Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)
Vol 1 Issue 4 No 4 Summer 2015

Relationship between Mental Health and Quality of Life in patients with heart failure

*Nasiry Zarrin Ghabaee D[1], Saber Moghadam Ranjbar M[2], Bagheri Nesami M[3], Haresabadi M[4]

Abstract

Introduction: quality of life is an integrated construct with aspects of physical activity, social actions, mental health and is an important component of general health. Heart failure negatively affects mental health and coincidentally quality of life in these patients. This study was conducted to evaluate the relationship between mental health and quality of life in patients with heart failure.

Methods: This descriptive - analytical study was conducted on 150 patients in cardiac care unit of Imam Reza Hospital of Bojnourd. The patients were selected by convenience sampling method. Data were collected using generic quality of Life (SF-36) and mental health (GHQ-28). The data were analyzed via ANOVA, t-test and Pearson's correlation using SPSS ver.18 software.

Results: The majority of samples had a moderate and low quality of life with frequencies of 38% and 35/8% respectively. The Mean±SD of Mental Health was 29/14±13/75. Significant relationship was found between the physical domain of mental health and physical limitations of quality of life questionnaire (P=0/001). Also a significant correlation observed between some quality of life sub scales (physical functioning, social functioning, vitality, mental health) and depression sub scale of mental health with sex (P<0/05).

Conclusion: We find some correlations between mental health and quality of life in the patients and that deterioration in mental health status can negatively affect quality of life in heart failure patients. Thus providing mental health services is highly recommended to safeguard higher quality of life in these Patients.

Keywords: Quality of life, Mental Health, Heart failure.

Received: 11 March 2015 **Accepted**: 21 May 2015

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-14]

1- MSc Student of Anatomy, Student Research Committee, Mazandaran university of Medical Sciences, sari, Iran. (**Corresponding Author**)
E-mail: davood1990nasiry@gmail.com
2- Departments of Anesthesiology, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
3- Associate Professor, Department of medical - surgical nursing, Mazandaran University of medical Science, Sari, Iran.
4- MSc of nursing, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran.

پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره اول، شماره ۴ تابستان ۱۳۹۴ ۳۰-۲۱

ارتباط بین کیفیت زندگی با سلامت روان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

*داود نصیری زرین قبائی[۱]، محسن صابر مقدم رنجبر[۲]، معصومه باقری نسامی[۳]، مهدی حارث آبادی[۴]

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی بیانگر شاخصی از فعالیت فیزیکی و اجتماعی و همچنین سلامت روانی است و به عنوان یکی از مؤلفه های مهم سلامت محسوب می شود. نارسایی قلبی در تمام موارد بر سلامت روان و متعاقب آن بر کیفیت زندگی بیماران به درجات مختلف تاثیر می گذارد. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی با سلامت روان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گرفته است.

روش: مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی بود که بر روی ۱۵۰ نفر از بیماران بستری در بخش قلب بیمارستان امام رضا(ع) شهر بجنورد، به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. داده های مطالعه با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی و سلامت روان پس از تعیین اعتبار و پایایی آنهاجمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آنالیز واریانس، تی تست و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری ۰/۰۵ و توسط نسخه ۱۸ نرم افزار SPSS صورت گرفت.

یافته ها: اکثریت واحدهای مورد پژوهش با فراوانی ۳۸ درصد دارای کیفیت زندگی متوسطی بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار کلی سلامت روان ۱۳/۷۵±۲۹/۱۴ بود. بین ابعاد جسمانی سلامت روان و عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت (P=۰/۰۰۱). همچنین بین برخی از خرده مقیاس های کیفیت زندگی (عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت روان) و نیز خرده مقیاس افسردگی از سلامت روان با جنس بیماران ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد (P<۰/۰۵).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که میان بعضی از ابعاد کیفیت زندگی و سلامت روان ارتباط وجود دارد، بدین شکل که افت وضعیت سلامت روان در این بیماران بر کیفیت زندگی آنان تاثیرمنفی می گذارد. لذا ارائه مراقبت های خاص در حیطه سلامت روان می تواند برای این بیماران مفید و زمینه ارتقاء کیفیت زندگی آنان را فراهم سازد.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، سلامت روان، نارسایی قلبی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۳۱

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد علوم تشریح، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. **(نویسنده مسؤول)**
پست الکترونیکی: davood1990nasiry@gmail.com
۲- استادیار گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳- دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۴- کارشناس ارشد پرستاری، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

مقدمه

نارسایی قلبی از مهم ترین اختلالات قلبی و عروقی و یکی از مشکلات اساسی قرن حاضر محسوب می شود، به طوری که این اختلال در شروع قرن بیستم کمتر از ۱۰ درصد کل مرگ و میرهای جهان و در اواخر این قرن نزدیک به نیمی از کل مرگ و میرهای کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵ درصد مرگ و میر کشورهای در حال توسعه را شامل می گردد (۱). نارسایی قلبی شایع ترین علت بستری افراد بالاتر از ۶۵ سال در بیمارستان و دومین علت شایع مراجعه به پزشک در ایالات متحده می باشد. همچنین میزان بستری مجدد در بیمارستان در این گروه از بیماران به طور فزآینده ای افزایش یافته است (۲). نزدیک به ۱۵ میلیون نفر در جهان مبتلا به نارسایی قلبی هستند (۴،۳). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، میزان بروز سالانه این بیماری حدود ۶۶۰ هزار نفر در سال تخمین زده شده است، همچنین پیش بینی می شود در ۳۰ سال آینده، این آمار به دو برابر افزایش یابد (۵). سیر صعودی نارسایی قلبی ناشی از عوارض بیماری های عفونی، التهابی، عروقی و دریچه ای قلب نیز یک مشکل عمده بهداشتی و یک بیماری اپیدمیک در جهان محسوب می شود (۶). بر اساس آخرین بررسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، بیماری‌های قلبی و عروقی اولین علت مرگ و میر در کشور می باشند و روزانه ۳۷۸ مورد مرگ در ایران به دلیل این بیماری رخ می‌دهد (۷). نارسایی قلبی باعث ایجاد علایم متعددی می شود و این علایم منجر به عدم تحمل نسبت به یکسری از فعالیت ها گردیده و تغییراتی را در سبک زندگی بیماران ایجاد می کند که بر رضایت و کیفیت زندگی آن ها تاثیرگذار است (۶). نارسایی قلبی در مقایسه با سایر بیماری های مزمن دیگر، مانند آرتریت و بیماری های مزمن انسدادی ریه به علت ایجاد عوارض ناتوان کننده تاثیر بسیار شدیدتری بر کیفیت زندگی بر جای گذاشته و موجب تخریب نقش های عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه ای می شود، از طرفی چون اختلال در کیفیت زندگی اثر منفی بر وضعیت درمانی بیمار دارد، نارسایی قلبی می تواند به عنوان یک عامل ایجاد چرخه معیوب در این بیماران محسوب شود (۸). بررسی کیفیت زندگی برای تعیین عملکرد فیزیکی، روحی–روانی و اجتماعی حایز اهمیت است (۹). این ابعاد می توانند به طور مستقل مورد بحث قرار گیرند، ولی ارتباط متقابلی بین آنها وجود دارد. سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را به صورت ارزیابی و ادراک افراد از وضعیت زندگی خویش، تحت تاثیر نظام فرهنگی و ارزشی موقعیتی که در آن زندگی می کند تعریف کرده است (۱۰). در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی های عمده متخصصین بهداشتی است و به عنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشت عمومی و پزشکی شناخته شده است (۱۱). رخشان و همکاران بیان می کنند که منبع اولیه افسردگی و کیفیت زندگی نامطلوب بیماران نارسایی قلبی به سبب وجود علایم متعدد فیزیکی ناشی از بیماری می باشد (۱۲). همچنین نتایج مطالعه سیام و همکاران نشان داد که زنان مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با زنان مبتلا به دیگر بیماری های مزمن، کیفیت زندگی پایین تری را تجربه می کنند (۱۳). به طور کلی کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بر سلامت روانی آنها اثر گذاشته و می تواند باعث ایجاد اختلال در شغل فرد، ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مانند دیگر بیماری های مزمن، هدف تیم مراقبت سلامتی در درمان مبتلایان، به حداکثر رساندن توانایی های شغلی و بهبود وضعیت عملکرد جسمی، روانی و ارتقاء کیفیت زندگی می باشد (۱۴). از آن جایی که بیماری نارسایی قلبی بر کل ابعاد زندگی بیمار از جمله شرایط جسمی، روانی و اجتماعی تأثیرگذار است و از طرفی کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده و در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است لذا درک اینکه چگونه بیماری بر روی وضعیت کیفیت زندگی و به تبع آن سلامت روان این بیماران تاثیر می گذارد، برای تیم سلامت از جمله پرستاران حائز اهمیت است. پرستاران با استفاده از کسب اطلاعات جامع از کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران، می توانند زمینه ای را برای برنامه ریزی های دقیق در جهت

[Downloaded from mail.ijm.ir on 2026-10-14]

افزایش سطح کیفیت زندگی و سلامت روان، تسریع روند بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و در نهایت کاهش هزینه های بیمارستانی در این بیماران فراهم نمایند (۱۵). لذا با توجه به اینکه در کشور ما به مفهوم کیفیت زندگی، سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کمتر پرداخته شده است و به تبع آن این دسته از بیماران جهت مداخلات روانشناختی، کمتر مورد بررسی محققین قرار گرفته اند، پژوهش حاضر ارتباط میان کیفیت زندگی و سلامت روان این بیماران را مورد بررسی قرار داده است تا نتایج این تحقیق ضمن حمایت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، رهگشای طرح های مداخله ای در این خصوص باشد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر به روش توصیفی تحلیلی بر روی ۱۵۰ نفر از بیماران دچار نارسایی قلبی بستری در بخش قلب و عروق بیمارستان امام رضا (ع) شهر بجنورد در سال ۱۳۹۱ انجام پذیرفت. جامعه پژوهش مطالعه حاضر را کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که در بخش قلب و عروق بیمارستان امام رضا(ع) شهر بجنورد بستری شده بودند تشکیل می داد. حجم نمونه با در نظر گرفتن میزان اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد و نتایج مطالعات مشابه برای مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان ۱۵۰ نفر محاسبه شد (۲۸،۲۷) که نمونه ها به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص قطعی نارسایی قلبی (ثبت تشخیص نارسائی قلبی در پرونده پزشکی بیمار)، سپری شدن حداقل شش ماه از زمان تشخیص بیماری که اکنون به دلایل پزشکی و درمانی، مجدداً در بیمارستان بستری شده اند، برون ده قلبی Ejection Fraction (E.F) ۴۰ درصد یا کمتر از آن، تسلط به زبان فارسی، عدم عقب ماندگی ذهنی و سن بالای ۱۸ سال بود. جهت جمع آوری داده ها از سه پرسشنامه مشخصات فردی بیماران، پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و پرسش نامه سلامت روان GHQ-28 استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 دارای ۳۶ سئوال در هشت خرده مقیاس عملکرد فیزیکی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان می باشد که در دو مقیاس سلامت جسمی و سلامت روان طبقه بندی شده اند، به عبارتی سلامت جسمی از مجموع سئوالات خرده مقیاس های عملکرد فیزیکی با ۱۰ سوال، محدودیت جسمی با ۴ سوال، درد جسمی با ۲ سوال و سلامت عمومی با ۵ سوال تشکیل شده است و سلامت روان نیز متشکل از مجموع سئوالات خرده مقیاس های عملکرد اجتماعی با ۲ سوال، مشکلات روحی با ۳ سوال، سلامت روان با ۵ سوال و نشاط با ۴ سوال می باشد. همچنین یک سوال دیگر به طور منفرد تغییر در وضعیت سلامتی فرد را در مقایسه با سال قبل بررسی می نماید. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می کند (۱۶). آزمون پایایی پرسشنامه با استفاده از تحلیل آماری « همخوانی داخلی» و آزمون روایی با استفاده از روش « مقایسه گروه‌های شناخته شده» و « روایی همگرایی» مورد ارزیابی قرار گرفت. تحلیل « همخوانی داخلی» نشان داد که به جز مقیاس نشاط (α =۰/۶۵) سایر مقیاس‌های گونه فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردارند. آزمون آماری «مقایسه گروه‌های شناخته شده» نشان داد که گونه فارسی SF-36 قادر به افتراق زیر گروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است به این نحو که افراد مسن‌تر و زنان در تمامی مقیاس‌ها امتیازهای پایین‌تری را به‌دست آوردند. آزمون «روایی همگرایی» به منظور بررسی فرضیات اندازه گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به‌دست آورده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به‌دست آمد (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزءاصلی را به‌دست آورد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان مقیاس‌های پرسشنامه SF-36 را توجیه می‌نمود. در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36 به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است (۱۷). با

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

وجود پرسشنامه های اختصاصی در خصوص کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی (مک نیو و مینه سوتا)، نتایج مطالعه رجعتی و همکاران که ۳ پرسشنامه را مورد بررسی و مقایسه قرار داده بود نشان داد که ضریب همبستگی بین ابزارکیفیت زندگی اختصاصی و عمومی بالا بوده و پرسشنامه عمومی نیز مانند پرسشنامه اختصاصی می تواند در بررسی کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی مورد استفاده قرار گیرد (۱۸).

پرسشنامه سلامت روان نیز از ۲۸ سؤال در چهار خـرده آزمـون نشانه های جسمی (سئوال ۷-۱)، اضطراب (سئوال ۱۴-۸)، اختلال در کارکرد اجتماعی (سئوال ۲۱ تا ۱۵) و افسردگی (سئوال ۲۸- ۲۲) تشکیل شده است که آزمودنی ها پاسخ خود را بر روی یک مقیاس ۴ نقطه ای از صفر تا ۳ مشخص می کنند. دامنه نمره در هر خرده مقیاس از صفر تا ۲۱ و نمره کل بین صفر تا ۸۴ متغیر می باشد. در این ابزار افزایش نمره با بدتر شدن وضعیت سلامت روان همراه است و چنانچه نمره احراز شده کل از ۲۳ بالاتر باشد، بیمار دارای مشکلاتی در سلامت روان خواهد بود (۱۹). این پرسشنامه یک ابزار استاندارد شده است که روایی و پایایی نسخه فارسی آن در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۲۱،۲۰). مولوی روایی آن را با r =۰/۹۱ مورد تایید قرار داده و پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرده است (۲۲).

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و ارائه آن به بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد در روزهای مختلف هفته به بخش قلب بیمارستان امام رضا (ع) مراجعه و پس از بیان اهداف مطالعه و اخذ رضایتنامه از بیماران، سوالات پرسشنامه را برای هرکدام از آنها به صورت جداگانه توضیح داده و با صرف مدت زمان لازم که متناسب با درک بیمار از مفهوم سؤالات و سرعت آن ها در پاسخ دهی بود، اطلاعات را جمع آوری نمود. جهت آنالیز داده ها از نسخه ۱۸ نرم افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آنالیز واریانس، تی تست و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده گردید.

یافته ها

توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. نتایج مطالعه نشان داد که ۲۶/۲ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای کیفیت زندگی مطلوب، ۳۸ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۳۵/۸ درصد دارای کیفیت زندگی نامطلوب بودند. واحدهای مورد پژوهش در خرده مقیاس مشکلات جسمی با میانگین و انحراف معیار ۱۸/۶±۱۳/۱ دارای کمترین نمره و در خرده مقیاس سلامت عمومی با میانگین و انحراف معیار ۴۸/۲±۱۶/۳ دارای بیشترین نمره بودند (جدول شماره ۲). نتایج مطالعه نشان داد که تفاوت معنی داری در دو خرده مقیاس عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی در میان جنس مرد و زن وجود دارد به طوری که مردان از کیفیت زندگی پایین تری در این دو خرده مقیاس برخوردار بودند (P<۰/۰۵) و این در حالی است که کیفیت زندگی مردان در دو خرده مقیاس نشاط و سلامت روان به طور معنی داری از زنان بالاتر بوده است (P<۰/۰۵) (جدول شماره ۳). علاوه بر این ارتباط آماری معنی داری بین سن و وضعیت تاهل با کیفیت زندگی بیماران مشاهده شد (P=۰/۰۰۳).

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره کل سلامت روان در چهار خرده مقیاس ۲۹/۱۴±۱۳/۷۵ می باشد که عملکرد اجتماعی با میانگین و انحراف معیار ۷/۹۴±۳/۲۱ دارای بیشترین نمره و افسردگی با میانگین و انحراف معیار ۶/۵۶±۴/۵۵ دارای کمترین نمره بودند (جدول شماره ۲). بین نشانه های جسمانی و اضطراب از ابعاد سلامت روان با برون ده قلبی بیماران (P=۰/۰۰۸) و نیز بعد افسردگی سلامت روان با جنس بیماران (P=۰/۰۰۳) ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد (جداول شماره ۴،۳). همچنین بین نشانه های جسمانی سلامت روان و عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت (P=۰/۰۰۱).

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی

خصوصیات جمعیت شناختی	گروه	تعداد (درصد)
جنس	مرد	٪۳۸)۵۷
	زن	٪۶۲)۶۲
وضعیت تاهل	متاهل	٪۷۴/۷)۱۱۲
	مجرد	٪۱۰)۱۵
	همسر فوت شده	٪۱۵/۳)۲۳
وضعیت تحصیلی	زیر دیپلم	٪۹۲/۶)۱۳۹
	دیپلم و بالاتر	٪۷/۴)۱۱
سابقه بستری شدن قبلی در بیمارستان	دارد	٪۴۸/۷)۷۳
	ندارد	٪۵۱/۳)۷۷
وضعیت درآمد	کمتر از یک میلیون تومان	٪۸۶)۱۲۹
	بیشتر از یک میلیون تومان	٪۱۴)۲۱
مدت ابتلا به بیماری	کمتر از یک سال	٪۲۸/۷)۴۳
	بیشتر از یک سال	٪۷۱/۳)۱۰۷
E.F (برون ده قلبی)	٪۲۰-۱۰	٪۲۰/۷)۳۱
	٪۳۰-۲۰	٪۳۸/۷)۵۸
	٪۴۰-۳۰	٪۴۰/۷)۶۱

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران نارسایی قلبی مورد مطالعه

	ابعاد	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	سلامت عمومی	۴۸/۲	۱۶/۳
	عملکرد فیزیکی	۳۲/۷	۱۸/۴
	مشکلات جسمی	۱۸/۶	۱۳/۱
	مشکلات روحی	۳۵/۴	۱۴/۲
	عملکرد اجتماعی	۳۵/۸	۲۴/۲
	درد جسمی	۴۰/۴	۲۳/۳
	نشاط	۳۸/۴	۲۹/۲
سلامت روان	سلامت روان	۴۵/۴	۲۸/۴
	نشانه های جسمانی	۷/۴۲	۴/۱۶
	اضطراب	۷/۲۲	۴/۳۶
	عملکرد اجتماعی	۷/۹۲	۳/۲۱
	افسردگی	۶/۵۶	۴/۵۵

جدول شماره ۳: شاخص آماری نمره ابعاد کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران بر حسب جنس

نوع	جنس	مرد		زن		P-Value
	ابعاد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
کیفیت زندگی	سلامت عمومی	۴۹/۲	۲۴/۰	۴۶/۴	۲۸/۴	۰/۳۲
	عملکرد فیزیکی	۲۶/۲	۲۰/۴	۳۵/۵	۲۸/۳	٭۰/۰۰۴
	مشکلات جسمی	۲۰/۴	۱۷/۲	۱۶/۱	۱۲/۵	۰/۴۹
	مشکلات روحی	۳۸/۵	۱۵/۶۱	۳۴/۳	۲۳/۲	۰/۵۳
	عملکرد اجتماعی	۳۰/۳	۲۱/۶	۳۹/۴	۲۸/۲	٭۰/۰۰۸
	درد جسمی	۴۲/۴	۳۰/۴	۳۸/۶	۳۰/۳	۰/۷۰
	نشاط	۴۱/۶	۳۸/۸	۳۰/۷	۱۸/۸	٭۰/۰۰۳
سلامت روان	سلامت روان	۵۰/۵	۴۰/۴	۴۳/۴	۳۸/۸	٭۰/۰۰۰
	نشانه های جسمانی	۷/۹۲	۴/۶۷	۷/۱۲	۳/۸۲	۰/۵۱
	اضطراب	۷/۱۰	۴/۴۱	۷/۲۹	۴/۳۵	۰/۵۲
	عملکرد اجتماعی	۸/۰۱	۳/۲۶	۷/۸۷	۳/۲۰	۰/۳۸
	افسردگی	۷/۲۵	۵/۱۴	۶/۱۴	۴/۱۴	٭ ۰/۰۰۳

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

جدول شماره ٤: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد سلامت روان از نظر متغیر مدت ابتلا و E.F قلبی بیماران

ابعاد		مدت ابتلاء			E.F قلبی بیماران			
		میانگین	انحراف معیار	P-Value		میانگین	انحراف معیار	P-Value
نشانه های جسمانی	زیر یک سال	۶/۶۵	۳/۵۷	۰/۳۴	۱۰- ۲۰٪	۹/۳۸	۵/۰۳	٭۰/۰۰۸
	بالای یک سال	۷/۷۱	۴/۲۵		بیشتر از ۲۰٪	۶/۹۲	۳/۷۵	
اضطراب	زیر یک سال	۶/۱۳	۳/۳۳	۰/۳۵	۱۰- ۲۰٪	۹/۳۲	۴/۱۷	٭۰/۰۰۸
	بالای یک سال	۷/۶۵	۴/۷		بیشتر از ۲۰٪	۶/۶۸	۴/۲۶	
عملکرد اجتماعی	زیر یک سال	۷/۵۱	۲/۷۳	۰/۱۹	۱۰- ۲۰٪	۸/۷۴	۳/۲۲	۰/۱۵۳
	بالای یک سال	۸/۰۷	۳/۳۱		بیشتر از ۲۰٪	۷/۷۲	۳/۱۸	
افسردگی	زیر یک سال	۵/۷۹	۳/۶۳	۰/۲۶	۱۰- ۲۰٪	۸/۰۶	۶/۱۱	۰/۱۱۶
	بالای یک سال	۶/۸۵	۴/۶۹		بیشتر از ۲۰٪	۶/۱۶	۴	

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد مطالعه در سطح متوسط و پایین بود. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات Phillip (۲۳) و Gavin (۲۴) هم خوانی داشت. Phillip می نویسد اکثر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، کیفیت زندگی خود را ضعیف توصیف می کنند که دلیل آن را می توان در اثر محدویت های ایجاد شده در زندگی بیمار همچون ناتوانی در بسیاری از فعالیت های روزانه زندگی نسبت به سایر افراد دانست. کیفیت زندگی بیماران در بعد مشکلات جسمی پایین ترین نمره را به خود اختصاص داد که این یافته با نتایج حاصل از مطالعات Phillip (۲۳) و Non (۳۱) همخوانی داشت که می توان دلیل فوق الذکر را برای توجیه این یافته تعمیم داد. از طرفی بیماری نارسایی قلبی، بیشترین اثر منفی را بر سلامت روان بیماران بالاخص بر بعد عملکرد اجتماعی داشته است. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات مردانی (۲۵) و Salati (۲۶) مطابقت داشت. نارسایی قلبی در مقایسه با سایر بیماری های مزمن به علت ایجاد عوارض ناتوان کننده و به دنبال آن محدودیت های زیاد در زندگی موجب تخریب نقش های عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد شغلی می شود. همچنین در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که بین نشانه های جسمانی سلامت روان با عملکرد فیزیکی از کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت که این یافته با نتایج حاصل از مطالعه یکتاطلب (۲۷) و ملکیان (۲۸) هم خوانی داشت. در واقع از آنجا که بیماران نارسایی قلبی اختلال عملکرد فیزیکی دارند، این امر بر احساس سلامت فیزیکی آنان سایه انداخته و موجب اثر متقابل بر سلامت روان این گروه از بیماران شده است (۲۳). براساس یافته های مطالعه حاضر بین خرده مقیاس های عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت روانی از کیفیت زندگی با جنسیت ارتباط آماری معنی دار مشاهده شده به طوری که زنان از عملکرد فیزیکی و اجتماعی بالاتری نسبت به مردان برخوردار بوده و در عوض مردان از نشاط و سلامت روان بیشتری برخوردار بودند که این یافته با نتایج حاصل از مطالعات شریف (۲۹) و الهی (۳۰) همخوانی داشت. علاوه بر این بین خرده مقیاس افسردگی با جنسیت ارتباط آماری معنی دار مشاهده شد؛ به طوری که مردان افسردگی بیشتری را تجربه می کردند که این یافته با نتایج حاصل از مطالعه شریف (۲۹) و Non (۳۱) مطابقت دارد. در مطالعه حاضر بیماران مرد از نشانه های جسمانی و اختلال عملکرد اجتماعی بالاتری نسبت به زنان برخوردار بودند که این عوامل می توانند در بروز افسردگی در آن ها نقش به سزایی داشته باشد. همچنین رابطه آماری معنی دار بین خرده مقیاس های نشانه های جسمانی و اضطراب از سلامت روان با برون ده قلبی بیماران وجود داشت که این یافته با نتایج حاصل از مطالعه Cline (۳۲) و شریف (۲۹) مطابقت داشت. علاوه بر این در پژوهش حاضر میان

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

حیطه های سلامت روان و کیفیت زندگی با تعداد دفعات بستری ارتباط یا همبستگی معنی داری مشاهده نگردید در حالیکه Cline پیشنهاد می کند که تعداد دفعات بستری بیش از ۲ بار به دلیل ایجاد شرایط نامطلوب از جمله دوری از اجتماع و از کار افتادگی، موجب تضعیف وضعیت روانی بیماران می شود (۳۲).

نتیجه گیری نهایی

کیفیت زندگی اکثریت واحدهای مورد پژوهش در سطح متوسطی قرار داشته و از طرفی با توجه به میانگین نمره کل سلامت روان، این بیماران از سطح سلامت روان پایینی برخوردار هستند. همچنین بین نشانه های جسمی سلامت روان با عملکرد فیزیکی کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. بنابراین با توجه به کیفیت زندگی بیماران دچار نارسایی قلبی و مشکلات سلامت روان در آنان، توجه بیشتر فراهم کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی را در خصوص طراحی و تدوین برنامه های درمانی و مراقبتی در سطح بیمارستان ها می طلبد و در این راستا لازم است که تیم درمان به خصوص پرستاران در مراقبت های پرستاری حمایت از بیماران دچار نارسایی قلبی را به منظور بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی مدنظر قرار دهند و هنگام مراقبت از این بیماران، علاوه بر بعد جسمانی به سایر ابعاد سلامتی آنها نیز توجه داشته و با ارائه آموزش های مناسب مراقبتی و حمایت های روانی، نقش بهتر و کارآمد تری در افزایش سلامت روان این بیماران و متعاقب آن، بهبود کیفیت زندگی ایشان ایفا نمایند.

از جمله محدودیت های این مطالعه استفاده از نمونه گیری در دسترس می باشد که بر تعمیم پذیری یافته ها تاثیرگذار است و همچنین از سایر محدودیت ها می توان به استفاده از متن راهنما جهت جمع آوری اطلاعات اشاره نمود که با توجه به شرایط برخی از بیماران از جمله سن بالا، عدم فهم سؤالات به علت تحصیلات پایین یا قومیت های خاص مورد استفاده قرار گرفت که ممکن است باعث سوگیری در جمع آوری داده ها شده باشد. پژوهشگر پیشنهاد می کند که مطالعه ای مشابه با نمونه گیری تصادفی و با استفاده از سایر روش های جمع آوری داده ها انجام گردد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر نتیجه طرح تحقیقاتی به شماره ۹۱/پ/۳۸۶ می باشد. بدینوسیله پژوهشگران کمال تقدیر و تشکر را از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، رئیس مرکز پژوهش های بالینی بیمارستان امام رضا (ع) و همچنین کلیه بیماران شرکت کننده در این پژوهش اعلام می دارند.

منابع

1- Amirian Z, Hemati maslk Pak M, Jalali R, Khalkhali HM, Salehi SH. The effect of physical activity on the quality of life of patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery. Journal of Knowledge and Health. 2013; 8(2):51-6. (Persian).

2- Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2010; 4(3):198-206.

3- Lin JD, Zhang L, Xu ZZ, Xu LC. Research on burden of chronic diseases among rural–urban residents in Xuzhou. J Public Health 2010; 124(6):345-9.

4- Seyam S, Heidarnia A, Tavafian SS. Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. J Birjand Uni Med Sci. 2013; 19(6):33-41. (Persian).

5- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Evaluation of dignity conserving repertoire and its related factors in heart failure patients. Journal of Knowledge & Health. 2015; 10(1): 51-57. (Persian).

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

6- Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? J Heart Fail. 2011; 7(4): 572-82.

7- Sharifi H. Cardiac nursing. 2015; URL:http://www.cardiacnursing.ir/cardiac%20news.htm: (Accessed: 4 may 2015)

8- Chang LR. Patients perspectives in following hypertensive guidelines on sodium intake and lifestyle modifications in panama. Msc thesis in public Health. Tampa: College of Public Health, University of South Florida 2013; 4(6): 10-12.

9- Roger VL, Go AS, Lloyd Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics: a report from the American heart association. Circulation.2012; 125(1):220-22.

10- Vanhoof J, Delcroix M, Vandevelde E, Denhaerynck K, Wuyts W, Belge c, etal. Emotional symptoms' and quality of life in patients with pulmonary arterial hypertension. J Heart Lung Transparent. 2014; 33(8): 800-6.

11- Sotoode Asl N, Neshat doost H, Kalantari M, Talebi H, Khosravi AR. Comparison of effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension. Koomesh J. 2010; 11(4):291-303. (Persian).

12- Rakhshandehroo S, GHafari M. Qualification of life. Educate Faculty Health. 2010; 4(11-12):6-24.

13- Seyam S, Heidarnia A, Tavafian SS. Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. J Birjand Uni Med Sci. 2013; 19(6):33-41. (Persian).

14- Hassanpour A, Azari E. Quality of life and related factors in cancer patients. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences 2006. p. 42. (Persian).

15- Hofer S, Benzer W, schussler G, von steinbuchel N, oldridge NB. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease treated for angina: validity and reliability of German translations of two specific questionnaires. J Qual life Res. 2009; 12 (2): 199-212.

16- Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life assessment (IQOLA) project. Journal of Clinical Epidemiology 1998; 5(1): 903-12.

17- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of Iranian version of SF-36. Payesh Health Monit. 2006; 5 (1): 49-56. (Persian).

18- Rajati F, Mostafavi F, Sharifirad Gh, Feizi A, Sadeghi M, Reisi M. Comparison of three quality of life questionnaires in heart failure patients participating in cardiac rehabilitation. J Health Syst Res 2014; 10(1): 85-97. (Persian).

19- Heydari Fard J, Bagheri Nesami M. The Relationship between General Health and Religious Coping in Elderly Residing at Homes. Life Sci J 2012; 9(4): 3205-3210.

[Downloaded from mail.ijrm.ir on 2026-10-14]

20- Saatchi M, Askarian M. Psychological tests. J Publication editing. 2010; 1(1): 2-10. (Persian).

21- Fathi Ashtiani A. Psychological Tests- Personality and Mental Health Evaluation. J Beast Press. 2010; 12(5): 42-51. (Persian).

22- Molavi H. Validity factor structure and reliability of the Farsi version of general health questionnaire 28 In Iranian students. J Psychological Res 2004; 2(17): 30-40. (Persian).

23- Phillip J, Gary W, Terina S, Harald B. The Real World Mental Health Needs of Heart Failure Patients Are Not Reflected by the Depression Randomized Controlled Trial Evidence. J PLoS One. 2014; 9(1): 85-92.

24- Gavin W, Dagmara H, Murray D. Health-related quality of life after renal denervation in patients with treatment-resistant hypertension. Journal of American Heart Association. 2012; 8(2):1479-85.

25- Mardani hamoule M, Shahraki vahed A. The Relationship between Mental Health and Quality of Life in patients with Cancer. Journal of Hamadan University of medical science. 2009; 16(2):33-38. (Persian).

26- Salati M, Brunelli A, Xiumè F, Refai M, Sabbatini A. Quality of life in the elderly after major lung resection for lung cancer. Interact Cardiovasc Thorac Surg 2009; 8(1):79-83.

27- Yektatalab SH, Ansarfard F. The relationship between mental health and quality of life in patients with asthma. Iranian Journal of Psychiatric Nursing.2014; 1(2):72-81. (Persian).

28- Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. Anxiety and depression in cancer patients. Journal of Research in Behavioral Sciences 2007; 5(2):115-8. (Persian).

29- Sharif f, Vedad f. The Relationship Between Mental Health and Quality of Life of Hemodialysis Patients Referred to Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences; Iran Journal of Nursing. 2007; 20(52):60-69. (Persian).

30- Elahi A, Ramezani M. Psychological states of dialysis patients. Thought and behavior 2005; 1(4): 40- 47. (Persian).

31- Non H, Michelle A, George J, et al. Relationship of age and sex to health - related quality of life in patients with heart failure quality of life in patients with heart failure quality of life. American Journal of Critical Care. 2004; 1(4): 34-41.

32- Cline CM, Willenheimer RB, Erhardt LR, Wiklund I, Israelsson BY. Health-related quality of life in elderly patients with heart failure. Scand Cardiovascular J. 2009; 33(5): 278-8.

[Downloaded from mail.ijrn.ir on 2026-10-14]