

## Self-Care Status and Its Related Factors in Patients with Heart Failure

Mansouri Kh<sup>1</sup>, Hasavari F\*<sup>1</sup>, Sedghi Sabet M<sup>1</sup>, Kazemnejad-Leili E<sup>2,3</sup>, Gholipour M<sup>4</sup>

1. Department of Medical-Surgical, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
  2. Social Determinants of Health Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
  3. Department of Bio-Statistics, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
  4. Department of Cardiovascular, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
- \* *Corresponding author.* Tel: +981333555056 , E-mail: f.hasavari@gmail.com

Received: Oct 6, 2017 Accepted: Jan 25, 2018

### ABSTRACT

**Background & Aim:** Heart failure as one of the most common chronic diseases in the world imposes high costs on health systems. There are several strategies to control heart failure which self-care is one of them. The present study was conducted to determine the status of self-care and its effective factors in patients with heart failure.

**Methods:** This study was a descriptive- analytic study to investigate the status of self-care in 248 patients with heart failure who referred in 2016 to Heshmat medical center in Rasht. Samples were selected among patients with inclusion criteria by a gradual sampling. Data gathering tools were demographic questionnaire and information related to the disease and self-care index of heart failure. Data analyses were performed using descriptive statistics, t-test, ANOVA and Pearson correlation coefficient tests by the software SPSS version 21.

**Results:** The mean and standard deviation of self-care score was  $44.26 \pm 13.13$  which only 4.4% of patients had desirable self-care behavior. Most desirable Status of self-care was related to the subscale of self-care management. There was a significant relationship between self-care with age ( $p < 0.0001$ ), marital status ( $p = 0.003$ ), education ( $p < 0.0001$ ), and the status of comorbidities ( $p < 0.0001$ ).

**Conclusion:** Since most research participants had undesirable self-care, it is recommended that nurses pay attention to the self-care predictive factors in care and education programs for patients with heart failure.

**Keyword:** Self-Care, Heart Failure, Self-Care Management.

## بررسی وضعیت خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

سیده خدیجه منصوری<sup>۱</sup>، فریده هاساواری<sup>۱\*</sup>، میترا صدقی ثابت<sup>۱</sup>، احسان کاظم نژاد لیلی<sup>۲</sup>، محبوبه قلی پور<sup>۳</sup>

۱. گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. گروه آمار حیاتی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۴. گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۱۳۳۳۵۵۵۰۵۶ ایمیل: fhasavari@gums.ac.ir

### چکیده

**زمینه و هدف:** نارسایی قلبی، از شایعترین بیماری‌های مزمن دنیا محسوب می‌شود که هزینه‌های زیادی را بر سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌نماید. خودمراقبتی یکی از راهکارهای مهم کنترل نارسایی قلبی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت خودمراقبتی و عوامل موثر بر آن در مبتلایان به نارسایی قلبی انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود که به بررسی وضعیت خودمراقبتی در ۲۴۸ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی واجد شرایط مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت شهرستان رشت در سال ۱۳۹۵ پرداخت. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تدریجی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مرتبط با بیماری و شاخص خودمراقبتی نارسایی قلبی بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی، آنوا و ضریب همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS-21 انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار امتیاز خودمراقبتی بیماران شرکت کننده در مطالعه،  $44/26 \pm 13/13$  بود و فقط ۴/۴ درصد از آنها رفتار خودمراقبتی مطلوب داشتند. مطلوب‌ترین وضعیت خودمراقبتی مربوط به زیرمقیاس مدیریت خودمراقبتی بود. بین خودمراقبتی با سن ( $p < 0/001$ )، وضعیت تاهل ( $p = 0/003$ )، تحصیلات ( $p < 0/001$ ) و وضعیت بیماری‌های همراه ( $p < 0/001$ )، ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** از آنجا که اکثریت افراد مورد پژوهش دارای خودمراقبتی نامطلوب بودند، توصیه می‌شود که پرستاران در برنامه‌های مراقبتی و آموزشی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به عوامل پیش‌بینی کننده خودمراقبتی توجه نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** خودمراقبتی، نارسایی قلبی، مدیریت خودمراقبتی

پذیرش: ۹۶/۱۱/۵

دریافت: ۹۶/۷/۱۴

### مقدمه

در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ همچنان عامل اولیه مرگ و میر در دنیا خواهد بود (۳). بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، در ایران نیز بیماری‌های مزمن علت ۷۰ درصد از موارد مرگ و میر را تشکیل می‌دهند و بیماری عروق کرونر با ۲۱ درصد، رتبه اول را به خود اختصاص داده و مهمترین عامل مرگ و میر در

ابتلا به بیماری‌های مزمن، بزرگترین مشکل سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌باشد (۱). یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، بیماری‌های قلبی- عروقی می‌باشد (۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری‌های قلبی- عروقی علت اصلی مرگ و میر در کل دنیا می‌باشد که ۸۲ درصد این مرگ‌ها

ایران به شمار می‌رود (۴). در بین بیماری‌های قلبی، بحث نارسایی قلبی به عنوان یکی از بیماری‌های شایع و مزمن، جایگاه بسیار مهمی را در عرصه بهداشت و درمان به خود اختصاص داده است (۵). این بیماری یکی از شایع‌ترین اختلالات قلبی-عروقی بوده و به عنوان یک اختلال مزمن، پیشرونده و ناتوان کننده مطرح می‌باشد که شیوع و بروز آن با افزایش سن بالا می‌رود (۶) طی ۲-۳ دهه گذشته، شیوع نارسایی قلبی سه برابر شده (۷،۸) و هم‌اکنون میلیون‌ها نفر از مردم جهان از آن رنج می‌برند (۸). بر اساس تحقیقات انجام شده، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بیشترین استفاده را از سیستم‌های مراقبت بهداشتی دارند (۹،۱۰). قسمت اعظم هزینه‌هایی که سالانه صرف مراقبت از این بیماران می‌شود ناشی از تشدید بیماری، بستری مجدد در بیمارستان و استفاده از مراقبت‌های ویژه است (۸). این بیماری جدا از پیش‌آگهی ضعیف، می‌تواند منجر به محدودیت در فعالیت جسمی، قطع تعاملات اجتماعی، دیسترس‌های روانی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی، بازنشستگی زودرس و کیفیت زندگی پایین شود (۱۱). در واقع نارسایی قلبی بر ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی مددجویان تأثیر می‌گذارد (۹). رعایت رژیم دارویی و غذایی، استراحت، ارتقای کیفیت خواب و کیفیت زندگی، شناخت نحوه کنترل هیجان‌ها و شیوه مراقبت از خود از جمله مواردی می‌باشد که در کنترل عوارض و مشکلات این بیماری کمک کننده است که در این میان شناخت نحوه مراقبت از خود از اهمیت بسزایی برخوردار است (۱۲،۱۳). خودمراقبتی در نارسایی قلبی مجموعه‌ای از رفتارها شامل رعایت رژیم غذایی و دارویی، محدودیت دریافت سدیم و مایعات، میزان فعالیت‌های مجاز، توزین روزانه و جستجو و تصمیم‌گیری جهت اقدامات مناسب درمانی به هنگام شدت یافتن بیماری می‌باشد. در واقع اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است

تا با انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از عوارض بیماری قابل کنترل شود (۱۴). علی‌رغم نقش پررنگ رفتارهای خودمراقبتی در پیشگیری از مشکلات و پیامدهای جدی نارسایی قلبی، شواهد نشانگر فراوانی عدم اجرای صحیح رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران می‌باشد. به طوری که نتایج حاصل از مطالعه کسینگ<sup>۱</sup> بیانگر رفتار خودمراقبتی ضعیف در اکثر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد (۱۵). همچنین در مطالعه اوکسل<sup>۲</sup> در ترکیه، توان خودمراقبتی مبتلایان به نارسایی قلبی، ضعیف گزارش شده است (۱۶). در ایران هم شجاعی و همکاران طی تحقیقی نشان دادند که فقط ۲۶ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، رفتار خودمراقبتی مطلوب داشتند (۱۷). خودمراقبتی ناکافی منجر به ایجاد پیامدهای ضعیف سلامتی و بستری شدن مجدد آنها می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که حداقل ۵۰ درصد از بیماران قلبی از توصیه‌های درمانی خود تبعیت نمی‌کنند و همین امر بستری شدن مجدد آنها را افزایش می‌دهد. در نقطه مقابل، خودمراقبتی موثر، عاملی مهم در ارتقای پیامدهای مثبت سلامت و پیشگیری از بستری شدن‌های مکرر می‌باشد (۱۸). از آنجایی که خودمراقبتی از مهمترین استراتژی‌های کنترل بیماری و کلید موفقیت درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به شمار می‌رود و هرگونه پیشرفت در نتایج درمان، بستگی به توانایی بیمار برای مراقبت از خود و مدیریت پیامدهای درمان دارد و اگر بیمار بتواند مراقبت از خود را به طور مناسب انجام دهد، بیش از پنجاه درصد از موارد بستری مجدد بیماران، قابل پیشگیری خواهد بود (۱۹). لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی صورت گرفت تا بتوان با آگاهی از وضعیت خودمراقبتی به آموزش

<sup>1</sup> Kessing

<sup>2</sup> Oksel

ولن<sup>۳</sup> و همکاران در سال ۲۰۱۳ طراحی (۲۱) و در سال ۱۳۹۳ توسط سیابانی و همکاران در ایران، روان‌سنجی گردید (۲۲). آنالیز عامل تاییدی<sup>۴</sup> (CFA) برای تعیین روایی ابزار به کار برده شد و نشان داد که پرسشنامه مذکور از روایی مطلوبی برخوردار است. پایایی ابزار نیز با محاسبه همبستگی درونی آن، ارزیابی و همبستگی برای مقیاس حفظ خودمراقبتی ۰/۵۶، مدیریت خودمراقبتی ۰/۶۴ و اعتماد خودمراقبتی ۰/۷۹ برآورد شد که نشان‌دهنده همبستگی درونی مطلوب ابزار بود. شاخص فارسی خودمراقبتی نارسایی قلبی با ۲۲ سؤال، رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را در سه زیر مقیاس حفظ خودمراقبتی (۱۰ سؤال)، مدیریت خودمراقبتی (۶ سؤال) و اعتماد خودمراقبتی (۶ سؤال) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه ای با امتیاز ۱ به هرگز یا ندرتاً تا امتیاز ۴ به همیشه یا روزانه به منظور مشخص نمودن رفتار، نمره گذاری شده است. امتیاز حاصل از ابزار در هر زیر مقیاس به ۱۰۰ نمره تبدیل گشته که نمرات بالاتر از ۷۰ نشان‌دهنده خودمراقبتی مطلوب می‌باشد.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر از ۲۵ مهر ۱۳۹۵ تا ۱۸ دی ۱۳۹۵ در دو نوبت کاری صبح و عصر به مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت شهر رشت مراجعه نمود و بیماران که معیار ورود به مطالعه را دارا بودند انتخاب و پس از معرفی خود و اخذ رضایت از واحدهای پژوهش و بیان هدف از انجام پژوهش، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمود. در این بازه زمانی، ۲۵۴ نمونه وارد محیط پژوهش شدند که ۶ نفر از آنها تمایل به همکاری نداشته و از مطالعه خارج شدند.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، کلیه داده‌ها به وسیله پژوهشگر از طریق مصاحبه با بیماران و مرور پرونده

بیماران و برنامه‌ریزی برای ارتقا سطح رفتارهای خودمراقبتی اهتمام ورزید و آنان را در انجام امور خودمراقبتی، توانمند ساخت.

## روش کار

این پژوهش، مطالعه ای توصیفی-تحلیلی بود که جامعه آماری آن را کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت رشت تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با توجه به مطالعه برسته و همکاران (۲۰) با اطمینان ۹۵٪ و با قدرت آزمون ۸۰٪، و با استفاده از فرمول زیر، ۲۴۸ نفر تعیین شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{\left(\frac{1}{2} \ln \frac{1+r_{xy}}{1-r_{xy}}\right)^2} + 3$$

محیط پژوهش در این مطالعه بخش داخلی قلب و درمانگاه تخصصی بیمارستان دکتر حشمت رشت بودند. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری تدریجی از میان بیماران دارای معیارهای ورود (نداشتن مشکل شناختی، علاقمندی و رضایت به شرکت در مطالعه، تشخیص نارسایی قلبی تایید شده توسط متخصص، سن ۱۸ سال و بالاتر، توانایی صحبت کردن، خواندن و نوشتن متون فارسی و کلاس عملکردی نارسایی قلبی I, II, III) انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از یک ابزار سه بخشی مشتمل بر پرسشنامه اطلاعات فردی (سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، متوسط درآمد ماهانه) و مرتبط با بیماری (طول مدت بیماری، کلاس نارسایی قلبی، میزان EF، بیماری‌های همزمان با استفاده از شاخص بیماری‌های همراه چارلسون<sup>۱</sup>، سابقه بستری و علت نارسایی قلبی) و ابزار خودمراقبتی نارسایی قلبی<sup>۲</sup> انجام شد. ابزار خودمراقبتی نارسایی قلبی توسط

<sup>۱</sup> Charlson Comorbidity Index (CCI)

<sup>۲</sup> Persian Self-Care of Heart Failure Index (PSCHF)

<sup>۳</sup> Vellone

<sup>۴</sup> Confirmatory Factor Analysis

پزشکی آنان گردآوری گردید. داده‌های جمع‌آوری شده پس از کدگذاری وارد نرم افزار آماری SPSS-21 گردید و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون آنووا، تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است. بررسی داده‌ها نشان داد که اکثریت نمونه‌ها با کلاس عملکردی نارسایی قلبی II (۴۳/۱٪) و دارای سابقه بستری (۷۸/۲٪) بودند. همچنین بیشترین علت نارسایی قلبی، بیماری دریچه قلبی (۴۴/۸٪)، میانگین طول مدت ابتلا ۳۷/۵۶ ماه، میانگین دفعات بستری ۲/۳۹ بار و میانگین میزان EF ۳۰/۷۷ درصد بودند (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع واحدهای پژوهش بر حسب متغیرهای فردی-اجتماعی

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۵۲	۶۱/۳
	زن	۹۶	۳۸/۷
وضعیت تاهل	متاهل	۲۰۰	۸۰/۶
	غیرمتاهل	۴۸	۱۹/۴
سطح تحصیلات	خواندن و نوشتن	۱۷۰	۶۸/۵
	زیردیپلم	۳۷	۱۴/۹
	دیپلم و بالاتر	۴۱	۱۶/۶
شغل	بیکار	۴۲	۱۶/۹
	شاغل	۷۴	۲۹/۸
	خانه دار	۹۲	۳۷/۱
	بازنشسته	۴۰	۱۶/۲
سابقه بستری	دارد	۱۹۴	۷۸/۲
	ندارد	۵۴	۲۱/۸
میانگین و انحراف معیار	حداقل		حداکثر
	سن (سال)	۶۲/۵۴ ± ۱۱/۳۵	۲۴
درآمد ماهانه (تومان)	۷۲۳۸۳۱ ± ۸۱۲۴۵۷	۵۰۰۰۰	۷۰۰۰۰۰۰
طول مدت ابتلا به بیماری (ماه)	۳۷/۵۶ ± ۳۳/۲۸	۶	۱۲۰
دفعات بستری	۲/۳۹ ± ۲/۴	۰	۱۰
میزان EF (درصد)	۳۰/۷۷ ± ۹/۰۷	۱۵	۵۰

در خصوص میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران شرکت کننده در مطالعه، نتایج نشان داد که کمترین میانگین در زیرمقیاس اعتماد و بیشترین میانگین در زیرمقیاس مدیریت خودمراقبتی می‌باشد (جدول ۲). همچنین اکثریت نمونه‌ها از نظر خودمراقبتی کل (۹۵/۶٪) و زیرمقیاس‌های آن شامل حفظ (۹۲/۷٪)،

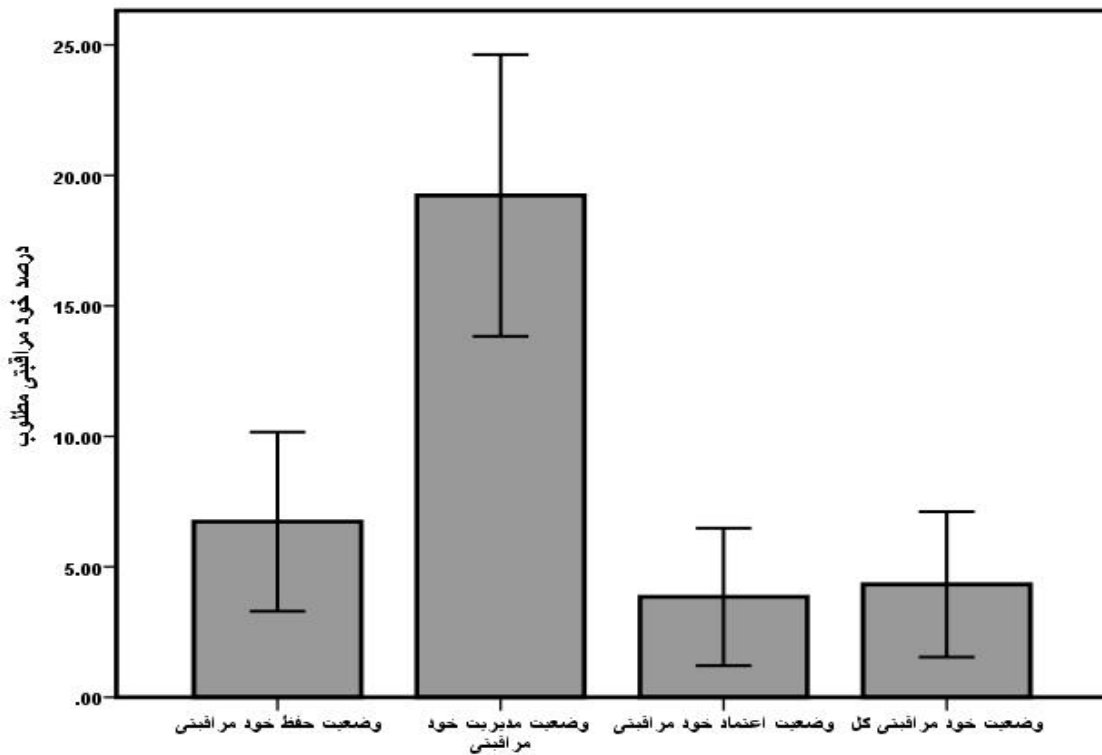
مدیریت (۸۰/۸٪) و اعتماد خودمراقبتی (۹۶٪) دارای وضعیت نامطلوب بودند و فقط ۴/۴ درصد از واحدهای پژوهش، خودمراقبتی مطلوبی داشتند (نمودار ۱). نتایج آزمون‌های تی مستقل و آنووا نشان داد که از بین متغیرهای مورد بررسی، سن زیر ۵۰ سال ( $p < ۰/۰۰۰۱$ )، متاهل بودن ( $p = ۰/۰۰۳$ )، سطح

متغیرهای کمی، نشان داد که بین درآمد ماهیانه ( $P < 0/0001$ ) و خودمراقبتی، همبستگی معنی‌دار مستقیم و بین سن ( $P < 0/0001$ ) و خودمراقبتی، همبستگی معکوس وجود دارد.

تحصیلات دیپلم و بالاتر ( $p < 0/0001$ ) و امتیاز بیماری‌های همراه صفر بر اساس شاخص چارلسون ( $p < 0/0001$ ) به طور معناداری موجب افزایش نمره خودمراقبتی بودند (جدول ۳). ضریب همبستگی پیرسون در رابطه با همبستگی خودمراقبتی با

جدول ۲. شاخص‌های پراکندگی امتیازات خودمراقبتی کل و زیرمقیاس‌های آن در واحدهای مورد پژوهش

حداکثر	حداقل	میانه	میانگین و انحراف معیار	امتیاز خودمراقبتی
۸۳/۳۳	۱۰	۵۳/۳۳	$52/85 \pm 12/21$	نمره حفظ خود مراقبتی (۰-۱۰۰)
۹۵/۸۳	۲۵	۵۴/۱۷	$55/27 \pm 14/44$	نمره مدیریت خود مراقبتی (۰-۱۰۰)
۱۰۰	۰	۲۲/۲۲	$26/57 \pm 20/78$	نمره اعتماد خود مراقبتی (۰-۱۰۰)
۸۶/۶۷	۱۹/۵۴	۴۲/۰۸	$44/26 \pm 13/13$	نمره خود مراقبتی کل (۰-۱۰۰)



نمودار ۱. وضعیت خودمراقبتی بطور کلی و به تفکیک زیرمقیاس‌ها در واحدهای مورد پژوهش

جدول ۳. ارتباط متغیرهای فردی- اجتماعی و بیماری با نمرات خودمراقبتی واحدهای مورد پژوهش

متغیرها	نمره خودمراقبتی کل	
	تعداد	میانگین و انحراف معیار
گروه سنی	زیر ۵۰ سال	۵۲/۸۲ ± ۱۵/۱۹
	۵۰-۵۹ سال	۴۸/۸۹ ± ۱۲/۲۴
	۶۰-۶۹ سال	۴۱/۴۴ ± ۱۲/۳۴
	۷۰-۸۰ سال	۷۷/۷۷ ± ۲۰/۵۶
تاهل	متاهل	۴۴/۹۷ ± ۱۳/۵۵
	غیرمتاهل	۴۱/۳۱ ± ۱۰/۸۷
تحصیلات	خواندن و نوشتن	۴۰/۷۴ ± ۱۰/۳۳
	زیردیپلم	۴۷/۷۱ ± ۱۳/۳۲
	دیپلم و بالاتر	۵۵/۷۳ ± ۱۵/۹۹
بیماری‌های همراه	۰	۵۱/۴۹ ± ۱۴/۱۹
	۱-۲	۴۳/۸۴ ± ۱۲/۹۹
	۳-۴	۴۰/۵۷ ± ۱۰/۹۵

\*Independent t test, \*\*ANOVA

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که وضعیت خودمراقبتی کل و سه زیرمقیاس آن (حفظ، مدیریت و اعتماد خودمراقبتی) در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، نامطلوب است که از بین زیرمقیاس‌ها، کمترین میانگین و انحراف معیار به زیرمقیاس اعتماد خودمراقبتی تعلق داشت. این یافته با مطالعه خوش‌ترانش و همکاران همخوانی دارد. بر اساس نتایج مطالعه آنها، فقط ۶/۱ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، خودمراقبتی خوب داشتند (۲۳). در مطالعه ابوطالبی و همکاران نیز ۷ درصد از مبتلایان دارای وضعیت خودمراقبتی خوبی بودند (۱۹). همچنین نتایج مطالعه هئو<sup>۱</sup> و همکاران که با هدف شناسایی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در آمریکا انجام شد موافق با نتایج مطالعه حاضر بود و نشان می‌داد که وضعیت خودمراقبتی اکثریت واحدهای مورد پژوهش، نامطلوب می‌باشد (۱۸). برخلاف نتایج حاصل از مطالعه حاضر، مطالعه پیترز- کلیم<sup>۲</sup> و

همکاران با هدف شناسایی عوامل بالقوه تعیین کننده خودمراقبتی نارسایی قلبی، نشان داد که وضعیت خودمراقبتی در واحدهای مورد پژوهش، خوب بود (۲۴). شاید این تفاوت در یافته پیترز- کلیم و همکاران با مطالعه حاضر و سایر مطالعات هم‌راستا ناشی از ابزار متفاوت بررسی خودمراقبتی باشد زیرا در مطالعه آنها از مقیاس اروپایی رفتار خودمراقبتی نارسایی قلبی<sup>۳</sup> (EHFSCBs) استفاده شده بود.

در ارتباط با عوامل موثر بر خودمراقبتی، یافته‌ها نشان دادند که بین وضعیت تاهل و خودمراقبتی ( $p=۰/۰۰۳$ )، ارتباط معنی‌دار مستقیم وجود داشت که هم‌راستا با نتایج مطالعه ابوطالبی و همکاران (۱۹)، آذرباد و همکاران (۲۵) و شجاعی و همکاران (۱۷) می‌باشد به طوری که در مطالعه آنها نیز افراد متاهل نسبت به غیرمتاهل، دارای خودمراقبتی بهتری بودند. مطالعه تانگ<sup>۴</sup> و همکاران که با هدف توصیف رفتارهای مراقبت از خود در افراد مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد نیز نشان داد که شرکت کنندگان متاهل در انجام رفتارهای خودمراقبتی بهتر از

<sup>۳</sup> European Heart Failure Self-Care Behavior Scale<sup>۴</sup> Tung<sup>۱</sup> Heo<sup>۲</sup> Peters-Klimm

شرکت کنندگان غیرمتاهل بودند (۲۶). اما مارتی<sup>۱</sup> و همکاران در مطالعه خود، ارتباط آماری معنی‌داری را بین وضعیت تاهل و خودمراقبتی مشاهده نکردند (۲۷). این تفاوت در یافته‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و حمایت‌های جدی همسران در فرهنگ شرقی خصوصاً ایرانی باشد که از طریق کمک به تغییر شیوه‌ی زندگی و کاهش استرس بر وضعیت خودمراقبتی بیماران، تاثیر می‌گذارد. از یافته‌های دیگر این مطالعه، وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین سطح تحصیلات و خودمراقبتی ( $p < 0/0001$ ) بود، به گونه‌ای که وضعیت خودمراقبتی در افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر نسبت به سایر گروه‌ها مطلوب‌تر بود. نتایج مطالعات برسته و همکاران (۲۰)، ابوطالبی و همکاران (۱۹) و شجاعی و همکاران (۱۷) نیز مطابق یافته‌های مطالعه حاضر بود. به نظر می‌رسد تحصیلات بالاتر می‌تواند در گسترش مهارت‌های تفکر انتقادی و توانایی افراد جهت مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌های درمانی و مراقبتی موثر باشد (۲۸).

از دیگر یافته‌های این مطالعه، وجود ارتباط آماری معکوس بین سن و خودمراقبتی ( $p < 0/0001$ ) بود. به طوری که افرادی با سن پایین‌تر دارای سطح خودمراقبتی مطلوب‌تری بودند. این نتیجه با یافته‌های مطالعات ابوطالبی، شجاعی، آذرباد و آرتینین<sup>۲</sup> همخوانی دارد (۱۷، ۱۹، ۲۵، ۲۹). به اعتقاد کارلسون و همکاران، تغییرات ناشی از سالمندی نظیر کاهش بینایی، شنوایی و شناختی بیمار، سبب ناتوانی وی در امر خودمراقبتی می‌شود. از طرفی، بیماران مسن‌تر به علت کاهش بسیاری از توانایی‌ها در انجام رفتارهای خودمراقبتی به دیگران وابسته می‌شوند (۳۰).

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده ارتباط مستقیم و معنی‌دار آماری بین درآمد ماهانه ( $p < 0/0001$ ) و

خودمراقبتی بیماران بود. در مطالعه ابوطالبی (۱۹) و ماکاباسکو-اکانل<sup>۳</sup> (۳۱) نیز چنین ارتباطی مشاهده شد. به نظر می‌رسد سطح درآمد می‌تواند بر توانایی فردی، اعتماد به نفس و استقلال فرد و در نتیجه بر تامین منابع مورد نیاز جهت مراقبت از خود تاثیرگذار باشد. مطالعه حاضر همچنین نشان داد که بین بیماری‌های همراه بر اساس شاخص چارلسون و خودمراقبتی ( $p < 0/0001$ )، همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. ابوطالبی، شجاعی، آذرباد، آرتینین و کریس<sup>۴</sup> نیز نشان دادند که تعداد بیماری‌های مزمن موجب کاهش رفتارهای خودمراقبتی مطلوب می‌شود (۱۷، ۱۹، ۲۵، ۲۹، ۳۲). به اعتقاد کاتو<sup>۵</sup> و همکاران، ابتلای همزمان به بیماری‌های مزمن باعث پیچیدگی رژیم درمانی و در نتیجه خودمراقبتی بیماران می‌گردد و آنها به مهارت و زمان بیشتری برای انجام این رفتارها نیاز خواهند داشت که این امر رفتار خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار خواهد داد (۳۳).

از مهمترین محدودیت‌های غیرقابل کنترل پژوهش این بود که با توجه به اینکه پاسخ شرکت کنندگان به سوالات پرسشنامه به صورت خودگزارشی بود، احتمال خطا در یادآوری رفتارهای خودمراقبتی وجود داشت.

### نتیجه گیری

در پژوهش حاضر، نتایج نشان داد که خودمراقبتی در اکثریت واحدهای مورد پژوهش در وضعیت نامطلوب بوده و عواملی مانند وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، بیماری‌های همراه، میزان درآمد ماهانه و سن دارای ارتباط معناداری با وضعیت خودمراقبتی بودند. در این راستا آموزش به بیماران در مورد اهمیت و نحوه انجام رفتارهای خودمراقبتی در

<sup>3</sup> Macabasco-O'Connell

<sup>4</sup> Chriss

<sup>5</sup> Kato

<sup>2</sup> Marti

<sup>2</sup> Artinian



۹۵۰۶۲۷۰۷ می‌باشد. بدین وسیله محققین، نهایت تقدیر و تشکر خود را از حوزه معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و همچنین مسئولین، پرستاران و بیماران مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت رشت که در انجام این تحقیق یاری رساندند، ابراز می‌نمایند.

ارتقاء این رفتارها و در نتیجه کاهش میزان مرگ و میر و هزینه‌های بستری شدن بسیار موثر می‌باشد و پرستاران نقش مهمی را در آموزش این رفتارها بر عهده دارند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی گیلان با کد اخلاق

### References

- 1- Niakan M. Study of effect of depressive symptoms severity on self care behavior in patients experienced myocardial infarction in the first 30 days in Dr.Heshmat Hospital.1390-91: [Thesis for master degree in nursing]:Guilan University of Medical Science: Shahid Beheshti College of Nursing and Midwifery, 2012.
- 2- Abbasi A, Asayesh H, Hoseini A, Ghorbani M, Abdollahi AA, Rouhi G, et al. The relationship between functional ability and quality of life in patient with Heart Failure. Iran Southern Medical Journal. 2010;13(1):13-40 [Persian].
- 3- Siavoshi S, Roshandel M, Zareiyan A, Etefagh L. The effect of cardiac rehabilitation care plan on the quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. Alborz University of Medical Sciences. 2012;1(2):38-46 [Persian].
- 4- Karimi S, Javadi M, Jafarzadeh F. Economic burden and costs of chronic diseases in Iran and the world. Health Information Management. 2012;8(7):984-96 [Persian].
- 5- Ghahramani A, Kamrani F, Mohamadzadeh S, Namadi M. Effect of self care education on knowledge, performance and readmission of heart failure patients admitted in city hospitals of Ardabil. Iranian Journal of Nursing Research. 2013;8(2):65-72 [Persian].
- 6- Rezaee H, Dalvandi A, Hoseini M, Rahgozar M. The effect of Self-Care education on quality of life in patients with Heart Failure. Journal of Rehabilitation. 2009;10(38):1-9 [Persian].
- 7- Bonow R, Mann D, Zipes D, Libby P. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 9th ed. Philadelphia,PA: Saunders Co, 2012.
- 8- Riegel B, Dickson V, Cameron J. Symptom recognition in elders with heart failure. Journal of Nursing Scholarship. 2010;42(1):92.
- 9- Heo S, Moser DK, Lennie TA, Zambroski CH, Chung ML. A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2007;36(1):16-24.
- 10- Cheraghi M, Davaridolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between perceived social support and quality of life in patients with heart failure. Iran Journal of Nursing. 2012;25(75):21-31 [Persian].
- 11- Johansson P, Broström A, Dahlström U, Alehagen U. Global perceived health and health-related quality of life in elderly primary care patients with symptoms of heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2008;7(4):269-76.
- 12- Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi S. Non-compliance factors of congestive heart failure patients readmitted in cardiac care units. Journal of Critical Care Nursing. 2010;2(3):91-97 [Persian].
- 13- Khalilzadeh H, Nanbakhsh Z, Yaghubi M. Investigation of adaptation of heart failure patients with health problems in the educational center - Taleghani Urmia. Nursing and Midwifery Journal. 2007;4(4):1-12 [Persian].
- 14- Deaton C, Grady KL. State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 2004;19(5):329-38.

- 15- Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Fatigue and self-care in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016;15(5):337-44.
- 16- Oksel E, Akbiyik A, Kocak G. Self-care behavior analysis of patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009;31(7):s22.
- 17- Shojaei F, Asemi S, Najaf YA, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with heart failure. *Payesh Journal*. 2010;8(4):361-69[Persian].
- 18- Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(12):1807-815.
- 19- Abootalebi G, Vosooghi N, Mohammad Nejad E, Namadi M, Akbari Kaji M. Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Journal of Critical Care Nursing*. 2012;4(4):203-208.
- 20- Seyedoshohadaee M, Barasteh S, Jalalinia F, Eghbali M, Nezami M. The relationship between health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016;10(4):43-51 [Persian].
- 21- Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'agostino F, Antonetti G, et al. Psychometric testing of the self-care of heart failure index version 6.2. *Research in Nursing & Health*. 2013;36(5):500-11.
- 22- Siabani S, Leeder S, Davidson P, Najafi F, Hamzeh B, Solimani A, et al. Translation and validation of the self-care of heart failure index into Persian. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;29(6): 1-5.
- 23- Khoshtarash M , Momeni M , Ghanbari A , Salehzadeh AH , Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht. *Journal of Comprehensive Nursing and Midwifery*. 2013;23(69):22-29[Persian].
- 24- Peters-Klimm F, Freund T, Kunz C, Laux G, Frankenstein L, Müller-Tasch T, et al. Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013;12(2):167-76.
- 25- Azarbad M. The survey of the relationship between selfcare behaviors and self-care needs in patient with heart failure referred to Shahid Rajaei Medical-educational and research center of cardiovascular [MSc thesis Nursing]. Tehran: Iran University of Medical Sciences. 2005.
- 26- Tung H, Chen S, Yin W, Cheng C, Wang T, Wu S. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2012;11(2):175-82.
- 27- Marti C, Georgiopoulou V, Giamouzis G, Cole R, Deka A, Tang W, et al. Patient-reported selective adherence to heart failure self-care recommendations: a prospective cohort study The Atlanta Cardiomyopathy Consortium. *Congestive Heart Failure*. 2013;19(1):16-24.2
- 28- Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2001;30(1):18-25.
- 29- Artinian N, Magnan M, Sloan M, Lange P. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2002;31(3):161-72.
- 30- Carlson B, Riegel B, Moser D. Self-care abilities of patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2001;30(5):351-59.
- 31- Macabasco-O'Connell A, Crawford MH, Stotts N, Stewart A, Froelicher ES. Self-care behaviors in indigent patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008;23(3):223-30.
- 32- Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2004;33(6):345-53.
- 33- Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y, et al. Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2009;38(5):398-409.