

The effect of nurse-led home-based self-care programs on the quality of life in patients with heart failure: A systematic review

Maryam Marhoonkar¹, Mohammad Taghi Moghadamnia², Saman Maroufizadeh³, Marzieh Jahani Sayad Naveiri*⁴

1. Master of Nursing, Rasht School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

2. Department of Nursing-Surgical, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Guilan University of Medical Sciences and Health Services, Rasht, Iran.

4. Department of Nursing, Social Determinants of Health Research Center (SDHRC), Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

*Corresponding Author: Marzieh jahani Sayad Noveiri, Email: jahanimzh@gmail.com

Received: 2025/02/9

Accepted: 2025/04/9

Abstract

Background & Aim: With advances in the treatment of acute conditions in heart patients, many patients move from an initial cardiac event to living a long life with chronic cardiovascular diseases. Given the evidence of positive and negative effects of nurse-led interventions, this systematic review was conducted to determine the impact of nurse-led home-based self-care programs on the quality of life in patients with heart failure.

Materials & Methods: All studies that examined the effect of nurse-led home self-care programs on the quality of life in heart failure patients were published in English or Persian without geographical restrictions and reviewed in various international electronic databases, including PubMed, ISI Web of Science, Scopus, and reputable Persian sources SID, Irandoc, and Mag Iran, until the end of 2023 were assessed via the adapted CONSORT instrument.

Result: In the initial review, 163 out of 98,456 articles searched met the review criteria. After reviewing the title and abstract of the article and the study methodology and eliminating duplicates and incomplete articles, 57 articles were included in the study. Their results were analyzed as a percentage of the impact of nurse-led interventions on the quality of life of patients with heart failure.

Conclusion: Nurse-led self-care programs are an effective tool in managing heart failure, and developing comprehensive self-care programs that cover all physical, psychological, and social aspects of patients can have a positive impact on their quality of life.

Keywords: Quality of life, heart failure, self-care, nurse-led

How to cite this article: Marhoonkar M, Moghadamnia M T, Maroufizadeh S, Jahani Sayad Naveiri M. The effect of nurse-led home-based self-care programs on the quality of life in patients with heart failure: A systematic review. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2025;Vol 10(3):324-346. <https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-657-fa.html>

تأثیر برنامه‌های خود مراقبتی در منزل با هدایت پرستار بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی: یک مطالعه مروری

مریم مرهون کارا^۱، محمد تقی مقدم نیا^۲، سامان معروفی زاده^۳، مرضیه جهانی صیاد نویری^{۴*}

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲. گروه پرستاری - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۳. استادیار گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان، رشت، ایران
۴. گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDHRC)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

* نویسنده مسئول: مرضیه جهانی صیاد نویری، ایمیل: jahanimzh@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: با پیشرفت در درمان وضعیت‌های حاد بیماران قلبی، بسیاری از بیماران از رویداد قلبی اولیه به سمت زندگی طولانی مدت با بیماری‌های قلبی-عروقی مزمن حرکت می‌کنند. با توجه به وجود شواهد اثرگذار مثبت و منفی مداخلات تحت هدایت پرستار، این مطالعه مروری با هدف تعیین تاثیر برنامه‌های خود مراقبتی در منزل با هدایت پرستار بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گردید.

مواد و روش‌ها: تمام مطالعاتی که به بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی پرستار بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی پرداخته‌اند بدون محدودیت جغرافیایی به زبان انگلیسی یا فارسی منتشر شده است، در پایگاه‌های مختلف داده‌های الکترونیک بین‌المللی شامل PubMed، ISI Web of Science، Scopus و منابع فارسی معتبر SID، ایرانداک، مگیران تا پایان سال ۲۰۲۳ با استفاده از ابزار تعدیل یافته کانسورت مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: در بررسی اولیه ۱۶۳ مقاله از ۹۸۴۵۶ مقاله جستجو شده، شرایط بررسی را داشت. بعد از بررسی عنوان و خلاصه مقاله و روش کار مطالعات و حذف موارد تکراری و مقالات ناقص، تعداد ۵۷ مقاله وارد مطالعه شد و نتایج آن‌ها به صورت درصد تاثیر مداخلات تحت هدایت پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مورد بررسی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: برنامه‌های خود مراقبتی با هدایت پرستار به عنوان یک ابزار موثر در مدیریت نارسایی قلبی بوده و تدوین برنامه‌های خود مراقبتی به صورت جامع که تمام ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی بیماران را پوشش دهد می‌تواند بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر مثبت داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، نارسایی قلبی، خودمراقبتی، هدایت پرستار

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های بهداشتی در سطح جهان است و عامل اصلی مرگ‌ومیر با امار در حدود ۱۷/۹ میلیون مرگ (۳۱ درصد)، در سراسر جهان است و هزینه‌ی مراقبت در آن ۸۶۳ میلیارد دلار در سراسر جهان برآورد می‌گردد (۱-۳). با پیشرفت در درمان وضعیت‌های حاد، بسیاری از بیماران از یک رویداد قلبی اولیه جان سالم به در می‌برند و این بیماران در معرض خطر یک رویداد بعدی هستند (۱). نارسایی قلبی (HF) یکی از شایع‌ترین عوارض بیماری‌های قلبی عروقی و یک اختلال ناتوان‌کننده، مزمن و رو به پیشرفت، با علائم قابل توجه فیزیکی و روانی که میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان مبتلا می‌کند (۴) و اغلب نقطه‌ی پایانی بیماری‌های قلبی - عروقی در نظر گرفته می‌شود (۵). میزان شیوع نارسایی قلبی در جهان ۱ تا ۳ درصد در جمعیت بالغین برآورد شده است (۶). این میزان در ایران ۸ درصد و بیش‌ترین میزان آن در استان‌های گیلان و خوزستان گزارش شده است (۷) و میزان مرگ‌ومیر سالانه آن در ایران ۳۲ درصد می‌باشد (۸). بستری مجدد، علائم ناتوان‌کننده و کیفیت پایین زندگی از ویژگی‌های بیماران

1 Heart Failure

مبتلا به HF است (۹). کیفیت زندگی (QOL) یک اصطلاح کلی و دارای جنبه‌های جامعه‌شناختی، اقتصادی، روانی، فلسفی و اخلاقی است. کیفیت زندگی تحت تاثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، رضایت از زندگی و شدت و مرحله نارسایی قلبی این بیماران قرار دارد. مطالعات قلبی در بیماران نارسایی قلبی حاکی از نقش کیفیت زندگی در پیش‌بینی استفاده بیماران از خدمات مراقبت‌های بهداشتی، میزان عوارض و مرگ‌ومیر و هزینه مراقبت بوده است (۱۱، ۱۰، ۳). بیماران نارسایی قلبی به طور قابل توجهی کیفیت زندگی پایینی به دلیل برخی محدودیت‌های جسمی و روانی که باعث بستری شدن، مرگ‌ومیر و بار بیماری بیشتر می‌شود، دارند. همچنین فاکتورهای زمینه دیگری نیز مانند فقر، سطح سواد، در دسترس بودن خدمات پیشگیرانه و بیمه بر کاهش کیفیت زندگی در بیماران نارسایی قلبی تأثیر می‌گذارند (۱۲). برای بیماران نارسایی قلبی مهم است که با توجه به تغییراتی که در توانایی‌های عملکردی خود دارند، با طبیعت مزمن بیماری و شرایط آن به وسیله افزایش آگاهی و دانش در مورد این بیماری و مدیریت آن آشنا شوند و کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند (۱۱). همچنین این مسئله قابل تعمق است که ۴۵-۱۷ درصد بیماران در سال اول بیماری بعد از بستری شدن در بیمارستان می‌میرند. بنابراین ایجاد شرایطی که مسئولیت

2 Quality of Life

ایرانداک و مگیران (بدون در نظر گرفتن محدودیت زمانی، از زمان انتشار اولین مقاله تا پایان سال ۲۰۲۳ مورد بررسی قرار گرفت و همه مقالات دارای معیار ورود وارد مطالعه شد. در ابتدا عنوان و خلاصه مقاله و سپس روش کار مطالعه و همچنین نتایج توسط دو محقق مورد بررسی واقع شد و در صورت عدم توافق از نظر نفر سوم نیز استفاده شد.

استراتژی جستجو

استراتژی جستجو در پایگاه‌های انگلیسی مانند: Pub Med، Scopus، WOS با کلیدواژه‌های Quality of life، Heart Failure، Self-care و Nurse-led با انواع مترادف‌ها و ترکیب این عبارات با عملگرهای AND/OR و فیلتر کردن این کلیدواژه‌ها در Title/abstract بود. همچنین استراتژی جستجو در پایگاه‌های فارسی مانند: SID، ایرانداک، مگیران با کلیدواژه‌های کیفیت زندگی، نارسایی قلبی، خودمراقبتی، هدایت پرستار و ترکیب این عبارات با عملگرهای و/یا و فیلتر کردن این کلیدواژه‌ها در عنوان/چکیده بود.

معیار ورود و خروج

معیار ورود مطالعات شامل مطالعات مداخله‌ای و دارای معیار مداخله توسط پرستار در بیماران نارسایی قلبی، بدون محدودیت سنی را شامل می‌گردید. جستجوها محدود به

مدیریت بیماری را به بیمار و خانواده منتقل کند و آن‌ها را توانمند سازد، می‌تواند به حفظ و ارتقاء اقتصاد درمان و کاهش طول مدت بستری بیماران در بیمارستان کمک نماید و پرستاران در این زمینه نقش اساسی در آموزش مستمر و توانمندسازی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی برای بهینه‌سازی شیوه‌های مراقبت از خود دارند(۵) و استفاده از مشاوره و برنامه آموزشی توسط پرستاران می‌تواند سطح سلامت و کیفیت زندگی را در این بیماران بالا ببرد(۱۳،۱۴،۱۵).

از آنجائیکه نتایج مطالعات انجام شده حاکی از تناقضات در اثرگذاری مداخلات با هدایت پرستار بر خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بوده است، این مطالعه مروری با هدف تعیین تاثیر برنامه‌های خود مراقبتی در منزل با هدایت پرستار بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گردید.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه، مقالاتی که بررسی تاثیر برنامه‌های خود مراقبتی در منزل با هدایت پرستار بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پرداخته است در مناطق مختلف جهان که به زبان انگلیسی یا فارسی یا منتشر شده‌اند در پایگاه‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت کلیه مقالات مرتبط از پایگاه داده‌های اصلی شامل PubMed، ISI Web of Science، Scopus و پایگاه‌های مقالات فارسی (SID)،

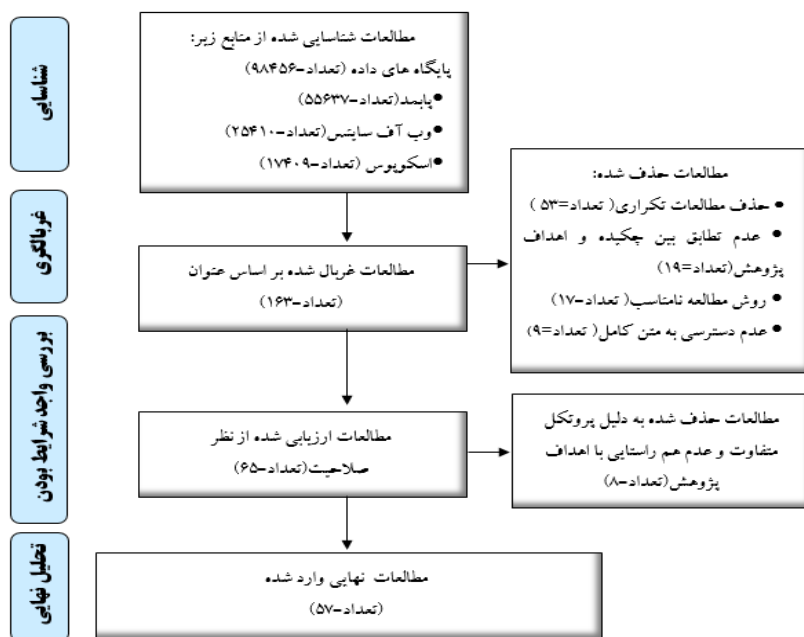
بررسی، سن، جنس، درصد شیوع و حجم نمونه مطالعه، نتایج مطالعه و ارزیابی مقاله بود. در صورت عدم دسترسی به متن کامل مطالعه از کتابخانه مرکزی دانشگاه درخواست دریافت مطالعه داده شد و در صورت عدم دسترسی از مطالعه حذف گردید. دو محقق به صورت مجزا داده‌ها را استخراج نمودند. عدم توافق بین طرفین با مشاوره با نفر سوم از تیم تحقیق حل گردید و جهت بررسی کیفیت مقالات از ابزار تعدیل یافته CONSORT استفاده گردید. فرآیند انتخاب مطالعه در

مطالعات منتشر شده به زبان انگلیسی و فارسی بود. همچنین مطالعات کشورهای دیگر که دارای چکیده انگلیسی بودند نیز وارد مطالعه گردیدند. مطالعاتی که به صورت گزارش مورد، نامه به سردبیر، مطالعات ارائه شده در کنگره، مطالعات کیفی، اخبار، همچنین مطالعاتی که نتایج آنان به طور کامل قید نشده و مقالاتی که به صورت کامل نبودند از مطالعه خارج شدند.

روش انتخاب مقالات و بررسی کیفیت مقالات

شکل شماره ۱ ارائه شده است.

مطالعات یافت شده لیست شده و تناسب آنها با معیارهای مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. فرم جمع آوری داده‌های برای استخراج داده‌ها به صورت الکترونیک طراحی و مورد استفاده واقع شد که شامل نام نویسنده اول، کشور، سال انتشار، روش



شکل شماره ۱: فلوچارت انتخاب و غربالگری مقالات

مطالعه بررسی و نتایج آنها مورد بررسی قرار گرفت. ویژگی‌های این مطالعات در جدول شماره ۱ ارائه شده است. حجم نمونه در مقالاتی که در این مطالعه وارد شدند، ۹۸۰۰ نفر بود که از این تعداد ۶۳/۵۵ درصد مرد و ۳۶/۴۵ درصد زن و میانگین سنی افراد تحت مطالعه ۶۴/۱۰ بود. بررسی نتایج تعداد ۲۹ مطالعه حاکی از اثرگذاری مثبت خود مراقبتی با هدایت پرستار بود و تعداد ۱۳ مقاله نشان از بی‌اثر بودن خود مراقبتی با هدایت پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی داشت. تعداد ۵ مقاله نشان از بهبود داشتند اما معنادار نبودند. ۷ مطالعه نشان از تاثیر محدود و کوتاه مدت داشتند و تأثیرات ۳ مطالعه در متن یافت نشد. همچنین بررسی کیفیت مقالات با استفاده از معیار CONSORT نیز انجام گرفت که نتایج در جدول شماره ۱ ذکر گردیده است.

روش استخراج و گزارش نتایج

در طول جستجوی اولیه، ۹۸۴۵۶ مقاله با کلیدواژه‌ها یافت شد. که عناوین مقالات مورد بررسی قرار گرفت و تعداد ۱۶۳ مقاله وارد مرحله بعدی گردید و بعد از حذف موارد تکراری (۵۳ مقاله) و عدم دسترسی به متن کامل (۱ پایان‌نامه و ۸ چکیده مقاله) آن حذف شد و ۱۶ مقاله به دلیل عدم وجود ارتباط عنوان با اهداف پژوهش (روش مطالعه) و ۱ مطالعه به علت پروتکل بودن، حذف گردید. در مرحله بعد با بررسی متن مقاله و عدم تناسب چکیده با هدف پژوهش ۱۹ مقاله (مقالات مروری) حذف گردید. تعداد ۶۵ مقاله وارد مطالعه گردید و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها انتخاب شد. در مرحله تجزیه و تحلیل ۸ مقاله به دلایلی مانند مطالعه پروتکل و عدم تطبیق با اهداف پژوهش حذف گردیدند و در نهایت ویژگی‌های ۵۷

جدول شماره ۱: خلاصه یافته‌های مقالات

ردیف	نویسندگان	سال انتشار	نوع مطالعه	حجم نمونه	جنس/سن	ابزار مورد استفاده	نحوه امتیازدهی	نمره کیفیت زندگی	Quality score
۱	ÅGREN, etal (16)	۲۰۱۲	randomized controlled	۱۵۵	میانگین سنی ۷۲ سال ۱۱۷ نفر مرد و ۳۸ نفر زن	Short Form (SF)-36	نمرات بالاتر ، کیفیت زندگی بالاتر است	تفاوت معنی‌داری در گروه کنترل و مداخله پس از ۳ ماه وجود داشت (P ۰/۰۵ <)	۱۴
۲	Cajanding, etal (17)	۲۰۱۶	randomized controlled	۱۰۰	بیشتر بیماران در بازه سنی (۶۰-۵۱) اکثراً مرد (۶۷ درصد)	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire	نمرات بالاتر ، کیفیت زندگی پایین تر است	در گروه مداخله کیفیت زندگی، عزت نفس و نمرات خلقی بهبود	۲۱

	قابل توجهی داشتند (0/001) (P<								
۲۰	هیچ تفاوتی بین گروه‌ها در کیفیت زندگی در ۹۰ روز وجود نداشت (P = ۰/۳۶)	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تر است	Quality of life is measured with the KCCQ	میانگین سنی ۶۲ سال ۷۰ درصد مرد و ۳۰ درصد زن	۶۷	randomized controlled trial	۲۰۱۵	Creber,etal(18)	۳
۱۵	در گروه مداخله بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی نشان دادند (P = ۰/۰۰۷)	نمرات بالاتر ، کیفیت زندگی پایین تر است	The Minnesota Living With Heart Failure questionnaire	۱۴ نفر زن و بقیه مرد میانگین سنی ۷۹ سال	۲۴	Aquasi-experimental, pretest-posttest design	۲۰۱۰	Delaney,etal (19)	۴
۲۰	نمره کیفیت زندگی گزارش نگردید	نمرات بالاتر ، کیفیت زندگی بالاتر است	Health-related quality of life functional capacity, CDS-SF235) و Frailty Index	اشاره‌ای به جنسیت نشده است	۳۰۰	An open multicentre randomised controlled trial has been designed.	۲۰۱۷	Ding, et al (20)	۵
۱۶	در ۶ هفته پس از ترخیص ، نمره کلی زندگی با نارسایی قلبی در گروه مداخله بهتر بود (P ۰/۰۰۲). نتایج مشابهی در ۱۲ هفته پس از ترخیص دیده شد. (P< ۰/۰۰۱)	در پرسشنامه بررسی سلامت نمره بالاتر ، کیفیت زندگی بهتر در پرسشنامه مینه‌سوتا نمره دهی بر عکس می‌باشد	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire SF-36	میانگین سنی ۷۶ سال ۸۷ نفر زن و ۱۰۵ نفر مرد	۱۵۷	prospective, randomized controlled trial	۲۰۰۲	Harrison, et al(21)	۶
۱۶	کیفیت زندگی در گروه تحت مدیریت پرستار بیشتر از گروه مراقبت معمول بود.	نمرات بالاتر، کیفیت زندگی بالا تر است	SF-12 physical component score. EuroQol-5D	218 نفر مرد و ۱۸۸ نفر زن با میانگین سنی ۶۰ سال	۴۰۶	Randomized, controlled trials	۲۰۰۸	Hebert,ETAL (22)	۷

۱۹	در نهایت، گروه تجربی A و B در تمام پیگیری‌های پس از مداخله، نمره بهتری از کیفیت زندگی داشتند.	نمرات بالاتر ، کیفیت زندگی پایین تر است	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire	میانگین سنی ب 68.24- ۱۱۲ نفر مرد و ۵۰ نفر زن	۱۶۲	randomized controlled trial	۲۰۲۱	Jiang,ETAL(5)	۸
۱۱	در نتایج گزارشی از اثرگذاری بر کیفیت زندگی انجام نشده بود	در پرسشنامه مینه‌سوتا نمره بالاتر باشد کیفیت زندگی ضعیف تر است.	Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire EQ-5D,	گزارش نشده است	۱۶۹	randomised controlled trial	۲۰۰۷	Jolly,etal(23)	۹
۱۲	کیفیت زندگی تغییر معنی‌داری نداشت، اضطراب و افسردگی طور معنی‌داری با مداخله کاهش یافتند.	نمرات بالاتر ، کیفیت زندگی بالاتر است	Short Form 36 survey tool version	زنان با میانگین سنی در گروه A: ۷۲ سال گروه B: ۶۷ سال و گروه C ۵۷ سال	۱۴۶	Randomised Controlled Trial and Qualitative Evaluation	۲۰۱۵	Kenealy,etal (24)	۱۰
۲۳	کیفیت زندگی در هر دو گروه مشابه بود به جز در «محدودیت‌های اجتماعی» (P=۰/۰۴۷). کیفیت زندگی در هر دو گروه طی سه ماه بهبود یافت،	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تر است	Quality of life is measured with the KCCQ	میانگین سنی ۶۲ سال و ۷۲ نفر از بیماران مرد و بقیه زن هستند	۱۱۰	a randomised controlled trial	۲۰۱۴	Köoberich,etal (25)	۱۱

۲۰	اثرات مداخله تحت رهبری پرستار محدود بود.	هر دو پرسشنامه به روش لیکرت نمره دهی می‌شود	SF-36 health survey Minnesota Living with Heart Failure questionnaire	میانگین سنی ۷۹ سال و ۵۴ درصد از بیماران مرد	۱۵۳	cluster randomised design.	۲۰۰۴	Ma ^o rtensson,etal(26)	۱۲
۱۹	نمرات کیفیت زندگی در گروه مداخله با دو گروه دیگر متفاوت بود (P=۰/۰۲۹)	در پرسشنامه مینه‌سوتا، نمره بالاتر، کیفیت زندگی ضعیف‌تر است	Heart Failure questionnaire	میانگین سنی ۶۲٫۷ و ۷۱٫۶ درصد از بیماران مرد	۵۹	This study was a pilot, open-label, 3-arm randomized controlled trial	۲۰۱۹	Mizukawa,etal (27)	۱۳
۲۰	تفاوت معنی‌داری برای مدیریت علائم شناختی رفتار مراقبت از خود کیفیت زندگی خاص قلبی مشاهده شد. (P=۰/۰۰۸) و (P=۰/۰۰۵)	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تر است	the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire	۲۳۰ نفر مرد و بقیه زن و میانگین سنی ۶۶٫۷	۳۱۷	randomized controlled trial	۲۰۱۰	Smeulders,etal (28)	۱۴
۱۸	کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری داشت (p=۰/۰۰۰)	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تر است	the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire	میانگین سنی ۶۳ سال و ۶۲ درصد مرد و ۳۸ درصد زن	۱۹۸	This clinical trial	۲۰۱۵	Smith,etal(29)	۱۵
۲۲	تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و مراقبت معمول در ۶ هفته (P=۰/۰۲) و ۶ ماه (P=۰/۰۲) وجود داشت.	نمرات بالاتر، کیفیت زندگی بالا تر است	the 5-level EQ-5D version	میانگین سنی ۷۷٫۷ درصد از بیماران مرد و بقیه زن	۲۴۹۴	Randomized Clinical Trial	۲۰۱۹	Van Spall,etal(30)	۱۶

۲۲	تفاوت معنی داری درون گروهی و بین گروهی مشاهده نشد	در پرسشنامه مینه سوتا نمره بالاتر، کیفیت زندگی ضعیف تر است	Minnesota Living with HF Questionnaire	میانگین سنی بیماران ۵۹ سال	۶۶	Randomized Controlled Trial with an Embedded Qualitative Study	۲۰۲۲	Ware,etal(31)	۱۷
۲۱	نتایج حاکی از بهبود کلی در کیفیت زندگی بود(۱۳ از ۲۱)	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تر است	Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire	سن > 75 سال	۴۰۴	prospective multisite randomized controlled trial	۲۰۲۰	Zisis,etal(32)	۱۸
۱۴	در تمام ابعاد کیفیت زندگی ، اختلاف آماري معنی داری مشاهده شد(P=۰/۰۰۰)	نمرات بالاتر ، کیفیت زندگی ضعیف تر است	New Mac quality-of-life questionnaire	۳۳ نفر مرد و بقیه زن و اکثرا در گروه سنی ۶۱ تا ۷۰ سال	۶۰	کارآزمایی بالینی تصادفی	۲۰۱۸	Aghakhani, etal(33)	۱۹
۱۹	در تمام ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد (P=۰/۰۰۰)	نمرات بالاتر ، کیفیت زندگی ضعیف تر است	the Minnesota standard quality-of-life questionnaire	میانگین سنی ۶۵ سال و ۵۷ درصد مرد و بقیه زن	۶۰	کارآزمایی بالینی	۲۰۱۵	Bagaei,etal(34)	۲۰
۲۱	آزمون تی زوجی تفاوت معنی داری را در سه بعد کیفیت زندگی نشان داد (p<۰/۰۰۱).	نمرات بالاتر ، کیفیت زندگی ضعیف تر است	Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire	میانگین سنی گروه مداخله ۶۱,۹۶	۹۰	clinical trial	۲۰۱۲	Borhani,etal(35)	۲۱

۲۰	میانگین نمره کیفیت زندگی در هر دو گروه افزایش داشته اما اختلاف آماری معناداری در گروه فردی نسبت به همتا مشاهده شد ($P=0/039$)	نمرات بالاتر، کیفیت زندگی بالاتر است	ترجمه پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس	نسبت جنسیت در هر دو گروه پنجاه درصد و میانگین سنی ذکر نشده	۶۴	quasi-experimental study	۲۰۱۴	Borzou,etal(36)	۲۲
۲۱	گروه مداخله در کل کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل تفاوت معنادار آماری داشت ($P<0/05$)	نمرات بالاتر، کیفیت زندگی بالاتر است.	the SF-36 standard questionnaire	بیشتر بیماران در بازه سنی ۵۰ تا ۶۱ سال و مرد	۴۸	clinical trial	۲۰۱۸	Chehri,etal(37)	۲۳
۲۲	نتایج نشان داد پس از مداخله آزمون تی مستقل بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری نشان داد ($P<0/001$)	نمرات بالاتر، کیفیت زندگی بالاتر است.	the SF-36 quality of life questionnaire	میانگین سنی ۵۸ سال و ۶۵ درصد از آن‌ها مرد ب	۱۲۰	experimental study	۲۰۱۵	Fathani,etal(38)	۲۴
۲۳	نمره کیفیت زندگی ۳ ماه پس از مداخله تفاوت معنی داری داشت، ($P<0/001$)	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی ضعیف تر است	Iranian questionnaire to assess heart failure	میانگین سن ۴۸٫۵ و ۳۸ نفر زن و ۳۶ نفر مرد	۷۴	non-randomized controlled clinical trial	۲۰۱۵	Ghezelje,etal(39)	۲۵
۱۹	تفاوت آماری معنی دار بین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله بود ($P<0/001$)	نمرات بالاتر، کیفیت زندگی بالاتر است	ترجمه پرسشنامه کیفیت زندگی فرانس و پاورس	اکثرا در بازه سنی ۴۶ تا ۵۵ و ۶۱ درصد مرد	۶۰	quasi-experimental study	۲۰۱۶	Jahanshahi,etal(40)	۲۶
۱۷	نمره کیفیت زندگی در ابتدای مطالعه نسبت به شش ماه بعد از ترخیص در گروه آزمون افزایش یافت. ($P<0/001$)	نمرات بالاتر، کیفیت زندگی بالاتر است.	the SF-36 quality of life questionnaire	میانگین سنی ۶۲٫۵ سال و ۵۸ درصد مرد	۹۹	کارآزمایی بالینی تصادفی	۲۰۰۸	Salehi tali,etal(41)	۲۷
۲۳	مداخله تأثیر کوتاه مدتی بر کیفیت زندگی داشت ($P<0/001$)	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی ضعیف تر	Quality of Life in Patients with Heart	۱۵ مرد و بقیه زن با میانگین سنی ۳۷٫۵	۲۶	کارآزمایی بالینی تصادفی	۲۰۱۶	Zeraatkar,etal(42)	۲۸

		است	Failure						
۲۲	تفاوت آماری معنی داری در کیفیت زندگی پس از مداخله گزارش شد ($P < 0/001$)	نمرات بالا تر باشد کیفیت زندگی بالا تر است.	پرسشنامه ایرانی کیفیت زندگی در نارسایی قلبی (IHF-QoL)	میانگین سنی ۴۶٫۶ است ۵۶ نفر مرد و ۵۵ نفر زن	۱۱۱	کارآزمایی بالینی غیر تصادفی	۲۰۱۸	Abbasi,etal(10)	۲۹
۲۵	نمره کیفیت زندگی گروه مداخله طور قابل توجهی بهبود یافت ($P < 0/001$)	هر دو پرسشنامه به روش لیکرت نمره دهی می شود	فرم کوتاه پرسشنامه بررسی سلامت و پرسشنامه مینه سوتا	میانگین سن ۶۰ ۱۵۷ نفر مرد و ۴۳ نفر زن	۲۰۰	کارآزمایی بالینی تصادفی	۲۰۲۱	ARJUNAN,etal (9)	۳۰
۲۲	کیفیت زندگی در بین هر دو گروه کاهش یافت، بیشتر در گروه کنترل ($P = 0/18$)	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تر است	پرسشنامه کاردیومیوپاتی شهر کانزاس	میانگین سنی ۵۳٫۶ و جنس زن (۵۶ درصد) و مرد	۱۸	کارآزمایی بالینی تصادفی (پایلو ت)	۲۰۱۷	Athilingam et al(43)	۳۱
۱۹	نمرات SF-36 و MLHF با گذشت زمان بهبود یافت ($P < 0/001$)، اما تفاوتی بین گروه ها وجود نداشت.	هر دو پرسشنامه به روش لیکرت نمره دهی می شود	فرم کوتاه پرسشنامه بررسی سلامت و پرسشنامه مینه سوتا	میانگین سنی 72.5 ۷۱ درصد مرد ۲۹ درصد زن	۲۰۳	کارآزمایی تصادفی شده	۲۰۱۶	Blum et al(44)	۳۲
۲۵	در گروه مداخله کیفیت زندگی به طور قابل توجهی بهبود یافت ($P = 0/04$)	در پرسشنامه مینه سوتا نمره بالاتر باشد کیفیت زندگی ضعیف تر است	پرسشنامه سوتا	میانگین سن ۷۵ سال و مرد (بیشتر) و زن	۲۰	کارآزمایی بالینی	۲۰۱۸	Bautista et al(45)	۳۳

۱۸	گروه مداخله بهبود بیشتری در کیفیت زندگی کلی و گروه کنترل کاهش در کیفیت زندگی کلی را گزارش کردند.	در پرسشنامه مینه‌سوتا نمره بالاتر باشد کیفیت زندگی ضعیف تر است	پرسشنامه مینه‌سوتا	میانگین سنی گروه مداخله ۶۰ سال و ۴۵ درصد مردان و ۵۵ درصد زنان	۳۶	مطالعه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۲۰۰۶	Brandon et al (46)	۳۴
۲۳	کاهش میانگین MLHFQ نشان‌دهنده بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی کلی بود ($p < ۰/۰۵$).	در پرسشنامه مینه‌سوتا نمره بالاتر باشد کیفیت زندگی ضعیف تر است	پرسشنامه مینه‌سوتا	۵۸ درصد زن و بقیه مرد با میانگین سنی ۷۰ سال بودند	۱۰۰	A prospective one group pre- and post-test design	۲۰۱۶	brown,etal(47)	۳۵
۲۱	گروه کیفیت کلی زندگی خود را به طور قابل توجهی بهتر از گروه کنترل ارزیابی کردند ($P < ۰/۰۵$).	هر دو پرسشنامه به روش لیکرت نمره دهی می‌شود	فرم کوتاه پرسشنامه بررسی سلامت و پرسشنامه مینه‌سوتا	میانگین سنی گروه کنترل ۶۷,۹ و در گروه مداخله ۶۹,۹ و ۷۷ نفر مرد و ۳۹ نفر زن بودند	۱۱۶	pragmatic trial	۲۰۲۰	CHEN etal(48)	۳۶
۲۰	گروه مداخله بهبود قابل توجهی در وضعیت عملکردی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی نشان دادند ($P = ۰/۰۳۴$).	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تر است	پرسشنامه کاردیومیوپاتی کانزاس	میانگین سنی ۶۲,۴ و بیشتر نمونه‌ها زن بودند	۵۰	This was a prospectiv, randomized control study	۲۰۱۵	Clark etal(49)	۳۷
۲۶	هیچ شواهدی مبنی بر تفاوت بین گروه‌های درمانی در میانگین نمرات MLHF در طول زمان وجود نداشت	در پرسشنامه مینه‌سوتا نمره بالاتر باشد کیفیت	پرسشنامه مینه‌سوتا	میانگین سنی ۷۰,۶۰ و ۱۸۸ نفر از شرکت کنندگان مرد و بقیه زن بودند	۲۶۰	Pragmatic, open parallel group, randomised controlled trial	۲۰۱۴	Cockayne etal(50)	۳۸

	(P=۰/۷۶۸)	زندگی ضعیف تر است							
۲۴	تفاوت‌های گروهی در میانگین تغییرات کیفیت زندگی بین ماه اول و سوم معنی دار بود (P=۰/۰۰۳)	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تراست	پرسشنامه کاردیومیوپاتی کانتزاس	میانگین سنی ۶۱/۷۹ سال و ۸۱٫۸ درصد مرد و ۱۸٫۲ درصد زن	۶۶	کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده	۲۰۲۱	Haejung etal,(51)	۳۹
۲۱	بهبود در کیفیت زندگی در گروه مداخله دیده شد(P<۰/۰۵)	نمرات پایین تر کیفیت، زندگی پایین تراست	پرسشنامه کاردیومیوپاتی کانتزاس	۶۸ بمررد و ۳۲ زن با میانگین سنی: ۷۵ سال	۸۲	prospective randomised controlled trial	۲۰۱۵	Hägglund ,etal(52)	۴۰
۱۹	کیفیت زندگی تفاوت معنی داری نداشت.	سلامت در سه مقیاس و مشکلات در پنج بعد بررسی شد	پرسشنامه ۵ بعدی اروپایی کیفیت زندگی	میانگین سنی ۷۹ سال و ۳۱ نفر مرد و ۲۹ نفر زن	۶۰	کارآزمایی تصادفی شده	۲۰۰۶	Holst, ettal(53)	۴۱
۲۱	رفتار خودمراقبتی نارسایی قلبی فقط با سازگاری روانی اجتماعی در ۳ و ۹ ماه پس از ترخیص رابطه نشان داد (P<۰/۰۵)	کیفیت زندگی نمره بالاتر نشان از کیفیت زندگی بالاتر است	پرسشنامه سه حیطه‌ای کیفیت زندگی	میانگین سنی ۷۳ سال و ۵۸ درصد جنس مرد	۱۳۲	مطالعه تجربی	۲۰۰۰	Jaarsma, etal(54)	۴۲
۲۵	برنامه خود مدیریتی به رهبری پرستار منجر به افزایش رفتارهای خود مدیریتی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی شد.	نمرات بالاتر، کیفیت زندگی بالاتر است	پرسشنامه بررسی سلامت (فرم کوتاه شده ۱۲ آیتمی)	میانگین سنی ۶۱٫۵ و ۹۸ نفر از بیماران مرد و بقیه زن	۱۴۴	کارآزمایی بالینی تصادفی شده	۲۰۱۹	Jiang, etal(55)	۴۳
۱۹	تماس با پرستار نارسایی قلبی با تغییر آماری قابل توجهی در کیفیت	در پرسشنامه مینه‌سوتا نمره بالاتر	پرسشنامه مینه‌سوتا	میانگین سنی ۷۱ سال و ۶۲ نفر مرد و ۲۵ نفر زن	۸۸	Secondary analysis on two independent datasets	۲۰۱۴	Lucas,etal(56)	۴۴

	زندگی یا خلق و خوی همراه نبود. ($p > 0/05$)	باشد کیفیت زندگی ضعیف تر است							
۱۶	پس از شش ماه، میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله بیشتر از گروه اول بود ($P < 0/05$)	نمره بالاتر، کیفیت زندگی بهتر است	The 36-item short-form Questionnaire	میانگین سنی ۶۲ سال است و ۵۸ درصد مرد بودند	۱۱۰	single-blind randomized controlled trial	۲۰۱۴	Mehralian,etal (57)	۴۵
۱۹	در طول ۱۲ ماه پیگیری، نسبت بیمارانی که بستری مجدد HF را تجربه کردند در گروه درمان کمتر بود	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تر است	پرسشنامه کاردیومیوپاتی کانزاس	میانگین سنی ۵۳٫۵ و ۶۸ درصد از بیماران مرد	۳۰۰	مطالعه کارآزمایی	۲۰۲۱	Mo,etal(58)	۴۶
۲۳	هیچ تفاوت آماری معنی داری در گروه مداخله یا مراقبت‌های معمولی وجود نداشت.	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تر است	پرسشنامه کاردیومیوپاتی شهر کانزاس	میانگین سنی ۶۶٫۷ و ۷۴ درصد از بیماران مرد	۳۴۷	A randomised multi-centre trial	۲۰۱۸	Østergaard,etal (59)	۴۷
۲۲	برنامه مداخله به طور قابل توجهی در بهبود کیفیت زندگی و انطباق دارو در بیماران HF موثر بود. $P = 0/001$	نمرات پایین تر، کیفیت زندگی پایین تر است	پرسشنامه کاردیومیوپاتی کانزاس	میانگین سنی ۴۰٫۵ و ۶۴ درصد مرد	۵۰	randomized controlled trial	۲۰۱۷	Rai,etal(60)	۴۸
۲۱	کیفیت زندگی در گروه مداخله در روز ترخیص $P = 0/026$ و ۳ ماه پس از ترخیص $P = 0/001$ به طور معنی داری بهتر بود.	در پرسشنامه مینه‌سوتا نمره بالاتر باشد کیفیت زندگی	پرسشنامه مینه‌سوتا	سن بیماران از ۴۴ تا ۸۹ سال در مورد جنس اطلاعاتی ذکر نشد	۷۱	quasi-experimental, pretest and posttest design with a comparison group	۲۰۱۹	Rhiantong,etal (61)	۴۹

		ضعیف تر است							
۲۲	تفاوت‌های آماری معنی داری در ماه سوم ($P < 0.001$) و ششم ($P < 0.001$) وجود داشت.	نمرات بالاتر، کیفیت زندگی ضعیف تر است	LVD-36	۲۱ زن و ۶۹ مرد با میانگین سنی ۶۰ سال	۹۰	single-center, single-blind, randomized controlled	۲۰۱۷	Sezgin,etal(62)	۵۰
۲۱	نمره پرسشنامه زندگی با نارسایی قلبی مینه سوتا به ترتیب ۳۸/۶ در مقابل ۴۷/۳ بود.	هر دو پرسشنامه به روش لیکرت نمره دهی می شود	Short Form-12 (SF-12), Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire	میانگین سن ۶۰ سال و ۵۳ درصد از بیماران مرد و ۴۷ درصد زن	۴۰۶	Randomized effectiveness trial	۲۰۰۶	Sisk,etal(63)	۵۱
۲۰	بین رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد ($P > 0.05$)	نحوه نمره دهی در متن یافت نشد.	پرسشنامه ۵ دامنه‌ای اروپایی کیفیت زندگی	میانگین سنی ۵۵ سال و ۴۷ نفر مرد و ۱۶ نفر زن	۶۳	A Pilot Study Randomised Controlled Trial	۲۰۲۱	Sousa,etal(64)	۵۲
۱۹	هیچ تفاوتی بین گروه‌ها از نظر انطباق با درمان و مراقبت از خود یا کیفیت زندگی یافت نشد.	نحوه نمره دهی در متن یافت نشد.	پرسشنامه ۵ دامنه‌ای اروپایی کیفیت زندگی	میانگین سنی ۷۱ سال است و ۱۰۹ نفر مرد و ۴۵ نفر زن	۱۵۴	A prospective, randomised multicentre trial	۲۰۰۶	Stro'mberg,etal(65)	۵۳
۱۸	EQ تنها در بخش مقیاس آنالوگ بصری بهبود را شاهد بودیم ($P = 0.002$) و در بخش توصیفی بهبودی دیده نشد.	نحوه نمره دهی در متن یافت نشد	پرسشنامه ۵ دامنه‌ای اروپایی کیفیت زندگی	میانگین سنی ۵۸ سال و ۸۵ درصد بیماران مرد	۵۷	A single-centre, single-blind, randomized, parallel controlled	۲۰۲۳	Thodi,etal(66)	۵۴
۱۹	تغییرات روی کیفیت زندگی از نظر آماری معنی دار نیست.	هر دو پرسشنامه به روش لیکرت نمره	SF-36 health survey, The MLWHF	میانگین سنی ۷۲ سال و همچنین ۷۲ درصد بیماران مرد	۱۰۶	کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده	۲۰۰۵	Thompson,etal (67)	۵۵

		دهی می‌شود							
۲۱	هر دو گروه مداخله و کنترل بهبود معنی‌داری در کیفیت زندگی کلی داشتند ($P < 0/001$)	در پرسشنامه مینه‌سوتا نمره بالاتر باشد کیفیت زندگی ضعیف‌تر است	پرسشنامه مینه‌سوتا	میانگین سنی ۶۶ سال و ۶۲ درصد مرد و ۳۸ درصد زن	۹۲	A randomised controlled trial	۲۰۱۶	Wang,etal(68)	۵۶
۱۹	نمرات کیفیت زندگی در پیگیری ۳ و ۶ ماهه در گروه آموزش بهبود معنی‌داری نشان داد به ترتیب ($P = 0/02$) و ($P = 0/01$)	هر چه نمرات بالاتر باشد کیفیت زندگی ضعیف‌تر است	the Minnesota Living with Heart Failure questionnaires	میانگین سنی ۵۶٫۵ و ۶۳ نفر مرد و بقیه زن	۸۰	کارآزمایی بالینی	۲۰۰۷	Assareh,etal (69)	۵۷

بحث

آموزش خود مدیریتی به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که توسط پرستاران ارائه می‌شود، می‌تواند رفتار مراقبت از خود، نتایج بالینی و کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشد و پذیرش در بیمارستان، علائم و مدت بستری آنها را در مقایسه با مراقبت‌های معمول کاهش دهد (۱۰، ۴۸). همچنین برنامه‌های ترخیص با هدایت پرستار با استفاده از مداخله تلفنی می‌تواند به طور قابل توجهی مدیریت نارسایی قلبی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد و هزینه‌ها و پذیرش مجدد را کاهش دهد (۴۶). بنابراین، توصیه می‌شود که آموزش خودمراقبتی و آموزش ترخیص در استراتژی مدیریت نارسایی قلبی گنجانده شود (۶۹). همچنین نتایج مطالعه Ortiz

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر برنامه‌های خود مراقبتی در منزل با هدایت پرستار بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده است. در این راستا ۵۷ مطالعه مرتبط مورد بررسی قرار گرفت که تقریباً نیمی از مقالات حاکی از اثربخشی برنامه مراقبت با هدایت پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بودند. از آنجائیکه مدیریت موثر نارسایی قلبی نیازمند کنترل عوامل خطر و تغییر در عادات زندگی است، پرستاران شاغل در بخش‌های قلب نقش اساسی در آموزش و مدیریت وضعیت سلامت بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارند (۹).

طراحی شده که در طی سی روز انجام شد تاثیر معناداری بر کیفیت زندگی بیماران نداشت (۴۴). همچنین Creber و همکاران (۲۰۱۶) مطالعه‌ای در آمریکا در مدت ۹۰ روز انجام دادند که برنامه خود مراقبتی تاثیر بر کیفیت زندگی بیماران نداشت (۱۸). مطالعه دیگری توسط Holst و همکاران (۲۰۰۷) در طی ۱۲ ماه در کشور سوئد انجام شد که نشان داد برنامه مداخله تاثیر بر کیفیت زندگی اندازه‌گیری شده نداشت (۵۳) سوسا و همکاران در مطالعه‌ای که به مدت ۳ ماه انجام دادند نشان دادند که رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی تاثیر ندارد (۶۴). در ۷ مطالعه (۱۲ درصد) این تاثیر کوتاه مدت بودند. در این راستا مطالعه زراعتکار و همکاران (۱۳۹۵) نشان‌دهنده تاثیر کوتاه مدت مداخله بر روی کیفیت زندگی بود (۴۲). همچنین در مطالعه Jaarsma و همکاران (۲۰۰۰) تأثیر مداخله آموزشی - حمایتی بر کیفیت زندگی محدود بود (۵۴).

عوامل زیادی می‌تواند بر عدم تاثیرپذیری خود مراقبتی با هدایت پرستار بر کیفیت زندگی بیماران دخیل باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که آموزش خودمراقبتی در مدیریت نارسایی قلبی به دلیل محدودیت‌های طراحی مطالعه (مانند نمونه‌های کوچک، عدم تصادفی‌سازی، و ابزارهای اندازه‌گیری نامشخص) و مدت زمان کوتاه مداخله، اثر معناداری نداشته است. برای مشاهده تأثیرات بلندمدت، نیاز به مداخلات طولانی‌تر و برنامه‌های جامع‌تر است که عوامل روانی، اجتماعی و فرهنگی بیماران را نیز در نظر بگیرند.

Bautista و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که استفاده از یک برنامه مداخله به رهبری پرستار به طور قابل توجهی کیفیت زندگی درک شده را بهبود می‌بخشد و بستری مجدد را کاهش می‌دهد (۴۵). در این راستا Clark (۲۰۱۵) بیان می‌کند که مداخلاتی که در خانه توسط پرستاران انجام می‌شود تاثیر مثبت بر کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی دارد (۴۹) Mo و همکاران (۲۰۲۱) نیز بیان می‌کنند که برنامه مراقبتی تحت رهبری پرستار در بهبود وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی مفید است، که ممکن است به کاهش بستری مجدد این بیماران کمک کند (۵۸).

پرستار در زمینه آموزش عهده‌دار نقش اساسی و کلیدی بوده و برنامه‌های آموزشی می‌توانند بر کنترل عوامل خطر، اصلاح سبک زندگی، آموزش مدیریت بیماری و داروها اثرگذاری داشته و اغلب به صورت شخصی‌سازی شده اجرا گردند. در این صورت می‌توان انتظار داشت که افزایش اثربخشی در آنها دیده شود. همچنین با توجه به این که پرداختن به ابعاد روانی و اجتماعی بیماران می‌تواند به کنترل بهتر شرایط زندگی کمک کند، مداخلات پرستار-محور در خودمراقبتی نارسایی قلبی، با ترکیب آموزش تخصصی می‌توانند نتایج بالینی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشند.

با این حال نتایج ۱۳ مطالعات (۲۲ درصد) حاکی از عدم معناداری خود مراقبتی با هدایت پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بود. در این راستا Blum و همکاران (۲۰۱۴) مطالعه‌ای در دانشگاه مرلند انجام دادند که نشان داد برنامه‌ی خود مراقبتی

همچنین، شخصی‌سازی برنامه‌ها، آموزش مؤثر، پشتیبانی مستمر و مشارکت فعال بیماران از عوامل کلیدی در بهبود اثربخشی هستند. زندگی بیماران را بهبود بخشیده و اثربخشی مداخلات را افزایش می‌دهد.

نتیجه‌گیری

برنامه‌های خودمراقبتی پرستار-محور می‌توانند در مدیریت نارسایی قلبی مؤثر باشند، اما برای دستیابی به نتایج قابل اعتماد، مطالعات آینده باید با طراحی دقیق‌تر، نمونه‌های بزرگ‌تر، مدت زمان طولانی‌تر و رویکرد چندوجهی (شامل ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی) انجام شوند. این امر کیفیت

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل از پایان‌نامه بوده که در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان با شناسه IR.GUMS.REC.1402.008 تایید شده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

References

1. De Araújo Pio CS, Marzolini S, Pakosh M, Grace SL, editors. Effect of cardiac rehabilitation dose on mortality and morbidity: a systematic review and meta-regression analysis. Mayo Clinic Proceedings; 2017: Elsevier.
2. Rao A, Zecchin R, Newton PJ, Phillips J, DiGiacomo M, Denniss AR, et al. The prevalence and impact of depression and anxiety in cardiac rehabilitation: A longitudinal cohort study. European Journal of Preventive Cardiology. 2020;27(5):478-89.
3. Wewege MA, Ahn D, Yu J, Liou K, Keech A. High-intensity interval training for patients with cardiovascular disease—is it safe? A systematic review. Journal of the American Heart Association. 2018;7(21):e009305.
4. Mansouri A, Baraz S, Elahi N, Malehi AS, Saberipour B. The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study. Japan Journal of Nursing Science. 2019;16(4):459-67.
5. Jiang Y, Koh KWL, Ramachandran HJ, Nguyen HD, Tay YK, Shorey S, et al. The effectiveness of a nurse-led home-based heart failure self-management programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure: a three-arm stratified randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2021;122:104026.
6. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GM, Coats AJ. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. Cardiovascular research. 2022;118(17):3272-87.
7. Talebifard H, Asgharpour H, Rezaee SR, Saiari A. The effect of eight weeks of combined continuous aerobic training with inspiratory muscle training on maximal oxygen consumption, cardiac function indices and pulmonary volumes in patients with heart failure. 2021.
8. Sarrafzadegan N, Mohammadifard N. Cardiovascular disease in Iran in the last 40 years: prevalence, mortality, morbidity, challenges and strategies for cardiovascular prevention. Archives of Iranian medicine. 2019;22(4):204-10.

9. Arjunan P, Trichur RV. The impact of nurse-led cardiac rehabilitation on quality of life and biophysiological parameters in patients with heart failure: a randomized clinical trial. *Journal of Nursing Research*. 2021;29(1):e130.
10. Abbasi A, Najafi Ghezalje T, Ashghali Farahani M, Naderi N. Effects of the self-management education program using the multi-method approach and multimedia on the quality of life of patients with chronic heart failure: a non-randomized controlled clinical trial. *Contemporary nurse*. 2018;54(4-5):409-20.
11. Asadi P, Ahmadi S, Abdi A, Shareef OH, Mohamadyari T, Miri J. Relationship between self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure. *Heliyon*. 2019;5(9).
12. Moradi M, Daneshi F, Behzadmehr R, Rafiemanesh H, Bouya S, Raeisi M. Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart failure reviews*. 2020;25:993-1006.
13. Bagheri H, Shakeri S, Nazari AM, Goli S, Khajeh M, Mardani A, et al. Effectiveness of nurse-led counselling and education on self-efficacy of patients with acute coronary syndrome: A randomized controlled trial. *Nursing open*. 2022;9(1):775-84.
14. Li M, Li Y, Meng Q, Li Y, Tian X, Liu R, et al. Effects of nurse-led transitional care interventions for patients with heart failure on healthcare utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*. 2021;16(12):e0261300.
15. Nakhjiri LZ, Darvishpour A, Pourghane P, Chaboki BG. Assessing the Self-care Status in Older Adults Diagnosed with Heart Failure and Hospitalized in the Cardiovascular Intensive Care Units of the Public Hospitals in the East of Guilan, Iran (2020).
16. Ågren S, Evangelista LS, Hjelm C, Strömberg A. Dyads affected by chronic heart failure: a randomized study evaluating effects of education and psychosocial support to patients with heart failure and their partners. *Journal of cardiac failure*. 2012;18(5):359-66.
17. Cajanding RJM. The effectiveness of a Nurse-Led cognitive-behavioral therapy on the quality of life, self-esteem and mood among Filipino patients living with heart failure: a randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*. 2016;31:86-93.
18. Creber RM, Patey M, Lee CS, Kuan A, Jurgens C, Riegel B. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient education and counseling*. 2016;99(2):256-64.
19. Delaney C, Apostolidis B. Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010;25(5):E27-E40.
20. Ding H, Jayasena R, Maiorana A, Dowling A, Chen SH, Karunanithi M, et al. Innovative Telemonitoring Enhanced Care Programme for Chronic Heart Failure (ITEC-CHF) to improve guideline compliance and collaborative care: protocol of a multicentre randomised controlled trial. *BMJ open*. 2017;7(10):e017550.
21. Harrison MB, Browne GB, Roberts J, Tugwell P, Gafni A, Graham ID. Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Medical care*. 2002;40(4):271-82.
22. Hebert PL, Sisk JE, Wang JJ, Tuzzio L, Casabianca JM, Chassin MR, et al. Cost-effectiveness of nurse-led disease management for heart failure in an ethnically diverse urban community. *Annals of Internal Medicine*. 2008;149(8):540-8.
23. Jolly K, Taylor RS, Lip GY, Greenfield SM, Davies MK, Davis RC, et al. Home-based exercise rehabilitation in addition to specialist heart failure nurse care: design, rationale and recruitment to the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation study for patients with congestive heart failure (BRUM-CHF): a randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2007;7:1-9.
24. Kenealy TW, Parsons MJ, Rouse APB, Doughty RN, Sheridan NF, Hindmarsh JKH, et al. Telecare for diabetes, CHF or COPD: effect on quality of life, hospital use and costs. A randomised controlled trial and qualitative evaluation. *PloS one*. 2015;10(3):e0116188.

25. Köberich S, Lohrmann C, Mittag O, Dassen T. Effects of a hospital-based education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure—a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(11-12):1643-55.
26. Mårtensson J, Strömberg A, Dahlström U, Karlsson JE, Fridlund B. Patients with heart failure in primary health care: effects of a nurse-led intervention on health-related quality of life and depression. *European journal of heart failure*. 2005;7(3):393-403.
27. Mizukawa M, Moriyama M, Yamamoto H, Rahman MM, Naka M, Kitagawa T, et al. Nurse-led collaborative management using telemonitoring improves quality of life and prevention of rehospitalization in patients with heart failure a pilot study. *International heart journal*. 2019;60(6):1293-302.
28. Smeulders ES, Van Haastregt JC, Ambergen T, Uszko-Lencer NH, Janssen-Boyne JJ, Gorgels AP, et al. Nurse-led self-management group programme for patients with congestive heart failure: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*. 2010;66(7):1487-99.
29. Smith CE, Piamjariyakul U, Dalton KM, Russell C, Wick J, Ellerbeck EF. Nurse-led multidisciplinary heart failure group clinic appointments: methods, materials, and outcomes used in the clinical trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;30(4S):S25-S34.
30. Van Spall HG, Lee SF, Xie F, Oz UE, Perez R, Mitoff PR, et al. Effect of patient-centered transitional care services on clinical outcomes in patients hospitalized for heart failure: the PACT-HF randomized clinical trial. *Jama*. 2019;321(8):753-61.
31. Ware P, Shah A, Ross HJ, Logan AG, Segal P, Cafazzo JA, et al. Challenges of telemonitoring programs for complex chronic conditions: randomized controlled trial with an embedded qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*. 2022;24(1):e31754.
32. Zisis G, Huynh Q, Yang Y, Neil C, Carrington MJ, Ball J, et al. Rationale and design of a risk-guided strategy for reducing readmissions for acute decompensated heart failure: the Risk-HF study. *ESC Heart Failure*. 2020;7(5):3151-60.
33. Aghakhani N, Alizadeh S, Hemmati MM, Alinejad V, Khademvatan K. Study of the effect of self-care program model based on Orem's pattern on the quality of life in patients with heart failure. 2018.
34. Baghaei R. The effect of applying continuous care model on the quality of life in heart failure patients. *Nursing And Midwifery Journal*. 2015;13(8):666-75.
35. Borhani F, Khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. 2012.
36. Borzou R, Bayat Z, Salvati M, Homayounfar S. A comparison of Individual and Peer Educational Methods on Quality of life in patients with heart failure. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014;14(9):767-76.
37. Chehri M, Farsi Z, Zareiyan A. The Effect of a Healthcare Plan Based on the Pender Health Promotion Model on Quality of Life in Patients With Heart Failure in a Military Setting. *Military Caring Sciences*. 2018;5(1):13-25.
38. Fathani M, Afzal Aghaee M, Tadayyon Far M. Effectiveness of education based on self-care needs on quality of life of patients with Heart failure. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(5):893-902.
39. Najafi GT, Abbasi A, Ashghali FM, Naderi N. The Effect of Self-Management Training Using CD on the Quality of Life in Patients with Chronic Heart Failure. 2016.
40. Jahanshahi F, Abbasi-Abyaneh N, Ebrahimi-Abyaneh E. Effect of peer education on quality of life in people with heart failure. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016;5(2):38-45.
41. Salehi TS, MEHR AH, Imani R, Khaledifar A, HATAMIPOUR K. Effect of continuous caring and educational intervention (home visit) on quality of life in the congestive heart failure patients. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2008;14-19.

42. Zeraatkar M, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Amin A. The effectiveness of healthy lifestyle promotion intervention on quality of life in patients with congestive heart failure via cognitive-behavioral procedure. *SSU_Journals*. 2016;23(11):1094-107.
43. Athilingam P, Jenkins B, Johansson M, Labrador M. A mobile health intervention to improve self-care in patients with heart failure: pilot randomized control trial. *JMIR cardio*. 2017;1(2):e7848.
44. Blum K, Gottlieb SS. The effect of a randomized trial of home telemonitoring on medical costs, 30-day readmissions, mortality, and health-related quality of life in a cohort of community-dwelling heart failure patients. *Journal of cardiac failure*. 2014;20(7):513-21.
45. Ortiz-Bautista C, Morán-Fernández L, Díaz-García M, Delgado-Nicolás MÁ, Ponz-de Antonio I, Rodríguez-Chaverri A, et al. Evaluation of a nurse-led intervention program in heart failure: A randomized trial. *Medicina Clínica (English Edition)*. 2019;152(11):431-7.
46. Brandon AF, Schuessler JB, Ellison KJ, Lazenby RB. The effects of an advanced practice nurse led telephone intervention on outcomes of patients with heart failure. *Applied Nursing Research*. 2009;22(4):e1-e7.
47. Whitaker-Brown CD, Woods SJ, Cornelius JB, Southard E, Gulati SK. Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic. *Heart & Lung*. 2017;46(2):79-84.
48. Chen SH, Boyd J, Randall S, Maiorana A. Association between community-based nurse practitioner support, self-care behaviour and quality of life in patients with chronic heart failure. *The Australian Journal of Advanced Nursing*. 2021;38(3):25-32.
49. Clark AP, McDougall G, Riegel B, Joiner-Rogers G, Innerarity S, Meraviglia M, et al. Health status and self-care outcomes after an education-support intervention for people with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;30(4S):S3-S13.
50. Cockayne S, Pattenden J, Worthy G, Richardson G, Lewin R. Nurse facilitated self-management support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(9):1207-13.
51. Lee H, Park G, Jin H, Chun KJ, Kim JH. The effects of nurse-led motivational interviewing on exercise and quality of life among koreans with heart failure: a randomized controlled trial. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2021;33(6):588-600.
52. Hägglund E, Lyngå P, Frie F, Ullman B, Persson H, Melin M, et al. Patient-centred home-based management of heart failure: findings from a randomised clinical trial evaluating a tablet computer for self-care, quality of life and effects on knowledge. *Scandinavian Cardiovascular Journal*. 2015;49(4):193-9.
53. Holst M, Willenheimer R, Mårtensson J, Lindholm M, Strömberg A. Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;6(2):153-9.
54. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, 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(5):319-30.
55. Jiang W, Zhang Y, Yan F, Liu H, Gao R. Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary self-management program for patients with coronary heart disease in communities: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 2020;103(4):854-63.
56. Lucas R, Riley JP, Mehta PA, Goodman H, Banya W, Mulligan K, et al. The effect of heart failure nurse consultations on heart failure patients' illness beliefs, mood and quality of life over a six-month period. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(1-2):256-65.
57. Mehralian H, Salehi S, Moghaddasi J, Amiri M, Rafiei H. The comparison of the effects of education provided by nurses on the quality of life in patients with congestive heart failure (CHF) in usual and home-visit cares in Iran. *Global journal of health science*. 2014;6(3):256.

58. Mo Y, Chu M, Hu W, Wang H. Association between the nurse-led program with mental health status, quality of life, and heart failure rehospitalization in chronic heart failure patients. *Medicine*. 2021;100(10):e25052.
59. Østergaard B, Mahrer-Imhof R, Wagner L, Barington T, Videbaek L, Lauridsen J. Effect of family nursing therapeutic conversations on health-related quality of life, self-care and depression among outpatients with heart failure: A randomized multi-centre trial. *Patient Education and Counseling*. 2018;101(8):1385-93.
60. Rai M, Sharma KK, Seth S, Pathak P. A randomized controlled trial to assess effectiveness of a nurse-led home-based heart failure management program. *Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences*. 2017;3(1):28-33.
61. Rhiantong J, Malathum P, Monkong S, McCauley K, Viwatwongkasem C, Kuanprasert S. Outcomes of an Advanced Practice Nurse-Led Continuing Care Program in People with Heart Failure. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2019;23(1).
62. Sezgin D, Mert H, Özpelit E, Akdeniz B. The effect on patient outcomes of a nursing care and follow-up program for patients with heart failure: A randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2017;70:17-26.
63. Sisk JE, Hebert PL, Horowitz CR, McLaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities: a randomized trial. *Annals of internal medicine*. 2006;145(4):273-83.
64. Pereira Sousa J, Neves H, Pais-Vieira M. Does symptom recognition improve self-care in patients with heart failure? A pilot study randomised controlled trial. *Nursing Reports*. 2021;11(2):418-29.
65. Strömberg A, Dahlström U, Fridlund B. Computer-based education for patients with chronic heart failure: a randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient education and counseling*. 2006;64(1-3):128-35.
66. Thodi M, Bistola V, Lambrinou E, Keramida K, Nikolopoulos P, Parissis J, et al. A randomized trial of a nurse-led educational intervention in patients with heart failure and their caregivers: impact on caregiver outcomes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2023;22(7):709-18.
67. Thompson DR, Roebuck A, Stewart S. Effects of a nurse-led, clinic and home-based intervention on recurrent hospital use in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 2005;7(3):377-84.
68. Wang T-C, Huang J-L, Ho W-C, Chiou A-F. Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial. *European journal of cardiovascular nursing*. 2016;15(2):157-67.
69. Assareh AR, Alasti M, Beigi S, Fayyazi S. Effect of Discharge Education on Quality of Life and Hospital Readmission in Patients with Heart Failure: Is It Effective? *The Journal of Tehran University Heart Center*. 2008;3(1):17-20.