

## The Prediction of Self-care Behaviors and Quality of Life Based on Disease Perception in Patients with Heart Failure

Maryam Eydi<sup>1</sup>, \*Tahereh Najafi Ghezeljeh<sup>2</sup>, Shima Haghani<sup>3</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** Heart failure (HF) is a disorder that is caused by the inability of the heart to pump blood properly due to the disorders in the structure or function of the heart. Quality of life (QOL) is lower in patients with HF compared to the general population and patients with other chronic diseases. For optimal QOL, it is necessary to change behaviors and follow treatment regimens throughout the period of self-care. The impact of any chronic and long-term condition on the patients and their ability to optimize self-care could be attributed to several factors, such as the understanding of the condition and its nature, impact of the condition on the ability of the patient to perform daily activities, beliefs and expectations, patient's involvement in self-care, and support. Disease perception could affect the mental health of the patients and management of the disease, thereby affecting their self-care behaviors and QOL. The present study aimed to predict the self-care behaviors and QOL based on the disease perception of patients with HF.

**Materials & Methods:** This cross-sectional was conducted with a predictive correlational design during January 2017-May 2016 on 150 patients with HF, who were selected via continuous sampling based on the inclusion criteria of the confirmed diagnosis of HF by a physician and a minimum of six months past the disease, age of more than 18 years, and ability to communicate and literacy to complete the questionnaires. Data were collected in a self-report manner using the European HF self-care behavior scale, a brief illness perception questionnaire, and Minnesota living with heart failure questionnaires. The European HF self-care behavior scale consists of 12 items, and the responses are scored based on a five-point Likert scale (Completely=1, Not at All=5) within the score range of 12-60. The lower scores in this questionnaire show the better self-care behavior of individuals and vice versa. The brief illness perception questionnaire has eight items, which were prepared based on the modified version of the questionnaire. The items are scored within the range of 0-10, and the score obtained from the eight items is within the range of 0-80, which is the highest score indicating the patient's understanding of the high risk of the disease. The Minnesota living with heart failure questionnaires has 21 items that are scored based on a six-point Likert scale (0-5), and the total score is within the range of 0-105, and the higher scores show the lower QOL of the patient. Data analysis was performed in SPSS version 16 using Pearson's correlation-coefficient, the analysis of variance (ANOVA), Chi-square, independent t-test, and regression analysis.

**Results:** The mean score of the illness perception was  $59.42 \pm 7.86$ , the mean score of self-care behaviors was  $36.24 \pm 7.79$  (moderate), and the mean score of QOL was  $59.53 \pm 16.84$  (poor). A significant, direct, and weak correlation was observed between the illness perception and self-care behaviors ( $P < 0.001$ ;  $r = 0.26$ ). In addition, self-care was the only predictor of illness perception, and illness perception and QOL had a direct, significant correlation ( $r = 0.48$ ;  $P < 0.001$ ). The results of multiple linear regression analysis showed that illness perception, adequate income, education level, number of hospitalizations, and classification of HF were the predictors of QOL. The mean score of the illness perception was  $59.42 \pm 7.86$ , and the mean score of self-care behaviors was  $36.24 \pm 7.79$  (maximum: 53, minimum: 15), which indicated the moderate self-care of the patients. The minimum and maximum scores of QOL were zero and 97, respectively with the mean score of  $59.53 \pm 16.84$ , which indicated the poor QOL of the research units. A weak, significant correlation was observed between the illness perception and self-care of the patients ( $r = 0.26$ ;  $P < 0.001$ ), so that with the increased score of illness perception, the self-care scores of the patients increased. In the results of the multiple linear regression analysis indicated

<sup>1</sup>. Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>. Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding author) Tel: 00982143651714 Email: najafi.t@iums.ac.ir

<sup>3</sup>. Biostatistics, Nursing Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

that the only self-care could predict self-care ( $P=0.046$ ), so that with the increased score of illness perception by one point, the self-care scores of the patients increased by 0.15 units. Therefore, when the patient is threatened to perceive their disease, their self-care becomes weaker (Table 2). In addition, the correlation between the two variables of illness perception and QOL was direct and significant ( $P<0.001$ ;  $r=0.48$ ). As the scores of disease perception increased, the QOL of the patients was higher, so that the more the patient perceives the threat of the disease, the poorer their QOL becomes. The results of multiple linear regression analysis indicated that per one unit of increase in the perception of the disease, the QOL score increased by 0.33, which shows the deterioration of the QOL. The QOL in those with sufficient income was lower by 0.14 compared to those with insufficient income. Furthermore, the QOL score of those with an undergraduate degree (below diploma) was lower by 0.22 compared to those with higher education. The patients without the history of hospitalization had higher QOL scores by 0.31 compared to those with 5-10 hospitalizations, indicating the better QOL. In addition, the QOL score of the patients with HF class II was lower by 0.29 units and 0.16 units in those with HF class III compared to those with HF class IV, which indicated their better QOL.

**Conclusion:** According to the results, illness perception predicts QOL and self-care behaviors. In this study, patients with HF, which is a common chronic disease, were examined. In these patients, the perception and cognition that a person is affected by other factors of his disease affects the perception of their physical needs, followed by their activities and the behaviors that influence self-care and meeting needs. However, it should be noted that in addition to illness perception, other factors play a key role in the self-care of patients with HF, which must be investigated in the future studies. The healthcare professionals (especially nurses) who are more in contact with patients could improve the patients' perceptions through education to increase their self-care and QOL. The patients with poor illness perception had more negative self-care behaviors. The healthcare professionals (especially nurses) who are more in contact with patients could improve the patients' perceptions through education to increase their self-care. The results showed that poor illness perception was associated with the lower QOL. Therefore, it is suggested that interventions such as counseling and follow-up programs be considered to improve the understanding of diseases, so that QOL could be enhanced. Research must be focused on the effectiveness of these interventions. Considering the association between illness perception and self-care behaviors in the HF patients and the predictive role of disease perception (especially for QOL), nursing managers could provide facilities for planning and implementing the necessary measures to improve the patient's understanding of HF upon admission and referral to medical centers or the proper conditions should be provided for the implementation of counseling and follow-up sessions in the management of the patients at home.

**Keywords:** Heart Failure, Illness Perception, Self-care Behaviors, Quality of Life

**Conflict of Interest:** No

**How to Cite:** Eydi M, Najafi Ghezeljeh T, Haghani SH. The Prediction of Self-care Behaviors and Quality of Life Based on Disease Perception in Patients with Heart Failure. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 33(124):13-26.

Received: 7 March 2020

Accepted: 6 Jun 2020

## پیش بینی رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بر اساس درک از بیماری در افراد با نارسایی قلبی

مریم عیدی<sup>۱</sup>، \*طاهره نجفی قزلبچه<sup>۲</sup>، شمیم حقانی<sup>۳</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: ادراک بیماری می‌تواند بر سلامت روان فرد و نحوه برخورد بیماران با بیماری تأثیر می‌گذارد و بدین ترتیب رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. هدف از این مطالعه پیش بینی رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بر اساس درک از بیماری افراد با نارسایی قلبی بود.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی پیش بین از دی ماه ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷ بر روی ۱۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب که به روش مستمر انتخاب شدند انجام گردید. داده‌ها به صورت خود گزارش‌دهی با استفاده از پرسشنامه اروپایی رفتارهای مراقبت از خود در بیماران نارسایی، پرسشنامه کوتاه درک از بیماری و پرسشنامه زندگی با نارسایی قلبی مینه‌سوتا جمع‌آوری شدند. جهت تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون آنالیز واریانس، کای اسکوتر، تی مستقل و ضریب تعیین در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، میانگین نمرات درک از بیماری با HF برابر با  $7/86 \pm 0/42$  بود. میانگین رفتارهای خودمراقبتی  $36/24 \pm 7/79$  (با بیشینه و کمینه ۱۵-۵۳) بدست آمد که نشان‌دهنده خودمراقبتی در سطح متوسط بیماران است. کمترین و بیشترین نمره کیفیت زندگی به ترتیب برابر با ۰ و ۹۷ با میانگین  $16/84 \pm 0/53$  (بالتر از میانه نمره ابزار) بود بدین معنا که کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در سطح ضعیف قرار داشت. بر اساس نتایج ۱۲ درصد از تغییرات رفتارهای خودمراقبتی و ۴۲ درصد از تغییرات نمره کیفیت زندگی تحت تأثیر درک از بیماری بر اساس مشخصات جمعیت شناختی تبیین شده‌اند.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به یافته‌ها، درک از بیماری پیش بینی کننده کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی است. کارکنان سلامت مخصوصاً پرستاران که در ارتباط بیشتری با بیماران هستند می‌توانند با آموزش بیماران در جهت بهبود ادراک بیماران تلاش نمایند تا در نهایت خودمراقبتی و کیفیت زندگی آنها افزایش یابد.

### کلید واژه‌ها: درک از بیماری، رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی، نارسایی قلبی

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۱۷

تاریخ پذیرش: ۹۹/۳/۱۷

۱. پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران  
 ۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران  
 \*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۲۱-۴۳۵۶۱۷۱۴ Email: najafi.t@iums.ac.ir  
 ۳. آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

## مقدمه

نارسایی قلبی (HF) اختلالی است که به دنبال ناتوانی قلب برای پمپاژ مناسب خون، ناشی از اختلال در ساختار یا عملکرد قلب روی می‌دهد<sup>(۱)</sup>. این اختلال با کاهش شدید عملکرد قلب مشخص شده که بر ساختار و عملکرد قلب تأثیر گذاشته و عمدتاً با افزایش حجم خون و اختلال عملکرد بطن چپ همراه است<sup>(۲)</sup>. مجموعه هزینه‌های مستقیم پزشکی HF از ۲۴/۷ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۰ به ۷۷/۷ میلیارد دلار در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید و بیشتر هزینه‌ها مربوط به بستری شدن مجدد این بیماران است<sup>(۳)</sup>. این اختلال با افزایش شیوع و علایم و نشانه‌های شدید و کیفیت زندگی (Quality Of Life) پایین در ارتباط است<sup>(۴)</sup>.

سازمان بهداشت جهانی QOL را اینگونه تعریف کرده است: "درک افراد از وضعیت زندگی خود تحت تأثیر سیستم فرهنگی و ارزشی‌شان در زندگی که در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایشان است و بازتابی از سلامت ذهنی و جسمی فرد در زندگی روزمره می‌باشد"<sup>(۵)</sup>. QOL بیماران مبتلا به HF در مقایسه با جمعیت عمومی و سایر بیماری‌های مزمن مانند آرتروز و بیماری‌های کرونری و بیماری مزمن انسدادی ریه پایین تر است<sup>(۱)</sup>. برای QOL مطلوب، تغییر در رفتار و پیروی از رژیم‌های درمانی در تمام دوران مراقبت از خود ضروری است<sup>(۶)</sup>.

برای کاهش عوارض بیماری‌های ناتوان کننده ضروری است که توانایی‌های خودمراقبتی بیماران را تقویت نموده و آنها را تشویق به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، تمرکز بر سلامت روانی آنها و بهبود شرایط اقتصادی آنها کرد<sup>(۷)</sup>. شیوع رو به رشد HF را می‌توان با ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی مطلوب کاهش داد، اما دستیابی به خودمراقبتی به دلیل گستردگی و تنوع رفتارهای خودمراقبتی به سادگی ممکن نیست، بنابراین باید تلاش بیشتری برای درک صحیح خودمراقبتی صورت بگیرد<sup>(۸)</sup>. تأثیر هر شرایط مزمن و طولانی بر فرد و توانایی‌هایش

برای بهینه سازی مراقبت از خود می‌تواند به عوامل مختلفی، از جمله درک از شرایط و ماهیت آن، تأثیر شرایط موجود بر توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های زندگی روزمره، اعتقادات و انتظارات افراد در شرایط موجود، میزان مشارکت بیمار در مراقبت از خود و حمایت بستگی داشته باشد<sup>(۹)</sup>. تبعیت نکردن از درمان در بیماران مبتلا به HF بالا است که منجر به تشدید شرایط و مرگ زودرس می‌شود، و بیماران براساس درک خود از بیماری به علائم پاسخ می‌دهند. بنابراین شناخت درک از بیماری در بیماران ممکن است کلیدی برای ارائه مداخلات مناسب باشد و بیماران را قادر به کنترل بیماری خود کند<sup>(۹)</sup>. تأثیر بیماری و توانایی شناختی ممکن است نقش مهمی در تعیین ادراکات از بیماری داشته باشد<sup>(۱۰)</sup>.

درک از بیماری شامل مؤلفه‌های شناختی و عاطفی است. درک شناختی Cognitive perception به باورهای مربوط به علائم، زمان‌بندی، پیامدها، کنترل فردی درک شده و کنترل بر درمان بیماری اشاره دارد. درک حس شخصی بیمار از بیماری را نشان می‌دهد و می‌تواند سازگاری او را تعیین کند<sup>(۱۱)</sup>. طبق نظر Bandura، درک از بیماری یک چارچوب مهم را جهت بررسی عقاید بیماران و نحوه تأثیر اجرای آن بر رفتارهای بهداشتی فراهم می‌نماید<sup>(۱۲)</sup>. باید دانست که اولین اثری که بیماری بر روی عملکرد فرد می‌گذارد ناشی از تغییر در درک او است و سپس اثرات روانی داشته و به دنبال آن سلامت عمومی و عملکرد اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد<sup>(۱۳)</sup>. بیماران نسبت به زندگی آینده به دلیل تغییرات ناگهانی شرایط سلامتی‌شان، دچار عدم اطمینان شده و در نتیجه این نوسانات ایجاد شده در زندگی، بیماران دچار تغییر در درک نسبت به بیماری می‌گردند. این مسئله نهایتاً می‌تواند باور و اعتماد به نفس فرد را برای مراقبت مؤثر از خود تحت تأثیر قرار دهد<sup>(۱۴)</sup>. درک از بیماری در هدایت شیوه‌های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان اهمیت دارد، به طوری که داشتن تصویری غلط درباره بیماری می‌تواند به پیروی

شد. در آن مطالعه نشان داده شد که بین درک از بیماری و QOL در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر رابطه معنی‌داری وجود دارد و درک از بیماری می‌تواند پیش بینی کننده QOL این بیماران باشد<sup>(۱۳)</sup>.

با توجه به اینکه HF بر کل ابعاد زندگی مثل شرایط جسمی و روانی و اجتماعی و اقتصادی تأثیرگذار است و از طرف دیگر بدلیل ماهیت چند بعدی و پیچیده آن، پرستاران می‌توانند با کسب اطلاعات جامع در مورد QOL و عوامل مرتبط با آن در این بیماران، زمینه‌ای را برای برنامه ریزی دقیق جهت افزایش QOL و تسریع روند بهبودی و کاهش مدت بستری و در نهایت کاهش هزینه‌های بیمارستانی فراهم نمایند<sup>(۲۰)</sup>. در این پژوهش سعی شد تا ارتباط بین درک از بیماری با رفتارهای خودمراقبتی و QOL بررسی شده و مشخص شود که تا چه اندازه‌ای درک از بیماری می‌تواند پیش‌بینی کننده رفتار خودمراقبتی و QOL در افراد با HF باشد.

### روش بررسی

این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی پیش‌بین بود. پژوهشگر پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران و دریافت مجوز کمیته اخلاق با کد IR.IUMS.REC.1396.9511449008 و ارائه آن به مسئولین مراکز آموزشی- درمانی حضرت رسول اکرم، فیروزگر و فیروزآبادی، طی پنج ماه (از دی ماه ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷) در روزهای مختلف هفته اقدام به جمع‌آوری داده کرد. پژوهشگر پس از توضیح اهداف پژوهش برای بیماران و جلب همکاریشان و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اقدام به جمع‌آوری داده کرد. پرسشنامه‌ها در اختیار واحدهای پژوهشی قرار داده شد و آنها در حضور پژوهشگر به سئوالات پاسخ دادند.

شرکت کنندگان در پژوهش حاضر ۱۵۰ نفر با HF بودند که به روش مستمر بر اساس معیارهای ورود زیر به مطالعه انتخاب شدند: تأیید تشخیص نارسایی قلبی

ضعیف‌تر در رفتارهای خودمراقبتی منجر شود. وقتی فردی درک مناسب از بیماری خود و علل ایجاد یا تشدید آن داشته باشد، ممکن است با انگیزه بیشتری در راستای پیروی بهتر و مراقبت دقیق‌تر از خود جهت پیشگیری از بروز یا تشدید علائم و نشانه‌های بیماری گام بردارد<sup>(۱۵)</sup>.

بنابراین شناخت وضعیت QOL بیماران مبتلا به HF و عوامل مؤثر بر آن توسط پرستاران می‌تواند راهنمایی باشد برای این که تشخیص‌های پرستاری، اقدامات، مداخلات، ارزشیابی و تنظیم برنامه‌های ترخیص بیمار با در نظر گرفتن این متغیرها صورت پذیرد. همچنین پرستاران نقش مهمی در ارتقاء سطح سلامت و آموزش رفتارهای خودمراقبتی دارند. آنها می‌توانند با شناسایی این رفتارها و عوامل تسهیل کننده این رفتارها مداخلات برنامه‌ریزی شده‌ای برای ارتقاء سطح رفتارهای خودمراقبتی و در نتیجه بهبود QOL بیماران مبتلا به HF تدوین نمایند. توجه به درک از بیماری و اعتقادات خودمراقبتی و بهبود سلامتی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به بیماری قلبی اهمیت دارد<sup>(۱۶)</sup>. نتایج مطالعه‌ای نشان داد که نمره بعد اعتماد به نفس خودمراقبتی در بیماران با HF که درک منفی از بیماری داشته‌اند پایین بود<sup>(۴)</sup>. ارتباط معنی‌دار بین درک از بیماری و رفتارهای خودمراقبتی در اولین سال‌های زندگی با دیابت نوع ۲ در مطالعه‌ای نشان داده شده است<sup>(۱۷)</sup>. در این راستا نتایج مطالعه دیگری نشان داد که بهبود درک بیماران در رابطه با درمان و پیروی از رژیم غذایی مناسب و مراقبت از پاها منجر به کنترل بهتر بیماری متابولیک در بیماران با دیابت می‌شود<sup>(۱۸)</sup>. همچنین درک از بیماری قبل از توانبخشی در مبتلایان به COPD با توانایی ورزش و QOL (رفاه روانی) پس از درمان مرتبط بود<sup>(۱۹)</sup>. هر چند در مقابل مطالعه‌ای نشان داد که در بیماران تحت بازتوانی قلب و عروق بین درک از بیماری و اعتقاد به خودکارآمد بودن و شدت بیماری و رضایت از زندگی رابطه معنی‌داری وجود نداشت<sup>(۱۶)</sup>. از طرفی، در مرور متون، تنها در یک مطالعه پیش بینی QOL بر اساس درک از بیماری یافت

کمتر باشد، نشان‌دهنده رفتار خودمراقبتی بهتر افراد خواهد بود و بالعکس. اعتبار این پرسشنامه به روش روایی محتوا تأیید و پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ مشخص شد<sup>(۲۱)</sup>. در مطالعه‌ای اعتبار علمی نسخه فارسی این ابزار از طریق اعتبار محتوا مشخص شده<sup>(۲۲)</sup> و ثبات درونی این ابزار در مطالعه‌ای با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش شد<sup>(۲۳)</sup>. در پژوهش حاضر ثبات درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تأیید شد.

**پرسشنامه درک از بیماری کوتاه شده (B-IPQ) دارای ۸ گویه است و توسط Broadbenet و همکاران<sup>(۲۴)</sup> بر اساس فرم تجدید نظر شده همین پرسشنامه تهیه گردیده است. همه گویه‌ها در یک درجه بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شوند. در کل امتیاز بدست آمده از ۸ گویه بین ۰ تا ۸۰ می‌باشد که بالاترین نمره نشان‌دهنده درک بیمار از تهدید زیاد بیماریش برای او است<sup>(۲۴)</sup>. این پرسشنامه روایی مناسب در بیماران با آنفراکتوس میوکارد داشته و دارای ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷-۰/۵ بود<sup>(۲۵)</sup>. آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه‌ی فارسی تجدید نظر شده آن ۰/۷۱ است. به طور کلی نتایج استخراج شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت بخش آن بود<sup>(۲۲)</sup>. در پژوهش حاضر ثبات درونی پرسشنامه براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تأیید شد.**

**پرسشنامه زندگی با HF مینه سوتا برای سنجش QOL افراد با HF استفاده شد. این پرسشنامه از پایایی و روایی خوبی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است<sup>(۲۶)</sup>. ثبات درونی نسخه فارسی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹ است<sup>(۲۷)</sup>. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که با مقیاس لیکرت ۶ قسمتی و به صورت ۰ تا ۵ نمره گذاری شده است و امتیاز کلی بین ۰ تا ۱۰۵ است و هرچه نمره بالاتر باشد؛ بیمار QOL ضعیف‌تری خواهد داشت<sup>(۲۸)</sup>. در پژوهش حاضر ثبات درونی پرسشنامه براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تأیید شد.**

توسط پزشک و گذشت حداقل شش ماه از آن، سن بالای ۱۸ سال، توانایی برقراری ارتباط و دارای سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسشنامه‌ها. برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه واریانس مشترک بین درک از بیماری با هر یک از متغیرهای رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان ۰/۲۵ باشد تا ارتباط بین دو متغیر از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد، حجم نمونه حدود ۱۵۰ نفر برآورد گردید.

جمع آوری داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه اروپایی رفتارهای مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی (EHFSCB) European HF Self-Care Behavior Scale پرسشنامه درک از بیماری خلاصه شده (B-IPQ) Brife Illness Perception Questionnaire و پرسشنامه زندگی با نارسایی قلبی مینه‌سوتا (MLHFQ) Minnesota Living With Heart Failure Questionnaires صورت گرفت که در حضور پژوهشگر به صورت خودگزارش‌دهی توسط افراد تکمیل شده است. برای تکمیل پرسشنامه‌ها حدود ۲۰ دقیقه زمان نیاز بود. زمان جمع آوری داده‌ها در روزهای مختلف هفته و قبل از ترخیص بیمار از بیمارستان بود. فرم اطلاعات جمعیت شناختی دارای سئوالاتی از جمله سن، جنسیت، وضعیت تأهل، نژاد، مذهب، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و کفایت درآمد، وضعیت اشتغال، سابقه مصرف سیگار، سابقه بیماری قلبی در خانواده و بستگان درجه یک، مدت ابتلا به بیماری قلبی، تعداد دفعات بستری، کلاس بیماری و کسر تخلیه بود.

**پرسشنامه اروپایی رفتارهای مراقبت از خود در بیماران با نارسایی قلبی (EHFSCB)<sup>(۲۱)</sup> شامل ۱۲ گویه است که پاسخ به هر یک از آنها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً اینطور است با امتیاز ۱ تا اصلاً اینطور نیست با امتیاز ۵ متغیر است. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۱۲ تا ۶۰ است. هر چه امتیاز حاصل از این پرسشنامه**

افراد دارای HF کلاس IV ( $P < 0/001$ ) به طور معنی داری کمتر بود و تهدید کمتری احساس می کردند. بر اساس جدول شماره ۱، بین رفتارهای خودمراقبتی و تحصیلات واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ( $P = 0/04$ ). رفتارهای خودمراقبتی به طور معنی داری در افراد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از افراد با تحصیلات ابتدایی بهتر بود ( $P = 0/047$ ). در بیماران با HF رابطه معنی دار آماری بین رفتارهای خودمراقبتی و کفایت درآمد نیز وجود داشت. بر اساس آزمون تعقیبی شفه، رفتارهای خودمراقبتی افراد با درآمد کافی از افراد با درآمد ناکافی به طور معنی داری از نظر آماری بهتر بود ( $P = 0/02$ ).

بین QOL و جنس واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی داری وجود داشت (جدول شماره ۱). آزمون تعقیبی شفه نشان داد که کیفیت زندگی مردان از زنان بیشتر بود ( $P = 0/04$ ). در بیماران با HF بین کیفیت زندگی و تحصیلات ارتباط وجود داشت و کیفیت زندگی در افراد دارای تحصیلات زیردیپلم از افراد ابتدایی به طور معنی داری از نظر آماری بهتر بود ( $P = 0/047$ ). بین کیفیت زندگی و کفایت درآمد بیماران مورد مطالعه نیز ارتباط وجود داشت و کیفیت زندگی افراد با درآمد کافی از افراد با درآمد ناکافی بهتر بود ( $P < 0/001$ ). همچنین در بیماران با HF بین تعداد دفعات بستری و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت و کیفیت زندگی افرادی که سابقه بستری نداشتند هم از افراد دارای تعداد بستری بین ۱ تا ۴ بار در سال ( $P = 0/035$ ) و هم از افراد دارای تعداد بستری بین ۵ تا ۱۰ بار در سال ( $P = 0/035$ ) به طور معنی داری بهتر بود. در بیماران مورد مطالعه بین دسته نارسایی قلبی و کیفیت زندگی ارتباط مشاهده شد. آزمون تعقیبی شفه نشان داد که کیفیت زندگی افراد دارای HF کلاس II هم از افراد دارای HF کلاس III ( $P < 0/001$ ) و هم از افراد دارای HF کلاس IV ( $P < 0/001$ ) بهتر بود. همچنین بین کیفیت زندگی بیماران با HF با علت بیماری ایسکیمیک و افراد با علت

تحلیل داده‌ها با روشهای آماری توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. جهت بررسی ارتباط درک از بیماری، QOL و خودمراقبتی با متغیرهای جمعیت شناختی از آزمونهای تی مستقل و تحلیل واریانس و تعقیبی شفه استفاده شد. همچنین جهت بررسی ارتباط بین درک از بیماری، QOL و خودمراقبتی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جهت میزان پیش بینی متغیر وابسته براساس متغیر مستقل (درک از بیماری) از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه به روش Enter استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

مطالعه حاضر در نمونه‌ای به حجم ۱۵۰ نفر انجام شد و میزان پاسخ‌دهی (۱۰۰٪) بود. مشخصات واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ خلاصه شده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات ادراک بیماری در افراد مورد مطالعه،  $7/86 \pm 0/42$  بود و بر اساس نتایج، میانگین و انحراف معیار رفتارهای خودمراقبتی  $7/79 \pm 36/24$  (با پیشینه و کمینه ۱۵-۵۳) (در حدود میانه نمره ابزار) بدست آمد که نشان دهنده خودمراقبتی در سطح متوسط بیماران است. کمترین و بیشترین نمره کیفیت زندگی به ترتیب برابر با ۰ و ۹۷ با میانگین  $16/84 \pm 0/53$  (بالاتر از میانه نمره ابزار) بود بدین معنا که کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش در سطح ضعیف قرار داشت. براساس جدول شماره ۱، در بیماران مورد مطالعه بین درک از بیماری و سطح تحصیلات ارتباط وجود داشت ( $P = 0/004$ ). آزمون تعقیبی شفه نشان داد که نمره درک از بیماری افراد دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر به طور معنی داری از افراد با تحصیلات ابتدایی کمتر بود ( $P = 0/006$ ). بین درک از بیماری و دسته بندی نارسایی قلبی واحدهای مورد پژوهش نیز ارتباط مشاهده شد. درک از بیماری افراد دارای نارسایی قلبی کلاس II هم از افراد دارای نارسایی قلبی کلاس III ( $P = 0/02$ ) و هم از

غیرایسکیمیک اختلاف وجود داشت، به صورتی که کیفیت زندگی در افراد ایسکیمیک بهتر بود.

جدول شماره ۱: شاخص‌های عددی درک از بیماری، رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی در مبتلایان به نارسایی قلبی بر حسب مشخصات فردی

مشخصات فردی	فراوانی (درصد)	کیفیت زندگی		رفتار خودمراقبتی		درک از بیماری	
		نتیجه آزمون	Mean ± SD	نتیجه آزمون	Mean ± SD	نتیجه آزمون	Mean ± SD
جنسیت	مرد (۵۰)	t = ۲/۴۱	۱۸/۸۷ ± ۵۶/۲۷	t = -۰/۷۵	۸/۵۴ ± ۳۶/۷۳	t = ۱/۵۴	۱۱/۵۴ ± ۵۱/۷۰
	زن (۵۰)	df = ۱۴۸	۱۳/۹۰ ± ۶۲/۸۰	df = ۱۴۸	۶/۹۸ ± ۳۵/۷۶	df = ۱۴۸	۸/۰۸ ± ۵۴/۲۲
		P = ۰/۰۱		P = ۰/۴۵		P = ۰/۱۲	
وضعیت تأهل	مجرد (۴)	F = ۲/۰۳۷	۱۶/۵ ± ۴۹/۶۷	F = ۰/۶۱۵	۷/۴۱ ± ۳۵/۱۷	F = ۱/۰۴۶	۵/۸۸ ± ۵۲/۶۶
	متأهل (۶۶/۷)	P = ۰/۱۳۴	۱۸/۱۱ ± ۵۸/۶۷	P = ۰/۵۴۲	۸/۲۴ ± ۳۵/۷۴	P = ۰/۳۵۴	۱۰/۸۰ ± ۵۲/۱۸
	همسر فوت شده (۲۹/۳)		۱۳/۰۱ ± ۶۲/۸۴		۶/۷۵ ± ۳۷/۲۵		۸/۳۴ ± ۵۴/۷۹
کفایت درآمد	کافی (۹/۳)	F = ۹/۳۴	۲۰/۴۵ ± ۴۴/۹۳	F = ۶/۵۲	۷/۳۵ ± ۳۱/۵۰	F = ۲/۵۸۲	۱۱/۳۳ ± ۴۵/۲۸
	ناحدودی کافی (۲۶/۰)	P < ۰/۰۰۱	۱۶/۷۵ ± ۵۵/۸۵	P = ۰/۰۰۲	۶/۲۴ ± ۳۵/۳۱	P = ۰/۰۷۹	۱۰/۹۳ ± ۵۱/۳۸
	ناکافی (۶۴/۷)		۱۴/۹۲ ± ۶۳/۱۲		۸/۱۰ ± ۳۷/۳۰		۸/۸۴ ± ۵۴/۷۱
وضعیت اشتغال	بیکار (۶/۷)	F = ۲/۶۲	۲۳/۵۸ ± ۵۲/۴۰	F = ۰/۳۹	۶/۷۲ ± ۳۶/۱۷	F = ۲/۲۰	۱۶/۰۰ ± ۴۸/۳۰
	خانه‌دار (۴۶/۷)	P = ۰/۰۵۳	۱۳/۹۶ ± ۶۲/۸۷	P = ۰/۷۶	۹/۱۷ ± ۳۷/۳۱	P = ۰/۰۹	۷/۹۹ ± ۵۴/۴۷
	شاغل (۲۴/۳)		۱۴/۰۹ ± ۵۹/۸۱		۸/۳۹ ± ۳۵/۲۹		۸/۹۰ ± ۵۳/۸۶
	بازنشسته (۲۲/۳)		۲۱/۰۹ ± ۵۴/۴۷		۸/۰۳ ± ۳۶/۱۰		۱۲/۰۶ ± ۵۰/۲۹
استعمال سیگار	بله (۲۴/۷)	t = ۰/۲۴	۱۶/۶۴ ± ۵۸/۹۵	t = ۱/۲۴	۸/۱۸ ± ۳۷/۶۲	t = ۰/۷۶	۸/۹۵ ± ۵۴/۰۵
	خیر (۷۵/۳)	df = ۱۴۸	۱۶/۹۷ ± ۵۹/۷۳	df = ۱۴۸	۷/۶۴ ± ۳۷/۵۹	df = ۱۴۸	۱۰/۰ ± ۵۲/۶۱
		P = ۰/۸۰		P = ۰/۲۱		P = ۰/۴۴	
سطح تحصیلات	ابتدایی (۵۲/۰)	F = ۳/۳۶	۱۴/۷۵ ± ۶۲/۷۶	F = ۳/۱۹	۷/۴۳ ± ۳۷/۷۱	F = ۵/۶۲	۷/۸۱ ± ۵۵/۲۱
	زیر دیپلم (۲۸/۷)	P = ۰/۰۳۷	۱۶/۴۸ ± ۵۴/۸۱	P = ۰/۰۴	۸/۰۳ ± ۳۵/۱۶	P = ۰/۰۰۴	۹/۸۲ ± ۵۲/۰۲
	دیپلم و بالاتر (۱۹/۳)		۲۰/۹۰ ± ۵۷/۸۶		۷/۸۰ ± ۳۳/۹۰		۱۳/۵۳ ± ۴۸/۳۱
دسته بندی نارسایی قلب	II (۹/۳)	F = ۲۵/۲۴	۱۸/۲۷ ± ۳۷/۷۹	F = ۱/۳۹	۸/۳۳ ± ۳۳/۰۷	F = ۸/۹۶	۱۶/۵۹ ± ۴۴/۱۴
	III (۴۴/۰)	P < ۰/۰۰۱	۱۵/۶۸ ± ۵۶/۵۵	P = ۰/۲۵	۷/۲۸ ± ۳۶/۸۹	P < ۰/۰۰۱	۹/۴۱ ± ۵۲/۰۶
	IV (۴۶/۷)		۱۲/۷۰ ± ۶۶/۷۰		۸/۰۹ ± ۳۶/۲۶		۷/۵۸ ± ۵۵/۵۸
علت نارسایی قلب	ایسکیمیک (۳۳/۳)	t = -۳/۱۰	۱۷/۱۲ ± ۵۳/۶۶	t = ۰/۹۵	۷/۸۵ ± ۳۷/۱۰	t = -۱/۵۲	۱۲/۲۲ ± ۵۱/۰۰
	غیر ایسکیمیک (۶۶/۷)	df = ۱۴۸	۱۵/۹۴ ± ۶۲/۴۷	df = ۱۴۸	۷/۷۶ ± ۳۵/۸۱	df = ۱۴۸	۸/۶۰ ± ۵۳/۹۵
		P = ۰/۰۰۲		P = ۰/۳۴		P = ۰/۱۳	
دفعات بستری	۵۴ (۳۶/۰)	F = ۴/۷۶	۱۹/۱۳ ± ۵۴/۴۶	F = ۱/۳۶	۷/۶۸ ± ۳۷/۳۳	F = ۱۲/۳۹	۱۲/۳۹ ± ۵۲/۱۸
	۱-۴ (۵۶/۷)	P = ۰/۰۱	۱۴/۰۴ ± ۶۱/۶۵	P = ۰/۲۶	۸/۱۰ ± ۳۵/۹۲	P = ۰/۲۵	۸/۵۵ ± ۵۳/۴۰
	۵-۱۰ (۷/۳)		۱۹/۲۵ ± ۶۸/۰۹		۴/۸۶ ± ۳۳/۳۶		۷/۷۱ ± ۵۳/۴۵
سن	۶۸/۶۲ ± ۱۳/۱۷	r = ۰/۰۶۵	p = ۰/۴۲۷	r = ۰/۰۲۹	p = ۰/۷۲۸	r = ۰/۰۲۹	p = ۰/۷۲۶
	۷/۶۲ ± ۷/۴۰	r = ۰/۰۷	P = ۰/۳۸	r = -۰/۰۹	p = ۰/۲۵	r = ۰/۰۳	p = ۰/۶۵
	۲۸/۱۲ ± ۲۰/۸۰	r = ۰/۰۰۲	P = ۰/۹۸	r = -۰/۰۶	p = ۰/۴۶	r = -۰/۰۲۱	p = ۰/۵۱

SD=standard deviation



بدین معناکه هر چه فرد تهدید بیشتری در درک از بیماری داشته باشد، خودمراقبتی ضعیف تر است (جدول شماره ۲). همچنین ارتباط بین دو متغیر درک از بیماری و کیفیت زندگی از نظر آماری معنی دار و مستقیم بود ( $r=0/48, P<0/001$ ). با افزایش نمرات درک از بیماری، نمره کیفیت زندگی بیماران نیز افزایش می یابد یعنی هر چه بیمار تهدید بیشتری از بیماریش درک کند، کیفیت زندگی ضعیف تری دارد.

بر اساس نتایج، بین دو متغیر درک از بیماری و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی دار مستقیم و ضعیفی وجود داشت ( $r=0/26, P<0/001$ ) بدین معنا که با افزایش نمرات درک از بیماری، نمرات رفتارهای خودمراقبتی بیماران نیز افزایش می یابد. در نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه مشاهده می شود تنها متغیر درک از بیماری پیش بینی کننده خودمراقبتی است ( $P=0/046$ ). بدین صورت که با افزایش یک نمره درک از بیماری، نمرات خودمراقبتی بیماران به اندازه ۰/۱۵ واحد افزایش می یابد.

جدول شماره ۲: ضرایب رگرسیونی در مدل رگرسیونی خطی ساده جهت پیش بینی رفتارهای خودمراقبتی بر اساس نمره کل درک از بیماری و مشخصات جمعیت شناختی

مدل	ضریب B	ضریب استاندارد	آماره	P
مقدار ثابت	۲۷/۷۲۹	-	۷/۵۱۳	<۰/۰۰۱
درک از بیماری	۰/۱۵۱	۰/۱۹۴	۲/۳۱	۰/۰۲۲
کم سواد	۲/۰۰۶	۰/۱۲۹	۱/۱۳۹	۰/۲۵۷
سطح تحصیلات زیر دیپلم دیپلم و بالاتر	۰/۱۵۱	۰/۰۰۹	۰/۰۸۲	۰/۹۳۵
کافی	-۳/۸۰۷	-۰/۱۴۳	-۱/۶۸۱	۰/۰۹۵
کفایت درآمد تا حدودی ناکافی	-۰/۷۹۸	-۰/۰۴۵	-۰/۵۳۱	۰/۵۹۶
رده مرجع				
رده مرجع				

زندگیشان به اندازه ۰/۳۱ نسبت به افرادی که ۵ تا ۱۰ بار سابقه بستری داشتند کمتر بود که به معنای کیفیت زندگی بهتر است. همچنین نمرات کیفیت زندگی بیماران دارای HF کلاس II، ۰/۲۹ واحد و کلاس III، ۰/۱۶ واحد از افراد دارای HF کلاس IV کمتر بود، یعنی کیفیت زندگی بهتری داشتند. (جدول شماره ۳)

بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه، با افزایش یک واحد درک از بیماری نمره کیفیت زندگی ۰/۳۳ افزایش می یابد که به معنای بدتر شدن کیفیت زندگی است. نمره کیفیت زندگی در افراد با درآمد کافی نسبت به ناکافی ۰/۱۴ کمتر بود. همچنین نمره کیفیت زندگی در افراد با تحصیلات زیر دیپلم نسبت به دیپلم و بالاتر ۰/۲۲ کمتر بود. افرادی که سابقه بستری نداشتند، نمره کیفیت

جدول شماره ۳: جدول ضرایب رگرسیونی در مدل رگرسیونی خطی ساده جهت پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس نمره کل درک از بیماری و مشخصات جمعیت شناختی

مدل	ضریب B	ضریب استاندارد	آماره	P
مقدار ثابت	۴۸/۹۰۶	-	۶/۰۵۲	<۰/۰۰۱
درک از بیماری	۰/۵۵۷	۰/۳۳۱	۴/۷۷۲	<۰/۰۰۱
جنسیت	۰/۶۰۹	۰/۰۱۸	۰/۲۵۵	۰/۷۹۹
زن				
مرد				
رده مرجع				
کافی	-۸/۳۳۴	-۰/۱۴۴	-۲/۰۲۶	۰/۰۴۵
تاحدودی کافی	-۴/۰۴۵	-۰/۱۰۶	-۱/۵۳۴	۰/۱۲۷
ناکافی				
رده مرجع				
ابتدایی	-۴/۲۸۱	-۰/۱۲۷	-۱/۳۳۱	۰/۱۸۵
زیر دیپلم	-۸/۲۷۶	-۰/۲۲۳	-۲/۵۷۹	۰/۰۱۱
دیپلم و بالاتر				
رده مرجع				
صفر	-۱۱/۰۶۴	-۰/۳۱۶	-۲/۴۷	۰/۰۱۵
۱-۴	-۶/۱۴۹	-۰/۱۸۲	-۱/۴۴	۰/۱۵۲
تعداد دفعات بستری				
۵-۱۰				
رده مرجع				
دسته بندی نارسایی	-۱۷/۲۲۸	-۰/۲۹۹	-۴/۰۷۸	<۰/۰۰۱
کلاس II				
کلاس III	-۵/۴۱۶	-۰/۱۶	-۲/۳۰۱	۰/۰۲۳
کلاس IV				
رده مرجع				
علت نارسایی قلب	-۳/۸۹۷	-۰/۱۰۹	-۱/۶۵۳	۰/۱۰۱
ایسکمیک				
غیر ایسکمیک				
رده مرجع				

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که درصد کمی از تغییرات رفتارهای خودمراقبتی بیماران با HF تحت تأثیر درک از بیماری است و سایر عوامل نیز در تغییرات رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان به HF تأثیر دارند که نیازمند بررسی در پژوهش‌های آتی است. افراد با مشکلات مزمن، شناخت‌هایی متأثر از عوامل بیرونی و درونی از بیماری خود دارند که در صورت همراه شدنش با درک تهدید از بیماری می‌تواند ادراک بیمار از نیازهای جسمش را تحت الشعاع قرار دهد. این موضوع می‌تواند بر روی اتخاذ اقدامات متناسب توسط بیمار در راستای مدیریت بیماری و نیازها اثر بگذارد. به بیانی دیگر درک تهدید از بیماری و حس نداشتن کنترل بر بیماری موجب درک ناصحیح از شرایط، اتخاذ استراتژی‌های سازگاری غیرمؤثر و اتخاذ نکردن تدابیر مناسب شده و خودمراقبتی را تحت تأثیر

قرار می‌دهد<sup>(۲۹)</sup>. در این مطالعه مبتلایان به نارسایی قلبی که از جمله بیماری‌های مزمن متداول است، مورد بررسی قرار گرفتند، در این افراد درک و شناختی که فرد متأثر از فاکتورهای دیگر از بیماریش دارد بر درکش از نیازهای جسمی تأثیر می‌گذارد که به نوبه خود فعالیت‌ها و رفتارهای فرد در جهت خود مراقبتی و رفع نیازها را متأثر می‌سازد. هر چند باید توجه کرد که علاوه بر درک از بیماری عوامل دیگری نقش پر رنگ و محسوسی در تحت تأثیر قرار دادن خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی دارند که لازم است در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد. همراستا با نتایج مطالعه حاضر، مطالعه‌ای با عنوان ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به HF نشان داد که ادراک از بیماری رفتارهای خودمراقبتی را حدود (۲۷٪) پیش‌بینی می‌کند<sup>(۹)</sup>. در مطالعه حاضر پیش‌بینی‌کنندگی در مقایسه با مطالعه Tsai و همکاران<sup>(۹)</sup>

بیماری خود درک می نمودند<sup>(۳۲)</sup>. بر خلاف مطالعه حاضر، نتایج مطالعه‌ای با هدف ارتباط درک از بیماری با دیسترس روانی در بیماران با HF نشان داد که بیماران مبتلا به HF درک درستی از وضعیت خود داشتند و خود کنترلی بالایی را حس می کردند و معتقد به اثر بخشی و کنترل زیاد درمان بر بیماری بودند و تهدید کمی از بیماری درک می نمودند و این موضوع بر پیامدهای مرتبط با سلامتی بیماران تأثیر مطلوبی داشت و احتمالاً بر انگیزه بیماران برای کنترل بیماری خود مؤثر می باشد<sup>(۳۳)</sup>. تفاوت در یافته‌ها با پژوهش حاضر ممکن است به دلیل تفاوت در جمعیت مورد مطالعه باشد. در این رابطه نتایج مطالعه ای نشان داد که بیماران با بیماری مادرزادی قلب از کشورهای مختلف از نظر درک از بیماری از جمله در گویه‌های طول مدت و نگرانی درباره بیماری تفاوت داشتند. آنها نژاد را از جمله عوامل مرتبط با درک از بیماری معرفی نمودند<sup>(۳۴)</sup>.

همچنین در پژوهش حاضر، بیشتر بیماران با HF رفتارهای خودمراقبتی متوسط داشتند. مراقبت از خود عامل مهمی در حفظ سلامتی و رفاه در افراد مبتلا به HF است و رفتارهای خودمراقبتی جزء جدایی ناپذیر از خودمراقبتی هستند و ممکن است تحت تأثیر بیماری قرار گیرند. پیامد مطلوب بیماران با HF بستگی به رفتارهای خودمراقبتی اثربخش دارد<sup>(۳۵)</sup>. در مطالعه‌ای با هدف توصیف رفتارهای خودمراقبتی ۵۹۶۴ بیمار مبتلا به HF در ۱۵ کشور در سراسر جهان نشان داده شد که رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به HF مطلوب نبوده و نیاز به بهبود در سراسر جهان دارد<sup>(۳۶)</sup>. بر اساس نتایج پژوهش های دیگر در کل سطح رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به HF متوسط است<sup>(۳۷)</sup>.

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که QOL کل و ابعاد آن در واحدهای مورد پژوهش در سطح ضعیف قرار داشت. بر اساس نتایج، بیماران با HF کلاس II، QOL بهتری در مقایسه با افراد با HF کلاس III و IV داشتند. بیماران با HF اغلب عدم استقلال عملکردی در فعالیت

کم است که این موضوع می تواند به ویژگی های واحدهای پژوهش از جمله جنسیت و کلاس نارسایی قلب واحدهای پژوهش در آن مطالعه مرتبط باشد.

نتایج پژوهش کنونی نشان داد که درصد زیادی از تغییرات QOL بیماران با HF تحت تأثیر درک از بیماری است. در تبیین نتایج این مطالعه می توان گفت که وقتی افراد مبتلا به HF درک از بیماری تهدید و منفی از بیماریشان داشته باشند، با اعتقاد به طولانی تر شدن زمان بیماری، و هم چنین نگرانی بیشتر در ارتباط با بیماری، QOL نامطلوبی دارند. این افراد تأثیر بیماری بر زندگی خود را بسیار زیاد تصور نموده، کاهش خودمدیریتی و نیز از دست دادن حس کنترل بر مشکل سلامتی را تجربه می کنند. مجموع این مسائل کیفیت زندگیشان را تحت تأثیر قرار می دهد و نامطلوب می سازد<sup>(۲۹)</sup>. در مقابل افراد با درک مثبت از بیماریشان (عدم تهدید) که با ادراک کنترل بر بیماری همراه است، می توانند تحلیل صحیحی از شرایط خود و اثرات بیماری بر خود داشته باشند و بدین ترتیب تدابیر متناسبی را اتخاذ کنند. این موضوع موجب بهبود شرایط جسمیشان شده که متعاقباً می تواند ادراک آنها از بیماری را به سمت مثبت تر شدن هدایت کند<sup>(۳۰)</sup>. همسو با نتایج این مطالعه، نتایج پژوهشی در ایران نشان داد که مؤلفه ادراک بیماری ۴۳/۷ درصد از واریانس متغیر QOL بیماران تحت جراحی قلب باز را تبیین می کند<sup>(۳۱)</sup>. همچنین در مطالعه دیگری در ایران نتایج نشان داد که بین ادراک بیماری و QOL در مبتلایان به سندرم روده تحریک پذیر ارتباط وجود داشت و حدود (۴۶٪) از تغییرات QOL بیماران با سندرم روده تحریک پذیر توسط متغیرهای ادراک بیماری تبیین شدند<sup>(۳۲)</sup>. هرچند پژوهش های مزبور از نظر جامعه مور مطالعه با پژوهش حاضر تفاوت داشتند.

براساس نتایج، بیماران مورد مطالعه درک مطلوبی از بیماریشان نداشتند و بیماران درک تهدید از بیماری را گزارش کردند. همسو با مطالعه حاضر، مطالعه‌ای نشان داد که بیماران مبتلا به سل در سودان تهدید زیادی از

اقدام نمود تا بتوان QOL را ارتقاء داد. ضروری است در خصوص اثربخشی این مداخلات پژوهش صورت گیرد. با توجه به ارتباط درک از بیماری با رفتارهای خودمراقبتی در افراد با HF و نقش پیش‌بینی‌کنندگی درک از بیماری بویژه بر روی متغیر QOL، مدیران پرستاری می‌توانند تسهیلاتی در جهت برنامه‌ریزی و اجرای اقداماتی با هدف بهبود درک بیمار از بیماری HF در زمان بستری و هنگام مراجعه به مراکز درمانی فراهم نمایند و یا شرایط اجرایی شدن برنامه‌های مشاوره‌ای و پیگیری در مدیریت شرایط بیمار در منزل فراهم کنند.

**تعارض منافع:** هیچ تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

#### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مسئولین دانشکده پرستاری، بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه و تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نموده‌اند تشکر نمایند

های روزانه را دارند که منجر به کاهش QOL می‌شود. همچنین بیماران با HF علائمی را تجربه می‌کنند که بر QOL آنها مؤثر است<sup>(۳۸)</sup>. کیفیت زندگی نامطلوب بیماران با نارسایی قلب در پژوهش‌های متعددی گزارش شده است، از جمله مطالعه Iqbal و همکاران<sup>(۳۹)</sup> که نشان دادند که بیماران با نارسایی قلب در اسکاتلند QOL پایینی دارند.

در این مطالعه متغیرهای روانشناختی همچون افسردگی و اضطراب مؤثر بر درک از بیماری و ارتباط آن با رفتار خودمراقبتی بررسی نشده و توصیه می‌شود پژوهش‌هایی با در نظر گرفتن این متغیرها صورت گیرد.

بر اساس یافته‌های حاصل از این مطالعه مشخص شد که QOL در افراد با نارسایی قلب ضعیف می‌باشد و رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط است و بیماران تهدید زیادی در ارتباط با بیماری نارسایی قلب درک می‌کنند. افرادی که درک از بیماریشان نامطلوب بود، رفتارهای خودمراقبتی نامطلوب‌تری داشتند. کارکنان سلامت مخصوصاً پرستاران که در ارتباط بیشتری با بیماران هستند می‌توانند با آموزش بیماران در جهت بهبود ادراک بیماران تلاش نمایند تا در نهایت خودمراقبتی آنها افزایش یابد. همچنین بر اساس نتایج هر چه درک از بیماری نامطلوب‌تر باشد QOL کاهش می‌یابد. پیشنهاد می‌شود که با در نظر گرفتن مداخلاتی مثل برنامه‌های مشاوره‌ای و پیگیری، در جهت بهبود درک از بیماری

#### References

1. Fotos NV, Giakoumidakis K, Kollia Z, Galanis P, Copanitsanou P, Pananoudaki E, Brokalaki H. Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(3):686-94.
2. Evangelista LS, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. *Journal of cardiac failure*. 2012;18(12):894-9.
3. Hwang B, Moser DK, Dracup K. Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychology*. 2014;33(7):588.
4. Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(7):945-53.
5. WHOQoL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*. 1993;2(2):153-9.

6. Yeh GY, Chan CW, Wayne PM, Conboy L. The impact of tai chi exercise on self-efficacy, social support, and empowerment in heart failure: insights from a qualitative sub-study from a randomized controlled trial. *PloS one*. 2016;11(5):e0154678.
7. Chen HM, Chen CM. Factors associated with quality of life among older adults with chronic disease in Taiwan. *Int J Gerontol*. 2017;11(1):12-5.
8. Clark AM, Spaling M, Harkness K, Spiers J, Strachan PH, Thompson DR, Currie K. Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. *Heart*. 2014;100(9):716-21.
9. Tsai JC, Tsai PS, Wang YT. Illness representations and self-care behavior of patients with heart failure. 25<sup>th</sup> International Nursing Research Congress. Hong Kong. 24-28 July 2014.
10. Jayanti A, Foden P, Wearden A, Mitra S. Illness beliefs in end stage renal disease and associations with self-care modality choice. *PloS one*. 2016;11(7):e0154299.
11. Leventhal HL, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. *The self-regulation of health and illness behaviour*. 2003;1:42-65.
12. Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and program planning*. 1990;13(1):9-17.
13. Moghimian A, EbrahimiDaryani N, Yaraghchi A, Jomehrie F, Rezaei O. Predicting quality of life on the basis of illness perception in patients with irritable bowel syndrome. *Govaresh*. 2013;18(3):164-71. [Persian]
14. Seah AC, Tan KK, Huang Gan JC, Wang W. Experiences of patients living with heart failure: a descriptive qualitative study. *J Transcult Nurs*. 2016;27(4):392-9.
15. Juergens MC, Seekatz B, Moosdorf RG, Petrie KJ, Rief W. Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *J Psychosom Res*. 2010;68(6):553-60.
16. Steca P, Greco A, Monzani D, Politi A, Gestra R, Ferrari G, Malfatto G, Parati G. How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychol Health*. 2013;28(7):765-83.
17. van Puffelen AL, Heijmans MJ, Rijken M, Rutten GE, Nijpels G, Schellevis FG. Illness perceptions and self-care behaviours in the first years of living with type 2 diabetes; does the presence of complications matter?. *Psychol health*. 2015;30(11):1274-87.
18. Goh CSY, Mohamed A, Lee YS, Loke KY, Wee HL, Khoo EYH, Griva K. The associations of self-care, illness perceptions and psychological distress with metabolic control in Singaporean adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. *Health Psychol Behav Med*. 2016; 4(1): 1-14.
19. Zoeckler N, Kenn K, Kuehl K, Stenzel N, Rief W. Illness perceptions predict exercise capacity and psychological well-being after pulmonary rehabilitation in COPD patients. *J Psychos Res*. 2014;76(2):146-51.
20. Nasiry Zarrin Ghabaee D, Saber Moghadam Ranjbar M, Bagheri Nesami M, Haresabadi M. Relationship between mental health and Quality of Life in patients with heart failure. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2015;1(4):21-30. [Persian]
21. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European heart failure self-care behaviour scale. *Eur J Heart Fail*. 2003;5(3):363-70.
22. Salehzadeh A, Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2013;23(1):22-9. [Persian]
23. Shojaei F, Ebrahimi SM, Assemi S. Self-care behavior and affecting factors among patients with heart failure in Iran. *Saudi Med J*. 2011;32(10):34-54.
24. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychos Res*. 2006;60(6):631-7.
25. Basu S, Poole J. The brief illness perception questionnaire. *Occup Med*. 2016;66(5):419-20.
26. Rector TS, Francis GS, Cohn JN. Patients self-assessment of their congestive heart failure. Part 1: patient perceived dysfunction and its poor correlation with maximal exercise tests. *Heart failure*. 1987;3:192-6.

27. Abbasi K, Mohammadi E, Sadeghian H, Gholami Fesharaki M. Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016;11(2):10-23. [Persian]
28. Evangelista LS, Riegel B, Moser D, Glaser D, Carlson B, Deaton C, Armola R, Sethares K, Shively M, Evangelista L, Albert N. The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: Sensitivity to differences and responsiveness to intervention intensity in a clinical population. *Nurs Res*. 2002;51(4):209-18.
29. Schore JR, Schore AN. Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clin Soc Work J*. 2008;36(1):9-20.
30. Bazzazian S, Besharat MA. Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with type I diabetes. *J Contemp Psychol*. 2010;5(1):3-11. [Persian]
31. Parsamehr M, Afshani SA, Niko F. Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;24(122):317-27. [Persian]
32. Muhammed S, Nagla S, Morten S. Illness perceptions and quality of life among tuberculosis patients in Gezira, Sudan. *Afr Health Sci*. 2015;15(2):385-93.
33. Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC psychology*. 2014;2(1):50.
34. Rassart J, Apers S, Kovacs AH, Moons P, Thomet C, Budts W, Enomoto J, Sluman MA, Wang JK, Jackson JL, Khairy P. Illness perceptions in adult congenital heart disease: A multi-center international study. *Int J Cardiol*. 2017;244:130-8.
35. Graven LJ, Grant JS. Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(2):320-33.
36. Jaarsma T, Strömberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD, Inkrot S, Huang TY, Huyen NN, Kato N, Köberich S. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns*. 2013;92(1):114-20.
37. Daryasari GA, Karkezloo NV, Mohammadnejad E, Vosooghi MN, Kagi MA. Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Iran J Critic Care Nurs*. 2012;4(4):203-8. [Persian]
38. Dunlay SM, Manemann SM, Chamberlain AM, Cheville AL, Jiang R, Weston SA, Roger VL. Activities of daily living and outcomes in heart failure. *Circul: Heart Fail*. 2015;8(2):261-7.
39. Iqbal J, Francis L, Reid J, Murray S, Denvir M. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality. *Eur J Heart Fail*. 2010;12(9):1002-8.