

کیفیت زندگی و برخی فاکتورهای مرتبط با آن در مردان مبتلا به نارسایی قلبی در بیمارستان های تأمین اجتماعی البرز کرج و شهریار ۱۳۸۹

شarah ضیغمی محمدی^{*}، دکتر مانداانا شهپریان^{*}

۱- کارشناس ارشد پرستاری، مریبی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی کرج. ۲- متخصص قلب و عروق،
بیمارستان تأمین اجتماعی البرز کرج

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات مختلف نشان می دهد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب، به طور قابل توجهی تحت تأثیر بیماری قرار می گیرد. هدف از مطالعه‌ی حاضر، تعیین کیفیت زندگی و برخی فاکتورهای مرتبط با آن در مردان مبتلا به نارسایی قلبی بود.

روش بودرسی: این مطالعه توصیفی- تحلیلی، بر روی ۱۰۰ مرد مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی در بیمارستان های تأمین اجتماعی البرز کرج و شهریار در سال ۱۳۸۹ انجام شد. روش نمونه گیری در مطالعه‌ی حاضر، به روش نمونه- گیری آسان بود. اطلاعات از طریق مصاحبه جمع آوری گردید. ابزار های مورد استفاده، شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی مینه سوتا بود. اطلاعات با نرم افزار آماری SPSS و در سطح معنی دار کمتر از ۰/۰۵ با استفاده از آمار توصیفی مانند توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار، آزمون تی برای گروه های مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد. یافته ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره کیفیت زندگی $41/61 \pm 21/30$ بود و ۵۱ درصد از مردان مبتلا به نارسایی قلبی کیفیت زندگی ضعیف، ۲۶ درصد متوسط و ۲۳ درصد کیفیت زندگی خوبی داشتند. کیفیت زندگی، همبستگی مثبت معنی داری با سن ($P=0/001$) و همبستگی معکوس معنی داری با کسر جهشی بطن چپ ($P=0/006$)، سطح هموگلوبین ($P=0/001$) داشت. تفاوت آماری معنی داری در میانگین نمره کیفیت زندگی با سطح تحصیلات ($P=0/001$)، وضعیت اقتصادی ($P=0/010$)، مصرف سیگار ($P=0/031$)، آسم ($P=0/022$)، استفاده از دیگوگسین ($P=0/04$)، مسدود- کننده گیرنده آنزیوتاناسین ($P=0/035$) و اسپریونولاکتون ($P=0/002$) وجود داشت.

نتیجه گیری: مطالعه‌ی حاضر نشان داد که کیفیت زندگی مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی ضعیف است. پرستاران با مداخلات مناسب و آموزش اقدامات خود مراقبتی و مانیتورینگ عوارض جانبی درمان، می توانند به ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کمک نمایند.

کلید واژه ها: مردان، نارسایی قلبی، کیفیت زندگی، عوامل کیفیت زندگی

^{*}نویسنده مسئول: شarah ضیغمی محمدی ، پست الکترونیکی: zeighami@kiau.ac.ir

نشانی: کرج، رجائی شهر، بلوار مؤذن، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده پرستاری و مامایی. تلفن: ۰۴۴۱۸۱۴۳ (۰۲۶۱)

نمبر: ۰۴۴۰۳۲۵۶ (۰۲۶۱)

وصول مقاله: ۹۰/۸/۲۶، پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۱۸

مقدمه

این بیماری بر روابط بین فردی و اجتماعی بیمار تأثیر منفی می‌گذارد. ارتباط جنسی، نوعی از ارتباط بین فردی است (۹). مبتلایان به نارسایی قلبی از کاهش لبیدو، کاهش دفعات مقاربت و نارضایتی از عملکرد جنسی شکایت دارند (۱۰).

مطالعه Medina در سال ۲۰۰۹ نشان داد که ۷۴ درصد از این بیماران، اختلال در نعروظ و ۵۱ درصد اختلال ارگاسم داشتند (۱۱). کاهش روابط و انزوای اجتماعی در این بیماران غالباً به دنبال خستگی و عدم تحمل فعالیت از یک سو، تکرار ادرار ناشی از مصرف دیورتیک‌ها، تغییر در تصویر ذهنی از خود به دنبال ژنیکوماستی ناشی از مصرف آناتاگونست‌های آلدسترون و افسردگی از سوی دیگر پدید می‌آید (۱۲).

رویارویی با مشکلات شغلی و اقتصادی از مشکلات دیگر این بیماران است. محدودیت در انجام فعالیت‌های فیزیکی، سبب اختلال در عملکرد شغلی فرد می‌گردد که این امر بیمار را با مشکلات معیشتی و اقتصادی رو به رو می‌نماید (۱۳ و ۱۴).

ابتلا به این بیماری بر بعد روحی و روانی کیفیت زندگی نیز تأثیر می‌گذارد. شدت و ماهیت علائم بیماری، سبب بروز احساس قریب الوقوع بودن مرگ، اضطراب، ترس، نگرانی و اختلالات خلقی می‌گردد (۷). نتایج مطالعه‌ی Pena در سال ۲۰۱۱ نشان داد که از ۱۰۳ بیمار مبتلا به این بیماری، ۶۷ درصد دچار افسردگی بودند (۱۵).

عوامل مختلفی نظیر سن بالا، جنس زن (۱۶)، شاخص توده بدنی بالا، کاهش فشارخون سیستولیک، علائم آزار-دهنده بیشتر بیماری، کاهش وضعیت عملکردی (۱۷)، مجرد بودن، دفعات بستری یا طول مدت بستری بیشتر (۴)، کاهش کسر جهشی بطن چپ (۱۸)، ابتلا به بیماری‌های مزمن (۱۹)، و خامت و شدت بیماری (۲۰)، استرس‌های زندگی، مصرف سیگار، واژودیلاتور،

نارسایی قلبی، سندرومی بالینی است که در نتیجه ناتوانی قلب در پمپ بروز می‌کند که طی آن مقدادر ضروری خون اکسیژنه برای برآورده کردن نیاز متابولیک بدن دچار اختلال می‌گردد. نارسایی قلبی سیستولیک، به دنبال ناتوانی قلب در پمپاژ کافی خون به وجود می‌آید (۱). بیش از ۵/۵ میلیون آمریکایی به این بیماری مبتلا بوده و سالیانه حدود ۶۷۰ هزار مورد جدید به آن‌ها افزوده می‌شود (۲).

علی‌رغم پیشرفت‌های اخیری که در زمینه درمان این بیماری صورت گرفته، همچنان پروگنووز این بیماری ضعیف باقی مانده است؛ به طوری که امروزه ارتقای کیفیت زندگی این بیماران، مهم ترین چالش سیستم مراقبت‌های بهداشتی بوده و هدف اولیه درمان و مراقبت از آنان به شمار می‌رود (۳).

کیفیت زندگی عقیده‌ای است که به وسیله تفسیر افراد از حالات سلامت خودشان در مقایسه با آنچه که امیدوارند به آن دست یابند، شکل می‌گیرد (۴). ابتلا به بیماری نارسایی قلب، کیفیت زندگی فرد را کاهش می‌دهد (۵). این بیماران در مقایسه با سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، آرتریت و انفارکتوس می‌کارند کیفیت زندگی پایین تری دارند (۶). در مطالعه‌ی شجاعی در سال ۱۳۸۷ مشخص شد که ۷۶/۴ درصد این بیماران، کیفیت زندگی نامطلوب یا نسبتاً مطلوب داشته‌اند (۷).

کیفیت زندگی در حیطه‌های جسمی، اجتماعی و اقتصادی، روحی و روانی و در ک از سلامت مورد بررسی قرار می‌گیرد (۴). ناتوانی قلب در خون‌رسانی، موجب بروز علائمی نظیر تنگی نفس، خستگی، سرگیجه، آنژین صدری، ادم و آسیت می‌شود (۷) که این امروزه این علملکردی فرد را کاهش داده (۸) و موجب اختلال در انجام فعالیت‌های معمول زندگی و وابستگی به دیگران در انجام اقدامات خود مراقبتی می‌گردد (۷).

در صد و سابقه بیماری افسردگی یا مصرف داروهای ضد افسردگی داشتند، از مطالعه خارج شدند(۱۶و۷). طلاعات به روش مصاحبه تکمیل و جمع آوری شدند. کسر تخلیه بطن چپ بر اساس جواب اکوکاردیوگرافی و سطح هموگلوبین از پرونده بیمار استخراج گردید. در مطالعه‌ی حاضر، کسر جهشی مساوی و کمتر از ۴۰ درصد بر اساس جواب اکوکاردیوگرافی پرونده بیمار به عنوان نارسایی سیستولیک قلبی در نظر گرفته شد (۲۹).

ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت از فرم انتخاب نمونه، فرم مشخصات دموگرافیک و برخی اطلاعات مربوط به بیماری (سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت اقتصادی خانواده، شغل، مصرف سیگار، طول مدت ابتلا به بیماری، نوع بیماری مزمن همراه با نارسایی قلبی، نوع داروهای مصرفی، شاخص توده بدنی) و پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا بود.

(Minnesota کیفیت زندگی مینه سوتا Living with Heart Failure questionnaire) به منظور کسب اطلاعاتی در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شده است. در بسیاری از موارد از پرسشنامه‌های عمومی و غیراختصاصی برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شده است؛ اما یک بررسی متانالیز نشان داد که پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا از ابزارهای بسیار معتر و اختصاصی برای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است (۳۰).

این پرسشنامه اختصاصی به وسیله Rector در سال ۱۹۸۴، به منظور تعیین تأثیر درمان بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلب طراحی شده و رایج ترین ابزار مورد استفاده در ارزیابی کیفیت زندگی این بیماران در مطالعات تحقیقی است. این پرسشنامه، در کمتر از ۴۰

دیژیتال (۲۱)، اختلالات نوروهورمون‌ها (۲۲)، افسردگی (۲۳)، کاهش حمایت اجتماعی (۲۴)، کاهش رعایت رفتارهای خود مراقبتی (۲۵)، آنمی (۲۶) و اختلالات خواب (۲۷) با کیفیت زندگی پایین در این بیماران ارتباط دارند.

حفظ کیفیت زندگی مطلوب، فاکتور مهمی در ارتقای بقای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است. گرچه مفهوم کیفیت زندگی قابل اندازه‌گیری بالینی و فیزیولوژیک نیست، از طریق بررسی در ک ذهنی فرد از تأثیر بیماری و وضعیت بالینی بر ابعاد مختلف زندگی قابل بررسی است (۲۸). ارزیابی کیفیت زندگی به دلایل مختلفی مانند پیش‌بینی اثرات بیماری، شناسایی نیازهای بیماران و ارائه خدمات و مراقبت‌های مناسب با این نیازها درنهایت بهبود سیستم مراقبتی حائز اهمیت است (۱۶).

با توجه به موارد فوق، این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی و برخی فاکتورهای مرتبط با آن در مردان مبتلا به نارسایی قلبی در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی البرز کرج و شهریار در ۱۳۸۹ انجام شد.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می‌باشد. جامعه‌ی پژوهش مطالعه حاضر، کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش داخلی بیمارستان تأمین اجتماعی البرز کرج و شهریار در سال ۱۳۸۹ بود. ۱۰۰ نمونه پژوهش با توجه به معیار شمول (متأهل، حداقل یک سال سابقه ابتلا به نارسایی قلبی، کسر جهشی مساوی و کمتر از ۴۰ درصد، عدم سابقه تشخیص افسردگی و مصرف داروهای ضد افسردگی) به روش نمونه‌گیری آسان از جامعه پژوهش انتخاب شدند. مردانی که متأهل نبودند، کمتر از یک سال به بیماری نارسایی قلبی مبتلا شده بودند، کسر جهشی بیشتر از

۵۹/۲۳±۱۱/۶۹ با دامنه سنی ۳۴ تا ۸۸ سال و میانگین طول مدت ابتلا به نارسایی قلبی ۴/۵۹±۲/۹۵ سال با دامنه ۱۵ سال بود. میانگین شاخص توده بدنی ۲۶/۱۸±۴/۴۷ با دامنه ۴۸/۴۴ تا ۴۸/۵۲، میانگین کسر جهشی بطن چپ ۳۵/۱۹±۷/۴۳ با دامنه ۱۰ تا ۴۰ درصد، میانگین سطح هموگلوبین ۱/۸۶ ± ۱۴/۳۲ با دامنه ۲۰/۳ تا ۹/۹ گرم در دسی لیتر بود. ۴۶ درصد واحدهای پژوهش از نظر وضعیت اقتصادی در حد متوسط، ۴۲ درصد دارای تحصیلات ابتدایی، ۵۱ درصد بازنشسته بودند و ۶۲ درصد واحدهای پژوهش سیگارنمی کشیدند. ناخوشی های همراه با نارسایی قلبی عبارت از ۳۳ درصد های پر تانسیون، ۳۳ درصد دیابت، ۲۴ درصد بیماری های ایسکمیک قلبی، ۲۳ درصد بیماری های مزمن انسدادی ریه، ۷ درصد بیماری های کلیوی و ۵ درصد آسم بودند.

۴۱ درصد واحدهای پژوهش تحت درمان با دیگوگسین، ۳۸ درصد تحت درمان با دیورتیک، ۲۹ درصد تحت درمان با مهار کننده آنزیم مبدل آنزیوتانسین، ۵ درصد تحت درمان با کلسیم بلوکر، ۱۹ درصد تحت درمان با بتابلوکر، ۷۴ درصد تحت درمان با نیترات، ۳۵ درصد تحت درمان با بلوک کننده های آنزیوتانسین و ۶ درصد تحت درمان با سپرونولاکتون بودند. میانگین ابعاد روحی و روانی کیفیت زندگی ۴/۹۱ و ۷/۹۸±۴/۹۱ و اقتصادی و اجتماعی ۹/۲۷±۴/۹۳ با دامنه ۰ تا ۲۰، بعد جسمی ۱۳/۳۲ با دامنه ۰ تا ۵۲ و میانگین نمره کل کیفیت زندگی ۴۱/۶۱±۲۱/۳۰ با دامنه ۰ تا ۸۸ بود. پس از طبقه بندی نمره کیفیت زندگی مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی مشخص شد که ۲۳ درصد مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی کیفیت زندگی خوب، ۲۶ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۵۱ درصد کیفیت زندگی ضعیف داشتند. یافته های پژوهش، پیرامون عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی نشان داد که براساس نتایج آزمون ضریب

از اثرات نارسایی قلب روی جنبه های جسمی، اقتصادی و اجتماعی و روانی زندگی را نشان می دهد. سوالات این پرسشنامه در رابطه با علائم بیماری مانند تنگی نفس، خستگی، ادم محیطی، اختلال در خواب و علائم روانی مانند افسردگی و اضطراب، روابط اجتماعی، فعالیت های فیزیکی و جنسی، کار و عواطف می باشد. پرسشنامه کیفیت زندگی مینه سوتا حاوی ۲۱ سوال بود که هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت از ۰ تا ۵ نمره گذاری شده بود. عدد صفر نشان دهنده بهترین حالت و عدد ۵ نشان دهنده بدترین حالت بود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۵ امتیاز بود و هر چه مجموع نمره بالاتر بود، کیفیت زندگی پایین تری را نشان می داد. این پرسشنامه از اعتبار و پایایی بالای نسبت به سایر پرسشنامه های موجود برخوردار است. در مطالعه Rector پایایی این ابزار ۰/۹۴ گزارش شد (۳۱).

بر اساس مطالعه بهلولی در سال ۲۰۰۹، نقاط برش پرسشنامه کیفیت زندگی به صورت نمره کمتر از ۲۴ (کیفیت زندگی خوب)، نمره ۲۴ تا ۴۵ (کیفیت زندگی متوسط) و نمره بیشتر از ۴۵ (کیفیت زندگی ضعیف) تعیین گردید (۳۲).

ملحوظات اخلاقی در پژوهش حاضر به صورت کسب اجازه از مسئولان بیمارستان به منظور انجام تحقیق، توضیح اهداف و نحوه انجام کار برای هر یک از افراد مورد مطالعه و اخذ رضایت کتبی از افراد مورد مطالعه به منظور شرکت در پژوهش رعایت گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS-18 استفاده شد. داده ها با جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار توصیف و در تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی تست برای گروه های مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. سطح معنی دار در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سن مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی

شاخص توده بدنی و بعد اقتصادی و اجتماعی ($p=0/035$) وجود داشت؛ اما همبستگی معنی داری بین سایر متغیرها مشاهده نشد ($p>0/05$) (جدول ۱).

همانگونه که در جداول ۲ و ۳ مشاهده می شود تفاوت آماری معنی داری در میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب تحصیلات ($P=0/001$)، وضعیت اقتصادی ($P=0/010$)، مصرف سیگار ($P=0/031$)، ابتلا به آسم ($P=0/022$ ، مصرف داروهای دیگوگسین ($P=0/040$)، مسدود کننده‌های آنتیوتانسین ($P=0/035$) و آلداتون ($P=0/002$) به دست آمد.

همبستگی پیرسون، همبستگی مثبت معنی دار آماری بین سن و نمره بعد روحی و روانی ($P=0/003$)، اقتصادی و اجتماعی ($P=0/007$)، جسمی ($P<0/001$) و کل کیفیت زندگی ($P<0/001$) و همبستگی معکوس معنی داری بین کسر جهشی بطן چپ و نمره بعد روحی و روانی ($P=0/044$)، اقتصادی و اجتماعی ($P=0/037$)، جسمی ($P=0/004$) و کل کیفیت زندگی ($P=0/006$) و بین سطح هموگلوبین خون و نمره بعد روحی و روانی ($P<0/001$)، اقتصادی و اجتماعی ($P=0/002$)، جسمی ($P<0/001$) و کل کیفیت زندگی ($P<0/001$) و بین

جدول ۱: همبستگی بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی مردان مبتلا به نارسایی قلب با برخی متغیرهای کمی مورد بررسی

ابعاد مختلف کیفیت زندگی					
نمره کل	جسمی	اقتصادی و اجتماعی	روحی و روانی	سن	
$r=+0/357*$	$r=+0/345*$	$r=+0/366*$	$r=+0/399*$		کسر جهشی بطן (چپ/درصد)
$r=-+0/276*$	$r=-+0/287*$	$r=-+0/309**$	$r=-+0/303*$		هموگلوبین (اکروم در دسی لیتر)
$r=-+0/399*$	$r=-+0/414*$	$r=-+0/303*$	$r=-+0/314*$		طول مدت ابتلا (روز)
$r=+0/18$	$r=+0/036$	$r=-+0/030$	$r=+0/041$		شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)
$r=-+0/136$	$r=-+0/095$	$r=-+0/211**$	$r=-+0/156$		

$$p<0/05^{**}, p<0/01^*$$

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب برخی متغیرهای در مردان مبتلا به تارسایی سیستولیک قلبی

متغیر	تحصیلات
بی سواد	$F=4/510 P=0/001$
ابتدایی	$59/28\pm12/27$ $45/09\pm20/66$ $34/91\pm21/92$
راهنمایی	$32/28\pm18/63$ $23/75\pm8/46$ $22/10\pm22/20$
دیبرستان	$23/21\pm21/33$
دیبلم و فوق دیبلم	$21/19\pm16/94$
لیسانس و بالاتر	$21/05\pm20/15$
خوب	$F=4/473 P=0/010$
متوسط	$31/20\pm17/90$ $37/21\pm21/33$ $41/06\pm20/15$
ضعیف	$38/10\pm20/96$
باشگاه	$F=2/193 P=0/062$
آزاد	$33/06\pm19/61$ $33/62\pm19/12$ $55/33\pm6/02$ $32/08\pm16/17$
کارمند	$34/10\pm20/11$ $35/76\pm22/15$
کشاورز	$34/10\pm20/94$
سایر	$34/09\pm20/96$
نمایش	$34/10\pm20/94$
سیگار	$T=2/189 P=0/031$
می کشد	$35/19\pm20/11$
نمی کشد	$35/76\pm22/15$

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی بر حسب نوع بیماری مزمن

همراه و داروهای مصرفی در مردان مبتلا به تارسایی قلبی

نوع داروهای مصرفی	نیترات	دیابت	دیگر	ناخوشی های ایتلاید
دیگر	$T=1/128 P=0/263$	$45/03\pm21/13$ $39/92\pm20/99$	دارد ندارد	هایپرتانسیون
دیگر	$T=-1/819 P=0/073$	$36/15\pm20/18$ $44/29\pm21/47$	دارد ندارد	بیماری کلیوی
دیگر	$T=1/857 P=0/066$	$55/10\pm21/64$ $40/05\pm21$	دارد ندارد	بیماری مزمن
دیگر	$T=-0/813 P=0/414$	$38/43\pm22/19$ $42/05\pm21/08$	دارد ندارد	انسدادی ریه
دیگر	$T=-1/058 P=0/120$	$35/70\pm16/86$ $43/41\pm22/29$	دارد ندارد	بیماری ایسکمیک
دیگر	$T=2/333 P=0/023$	$62/10\pm13/43$ $40/49\pm21/09$	دارد ندارد	آسم
دیگر	$T=2/086 P=0/040$	$46/10\pm21/53$ $37/95\pm20/54$	می گیرد نمی گیرد	دیگرگیسن
دیگر	$T=-1/656 P=0/101$	$36/13\pm19/49$ $43/14\pm21/73$	می گیرد نمی گیرد	مهار کننده آنزیم
دیگر	$T=2/110 P=0/035$	$47/71\pm17/64$ $38/32\pm22/47$	می گیرد نمی گیرد	صبان آنزیوتانسین
دیگر	$T=3/245 P=0/002$	$64\pm9/11$ $39/66\pm20/93$	می گیرد نمی گیرد	الدکتون
دیگر	$T=1/388 P=0/168$	$45/16\pm23/44$ $39/30\pm19/73$	می گیرد نمی گیرد	دیورتیک
دیگر	$T=-1/399 P=0/165$	$39/10\pm21/21$ $46/61\pm21/16$	می گیرد نمی گیرد	نیترات
دیگر	$T=0/470 P=0/640$	$43/68\pm23/03$ $48/12\pm21$	می گیرد نمی گیرد	بنالیوکر
دیگر	$T=0/739 P=0/467$	$48/40\pm13/14$ $41/25\pm21/63$	می گیرد نمی گیرد	کلسیم بلوکر

بدنی، منجر به از دست دادن طعم دلپذیر غذا، از دست رفتن روابط اجتماعی، کاهش اعتماد به نفس و جدایی فرد از خانواده و فامیل و اجتماع می‌گردد. مصرف داروهایی مانند فوروزماید سبب تکرار درار شده و بیماران ترجیح می‌دهند در منزل بمانند که این امر منجر به ایزوله شدن بیمار از دیگران می‌گردد. آنتاگونیست‌های آلداسترون مانند اسپیرونولاکتون، موجب ثیونکوماستی واختلال در تصویر ذهنی از خود می‌شود. بتا بلوکرهای با ایجاد بی‌خوابی، خستگی و اختلال نعوظ بر زندگی جنسی فرد اثر منفی می‌گذارد. آمیودارون، منجر به افسردگی ثانویه ناشی از کاهش کارکرد تیروئید می‌گردد. مصرف آنتی کواگولانت‌ها نیز مانع انجام فعالیت‌های لذت‌بخش، به دلیل ترس از صدمه فیزیکی و احتمال خونریزی می‌گردد.

معاینات مکرر و آزمایش‌های مداوم، احساس آرامش و راحتی را از بیمار گرفته و احساس عدم آزادی و محدودیت را در فرد ایجاد می‌کند. هزینه‌های درمان نیز در این باره بر مشکلات بیمار می‌افزاید. مجموعه‌ای از این مشکلات، بار عاطفی و روانی منفی بر بیمار تحمیل می‌کند که منجر به افسردگی و کاهش کیفیت زندگی این بیماران می‌گردد(۱۲).

در مطالعه حاضر، بعد عملکرد اجتماعی و اقتصادی مردان مبتلا به نارسایی قلبی سیستولیک نیز کاهش یافته بود. این یافته، مشابه نتایج مطالعه Carels در سال ۲۰۰۴ بود(۱۳). شاید خستگی ناشی از فرآیند بیماری، اختلالات روحی و روانی و عوارض جانبی داروها بر کاهش روابط بین فردی و اجتماعی فرد تأثیر بگذارد.

در مطالعه حاضر بیمارانی که در سنین بالاتر قرار داشتند، از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند و یافته‌های ضد و نقیضی در این ارتباط وجود دارد. یافته مطالعه‌ی حاضر با نتایج بررسی شجاعی در سال ۱۳۸۷ و یوسفی در سال ۱۳۹۰ همسو بود که نشان داد با افزایش

بحث

در مطالعه حاضر بیش از نیمی از مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی، کیفیت زندگی ضعیفی داشتند. این یافته با نتایج بررسی شجاعی در سال ۱۳۸۷ همخوانی دارد که نشان داد ۷۶/۴ درصد از این بیماران، کیفیت زندگی نامطلوب یا نسبتاً مطلوب دارند (۷). احتمالاً ماهیت مزمن و ناقوان کننده بیماری، تأمین مخارج بستری‌های مکرر و درمان‌های دارویی نارسایی قلب، اختلال در انجام امور روزانه، وابستگی به دیگران و از دست دادن استقلال برای انجام اقدامات خود مراقبتی، مشکلات جنسی و اختلال در انجام وظایف شغلی و اجتماعی بر کیفیت زندگی مردان مبتلا به نارسایی قلبی اثر منفی داشته و آن را کاهش داده است.

در مطالعه حاضر، عملکرد جسمی مردان مبتلا به نارسایی قلبی پایین بود. این یافته همسو با نتایج پژوهش Hagglund در سال ۲۰۰۷ است که نشان داد بعد عملکرد جسمی کیفیت زندگی این بیماران در مقایسه با افراد سالم کاهش قابل توجهی دارد (۳۳).

مطالعه Evangelista در سال ۲۰۰۸ نشان داد ۵۰/۴ درصد مردان مبتلا به این بیماری، احساس خستگی زیادی می‌کردند که این احساس خستگی در انجام فعالیت‌های خود مراقبتی، امور روزمره و مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی آنان محدودیت قابل ملاحظه ای ایجاد نموده بود (۳۴). احتمالاً کاهش عملکرد جسمی به دلایلی مانند خستگی، کاهش کسر جهشی بطن چپ و افسردگی موجب کاهش رفتارهای خود مراقبتی مطلوب و تشدید علائم و خامت بیماری می‌گردد که این امر کیفیت زندگی بیمار را کاهش می‌دهد.

در مطالعه حاضر، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با کاهش عملکرد روحی و روانی روبه رو بودند.

Cardoso در سال ۲۰۰۸ معتقد است رژیم غذایی خاص و محدود از سدیم و محدودیت انجام فعالیت‌های

نتایج مطالعه Fan در سال ۲۰۰۹ حاکی از آن بود که افراد با کسر جهشی بطن چپ کمتر از ۵۰ درصد در مقایسه با افراد با کسر جهشی بیشتر از ۵۰ درصد کیفیت زندگی پایین تری داشتند (۳۸)؛ اما یافته مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Hoekstra در سال ۲۰۱۱ همخوانی نداشت که نشان داد تفاوتی در سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با کسر جهشی کمتر از ۴۰ درصد و بیشتر از ۴۰ درصد وجود نداشت و هر دو گروه از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بودند (۳۹). احتمالاً کاهش کسر جهشی با کاهش اکسیژن رسانی به بافت‌ها، به تشديد علائمی چون خستگی در فرد بیمار کمک می‌کند که این علائم بر کاهش عملکرد جسمی و اجتماعی فرد تأثیر منفی داشته و کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد.

در مطالعه حاضر بیمارانی که شاخص توده بدنی پایین‌تری داشتند، کیفیت زندگی اقتصادی و اجتماعی پایین‌تری را تجربه می‌کردند. این مشابه با نتایج لویس در سال ۲۰۰۷ نبود که نشان داد شاخص توده بدنی بالا با کاهش کیفیت زندگی رابطه دارد (۱۷). به نظر می‌رسد وزن پایین و لاغری با تشديد احساس خستگی به کاهش عملکرد جسمی و اختلال در انجام وظایف شغلی و اجتماعی کمک می‌کند.

در مطالعه حاضر بیمارانی که از سطح سواد پایین‌تری برخوردار بودند، کیفیت زندگی پایین تری داشتند. این یافته با نتایج پژوهش یوسفی در سال ۱۳۹۰ همسو است که نشان داد بیماران مبتلا به این بیماری که از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند، کیفیت زندگی بهتری را تجربه نموده بودند (۱۶). به نظر می‌رسد بالارفتن سطح تحصیلات با ایجاد تغییر در سطح آگاهی و نگرش افراد نسبت به مسائل سلامتی و بیماری، به ارتقای کیفیت زندگی فرد کمک می‌کند.

سن، کیفیت زندگی این بیماران کاهش یافته بود (۷۶). اما نتایج مطالعه حاضر با نتایج بررسی مسعودی در سال ۲۰۰۴ همخوانی ندارد که نشان داد افراد سالمند مبتلابهاین بیماری علی‌رغم کاهش وضعیت عملکردی، کیفیت زندگی بهتری نسبت به افراد جوان تر مبتلا دارند (۳۵). احتمالاً کاهش توانایی جسمی، اختلالات شناختی، کمبود حمایت اجتماعی و ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن در افراد سالمند در کاهش کیفیت زندگی آنان نسبت به گروه جوان تر نقش دارد. در مطالعه حاضر، بیمارانی که سطح هموگلوبین پایین‌تری داشتند از کیفیت زندگی کلی پایین تری برخوردار بودند.

این یافته با نتایج بررسی Adams در سال ۲۰۰۹ همخوانی دارد (۳۶). آنمی سبب افزایش بروون ده قلبی، افزایش مزمن فعالیت سمپاتیک، افزایش حجم مایعات خارج سلولی و پلاسمایا، تشديد اختلال عملکرد سیستولیک یا دیاستولیک، هایپرترووفی و دیلاتاسیون بطن چپ، اختلال عملکرد کلیه و افزایش وحامت و پیشرفت بیماری می‌گردد. آنمی به دنبال کاهش ظرفیت عملکردی، تنگی نفس و خستگی، کیفیت زندگی فرد را کاهش می‌دهد (۲۹).

نتایج مطالعه Kotecha در سال ۲۰۱۱ نشان داد که افزایش سطح هموگلوبین با کمک تجویز اریتروپویتین در بیماران آنیمیک مبتلا به نارسایی قلبی، سبب افزایش معنی داری در کیفیت زندگی و کاهش بستری مجدد در بیماران شده بود (۳۷). به نظر می‌رسد غربالگری، اصلاح و درمان آنمی با توجه به اتیولوژی آن می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نقش مؤثری داشته باشد.

در مطالعه حاضر، بیمارانی که کسر جهشی بطن چپ پایین تری داشتند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند. کسر جهشی، شاخصی از عملکرد بطن چپ است.

تشدید علائم خستگی و کاهش تحمل فعالیت در بیماران مبتلا به این بیماری کمک نموده و به کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌انجامد.

در مطالعه حاضر، بیماران تحت درمان با دیگوگسین، مسدودکننده آنزیوتانسین و آلداتون کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. این یافته با نتایج برخی پژوهشگران همسوئیست که نشان داد استفاده از دیپیپرید-۲۱ (۴۴)، مسدودکننده آنزیوتانسین (۴۵) و اسپیرونولاکتون (۴۶) سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌شود. به نظر می‌رسد عوارض درمان‌های دارویی نارسایی قلبی می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر منفی بگذارد.

عواملی مانند سن، پاسخ‌های فارماکولوژیک، عوارض جانبی، تداخلات دارویی ناشی از درمان هم زمان چندین بیماری مزمن همراه با نارسایی قلب، عوارضی را برای بیمار ایجاد نماید که در متابعت از درمان‌های دارویی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. لذا مانیتورینگ عوارض جانبی درمان و تداخلات دارویی می‌تواند در پیشگیری از ایجاد عوارض دارویی و اثر بخشی آن‌ها بر پیامد بیماری و کیفیت زندگی بیماران مؤثر باشد.

نتیجه گیری

نتایج کلی مطالعه حاضر نشان داد که مردان مبتلا به نارسایی سیستولیک قلبی، کیفیت زندگی ضعیفی داشته و بعد عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی پایینی دارند. کاهش کیفیت زندگی این بیماران با افزایش سن، کاهش سطح تحصیلات، کاهش وضعیت اقتصادی، کاهش کسر جهشی، کاهش سطح هموگلوبین خون، کاهش شاخص توده بدنی، مصرف سیگار، ابتلا به آسم و مصرف داروهای دیگوگسین، مسدودکننده آنزیوتانسین و آلداتون ارتباط داشت. از محدودیت‌های این مطالعه، حجم نمونه پایین و انجام آن به روش

در مطالعه حاضر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که از وضعیت اقتصادی پایین‌تری برخوردار بودند، کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند.

در مطالعه Heo در سال ۲۰۱۰، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که وضعیت اقتصادی بهتری داشتند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۴۰). نتایج مطالعه Chan در سال ۲۰۰۹ نشان داد که سطح کیفیت زندگی بیمار می‌تواند میزان هزینه‌های مالی ناشی از درمان مبتلایان به نارسایی قلبی را پیشگویی کند؛ به طوری که بیماران با کیفیت زندگی پایین‌تر نیازمند هزینه‌های درمانی بیشتری خواهند بود (۴۱). ممکن است فقر مالی و مسائل اقتصادی بر میزان دسترسی افراد به منابع بهداشتی و مراقبتی و درمانی تأثیر منفی داشته باشد که این کاهش یا عدم دسترسی به منابع بر کیفیت کنترل علائم بیماری و درمان نارسایی قلبی اثر نامطلوب داشته و کیفیت زندگی فرد را کاهش می‌دهد.

در مطالعه حاضر، بیماران سیگاری در مقایسه با بیماران غیر سیگاری کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. این یافته با نتایج مطالعه Conard در سال ۲۰۰۹ همخوانی دارد که نشان داد سیگار، یکی از ریسک فاکتورهای مهم پیشرفت نارسایی قلبی است و بیماران مبتلای سیگاری در مقایسه با بیمارانی که سیگار نمی‌کشیدند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار می‌باشند (۴۲).

در مطالعه حاضر، مبتلایان به نارسایی قلبی که به آسم هم دچار بودند از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردار بودند. این یافته با نتایج بررسی Franzen در سال ۲۰۰۷ همخوانی دارد که نشان داد ابتلا به بیماری‌های مزمن تنفسی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را کاهش می‌دهد (۴۳). ممکن است کاهش ظرفیت انتشار گازها و کاهش حجم‌های ریوی، به دنبال ابتلا به آسم در

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از نتایج طرح پژوهشی با کد ۱۱۹۷۲/۱ بوده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، به منظور تصویب و حمایت مالی طرح پژوهشی تشکر و قدردانی می‌گردد.

مقطعی بود که اطلاعات در یک نقطه زمانی معین جمع آوری گردید و سیر تغییرات کیفیت زندگی در طول زمان و تأثیر متابعت از درمان-های دارویی و نقش آن‌ها بر کیفیت زندگی به طور دقیق مورد بررسی قرار نگرفت. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعات دیگری به روش آینده-نگرو با حجم نمونه بالاتر به منظور بررسی تغییرات سطح کیفیت زندگی و تأثیر درمان‌های دارویی بر آن در مبتلایان به نارسایی قلبی انجام گیرد.

References

- Zeighami Mohamadi Sh, Shahparian M. Factors in sleep problems with male systolic heart failure patients. Journal of Health Psychology. 2011;1(1):135-57. [Persian]
- Lloyd Jones D, Adams R, Carnethon M. Heart disease and stroke statistics 2009 update: a report from the AHA Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2009; 119:21-181.
- Zeighami Mohammadi Sh, Asgharzadeh Haghghi S, Nikbakht Nasrabadi A .The study of electrolyte abnormalities and renal dysfunction on elderly patients with systolic heart failure. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2010, 3(4): 155-66. [Persian]
- Abbasi A, Nasiri H. Spesific instrument for assessment quality of life of chronic heart failure patients. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty Nursing and Midwifery. 2006; 3(2):41-5. [Persian]
- Shih M, Chen H, Chou F, Huang Y, Lu C, Chien H. Quality of life and associated factors in patients with heart failure. Hu Li Za Zhi. 2010; 57(6):61-71.
- Hobbs F, Kenkre J, Roalfe A. 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 .2002; 23:1867-76.
- Shojaei F. Quality of Life in Patients with Heart Failure. Hayat.2009; 14(2): 5-13. [Persian]
- Abbasi A, Asayesh H, Hosseini S, Ghorbani M, Abdellah A, Rouhi G, Rahmani H. The relationship between functional performance in patients with heart failure and quality of life .Iranian South Medical Journal. 2010; 13(1):31-40. [Persian]
- Jaarsma T. Sexual problems in heart failure patients. Eur J Cardiovasc Nurs. 2002; 1(1):61-7.
- Schwarz E, Rastogi S, Kapur V, Sulemanjee N, Rodriguez J. Erectile Dysfunction in Heart Failure Patients. Am Coll Cardiol. 2006; 48:1111-19.
- Medina M, Walker C, Steinke E, Wright D, Mosack V, Farhoud M. Sexual concerns and sexual counseling in heart failure .2009; 24(4):141-8.
- Cardoso G, Trancas B, Luengo A, Reis D. Heart failure and depression: an association with clinical -importance. Rev Port Cardiol .2008; 27(1):91-109.
- Carels, R. The association between disease severity, functional status, depression, and daily quality of life in congestive heart failure patients. Quality of Life Research. 2004; 13: 63-72.
- Rezaaei Looye H , Dalvandi A, Hosseini M, Rahgozar M. The Effect of Self Care Education on Qualityof Life among Patients with Heart Failure. Journal of Rehabilitation. 2009; 10(2):21-6. [Persian]
- Pena F, Modenesi R, Piraciaba M, Marins R, Souza L, Barcelos A, Soares J. Prevalence and variables predictive of depressive symptoms in patients hospitalized for heart failure. Cardiol J 2011; 18(1):18-25.
- Yousefi P, Sabzevari S , Mohammadizade S , Haghdoost AA . Study of quality of life in heart failure hospitalized patientsin Kerman medical university hospital in 2008.Iranian Journal of Nursing research.2011;6(21):59-67.[Persian]
- Lewis E, Lamas G, Meara E, Granger C, Dunlap M, McKelvie R, Probstfield J, Young J, MichelsonE, Halling K, Carlsson J, Olofsson B, McMurrayJ, Yusuf S, Swedberg K, Pfeffer M. Characterization of health-related quality of life in heart failure patients with preserved versus low ejection fractionin cham.

- European Journal of Heart Failure .2007; 9 : 83-91.
18. Austin B, Wang Y, Smith G, Vaccarino V, Krumholz H, McNamara R. Systolic function as a predictor of mortality and quality of life in long-term survivors with heart failure. *Clin Cardiol* .2008; 31(3):119-24.
 - 19.Gott M, Barnes S, Parker C, Payne S, Seemark D, Gariballa S, Small N. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. *Age Ageing*.2006; 35(2):172-7.
 - 20.Lesman Leegte I, Jaarsma T, Coyne J, Hillege H, Van Veldhuisen D, Sanderman R. Quality of life and depressive symptoms in the elderly: A comparison between patients with heart failure and age-and gender- matched community controls. *Journal of Cardiac Failure*. 2009; 15(1):17-23.
 - 21.Riedinger M, Dracup K, Brecht M. Predictors of quality of life in women with heart failure. Solvd Investigators. Studies of left ventricular dysfunction. *J Heart Lung Transplant*.2000; 19(6):598-608.
 - 22.Mendzef S, Slovinski J. Neurohormones and heart failure. *Nurs Clin North Am* 2004; 39(4):845-61.
 - 23.Mills P, Dimsdale J, Natarajan L, Ziegler M, Maisel A, Greenberg B. Sleep and health-related quality of life in heart failure. *Congest Heart Fail*. 2009; 15(5): 228-33.
 - 24.Krethong P, Jirapaet V, Jitpanya C, Sloan R.A causal model of health-related quality of life in Thai patients with heart-failure. *Nurs Scholarsh*. 2008;40(3):254-60.
 - 25.Grady KL. Self-care and quality of life outcomes in heart failure patients.*J Cardiovasc Nurs* .2008; 23(3):285-92.
 - 26.Horwich T, Fonarow G, Hamilton M, MacLellan W, Borenstein J. Anemia is associated with worse symptoms, greater impairment in functional capacity and a significant increase in mortality in patients with advanced heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2002; 39: 1780-86.
 - 27.Liu J, Hung H, Shyu Y, Tsai P. The impact of sleep quality and daytime sleepiness on global quality of Life in community-dwelling patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2010 ; 10.

- 28.Heo S, Lennie T, Okoli C, Moser D. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart Lung*. 2009;38(2):100-8.
- 29.Zeighami Mohammadi Sh ,Asgharzadeh Haghghi S, Falah N. The prevalence of anemia in elderly with systolic heart failure hospitalized in Alborz social security hospital of Karaj 2009.Iranian Journal Research Center on Aging (Salmand) .2010;16(2):25-34. [Persian]
- 30.Garin O, Ferrer M, Pont A, Rua M, Kotzeva A, Wiklund I, Van Ganse E, Alonso J. Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: a systematic review with meta-analyses. *Qual Life Res*. 2009; 18(1):71-85.
- 31.Rector TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Pimobendan Multicenter Research Group.*Am Heart J*. 1992;124(4):1017-25.
- 32.Behlouli H, Feldman DE, Ducharme A, Frenette M, Giannetti N, Grondin F, Michel C, Sheppard R, Pilote L. Identifying relative cut-off scores with neural networks for interpretation of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*.2009:6242-46.
- 33.Hagglund L, Boman K, Olofsson M, Brulin C. Fatigue and health-related quality of life in elderly patients with and without heart failure in primary healthcare. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(3):208-15.
- 34.Evangelista L, Moser D, Westlake C, Pike N, Ter-Galstanyan A, Dracup K. Correlates of fatigue in patients with heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2008; 23(1):12-17.
- 35.Masoudi FA, Rumsfeld J, Havranek E, House JA, Peterson E, Krumholz H, Spertus J. Cardiovascular Outcomes Research Consortium. Age, functional capacity, and health-related quality of life in patients with heart failure. *J Card Fail*. 2004; 10(5):368-73.
- 36.Adams K, Pina I, Ghali J, Wagoner L, Dunlap S, Schwartz T, Stough W, Mehra M, Felker G, Chieng J, Patterson J, Kim J, Butler J, Oren R. Prospective evaluation of the association between hemoglobin concentration and quality of life in patients with heart failure. *Am Heart J*.2009; 158(6):965-71.

- 37.Kotecha D, Ngo K, Walters JA, Manzano L, Palazzuoli A, Flather M. Erythropoietin as a treatment of anemia in heart failure: systematic review of randomized trials. Am Heart J. 2011;161(5):822-31.
- 38.Fan Z, Lu Y, Sun L, Yan J, Li Q, Wang Y, Zhuang X, Zhang Z, Gu D, Yang Y. Assessment of life quality in patients with chronic heart failure. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2009;89(46):3244-8.
39. Hoekstra T, Lesman-Leegte I, van Veldhuisen DJ, Sanderman R, Jaarsma T. Quality of life is impaired similarly in heart failure patients with preserved and reduced ejection fraction. Eur J Heart Fail. 2011;13(9):1013-18.
- 40.Heo S, Moser D, Chung M, Lennie T. Social status, health-related quality of life, and event-free survival in patients with heart failure.Eur J Cardiovasc Nurs. 2010 ; 9.
- 41.Chan P, Soto G, Jones P, Nallamothu B, Zhang Z, Weintraub W, Spertus J. Patient health status and costs in heart failure: insights from the eplerenone

- post-acute myocardial infarction heart failure efficacyandsurvival study (EPHESUS). Circulation. 2009 ; 27 (3):398-407.
- 42.Conard M, Haddock C, Poston W, Spertus J. CardiovascularOutcomes Research Consortium.The impact of smoking status on the health status of heart failure patients. Congest Heart Fail. 2009;15(2):82-6.
- 43.Franzen K, Saveman B, Blomqvist K. Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6(2):112-20.
- 44.Cowley A, Wiens B, Segal R, Rich M, Santanello N, Dasbach E, Pitt B. Elite Investigators. Evaluation of Losartan in the Elderly Randomised comparison of losartan vs. captopril on quality of life in elderly patients with symptomatic heart failure: the losartan heart failure ELITE quality of life substudy. Qual Life Res. 2000;9(4):377-84.
- 45.Daniel K, Wells G, Stewart K, Moore B, Kitzman D. Effect of aldosterone antagonism on exercise tolerance, Doppler diastolic function, and quality of life in older women with diastolic heart failure. Congest Heart Fail. 2009; 15(2):68-74.

Quality of Life(Qol) and Some Factors Related in Males with Heart Failure in Karaj and Shahriar Social Security Hospitals(2010)

Sharareh Zeighami Mohammadi (MSc)^{*1}, Mandana Shahparian(MD)²

¹Instructor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Karaj branch. ²Specialist of cardiovascular disease, social security Alborz hospital.

Abstract

Background and Objective: Several study show that health related quality of life in heart failure patients is significantly impacted by disease. The aim of the present study was to determine quality of life and some related factors in males with heart failure.

Material and Methods: This is a descriptive-analytical study conducted on 100 males with systolic heart failure in Karaj and Shahriar social security hospitals of Alborz province in 2010. Data was collected through convenience sampling and interview. The instruments were demographic data sheet and MLHFQ (Minnesota Living with Heart Failure) Questionnaire. Data was analyzed by descriptive statistics (frequency distribution, mean, standard deviation) and independent T- test, Anova and Pearson correlation coefficient($p<0.05$).

Results: The findings indicate that the mean score of quality of life is 41.61 ± 21.30 ; 51% of males quality of life is poor, 26% moderate and 23% good. There is significant positive correlation between quality of life and age ($p<0.001$), and negative correlation between Qol and ejection fraction ($p=0.006$) and hemoglobin level ($p<0.001$). Statistical significant difference is found between quality of life and education level ($p=0.001$), economic status ($p=0.010$), cigarette smoking ($p=0.031$), asthma ($p=0.022$), use of digoxin ($p=0.040$), angiotensin receptor blocker ($p=0.035$) and Spironolactone ($p=0.002$).

Conclusion: This study indicates that males with systolic heart failure have poor quality of life. The nurse can help to improve quality of life by performing appropriate intervention teaching patients about self-care intervention and monitoring side effects of treatment.

Keywords: Male, Heart failure, Quality of life

***Corresponding Author:** Sharareh Zeighami Mohamadi(MSc) **Email:** zeighami@kiau.ac.ir