
| کیفیت زندگی | عادی | ۲۲/۸۴۰ | ۵/۷۶۵ | ۰/۰۰۱ |
| | انفارکتوس | ۲۰/۳۵۵ | ۵/۸۲۴ | ۰/۰۰۱ |
| | انفارکتوس | -۲/۸۵۴ | ۵/۸۲۴ | ۰/۶۷۰ |

نتایج آزمون شفه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نشان می‌دهد که مبتلایان به بیماری قلبی در مقایسه با افراد عادی نمرات کمتری را در کیفیت زندگی به دست آوردند ($p = 0/001$)؛

نتایج آزمون شفه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نشان می‌دهد که مبتلایان به بیماری قلبی در مقایسه با افراد عادی نمرات کمتری را در کیفیت زندگی به دست آوردند ($p = 0/001$)؛

3. box's m test

1. kolmogorov-smirnov test
2. leven

زندگی بیماران مبتلا به بیماری قلبی - عروقی با افراد عادی تفاوت چندانی نداشته باشد.

پژوهش حاضر فقط بر روی نمونه محدودی انجام گرفت و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. انتخاب روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به نوع مطالعه و تک‌مرکزی بودن آن و در نظر نگرفتن متغیرهای مداخله‌گر مهمی همچون مدت ابتلا و نوع درمان از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. به همین منظور جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌های پژوهش، به محققان علاقه‌مند در این حوزه پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی سهم متغیرهای مداخله‌گر در این زمینه را با مشخص نمایند و مطالعه مورد نظر را تکرار و نتایج خود را با پژوهش حاضر مقایسه کنند تا قابلیت تعمیم‌پذیری دقیق مطالعه مشخص گردد.

پژوهش حاضر نشان داد که بین بیماران قلبی و افراد عادی از نظر کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد. بنابراین آموزش‌دهی و آگاهی‌رسانی به بیماران قلبی در خصوص کیفیت زندگی ضروری به نظر می‌رسد.

قدردانی و تشکر

نویسندگان از تمامی بیماران و کارکنان اداری بیمارستان مدنی شهر تبریز که در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، قدردانی و تشکر می‌کنند.

انفارکتوس میوکارد تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p = 0/670$).

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که بین بیماران قلبی و افراد عادی از نظر کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد؛ به طوری که گروه مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی در مقایسه با افراد عادی نمرات کمتری را به لحاظ کیفیت زندگی کسب کردند. اما تفاوتی در کیفیت زندگی بیماران انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی مشاهده نشد.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعه سیام و همکاران [۱۵]، حامدی‌نیا و همکار [۱۶] و صادق‌پور و همکاران [۱۷] مبنی بر تفاوت میان کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی و بیماران عادی همسویی دارد؛ اما با نتایج پژوهش مایرز و همکاران [۱۳] مخالف است که نشان داد بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد در مقایسه با بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و بیماری قلبی کرونر نمرات بهتری در مؤلفه‌های جسمی، عاطفی و اجتماعی کیفیت زندگی به دست آوردند. دلیل این امر را می‌توان به نوع روش نمونه‌گیری و حجم کم نمونه در پژوهش حاضر نسبت داد. علاوه بر این باید خاطر نشان کرد که با پیشرفت‌های حاصل در جراحی و آنژیوگرافی، نه تنها میزان بقای بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد حاد و نارسایی قلبی پس از جراحی بیشتر شده است، بلکه این امر باعث شده که کیفیت

References

- [1]. Thiene G, Basso C. Myocardial infarction: a paradigm of success in modern medicine. *Cardiovascular Pathology*. 2010; 19(1): 1-5.
- [2]. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical). 13th ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2013: 70-72.
- [3]. Esmaeili M, Maleki S, Shoghi M, Azizi F, Moghimi S. The effect of nursing education on knowledge, attitudes and beliefs in patients with coronary artery disease in response to myocardial infarction. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2013; 8(29):57-64. (persian)
- [4]. Polanczyk CA, Ribeiro JP. Coronary artery disease in Brazil: contemporary management and future perspectives. *Heart*. 2009; 95(11): 870-76.
- [5]. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistics 2029-update a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2009; 119(3):e21-e181.
- [6]. Sidnev S, Rosamond WD, Howard VJ, RV Luepker. The "Heart Disease and Stroke Statistics-2013 Update" and the Need for a National Cardiovascular Surveillance System. Originally published January. 2013;127: 21-23.
- [7]. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed association in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur J Heart Fail*. 2012; 33(14): 1787-847.
- [8]. Fausi A, Kasper D, Hauser E, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. *Harrison Principles of Internal Medicine, Cardiovascular Disease*. 18th ed. Iran: Arjomand Publications. 2012; 162-82. (persian)
- [9]. Heidarzadeh M, Hasani P, Rahimzadeh A, Ghahramanian A, Kolahdouzi pour I, Yousef I. Quality of life and social support in congestive heart failure patients and healthy people. *Holistic Nursing and Midwifery Journal*. 2013; 23(1):13-21. (persian)
- [10]. Rahimi R, Heidarzadeh M, Hasanzadeh R. Post-traumatic growth among patients with myocardial infarction. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2015; 4(2): 44-52. (persian)
- [11]. Samartzis L, Dimopoulos S, Tziogourou, M, Nanas S. Effect of Psychosocial Interventions on Quality of Life in Patients With Chronic Heart Failure: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of cardiac failure*. 2013; 19(2): 125-34.
- [12]. Yaghmay F, Mohammadi SH, Alavi Majd H. Development and psychometric QOL infertile couples. *Journal of reproduction and infertility*. 2009; 10(2): 137-34. (persian)
- [13]. Morvš JM, Bellwon J, Höfer S, Rynkiewicz A, Gruchala M. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Archives of Medical Science*. 2016; 12(2): 326-33.
- [14]. Gall MD, Borg WR, Gall JP. *Educational Research: An Introduction*, 8th ed. London Publishers USA. 2006: 451-52.

- [15]. Sevam S, Heidarnia AR, Tavafian SS. Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgerv. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2013; 19: 33-41.
- [16]. Hamedinia Z, Khorami S. Comparison of Quality of life, Life Orientation and satisfying life in patients with cancer and cardiovascular with ordinary people. Proceedings of

- the 1th National Conference on Psychology and Family: Tehran, Iran; 2015. (Persian)
- [17]. Sadeqpour M, Salehi MT, Yaghobi A. Compare alexithymia and quality of life in patients with coronary heart disease and healthy people. Proceedings of the 1th International Conference on Humanities, psychology and social sciences: Tehran, Iran; 2015. (persian)

Comparison of Quality of Life in Patients with Acute Myocardial Infarction, Heart Failure and Normal

Amir Azizi^{1*}, Saba Faghih²

1. Lorestan University, Faculty of Literature and Human Sciences, Department of Psychology, Khoram Abad, Iran
2. MA in Clinical Psychology, Dept of Psychology, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract

Introduction: Myocardial infarction is one of the most common causes of hospitalization and heart failure is one of the major public health problem in industrialized countries. Evidence suggests that considering the type of heart disease diagnosis, people's quality of life can be different; Therefore, the aim of this study was to compare the quality of life in patients with acute myocardial infarction, heart failure and normal in 2014..

Methods: The study was a descriptive-comparative study which 100 patients with heart disease - cardiovascular (50 patients with acute myocardial infarction and 50 patients with heart failure) and 50 normal people who were matched in terms of demographic characteristics of patients In 2014 the sampling were selected. Information collected by (QOL) questionnaire ($p>0.05$) and univariate analysis of variance were analyzed using SPSS version 20.

Results: According to the findings, among heart patients and normal subjects there is a significant difference between quality of life ($p = 0.001$); so patients with acute myocardial infarction and heart failure have lower scores in terms of quality of life than normal people. Also, no significant differences was observed in quality of life with acute myocardial infarction and heart failure ($p = 0.670$).

Conclusion: Due to differences in the quality of life for heart patients and normal people, education and awareness of heart disease in these categories seem to be necessary.

Received: 2018/01/14

Accepted: 2018/11/10

Keywords: Quality of life, Acute myocardial infarction, Heart failure.