

## بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در مریضان مصاب به مرض قلبی در شهر مزار شریف

### پوهندوی دوکتور سید علی شاه اکبری

استاد دیپارتمنت پتالوژی دانشکده طب دانشگاه بلخ

#### چکیده

زمینه و هدف: مریضی قلبی، شایع‌ترین و مهم‌ترین علت مرگ‌ومیر در تمام دنیا می‌باشد که بر روی کیفیت زندگی مبتلایان نیز تأثیر می‌گذارد. این مریضی، مشکلات زیادی را برای مریضان و هزینه بالایی را برای جامعه به دنبال دارد. این تحقیق، باهدف بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در مریضان مصاب به مریضی قلبی در شهر مزار شریف انجام شده است. روش تحقیق: این تحقیق نوع توصیفی-مقطعی بوده که در سال ۱۳۹۹ بر روی مریضان قلبی که در شفاخانه ابوعلی سینای بلخی مراجعه نمودند؛ انجام شده است.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که افراد جوان‌تر، باسوادتر، شاغل و مجرد، کیفیت زندگی بهتری داشتند. همچنین با افزایش تعداد دفعات بستری در شفاخانه و نیز افزایش مدت ابتلا به مریضی، کیفیت زندگی کاهش پیدا کرده است.

در این تحقیق رابطه معنی‌داری بین سن با کیفیت زندگی وجود داشت؛ طوری که با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش یافت و افراد جوان‌تر، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه، رابطه معنی‌داری مشاهده شد؛ طوری که مریضان با سطح تحصیلات بالاتر، کیفیت زندگی مطلوب‌تری داشتند. بین جنسیت و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار مشاهده نشده است.

نتیجه: کیفیت زندگی مریضان مصاب به مریضی قلبی با تعداد دفعات بستری در شفاخانه، مدت ابتلا به مریضی ارتباط دارد؛ لذا بر اهمیت توجه این موضوع تأکید می‌شود.

کلید واژه: کیفیت زندگی، مریضان قلبی، شفاخانه ابوعلی سینای بلخی، بستری

## مقدمه

مشکلات قلبی به ناتوانی پمپ قلب در رساندن خون موردنیاز به انساج اطلاق می‌شود. این در حالی است که مشکلات قلب مهم‌ترین عامل پذیرش مریضان در بخش قلب می‌باشد؛ و نزدیک به نیمی از مریضان به علت تشدید علائم مشکلات قلبی نسبت به قبل در مدت کمتر از شش ماه مجبور به بستری شدن مجدد در شفاخانه می‌شوند (بهادر، ۱۳۹۶: ۲۶). شایع‌ترین علت مشکلات قلبی در افراد بزرگسال آترواکسروز عروق کرونر فشارخون و در افراد جوان کاردیومیوپاتی و مریضی دریچه‌ای می‌باشد (لقمانی، ۱۳۸۵: ۷). حدود ۱/۳ مبتلایان به مشکلات قلبی یک‌بار در سال در شفاخانه بستری می‌گردند و بین ۱۵ تا ۲۰٪ چندین بار در سال در شفاخانه بستری می‌شوند. این آمار در ایالات‌متحده امریکا تقریباً ۵۰۰۰۰۰ هزار مریض در سال می‌باشد (شیرانکن، ۱۳۸۲: ۱۶۲). توسعه اقتصادی و صنعتی و گسترش ارتباطات موجب ماشینی شدن زندگی و به دنبال آن سبب تغییراتی در شیوه زندگی و افزایش بروز امراض قلبی عروقی شده است. این تغییرات شامل مصرف دخانیات، کم‌تحركی و رژیم غذایی ناسالم می‌باشد (سیام، ۱۳۹۹: ۳۸). از طرفی طول عمر به دلیل کاهش امراض واگیر در کشورهای درحال توسعه به سرعت در حال افزایش است و مردم به مدت طولانی‌تری در معرض این عوامل خطر قرار می‌گیرند (هادیان، ۱۳۸۷: ۲۲).

مطالعه‌ای در سنگاپور بر روی مریضان مورتالیتی و میزان بستری مشکلات قلب انجام گرفت. ۴،۵٪ از همه موارد بستری در شفاخانه‌ها به مشکلات قلب اختصاص داشت و ۲،۵٪ از میزان مورتالیتی ناشی از مشکلات قلب بود. از سالهای ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۸ میزان بستری مشکلات قلب ۳۸٪ افزایش یافته ولی مورتالیتی ۲۰٪ کاهش داشت. میزان کاش مرگومیر در زنان بیشتر از مردان بود (هادیان، ۱۳۷۸: ۲۲). وزارت صحت افغانستان گزارش نموده است که سالانه ۱۰۰ هزار نفر به دلیل ابتلا به مریضی قلبی جان خود را از دست می‌دهند. آلودگی هوا و خوردن غذای چرب از عوامل مهم مریضی قلبی در افغانستان عنوان شده است. در این گزارش آمده است که افغان‌ها سالانه ۳۰۰ میلیون دالر برای تداوی در خارج از کشور مصرف می‌کنند که ۹۰٪ آنان، مریضان قلبی هستند. (بی‌بی‌سی) ۱

سنجش کیفیت زندگی، به‌ویژه در مریضی‌های مزمن، از اهمیت خاصی برخوردار است؛ زیرا نه تنها سلامت جسمی، بلکه سلامت روانی و اجتماعی مریض نیز مورد خطر جدی قرار می‌گیرد و بسیار از آنان بدون امید به بهبودی، زندگی می‌کنند. مشکلات قلبی در مقایسه با سایر مریضی‌ها به علت ایجاد عوارض ناتوان‌کننده تأثیر بسیار شدیدتری بر کیفیت زندگی برجای گذاشته و موجب تخریب نقش‌های عملکردی فرد در روابط اجتماعی، خانوادگی، زناشویی و کاهش عملکرد حرفه‌ای می‌شود (ملک، ۱۳۹۹: ۱۱). از طرفی چون اختلال در کیفیت زندگی اثر منفی بر وضعیت صحتی مریض دارد، مشکلات قلبی می‌تواند به‌عنوان یک عامل ایجاد چرخه معیوب در این مریضان محسوب شود (نوحی، ۱۳۹۶: ۲۴).

خیام نکویی و همکاران در سال ۱۳۸۹ به بررسی تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی مریضان قلبی در شهر اصفهان-ایران پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد که آموزش‌های شناختی، رفتاری با حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون در سه خرده مقیاس کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی تأثیر معنی‌دار دارد (خیام‌نکویی و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۵۰).

سمنانی و همکاران در سال ۲۰۰۱ به ترجمه و اعتباریابی اولیه گونه ایرانی پرسشنامه سنجش دانش بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پرداختند. نتایج تحلیل مقایسه گروه شناخته‌شده نشان داد که اوسط دانش مریضان مبتلا به مشکلات قلبی با سطح اقتصادی متوسط طور معنی‌دار بالاتر از سایر مریضان است (سمنانی و همکاران، ۲۰۰۱: ۱۹۷).

شکوهی و همکاران در سال ۱۳۹۲ تحقیقی را تحت عنوان بررسی عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی در سالمندان ولایت ایلام در ایران انجام دادند. داده‌ها به‌صورت مقطعی بالای ۱۰۱۲ نفر از سالمندان بالای ۶۰ سال ساکن ولایت ایلام به‌صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد که اوسط سنی افراد تحت مطالعه ۷۰ سال بود. در مجموع ۳۶٪ از سالمندان مورد مطالعه به امراض قلبی، ۵۳٪ به فشارخون بالا، ۱۵٪ به دیابت و ۴۰٪ به اختلال خواب مبتلا بودند. همچنین ۱۶،۳٪ به سگرت اعتیاد داشتند (شکوهی، ۱۳۹۲: ۱۹۰).

<sup>1</sup> <https://www.bbc.com/persian/afghanistan-41578172>

داورانی و همکاران تحقیقی را در سال ۱۳۹۵ تحت عنوان بررسی عوامل خطر امراض قلبی- عروقی و ارتباط بین میزان آگاهی و رفتارهای پیشگیری‌کننده از امراض قلبی- عروقی در زنان کرمان- ایران انجام داد. تحقیق شان یک تحقیق توصیفی و تحلیلی که بالای ۴۰۰ زن از شهر کرمان صورت پذیرفت. داده‌ها به کمک پرسشنامه به‌دست‌آمده و بعد از تجزیه و تحلیل نتایج نشان داد که اوسط سن زنان مورد بررسی ۴۲ سال بود. استرس روزانه ۷۵٪ و عدم فعالیت فیزیکی ۶۲٪ شایع‌ترین عامل خطر امراض قلبی- عروقی شناخته شدند. همبستگی مثبت و معنی‌داری بین آگاهی و رفتار تغذیه، آگاهی و فعالیت بدنی مشاهده شد. اوسط آگاهی در زنان که طی شش ماه گذشته اقدام به انجام معاینه قند و چربی خون و همچنین اندازه‌گیری وزن و فشارخون نموده بودند، به‌طور معنی‌داری بیشتر بود (داورانی، ۱۳۹۵: ۱۲۷).

امیری و همکاران در سال ۱۳۸۲ در تحقیقی به بررسی عوامل خطر امراض قلبی- عروقی در بندر بوشهر- ایران بر اساس پروژه مونیکی سازمان جهانی صحت؛ پروژه قلب سالم خلیج فارس انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که ۹۶٫۶٪ مردان و ۹۸٫۶٪ زنان بالای ۲۵ سال، دارای حداقل یک عامل خطر سازی امراض قلبی- عروقی بودند (امیری، ۱۳۸۲: ۱۴۹).

تحقیقات نشان می‌دهند که کیفیت زندگی مریضان نارسایی قلبی نسبت به جمعیت عمومی و نیز نسبت به سایر مریضان مزمن پایین‌تر است. تشخیص مشکلات قلبی با ۵۰٪ نرخ مرگ‌ومیر پنج‌ساله، بروز بالای مرگ ناگهانی، مریضی جسمی و روانی، ناراحتی روحی، اختلال پیشرونده در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی همراه است (الکساندر، ۱۹۹۸). شواهد بسیار زیادی نشان می‌دهد مبتلایان قلبی با پیامدهای زیادی جسمی، روانی، عاطفی و روحی روبرو هستند. همچنین اعضای خانواده که از آن‌ها مراقبت می‌کنند، نیز با مشکلات فراوانی روبرو می‌شوند. مجموعه این علائم باعث محدودیت‌هایی در فعالیت‌های روزمره، انجام امور شخصی و اجتماعی مریض می‌گردد که خود باعث کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (نوحی، ۱۳۹۶: ۲۴).

مطالعه‌ای که واحد اطلاعات اکونومیست (Economist Intelligence Unit) برای محاسبه شاخص کیفیت زندگی در کشورهای مختلف انجام داده است، یکی از موفق‌ترین مطالعاتی بوده است که مجموعه‌ای جامع از متغیرها را برای محاسبه شاخص کیفیت زندگی مورد استفاده قرار داده است. این مطالعه با در نظر گرفتن ابعاد اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، جغرافیایی و صحتی، شاخص‌های نه‌گانه‌ای را به عنوان نمایانگر کیفیت زندگی در نظر می‌گیرند. این شاخص‌ها به صورت زیر تبیین می‌گردند:

- ۱- رفاه مادی: تولید یا درآمد، که نشان دهنده میزان فعالیت‌های اقتصادی در مناطق مختلف بوده و دربرگیرنده رفاه مادی کلی محسوب می‌شود.
- ۲- صحت: وضعیت صحتی، شاخص مهمی است که نشان دهنده میزان موفقیت نظام‌های مختلف صحتی بوده و یکی از متغیرهای مهم در کیفیت زندگی محسوب می‌شود.
- ۳- امنیت: وجود امنیت، امروزه بدون شک یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر رفاه اجتماعی افراد در جوامع مختلف به شمار می‌رود.
- ۴- زندگی خانوادگی: دوام زندگی خانوادگی در یک جامعه را می‌توان بیانگر وجود بسترهای مناسب اجتماعی و اقتصادی برای بدست آوردن لذت از لحظات مختلف زندگی به همراه خانواده دانست.
- ۵- زندگی اجتماعی: این متغیر نیز به نوعی بیانگر اهمیت رخدادهای اجتماعی و سیاسی برای افراد جامعه بوده و از میزان مشارکت مردم در امور مختلف اجتماعی حکایت دارد.
- ۶- آب و هوا و جغرافیا: وجود آب و هوای مطلوب و بهره‌مندی از حداقل شرایط مناسب برای زندگی، از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی در مناطق مختلف می‌باشد.
- ۷- امنیت شغلی: بدون شک داشتن یک شغل مناسب و درآمد مکلفی، می‌تواند نقش قابل توجهی در رفاه و لذت افراد از زندگی داشته باشد. وجود شغل مناسب در مناطق مختلف، به حدی در زندگی از اهمیت برخوردار است که در بسیاری از موارد، منجر به مهاجرت افراد به نقاطی می‌گردد که از فرصت‌های بیشتر شغلی برخوردار هستند.

۸- آزادی سیاسی: تفاوت در میزان آزادی بیان و اندیشه در نقاط مختلف نیز از جمله عوامل غیر اقتصادی تأثیر گذار بر کیفیت زندگی می‌باشد.

۹- برابری جنسیتی: داشتن حقوق مساوی برای مردان و زنان، بیانگر توسعه سیاست‌ها و نگرش‌های مربوط به حقوق زنان در جوامع مختلف می‌باشد. اعطای حقوق مساوی به زنان، در حقیقت تأمین حقوق مربوط به نیمی از جامعه بوده و افزایش رضایت آنها نقش به‌سزایی خواهد داشت (باسخا، ۱۳۸۹: ۹۸-۱۰۰).

به طور کلی، این شاخص‌ها وضعیت جامعه را به صورت کلان در ابعاد مختلف مدنظر قرار داده و معیار مناسبی برای بررسی کیفیت زندگی به دست می‌دهد.

#### روش تحقیق:

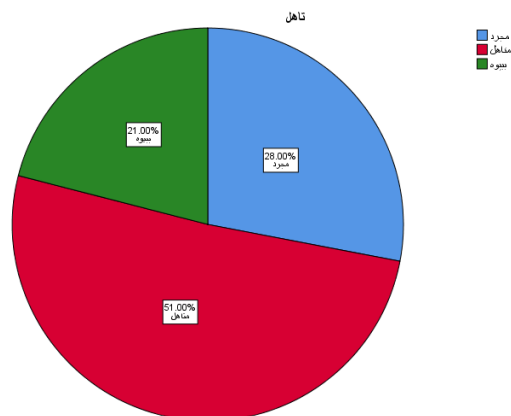
این تحقیق نوع توصیفی- مقطعی بوده که در سال ۱۳۹۹ بر روی مریضان قلبی که در شفاخانه ابوعلی سینای بلخی مراجعه نمودند؛ انجام شده است. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس و مبتنی بر هدف از مریضان واجد شرایط انتخاب شدند. حجم نمونه با توجه به تحقیق انجام‌شده در زمینه‌های مشابه و با اطمینان ۹۵٪ با توجه به مشخصات نمونه، حدود ۱۰۰ نفر انتخاب گردید. اطلاعات جمع‌آوری‌شده، با استفاده از پرسشنامه به‌دست‌آمده است. بخش اول پرسشنامه شامل سوالاتی مرتبط به مشخصات جمعیت شناختی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سطح درآمد، بخش دوم آن شامل پرسشنامه کیفیت زندگی می‌باشد. این پرسشنامه ۸ بُعد کیفیت زندگی را بررسی می‌کند که دارای ۳۶ سوال می‌باشد. هر یک از سوالات شامل: سوالات مربوط به سلامت عمومی ۵ سوال، عملکرد جسمانی ۱۰ سوال، سلامت روانی ۵ سوال، عملکرد اجتماعی ۲ سوال، درد ۲ سوال، محدودیت نقش جسمانی ۴ سوال، محدودیت نقش روانی ۳ سوال، نشاط ۴ سوال و تغییرات سلامتی نیز یک سوال را به خود اختصاص داد که جزء ابعاد هشت‌گانه نبود و امتیازبندی هم نمی‌شد. سوالات این پرسشنامه به طریقه بسته جواب و بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شده است. نمرات مولفه‌های هشت‌گانه بین صفر تا صد بود. هم‌ره صد وضعیت ایدئال را نشان داده و نمره صفر بدترین وضعیت موجود را در هر بُعد نشان می‌دهد. این پرسشنامه دارای پایایی و روایی بین‌المللی است. برای تعیین پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی، از ضریب الفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰,۹۲ بدست آمده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 25 استفاده گردیده است. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی و آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شده است

#### تجزیه و تحلیل

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان نظر به وضعیت تأهل و وظیفه					
		وضعیت تأهل			Total
		مجرد	متاهل	بیوه	
وظیفه	بیکار	22	23	12	57
	شاغل	6	28	9	43
Total		28	51	21	100

جدول (۱) آمار توصیفی مریضان نظر به وضعیت تأهل و وظیفه را نشان می‌دهد. از جمله (۱۰۰) مریض (۵۷) تن بیکار بوده از جمله (۲۲) تن مجرد، (۲۳) تن متاهل و (۱۲) تن بیوه می‌باشند. (۴۳) تن شاغل که از آن جمله (۶) تن مجرد، (۲۸) تن متاهل و (۹) تن بیوه می‌باشد



		تحصیلات				Total
		بی سواد	تعلیمات ابتدایی	فارغ صنف ۱۲	لیسانس	
وظیفه	بیکار	10	32	11	4	57
	شاغل	0	0	28	15	43
Total		10	32	39	19	100

جدول (۲) آمار توصیفی مریضان نظر به تحصیلات و وظیفه را نشان می‌دهد. از جمله (۱۰۰) مریض، (۵۷) تن بیکار و (۴۳) تن شاغل می‌باشد. از جمله (۵۷) تن بیکار (۱۰) تن بی سواد، (۳۲) تن تعلیمات ابتدایی، (۱۱) تن فارغ صنف دوازده و (۴) تن لیسانس بوده و از جمله (۴۳) تن شاغل (۲۸) تن فارغ صنف دوازده و (۱۵) تن لیسانس می‌باشند.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	کمتر از یک سال	49	49.0	49.0	49.0
	1-3	35	35.0	35.0	84.0
	بیشتر از 3 سال	16	16.0	16.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

جدول (۳) آمار توصیفی مدت زمان مراجعه به داکتر را نشان می‌دهد. از جمله (۱۰۰) مریض، (۴۹) تن کمتر از یک سال، (۳۵) تن یک الی سه سال و (۱۶) تن بیشتر از سه سال می‌شود به داکتر مراجعه می‌نمایند.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	یک بار	49	49.0	49.0	49.0
	دو بار	35	35.0	35.0	84.0
	بیش از دو بار	16	16.0	16.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

جدول (۴) نشان دهنده مدت مراجعه به داکتر می‌باشد. از جمله (۱۰۰) مریض، (۴۹) تن یک بار، (۳۵) تن دو بار، (۱۶) تن بیشتر از دو بار به داکتر مراجعه نمودند که بر اساس فیصدی به ترتیب ۴۹٪، ۳۵٪ و ۱۶٪ را تشکیل می‌دهد.

جدول (۵) بررسی ابعاد کیفیت زندگی مریضان

انحراف معیار	اوسط	ابعاد کیفیت زندگی
13.2	67.2	عملکرد جسمانی
8.4	28.9	محدودیت نقش جسمانی
19.2	54.2	درد
7.2	36.6	محدودیت نقش روانی
14	45.6	سلامت عمومی
20.1	72	عملکرد اجتماعی
19.6	65.6	نشاط
16.2	71.4	سلامت روانی

#### نتیجه گیری:

در تحقیق حاضر، کیفیت زندگی ۱۰۰ مریض که در شفاخانه ابوعلی سینای بلخی مراجعه نموده بودند، مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که افراد جوان تر، باسوادتر، شاغل و مجرد، کیفیت زندگی بهتری داشتند. همچنین با افزایش تعداد دفعات بستری در شفاخانه و نیز افزایش مدت ابتلا به مریضی، کیفیت زندگی کاهش پیدا کرده است. در این تحقیق رابطه معنی داری بین سن با کیفیت زندگی وجود داشت؛ طوری که با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش یافت و افراد جوان تر، از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند که با مطالعات Non و همکاران و parajon و همکاران هم خوانی دارد. در این تحقیق بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه، رابطه معنی داری مشاهده شد؛ طوری که مریضان با سطح تحصیلات بالاتر، کیفیت زندگی مطلوب تری داشتند. بین جنسیت و کیفیت زندگی تفاوت معنی دار مشاهده نشده است. کیفیت زندگی، شاخص بالارزشی برای اندازه گیری وضعیت سلامت در تحقیقات علمی شناخته شده و به کار می رود. با توجه به نتایج تحقیق حاضر، لازم است به مریضان بزرگسال، بی سواد و تعلیمات ابتدایی، افراد غیر شاغل و متأهل همچنین افراد که تعداد که بیشتر به علت مریضی قلبی بستری شدند و نیز افرادی که مدت طولانی تری سابقه ابتلا به مریضی قلبی داشتند؛ آموزش های مناسب و لازم ارائه شده و بر انجام آن نیز تأکید شود.

#### مأخذ

۱. امیری، محمد؛ امامی، سید رضا؛ نبی پور، ایرج؛ نصرتی، عباس؛ ایران پور، داریوش. (۱۳۸۲). عوامل خطر سازی بیماری های قلبی- عروقی در بندر بوشهر براساس پروژه مونیکی سازمان جهانی بهداشت؛ پروژه قلب سالم خلیج فارس، دوفصلنامه طب جنوب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، سال ششم، شماره دوم، صص ۱۵۱-۱۶۱.
۲. بهادر، سادات راضیه؛ نوحی، عصمت و یونس جهانی. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران نارسایی مزمن قلبی مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی جیرفت، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۳۰، شماره ۱۰۵، صص ۲۳-۳۳.
۳. خیام نکویی، زهره؛ یوسفی، علی رضا و غلام رضا منشی. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش های شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی مریضان قلبی، مجله آموزش در علوم پزشکی، شماره دهم، صص ۱۴۸-۱۵۴.
۴. داورانی، عصمت رضاییگی؛ ایرانپور، عابدین؛ خانجانی، نرگس؛ محسنی، محبت؛ رباطی، فاطمه نظری. (۱۳۹۵). بررسی عوامل خطر بیماری های قلبی- عروقی و ارتباط بین میزان آگاهی و رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری های قلبی- عروقی در زنان کرمان، فصلنامه علمی پژوهش های سلامت محور، سال دوم، شماره سوم، صص ۱۱۹-۱۳۲.

۵. رجیمان بوگر، اسحاق. (۱۳۹۰). عوامل خطر عوارض قلبی عروقی در بیماران دیابتی نوع ۲: نقش پیش بینی عوامل روان‌شناختی، عوامل اجتماعی و خصوصیات بیماری، مجله اصول بهداشت روانی، سال سیزدهم، شماره سوم، صص ۹۳-۲۷۸.
۶. سمنانی، سحر؛ هروی کریموی، مجیده؛ رژه، ناهید و علی منتظری. (۲۰۰۱). ترجمه و اعتباریابی اولیه گونه ایرانی پرسشنامه سنجش دانش بیماران مبتلابه نارسایی قلبی، نشریه پژوهش‌کنده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، نشریه پایش، سال هجدهم، شماره دوم، صص ۱۹۱-۲۰۱.
۷. سیام، شهره؛ حیدرنیا، علیرضا؛ السادات طوافیان، صدیقه. (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران قلبی پس از جراحی قلب، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، دوره ۱۹، شماره ۶، صص ۳۳-۴۱.
۸. شکوهی، شبلم؛ بابانژاد، مهران؛ بیرانوند، رضا؛ بهزادی‌فر، میثم و علی دل‌پیشه. (۱۳۹۲). بررسی عوامل خطر بیماری های قلبی- عروقی در سالمندان استان ایلام در سال ۱۳۹۰، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال هجدهم، شماره چهارم، صص ۱۹۵-۲۰۱.
۹. لقمانی، لاله و همکاران. بررسی تأثیر آموزش مراقبت از خود بر آگاهی و عملکرد بیماران با نارسایی قلب بستری در بیمارستان‌های شهر کرمان در سال ۱۳۸۵ فصلنامه‌ی طب و تزکیه دانشگاه کرمان. سال ۱۵. شماره ۱-۲، بهار و تابستان ۱۳۸۶ صص ۸-۱۳.
۱۰. ملک، مجتبی؛ اسکندریان، رحیمه؛ موسوی، شاهرخ؛ ملک، فرهاد؛ بابایی، مهدی؛ مهدی، جندقی، الهه و راهب قربانی. (۱۳۹۴). عوامل تشدید کننده نارسایی قلبی در بیماران بستری‌شده در بیمارستان فاطمیه شهر سمنان، مجله پزشکی هرمزگان، سال هشتم، شماره اول، صص ۷-۱۲.
۱۱. نصیرآبادی، طاهره؛ گودرزی‌زاده، نفیسه؛ شهرجردی، علیرضا؛ همتا، احمد. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش بر سبک زندگی بیماران مبتلا به بیمارهای ایسکیمی قلبی، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره بیستم، شماره ۷۹، صص ۷۲-۷۹.
۱۲. هادیان، خسرو. تعیین عوامل تشدیدکننده نارسایی قلبی در ۱۴۰ بیمار بستری‌شده در بیمارستان امام خمینی ساری سال ۷۷-۷۸ ه.ش. مجله علمی، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. سال ۹. شماره ۲۴. پاییز ۱۳۷۸ ه.ش. صص ۲۴-۳۱.
۱۳. باسرخا، مهدی؛ عاقلی کهنه‌شهری، لطفعلی؛ مسائلی، ارشک. (۱۳۸۹). رتبه‌بندی شاخص کیفیت زندگی در استان‌های کشور، فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی، سال نهم، شماره ۳۷، صص ۹۵-۱۱۲.
14. Alexander RW, Schlant RC, Fuster V. (1998). Hurst's the heart. 9th ed. New York: McGraw Hill.
15. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL. Harrison's. (2001). principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw Hill.
16. Ghali JK, Kadakia R, Cooper R. (2016). Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. Traits among urban blacks. Arch Intern Med. 1988;148(9).