کیفیت زندگی دربیماران مبتلا به نارسایی قلبی: ارزیابی با استفاده از ابزار اختصاصی کیفیت زندگی مینه سوتا (MLHF)

سمیه اسکندری[1]، مجیده هروی کریموی[2*]، ناهید رژه[2]، عباس عبادی[3]، زهرا طاهری خرامه[4]، علی منتظری[5]

۱. بخش مراقبت‌های ویژه، بیمارستان طرفه، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشکده پرستار ی و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات و علوم رفتاری و دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
۴. دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران
۵. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۷/۱۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۸ مرداد ۹۵]

چکیده

بیماری نارسایی قلبی یک بیماری مزمن است که تاثیرات منفی بر کیفیت زندگی افراد می گذارد. بررسی کیفیت زندگی اختصاصی معیار مهمی در تاثیر بیماری، درمان و دیگر متغیرهای موثر در زندگی بیماران است. پژوهش حاضر با هدف تعیین نمره کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و عوامل مرتبط با آن انجام گرفته است. در این مطالعه ۲۱۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی بستری در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر تهران در سال۱۳۹۲ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، مقیاس کیفیت زندگی مینه سوتا Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire-MLHF و پرسشنامه اطلاعات فردی و بیماری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس یک‌طرفه و تحلیل رگرسیون در محیط نرم افزار آماری SPSS 16 انجام گرفت. بیشترین و کمترین نمره کیفیت زندگی به ترتیب مربوط به بُعد جسمانی با میانگین و انحراف معیار۱۷/۳۲± ۶۶/۳۴ و روانی با میانگین و انحراف معیار ۲۴/۰۲±۳۸/۹۲ بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد از بین متغیرهای مورد بررسی، تنها کلاس بیماری با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار داشت (P<۰/۰۵). یافته‌ها نشان داد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مخصوصا در بعد جسمانی، پایین است. تمرکز و توجه بیشتر در مراقبت‌های درمانی و پرستاری، جهت ارتقای و بهبود کیفیت زندگی این گروه از بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه: کیفیت زندگی، نارسایی قلبی، عوامل مرتبط، پرسشنامه مینه سوتا

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر، تقاطع طالقانی، کوچه شهید رحیم نژاد، پلاک ۶، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه شاهد
تلفن: ۶۶۴۱۸۵۸۰
E-mail: Heravi@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.9.7]

مقدمه

یکی از شایعترین بیماریهای مزمن و علت مرگ و میر در بزرگسالان، بیماریهای قلبی عروقی است[۱]. نارسایی قلبی یکی از مهمترینِ بیماریهای قلبی عروقی است که میزان ابتلا، مرگ و میر و از کارافتادگی نسبتاً بالایی دارد [۲]. نارسایی قلبی به عنوان نتیجه‌نهایی و مشترک همه اختلالات قلبی است[۳]. از طرفی درمان‌های جدید پزشکی باعث افزایش امید به زندگی و طول عمر بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی عروقی و در نتیجه افزایش تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی شده است[۴]. شیوع و بروز نارسایی قلبی با افزایش سن بیشتر می‌شود به طوری که در ایالات متحده تقریباً ۱ درصد افراد بالای ۵۰ سال و حدود ۱۰ درصد افراد بالای ۸۰ سال دچار نارسایی قلبی هستند[۵]. طبق آمار مرکز مدیریت بیماریهای ایران در سال ۱۳۸۰، تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور ۳۳۳۷ در ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت است[۶].

در نگاه جامع نمی‌توان بیماری را از ویژگی‌های فردی و اجتماعی بیمار جدا دانست. گسترش نگاه کل‌نگر به بیمار و محوریت دادن به او، به ایجاد راه و روش های جدیدی برای ارزشیابی بهبود بیماران منجر شده است. یکی از شایع‌ترین این روش‌ها، بررسی کیفیت زندگی بیمار است[۷].کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت عبارت است از شرایطی که درآن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی و عملکرد فیزیکی احساس رضایت می نماید[۸]. بیماریهای مزمن بر کیفیت زندگی و سلامتی اثرات منفی دارند و بین سلامتی و کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد [۹]. کیفیت زندگی در بیماران قلبی به دلیل علایم جسمانی، عوارض درمان و محدودیت‌های اجتماعی به وجود آمده در اثر بیماری کاهش می‌یابد. ناتوانی قلب در خون رسانی باعث بروز علایمی مانند تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری، ادم و آسیت می‌شود که متعاقباً منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییرات ایجاد شده در سبک زندگی بیمار باعث کاهش رضایت و کیفیت زندگی بیمار می‌شود. محدودیت‌های به وجود آمده باعث اختلال در وظایف شغلی خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار شده و در نتیجه انزوای اجتماعی و افسردگی را در پی خواهد داشت. از جمله عوامل تأثیر گذار بر کیفیت زندگی این بیماران، عوارض جانبی داروها نظیر دیورتیک‌ها، مشکلات روحی روانی، علائم جسمی و محدودیت‌های اجتماعی است که ممکن است باعث عدم تمایل بیماران به انجام فعالیتها و ارتباطات اجتماعی سابق خود شود[۱۰]. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با جمعیت بزرگسالان سالم و مبتلایان به دیگر بیماریهای مزمن نظیر بیماران با سکته مغزی، آرتریت، بیماریهای مزمن انسدادی ریه، آنژین ناپایدار به شدت مختل است و با بروز عوارض ناتوان کننده تأثیر بسیار بیشتری بر کیفیت زندگی می‌گذارد[۱۱]. لذا بهبود کیفیت زندگی یک هدف مهم در درمان این بیماران محسوب می‌شود به دلیل اینکه نارسایی قلبی بر همه ابعاد زندگی بیمار از قبیل جسمی، روانی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد. پرستاران باید با کسب اطلاعات کامل از کیفیت زندگی آنان برنامه ریزیهای دقیق‌تری برای رفع مشکلات متعدد آنان انجام دهند[۱۲]. بررسی کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی، با توجه به افزایش روزافزون این بیماری و اثرات بر کل شیوه زندگی بیمار اهمیت بسیاری دارد. مطالعاتی در این زمینه توسط پژوهشگران در کشورهای مختلف دنیا انجام شده است[۱۷-۱۳]، ولی در ایران مطالعات محدودی به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری نارسایی قلبی پرداخته اند[۱۸،۱۹]. ضروری به نظر می رسد که جهت روشن شدن ابعاد مختلف کیفیت زندگی در این بیماران بر اساس تعاریف متعدد، تحقیقاتی با استفاده از ابزارهای اختصاصی انجام گیرد. لذا این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و عوامل مرتبط با آن انجام پذیرفته است تا بتوان با کسب آگاهی و دانش در زمینه کیفیت زندگی این بیماران همگام با اجرای برنامه مراقبتی نسبت به ارتقای آن اهتمام ورزید.

مواد و روش کار

مطالعه توصیفی- تحلیلی حاضر، به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در مراکز آموزشی درمانی منتخب شهر تهران بودند. با استفاده از فرمول شارل کوکران و با احتساب خطای نوع اول ۰/۰۵ و نسبت تخمین ۰/۸۴بر اساس مطالعات مشابه. تعداد ۲۱۰ بیمار دارای سن بیش از ۱۸ سال از بیمارستانهای منتخب شهر تهران به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سایر شرایط ورود به مطالعه، توانایی تکلم به زبان فارسی، گذشت حداقل ۱ ماه از تشخیص قطعی بیماری، کسر تخلیه قلب کمتر از ۴۰٪ (با استناد به پرونده بیمار بر اساس اکوکاردیوگرافی)، مبتلا نبودن به بیماری شناخته شده روانی و اختلالات شناختی و بدخیمی و رضایت جهت شرکت در انجام پژوهش بود. پژوهشگر پس از کسب مجوز از معاونت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.9.7]

پژوهشی دانشگاه شاهد و ارائه آن به مسئولان مراکز آموزشی درمانی، مجوزهای مورد نیاز را برای اجرای مطالعه اخذ نمود و پس از بیان اهداف، از بیماران منتخب رضایت شفاهی برای شرکت در مطالعه گرفته شد. پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و اطلاعات بجز استفاده در مطالعه، بصورت محرمانه حفظ شد. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه مشتمل بر دو بخش بود که توسط پرسشگر و به روش مصاحبه تکمیل شد. بخش اول مربوط به مشخصات فردی شامل سوالاتی متغیرهای جمعیت شناختی- اجتماعی و اقتصادی شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت، نژاد، مذهب، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، سابقه مصرف سیگار، سابقه بیماری قلبی در خانواده و بستگان درجه یک، مدت ابتلا به بیماری قلبی، تعداد دفعات بستری، سابقه کوموربیدیتی، کلاس بیماری و کسر تخلیه‌ای بود.

همچنین جهت سنجش کیفیت زندگی اختصاصی از پرسشنامه مینه سوتا (MLHF) استفاده شد که در سال ۱۹۸۴ توسط Rector طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که محدودیت های جسمی، روانی و اجتماعی – اقتصادی ناشی از علایم نارسایی قلبی را در یک ماه گذشته می سنجد.هر سؤال ۶ معیار داشته و از صفر تا پنج نمره گذاری شده است که صفر نشان دهنده "عدم محدودیت" و پنج نشان دهنده "حداکثر محدودیت" است. امتیاز کلی بین ۰-۱۰۵ بوده و در واقع هرچه نمرات حاصل از این ابزار بالاتر باشد بیمار کیفیت زندگی ضعیف‌تری خواهد داشت. گویه ها این پرسشنامه به گونه‌ای طراحی شده است که ۸ گویه (۲ تا ۷، ۱۲ و ۱۳) مربوط به جنبه جسمی و عملکرد فیزیکی و ۵ گویه (۱۷ تا ۲۱) آن در برگیرنده جنبه روحی- روانی و عاطفی و امتیاز سوالات ۸، ۹ ، ۱۰ ، ۱۱ ، ۱۴ ،۱۵ و ۱۶ جهت بررسی جامع تر بیماران از نظر شرایط اقتصادی – اجتماعی به امتیاز کلی پرسشنامه افزوده شده است[۲۰]. شایان ذکر است MLHFQ رایج ترین پرسشنامه‌ی مورد استفاده در بیماران نارسایی قلبی بوده و مطالعات متعددی برای روانسنجی و استانداردسازی این ابزار در فرهنگ‌های مختلف انجام شده است. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه توسط پژوهشگر و همکاران مورد تایید قرار گرفته است[۲۱]. داده های این مطالعه توسط نرم افزار SPSS v.16 با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف‌معیار سن بیماران ۱۳/۵۴±۵۷/۹۰ بود و ۶۲/۴ درصد از ایشان را مردان تشکیل می‌دادند. از نظر تحصیلات بیشتر بیماران (۶۲/۵) درصد کم سواد بودند. ۷۹/۵ درصد بیماران سابقه ورزش منظم نداشتند. میانگین و انحراف معیار کسر تخلیه بطن چپ ۳۳/۹۸ بوده است. یافته‌های توصیفی مربوط به مؤلفه‌های فردی و بیماری نیز در جدول ۱ آمده است. میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در جدول ۲ نمایش داده شده است. میانگین و انحراف معیار کل نمره کیفیت زندگی بیماران ۶۹/۷۹±۳۸/۳ بود. ۳۵/۷درصد از بیماران در مقیاس کیفیت زندگی نمره بالاتر از میانگین کسب کرده بودند. بر اساس نتایج به دست آمده بیماران مورد مطالعه در بُعد جسمانی بیشترین نمره (۲۴/۴۱±۱۵/۴)و در بُعد روانی کمترین نمره (۱۵/۴۲ ±۸/۷۵) را داشتند. با توجه به اینکه هرچه نمرات حاصل از این ابزار بالاتر باشد بیمار کیفیت زندگی ضعیف‌تری خواهد داشت بیماران در بعد جسمانی کیفیت زندگی کمتری نسبت به سایر ابعاد داشتند. از متغیرهای جمعیت شناختی، جنسیت ارتباط معنادار با بعد روانی کیفیت زندگی داشت. کیفیت زندگی زنان در تمام ابعاد پایین‌تر از مردان بود ولی تنها در بعد روانی کیفیت زندگی معنی دار بود ($P<0/05$). از متغیرهای بالینی ارتباط معنی دار بین کسر تخلیه و بعد جسمانی کیفیت زندگی وجود داشت و افراد با کسر تخلیه بطن چپ بالاتر کیفیت زندگی بالاتری داشتند ($P<0/05$). همچنین در بررسی رابطه بین شدت بیماری و کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی نتایج تحلیل واریانس یکطرفه نشان داد کیفیت زندگی در تمام ابعاد به طور معنی‌دار با افزایش کلاس بیماری افزایش می‌یافت. نتایج الگو رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد از بین متغیرهای وارد شده بر اساس الگوی تک متغیره (دارای $P<0/2$)، تنها متغیر کلاس بیماری از نظر آماری با کیفیت زندگی ارتباط معنا دار داشت (β =۰/۱۳، p=/۰۴).

به طوری که افزایش کلاس بیماری به شکل معنی‌دار باعث افزایش نمره کیفیت زندگی مقیاس و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.9.7]

جدول ۱: مشخصات فردی و بیماری نمونه های مورد مطالعه

	فراوانی (درصد)
سن	
۴۴-۲۵	۲۵(۱۱/۹)
۶۴-۴۵	۱۱۴(۵۴/۲)
۸۵-۶۵	۸۳(۳۹/۵)
جنسیت	
مرد	۱۳۱(۶۲/۴)
زن	۷۹(۳۷/۶)
وضعیت تاهل	
متاهل	۱۶۲(۷۷/۱)
مجرد	۷(۳/۳)
جدا شده	۳۴(۱۶/۲)
همسر مرده	۷(۳/۳)
وضعیت اشتغال	
خانه دار	۵۷(۲۷/۱)
بازنشسته	۳۹(۱۸/۶)
بیکار	۱۶(۷/۶)
کارگر	۲۱(۱۰)
کارمند	۲۶(۱۲/۴)
آزاد	۳۷(۱۷/۶)
کشاورز	۱۴(۶/۷)
میزان تحصیلات	
ابتدایی	۱۳۲(۶۲/۹)
راهنمایی	۲۳(۱۱)
متوسطه	۴۳(۲۰/۵)
دانشگاهی	۱۲(۵/۷)
مصرف سیگار	
بله	۴۳(۲۱/۴)
ترک کرده	۳۷(۱۷/۶)
خیر	۱۳۰(۶۱)
ورزش منظم	
بله	۴۳(۲۱/۵)
خیر	۱۶۷(۷۹/۵)
طول مدت بیماری	
کمتر از سه ماه	۲۰(۹/۵)
بیشتر از سه ماه	۱۹۰(۹۰/۵)
function class	
I	۶۸(۳۲/۴)
II	۶۳(۳۰)
III	۴۶(۲۱/۹)
IV	۳۳(۱۵/۷)

جدول ۲: مقایسه ابعاد کیفیت زندگی بر اساس جنسیت با استفاده از آزمون آماری تی مستقل

	میانگین (انحراف معیار)	مرد میانگین (انحراف معیار) n=۱۳۱	زن میانگین (انحراف‌معیار) n=۷۹	P
بعدجسمانی	۱۵/۴۰ (۴/۴۱)	۱۳/۵ (۱۱/۹۶)	۱۸/۴۵ (۳۶/۳۲)	۰/۱۲
بعد روانی	۸/۵۷ (۳/۴۲)	۷/۰۶ (۶/۴۴)	۱۱/۰۷ (۲۳/۶۲)	۰/۰۴
بعد عمومی	۱۴/۳۳ (۵/۳۱)	۱۳/۸۲ (۴/۵۱)	۱۵(۶/۰۲)	۰/۲۰
بعدکلی	۳۸/۳۰ (۹/۷۹)	۳۲/۵ (۲۲/۹۴)	۴۸/۱۷(۹۱/۲۳)	۰/۱۱

جدول ۳: مقایسه ابعاد کیفیت زندگی بر اساس کلاس بیماری

	کلاس یک M(SD)	کلاس دو M(SD)	کلاس سه M(SD)	کلاس چهار M(SD)	*p-value*
بعدجسمانی	۵/۵۸ (۵/۸۰)	۹/۹۰ (۹/۰۴)	۲۷/۹۵ (۴۵/۴۳)	۲۹/۲۱ (۱۲/۰۳)	۰/۰۰۰۱
بعد روانی	۳/۴۷ (۴/۸۳)	۷/۲۳(۵/۱۰)	۱۴/۶۸ (۳۰/۱۱)	۱۳/۶۵ (۷/۶۸)	۰/۰۰۲
بعد عمومی	۶/۵۸ (۵/۸۰)	۸/۹۰ (۶/۰۴)	۱۷/۹۵ (۲۵/۴۳)	۱۹/۲۱ (۱۴/۰۳)	۰/۰۱
بعدکلی	۱۷/۳۲ (۱۳/۳۳)	۲۷/۳۶(۱۶/۲۶)	۶۷/۷۲ (۳۹/۵۱)	۶۵/۴۵(۲۳/۵۲)	۰/۰۰۰۱

New York Heart Association (NYHA) Classes

Class I: Patient is comfortable with ordinary physical activity, but elevated activity causes symptoms, such as fatigue and shortness of breath.

Class II: Patient is comfortable at rest, but ordinary physical activity causes symptoms.

Class III: Even light activity causes patient fatigue, heart palpitation, or shortness of breath.

Class IV: Patient shows symptoms at rest, and any physical activity only increases the discomfort.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.9.7]

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه نشان داد بیشترین نمره کیفیت زندگی مربوط به بُعد جسمانی با میانگین ۱۵/۴۰ بود. با توجه به اینکه هرچه نمرات حاصل از این ابزار بالاتر باشد بیمار کیفیت زندگی ضعیف‌تری خواهد داشت بیماران در بعد جسمانی کیفیت زندگی کمتری نسبت به سایر ابعاد داشتند. در ایران مطالعات محدودی به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پرداخته است که به دلیل متفاوت بودن ابزار امکان مقایسه وجود ندارد. در مطالعه‌ی رجعتی و همکاران میانگین نمره کلی کیفیت زندگی بیماران با نارسایی قلبی ۳۹ و بیشترین نمره‌ی کیفیت زندگی، بُعد جسمانی گزارش شده است[۲۲] که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مطالعه عابدی[۱۹] و Erceg [۱۳] نیز کیفیت زندگی در بعد جسمانی کمتر از سایر ابعاد بود. شجاعی و همکاران نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بیشتر ین اختلال را در حیطه سلامت و عملکرد و حیطه اجتماعی – اقتصادی داشته‌اند[۱۸]. علت پایین بودن بعد جسمانی بیماران احتمالا به دلیل تجربه علایم شدید جسمانی و عدم کنترل مناسب علایم بیماری است. یافته ها حاکی از آن است که کیفیت زندگی زنان در بعد روانی به طور معنی دار پایین تر از مردان است. Jamieson و Pragodpol در مطالعه خود نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران قلبی در زنان پایین‌تر از مردان است که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد[۲۴،۲۳]. اگرچه کیفیت زندگی زنان نرم جامعه کمتر از مردان گزارش شده است [۲۵] بعضی از پژوهشگران معتقدند عوامل سایکولوژیکی و روانشناختی و یا درک متفاوت زنان از علایم بیماری و مقیاس‌های سلامت در آن نقش دارند [۲۶] و بعضی معتقدند ممکن است به دلیل افسردگی و حمایت اجتماعی پایین باشد[۲۷]. در بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و بالینی و کیفیت زندگی، بین شدت بیماری با تمام ابعاد کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود داشت، به این صورت که با افزایش کلاس بیماری کیفیت زندگی بیماران کاهش پیدا کرد. به نظر میرسد شدت یافتن بیماری باعث اختلال بیشتر در عملکرد و پایین آمدن کیفیت زندگی میشود، تعداد بستری و مراجعه به پزشک هم افزایش می‌یابد. Juenger و همکاران در مطالعه ای نشان دادند که با افزایش شدت بیماری کیفیت زندگی به طور معنادار کاهش می-یابد[۲۸]. مطالعه Kurtalić بر روی ۱۵۰ بیمار در بوسنی هرزگوین ارتباط معنی دار بین شدت بیماری و کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بیماران نشان داد[۱۵]. Erceg و همکاران علایم افسردگی و شدت بیماری را مهمترین عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی در میان متغیرهای مورد مطالعه دانسته‌اند که در تمام ابعاد کیفیت زندگی تأثیرگذار است [۱۴]. مطالعه‌ی دیگری نشان داد که نارسایی قلب باعث اختلال در کیفیت زندگی بیماران شده و سن، طول مدت نارسایی قلبی، علایم جسمانی و افسردگی پیشگویی کننده های مهم کیفیت زندگی بودند[۱۳]. عدم ارتباط معنی دار در سایر موارد، با توجه به محدودیت‌های مطالعه حاضر قابل توجیه است. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به انجام مطالعه به صورت مقطعی اشاره کرد، لذا توصیه می‌شود بررسی طولی کیفیت زندگی در همین گروه از بیماران انجام شود. نمونه‌گیری غیر تصادفی و حجم محدود نمونه‌ها نیز در این مطالعه قابلیت تعمیم پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد و انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر (بیماران نارسایی قلبی چند استان) می‌تواند در ارتقای این محدودیت موثر باشد. متغیرهای بسیار دیگری مانند میزان فعالیت فیزیکی، حمایت اجتماعی، اضطراب، افسردگی و علائم جسمانی نیز وجود دارد که در مطالعه‌ی ما مورد بررسی قرار نگرفته است و انجام پژوهش‌هایی در این زمینه می‌تواند یافته‌های جامع‌تری در اختیار پژوهشگران بگذارد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گیرد. نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی در مبتلایان به نارسایی قلبی پایین است و با توجه به تغییراتی که در ابعاد مختلف کیفیت زندگی این گروه از بیماران ایجاد می‌شود، تمرکز و توجه بیشتر در مراقبت‌های درمانی و پرستاری، جهت ارتقای و بهبود کیفیت زندگی این گروه از بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

سهم نویسندگان

سمیه اسکندری: طراحی طرح نامه، جمع آوری داده ها ،ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه،تحلیل داده ها، تهیه وتدوین مقاله

مجیده هروی کریموی: مدیریت مشترک پایان نامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده ها، مشارکت در تهیه مقاله

ناهید رژه: مدیریت مشترک پایان نامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه

عباس عبادی: مدیریت مشترک پایان نامه،تحلیل داده ها

زهرا طاهری خرامه: نگارش و تدوین مقاله

علی منتظری: مدیریت مشترک پایان نامه،ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده ها، مشارکت در تهیه مقاله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.9.7]

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشدپرستاری مراقبت های ویژه سمیه اسکندری به راهنمایی دکتر مجیده هروی بود. پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده اند به ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد و بیماران شرکت کننده در این پژوهش اعلام می دارند.

منابع

1.Albert NM, Colliers, sumodi U, Wilkinson s, et al. Nurse's knowledge of heart failure education principles. Heart Lung 2002; 31: 102-12
2. Flowers SB. At the heart of care. Nursing standard Journal 2003; 17; 43-60
3. Riegel B. Calson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. Patient Educe couns 2002; 46: 95-287
4.Taylor PRE, Molassiotis A. An exploration of the relationship between uncertainly psychological distress and type of coping standing among Chinese men after cardiac catheterization. Journal of Advanced Nursing 2001; 33: 77-88
5.Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-saad HH, Dracupk, Diederiks J. self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart Lung. 2000; 29; 319-30
6.Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour Kh. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. "Hayat" .Journal of faculty of Nursing and midwifery, Tehran university of medical (Sciences 2006; 1: 77-86
7. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. British Medical Journal 2001 26; 322:1297-300
8.Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. Nursing England Journal Medical 1996; 334:835-9
9.Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousono M. Quality of life and disability in patient with obsessive-compulsive disorder. European psychiatry 2001; 16: 239-242
10. Dunderadale 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? Europe Journal Heart failure 2005; 7: 572-82
11. Abbasi A, Asayesh H, HosseiniSA,Ghorbni M, Abo Elahi AK, Rohi GH & et al. The relationship between functional performance in patient with heart failure and quality of life [QOL].International International SportMedicin Journal 2010; 13:31-40
12. Rees J, Boyle C, Macdonagh R, Quality of life: Impact of chronic Illness on the partner. Journal of the Royal Society of Medicine 2001; 94: 563-566
13. Hwang SL, Liao WC, Huang TY. Predictors of quality of life in patients with heart failure. Japan Journal of Nursing Science 2014;11:290-8
14. Erceg P, Despotovic N, Milosevic DP, Soldatovic I, Zdravkovic S, Tomic S, Markovic I, Mihajlovic G, Brajovic MD, Bojovic O, Potic B, Davidovic M. Health-related quality of life in elderly patients hospitalized with chronic heart failure. . journal Clinical Intervention in Aging 2013; 8:1539-46
15. Kurtalić S, Kurtalić N, Baraković F, Mosorović N, Bosnjić J. [Quality of life in patients with heart failure]. Acta Med Croatica 2013; 67:13-8
16. Heo S, Lennie TA, Pressler SJ, Dunbar SB, Chung ML, Moser DK. Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing 2015; 14:137-44
17. Chu SH, Lee WH, Yoo JS, Kim SS, Ko IS, Oh EG, Lee J, Choi M, Cheon JY, Shim CY, Kang SM. Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure. Journal of Nursing Science 2014; 11:54-64
18. Shojaei F. Quality of Life in Patients with Heart Failure. hayat 2009; 14:5-13
19. Abedi HA, Yasamanalipur M, Abdeyazdan GhH. Quality of Life in heart failure patients referred to the Kerman outpatient centers, 2010. Journal Sharekord University Medical Sciences 2011; 13: 55-63 [Persian]
20. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Validity of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire as a measure of therapeutic response to enalapril or placebo. American Journal Cardiology1993; 71:1106-1107
21. Eskandari S, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Ebadi A, Montazeri A. Translation and validation study of the Iranian version of Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire Payesh 2015; 14: 475- 84 [Persian]
22. Rajati F, Mostafavi F, Sharifirad Gh, Feizi A, Sadeghi M, Reisi M. Comparison of three quality of

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.9.7]

life questionnaires in heart failure patients participating in cardiac rehabilitation. Journal of Health Systems Research 2014; 10: 85-97 [Persian]
23. Jamieson M, Wilcox S, Webster W, Blackhurst D, Valois RF, Durstine L. Factors influencing health-related quality of life in cardiac rehabilitation patients. Prog Cardiovascular Nursing 2002; 17:124-131
24. Pragodpol P, Ryan C. Critical review of factors predicting health-related quality of life in newly diagnosed coronary artery disease patients. Journal of Cardiovascular Nursing 2013; 28:277-84
25. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, et al. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research 2005; 14: 875-882
26. Dueñas M, Ramirez C, Arana R, Failde I. Gender differences and determinants of health related quality of life in coronary patients: a follow-up study. BMC BMC Cardiovascular Disorders 2011; 11:1-11
27. Emery CF, Frid DJ, Engebretson TO, Alonzo AA, Fish A, Ferketich AK, Reynolds NR, Dujardin JP, Homan JE, Stern SL: Gender differences in quality of life among cardiac patients. Psychosomatic Medicine Journal 2004; 66:190-197
28. Juenger J, Schellbery D, Kraemer S, Haunstetter A. Health related quality of life in patients with conestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. Heart 2002; 87: 235-241

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.9.7]

ABSTRACT

Quality of life in heart failure patients using the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF)

Somayeh Eskandari [1], Majideh Heravi-Karimooi [2*], Nahid Rejeh [2], Abbas Ebadi [3], Zahra Taheri Kharameh [4], Ali Montazeri[5]

1. Torfeh hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Elderly Care Research Center- Shahed University, Faculty of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
3 Behavioral Sciences Research Center (BSRC), Nursing Faculty of Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. School of Paramedical Sciences, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
5. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2016
Accepted for publication: 6 October 2015
[EPub a head of print-8 August 2016]

Objective (s): Heart failure is a severe chronic disease and has a negative impact on the quality of life (QoL). The aim of this study was to assess quality of life and its related factors in patients with heart failure using an specfic measure..
Methods: A cross-sectional study of 210 patients with heart failure was conducted using convenience sampling methods. The Minnesota Living with Heart Failure (MLHF) and socioeconomic questionnaires were used to collect data. The data analysis was performed using descriptive statistical tests, Pearson correlation coefficient, independent t-test, and regression analysis.
Results: The mean age of patients was 57.90±13.54. Higher and lower scores were observed for the treatment satisfaction with mean and standard deviation of 66.34±17.32, and angina stability with mean and standard deviation of 38.92±24.02. The results of multiple liner regression showed that there was significant difference between quality of life and NYHA class (β =0.13; p=0.04).
Conclusion: The finding indicated that quality of life was low in patients with Heart Failure. Higher NYHA class was independent predictors of poor QoL in patients hospitalized with heart failure. It seems necessary to put more focus on nursing care to enhance and improve quality of life for these patients.

Key Words: Heart failure, Quality of life, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

* Corresponding author: Department of Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Tel: 66418580
E-mail: heravi@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.5.9.7]