

رفتارهای خود مراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به نارسایی قلبی

پژوهشگران: مهرانوش خوش تراش^۱، مریم مومنی^{۲*}، عاطفه قنبری خانقاه^۳، امیر حسین صالح زاده^۴،

پردیس رحمت پور^۴

(۱) گروه پرستاری (داخلی-جراحی)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
(۲) گروه پرستاری (داخلی-جراحی)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
(۳) آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
(۴) کارشناس پرستاری

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۴/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۳/۵

چکیده

مقدمه: نارسایی قلبی، به عنوان یکی از شایعترین بیماری‌های مزمن در سراسر دنیا محسوب می‌شود که هزینه‌های زیادی را نیز بر سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌نماید. برای کنترل نارسایی قلبی، راهکارهای متعددی وجود دارد که خود مراقبتی یکی از این روش‌هاست. هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین ایفای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و بررسی ارتباط آن با متغیرهای زمینه‌ای صورت گرفت.

روش کار: این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی است و در آن رفتارهای خود مراقبتی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک در ۳۳ بیمار مراجعه کننده به مرکز آموزش درمانی قلب شهر رشت در سال ۱۳۸۹-۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه اروپایی رفتار مراقبت از خود بیماران نارسایی قلب (EHFSCB) است. اطلاعات بدست آمده با استفاده از آزمون‌های آنالیز واریانس یکطرفه، کروسکال والیس و تی مستقل در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج: میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $19/9 \pm 69/9$ بود که $60/6$ درصد آن‌ها زن، $57/6$ درصد متأهل، $57/6$ بی‌سواد، $66/7$ درصد دارای وضعیت اقتصادی ضعیف و $90/9$ درصد به بیماری‌های مزمن دیگر نیز مبتلا بودند که از این تعداد فشار خون بالا (25%) و دیابت ($18/7\%$) بالاترین میزان را به خود اختصاص داده بودند. همچنین میانگین مدت ابتلا به بیماری $2/5 \pm 1/6$ ماه بود. میانگین نمره مراقبت از خود $5/4 \pm 37/9$ بود و فقط $6/1$ درصد واحدها رفتارهای خود مراقبتی خوب داشتند. بهترین رفتارهای خود مراقبتی مربوط به مصرف داروها طبق توصیه پزشک، رعایت رژیم غذایی کم‌نمک و اختصاص زمان کافی برای استراحت بود و کمترین میزان انجام رفتارهای خود مراقبتی نیز مربوط به توزین روزانه، ورزش منظم و تزریق واکسن آنفلوآنزا بود. بین متغیرهای دموگرافیک و رفتارهای خود مراقبتی، هیچ ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه درصد کمی از بیماران رفتارهای خود مراقبتی خوب داشتند توصیه می‌شود عوامل موثر بر این امر مورد بررسی بیشتری قرار گرفته و جهت مقابله با این عوامل اقدامات لازم صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: مراقبت از خود/ نارسایی قلبی/ رفتار

مقدمه

بطوریکه سالانه تقریباً ۳۸ میلیارد دلار برای جامعه آمریکا هزینه به دنبال دارد (۴). در ایران نیز بالغ بر یک میلیون نفر مبتلا به نارسایی قلب هستند (۵). گزینه‌های زیادی برای کنترل نارسایی قلبی وجود دارد که خود مراقبتی یکی از این روش‌هاست (۶). و تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به این اختلال از اهمیت بسزایی برخوردار است (۷). خود مراقبتی یک جزء مهم از کنترل بیماری بوده و فرآیندی نسبی است که رفتارها و انتخاب‌های هدفمندی را به همراه داشته و منعکس کننده نگرش و دانش هر فرد

بیماری‌های قلبی همچنان به عنوان یکی از شایعترین بیماری‌های مزمن و علت مرگ و میر بزرگسالان در سراسر دنیا مطرح می‌باشد و نارسایی قلبی به عنوان مسیر نهایی مشترک تمام اختلالات قلبی شناخته می‌شود (۱). گزارشات انجمن قلب آمریکا نشان می‌دهد $5/3$ میلیون آمریکایی به نارسایی قلب مبتلا هستند و سالیانه 550000 نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند (۲). این اختلال، یک مشکل عمده بهداشتی در سراسر جهان است که هزینه‌های زیادی را نیز بر سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌کند (۳).

ارتقاء سطح رفتارهای خود مراقبتی اهتمام ورزید و آنان را در انجام امور خود مراقبتی توانمند ساخت.

روش کار

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی است و در آن رفتارهای خود مراقبتی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، طول مدت ابتلا به بیماری، دفعات بستری، ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن و درآمد) مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه پژوهش شامل کلیه مبتلایان به نارسایی قلبی ثبت شده در پرونده‌های پزشکی موجود در مرکز قلب شهر رشت می‌باشد که سن بالای ۱۸ سال داشته و حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری آن‌ها گذشته باشد. بر این اساس، پس از جمع‌آوری اطلاعات از بایگانی بیمارستان و تماس با شماره تلفن‌های ثبت شده در پرونده، از مجموع ۸۷ بیمار مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی قلب شهر رشت در فاصله ۱۱ ماه ۱۳۸۹ تا ۳۱ اردیبهشت ماه ۱۳۹۰، ۳۳ نفر به شیوه سرشماری وارد مطالعه شدند (سایر بیماران یا فوت کرده بودند یا کمتر از ۶ ماه از تشخیص بیماری آن‌ها گذشته بود و یا به دلیل نقل مکان و اشتباه بودن یا عدم درج شماره تلفن در پرونده، امکان دسترسی به آن‌ها وجود نداشت). ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش از دو پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و رفتارهای خود مراقبتی تشکیل شده بود. پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی برگرفته از پرسشنامه اروپایی رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلب (European Heart Failure Self Care Behavior) (EHFSCB) می‌باشد (۲۵).

پرسشنامه EHFSCB شامل ۱۲ سؤال است که پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از «کاملاً اینطور است» (با امتیاز ۱) تا «اصلاً اینطور نیست» (با امتیاز ۵) در تغییر است و در مجموع، امتیاز بدست آمده از ۶۰-۲ متغیر می‌باشد و نمرات کمتر به معنای مراقبت از خود بهتر محسوب می‌شود. امتیاز ۲۸-۱۲ نشانه خود مراقبتی خوب، ۴۴-۲۹ خود مراقبتی متوسط و ۶۰-۴۵ خود مراقبتی ضعیف می‌باشد. در این پژوهش جهت تعیین اعتبار علمی، پرسشنامه به ۲۰ نفر از اعضای هیئت علمی

می‌باشد (۸). خود مراقبتی ناکافی منجر به ایجاد پیامدهای ضعیف سلامتی (۳) و بستری شدن مجدد آن‌ها می‌شود (۹). مطالعات نشان داده‌اند که حداقل ۵۰٪ بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از توصیه‌های درمانی خود تبعیت نمی‌کنند و همین امر منجر به بستری شدن مجدد آنها می‌شود (۱۰). در نقطه مقابل، خود مراقبتی موثر، عاملی مهم در ارتقاء پیامدهای مثبت سلامتی و پیشگیری از بستری شدن‌های مکرر می‌باشد (۱۱). لذا در سال‌های اخیر، تمرکز درمان بیشتر بر روی پذیرش درمان و مراقبت از خود بوده است (۱۲). خود مراقبتی در نارسایی قلبی بر مواردی چون مدیریت رژیم غذایی و دارویی، محدودیت دریافت سدیم و مایعات، توزین روزانه، ورزش منظم، پایش علائم و نشانه‌های تشدید بیماری و جستجو و تصمیم‌گیری جهت اقدامات مناسب درمانی دلالت می‌کند (۱۳ و ۱۴). خود مراقبتی نارسایی قلب، پیچیده و مشکل است زیرا بیمار باید به پایش نشانه‌ها و رعایت رژیم‌های دارویی متعهد باشد، تغییرات وضعیت خود را بشناسد و آن‌ها را ارزیابی کند، گزینه درمانی مناسب را انتخاب کرده و اثربخشی آن را ارزیابی کند (۱۴). اصل مهم در خود مراقبتی، پذیرش و مشارکت بیمار جهت پیروی از رژیم مراقبتی رفتارهای سازگاری مناسب با شرایط مزمن بیماری و انجام رفتارهای خود مراقبتی است (۱۴). بسیاری از دلایلی که منتهی به عدم تبعیت از درمان و تشدید نارسایی قلبی می‌شود با استفاده از مداخلات آموزشی پرستاری قابل پیشگیری است و یادگیری اداره کردن وضعیت‌های مزمن، ستون اصلی مراقبت از خود را تشکیل می‌دهد (۱). با توجه به نقش پرستاران در ارتقاء سطح سلامت و آموزش رفتارهای خود مراقبتی، می‌توان با شناسایی این رفتارها مداخلات برنامه‌ریزی شده‌ای برای ارتقاء سطح رفتارهای خود مراقبتی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تدوین نمود (۷). لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین ایفای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و بررسی ارتباط رفتارهای خود مراقبتی با متغیرهای زمینه‌ای صورت گرفت تا بتوان با آگاهی از عوامل مرتبط با خود مراقبتی، به آموزش بیماران و برنامه‌ریزی برای

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار واحدهای مورد پژوهش بر حسب رعایت رفتارهای خود مراقبتی

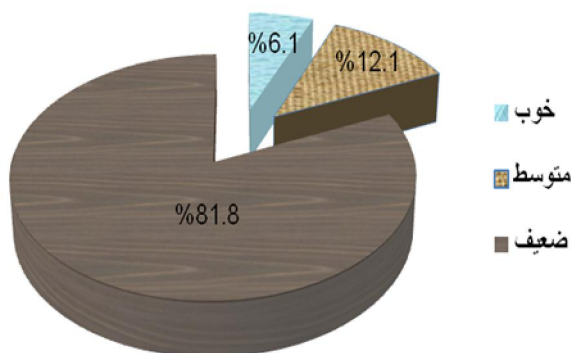
ردیف	پاسخ رفتار	انحراف معیار ± میانگین
۱	خودم را هر روز وزن می‌کنم	۴/۷۵ ± ۰/۷۵
۲	اگر دچار تنگی نفس شوم، آرامش خود را حفظ می‌کنم	۲/۸۷ ± ۱/۵۷
۳	اگر تنگی نفسم افزایش یافت، با پزشکم تماس می‌گیرم	۲/۵۱ ± ۱/۷۶
۴	در صورت افزایش ورم پاها و یا فوزک پاهایم، با پزشکم تماس می‌گیرم	۳/۳۹ ± ۱/۶۹
۵	اگر در عرض یک هفته بیشتر از ۲ کیلو وزنم اضافه شود، با پزشکم تماس می‌گیرم	۴/۵۴ ± ۰/۷۹
۶	محدودیت مصرف مایعات را رعایت می‌کنم (حداکثر ۸-۶)	۲/۶۶ ± ۱/۲۴
۷	در طول روز، زمانی را به استراحت اختصاص می‌دهم	۱/۸۱ ± ۱/۰۴
۸	اگر دچار خستگی زیاد شوم، با پزشکم تماس می‌گیرم	۳/۰۶ ± ۱/۶۱
۹	رژیم غذایی کم نمک را رعایت می‌کنم	۱/۷۲ ± ۰/۹۴
۱۰	داروهایم را مطابق دستور پزشکم مصرف می‌کنم	۱/۰۹ ± ۰/۳۸
۱۱	هر سال واکسن انفلوانزا را تزریق می‌کنم	۴/۷۲ ± ۰/۸۷
۱۲	به طور منظم ورزش می‌کنم	۴/۷۲ ± ۰/۸

داده شده و اعتبار علمی ابزار از طریق اعتبار محتوی مشخص گشت. پایایی این ابزار نیز در مطالعه شجاعتی (۱۳۸۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش شده است. در این مطالعه پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۷۱ گزارش گردید. جهت جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگر پس از تماس تلفنی با بیمار و معرفی خود و بیان اهداف پژوهش و کسب رضایت در مورد اخذ اطلاعات، پرسشنامه‌ها را بصورت تلفنی تکمیل نمود. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی و برای یافتن ارتباط خود مراقبتی با متغیرهای جمعیتی از آزمون‌های آنالیز واریانس یکطرفه، کروسکال والیس و تی مستقل در نسخه ۱۵ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نتایج

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $69/9 \pm 19/9$ سال بود که ۶۰/۶ درصد آن‌ها زن، ۵۷/۶ درصد متأهل، ۵۷/۶ درصد بی‌سواد، ۶۶/۷ درصد دارای وضعیت اقتصادی ضعیف و ۹۰/۹ درصد به بیماری‌های مزمن دیگر نیز مبتلا بودند که از این تعداد فشار خون بالا (۲۵٪) و دیابت (۱۸/۷٪) بالاترین میزان را به خود اختصاص داده بودند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش نیز با خانواده خود زندگی می‌کردند (۸۱/۸٪)، همچنین میانگین مدت ابتلا به بیماری $2/5 \pm 1/6$ سال و تعداد دفعات بستری قبلی $2 \pm 2/52$ بار بود. بهترین رفتارهای خود مراقبتی مربوط به مصرف داروها طبق توصیه پزشک، رعایت رژیم غذایی کم‌نمک و اختصاص زمان کافی برای استراحت (به ترتیب با میانگین $1/09 \pm 0/38$ ، $1/72 \pm 0/94$ و $1/81 \pm 1/40$) و بدترین رفتارهای خود مراقبتی نیز مربوط به توزین روزانه، ورزش منظم و تزریق واکسن انفلوانزا (به ترتیب با میانگین $4/75 \pm 0/75$ ، $4/72 \pm 0/8$ و $4/72 \pm 0/87$) بود (جدول شماره ۱).

میانگین نمره مراقبت از خود $5/4 \pm 37/9$ بود. ۸۱/۸ درصد واحدها رفتارهای خودمراقبتی متوسط و فقط ۶/۱ درصد واحدها رفتارهای خود مراقبتی خوب داشتند (نمودار شماره ۱). در زمینه ارتباط متغیرهای دموگرافیک با رفتارهای خود مراقبتی، هیچ ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد.



نمودار شماره (۱): توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب نمره کلی رفتارهای خود مراقبتی

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته‌های این پژوهش فقط ۶/۱ درصد بیماران رفتارهای خودمراقبتی خوب و اکثر آن‌ها رفتارهای خودمراقبتی در حد متوسط داشتند. این یافته با مطالعه ابوطالبی و همکاران همخوانی داشت. بر اساس نتایج این پژوهش، ۳۱/۹ درصد مبتلایان به نارسایی قلب توان خودمراقبتی ضعیف، ۶۱/۱ درصد متوسط، و فقط ۷ درصد توان خودمراقبتی خوب داشتند (۱۶). در تحقیق شجاعی که با هدف بررسی رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به نارسایی قلب انجام شد، میزان رفتارهای خودمراقبتی مطلوب بیشتر بود، بطوری که ۲۶ درصد بیماران رفتارهای خود مراقبتی مناسبی داشتند و بقیه در حد متوسط و ضعیف از این رفتارها پیروی می‌کردند (۷). در تحقیق آذرباد نیز که در مورد ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با نیازهای خود مراقبتی در مبتلایان به نارسایی قلب انجام شد، نیمی از بیماران رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط داشتند (۱۷). همچنین در مطالعه اوکسل (Okxel) در ترکیه، توان خودمراقبتی مبتلایان به نارسایی قلب، ضعیف گزارش شده است (۱۸). عوامل زیادی بر انجام رفتارهای خود مراقبتی موثر هستند که از جمله آن‌ها می‌توان به مواردی نظیر کمبود اطلاعات، محدودیت‌های جسمی، عدم سازگاری با درمان‌های متعدد، مشکلات عاطفی و همچنین عدم اعتقاد به تاثیر مثبت رفتار روی علائم اشاره کرد (۱۹). در این مطالعه، مصرف داروها طبق توصیه پزشک، بهترین رفتار خود مراقبتی را به خود اختصاص داده بود. شاید اعتقاد بیماران به تاثیر داروها بتواند این نتیجه را توجیه کند. یا ممکن است بسیاری از بیماران فراموش کردن یک یا دو بار مصرف دارو در هفته را چیز مهمی ندانسته و در پاسخ به این سؤال، جواب مناسب‌تری داده باشند. همچنین در این مطالعه اطلاعات بدست آمده با استناد به بیان بیمار جمع‌آوری شده است و امکان مشاهده رفتار برای محقق وجود نداشته است بنابراین ممکن است بررسی عینی‌تر و پیگیری مدت‌دار، نتایج متفاوتی را به دست دهد. در پژوهش شجاعی نیز این رفتار بالاترین امتیاز را به خود اختصاص داده بود (۷). همچنین نی (Ni) و همکاران در

پژوهش خود با هدف بررسی عوامل موثر بر دانش و وابستگی به رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به نارسایی قلب، بیان کردند که ۷۴ درصد بیماران داروهای خود را بموقع و طبق تجویز پزشک مصرف می‌کردند (۲۰). آرتینین (Artinian) نیز در بررسی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب، اعلام کرد که این رفتار را بیشتر اوقات بیماران رعایت می‌کردند (۲۱). این در حالی است که در پژوهش ابوطالبی، "مصرف منظم داروها" سومین رفتار خودمراقبتی بود که بیماران آن را بیشتر رعایت می‌کردند (۱۶). همچنین مونان (Monane) و همکاران در پژوهش خود مشخص کردند که تنها ۱۰ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در پیگیری یکساله داروهای خود را طبق تجویز پزشک مصرف می‌کردند (۲۲).

رفتار «در طول روز زمانی را به استراحت اختصاص می‌دهم» دومین رفتار خود مراقبتی بود که به گونه‌ای مناسب در بیماران رعایت شده بود. این نتیجه ممکن است به این دلیل باشد که خواب بعد از ظهر بخشی از فرهنگ رایج در کشور است و شاید بسیاری از بیماران حتی بدون اینکه دلیل انجام این رفتار را بدانند آن را به گونه‌ای مناسب رعایت می‌کنند. در پژوهش شجاعی نیز این رفتار دومین رفتار خود مراقبتی بود که در بین سایر رفتارها میانگین کمتری (وضعیت بهتر) را به خود اختصاص داده بود (۷). آذرباد نیز به نتیجه‌ای مشابه دست یافته بود (۱۷). اما در مطالعه ابوطالبی، پس از "محدود کردن میزان مصرف مایعات"، رفتار "محدود کردن مصرف نمک" دومین رفتار خودمراقبتی بود که بیماران آن را بیشتر انجام می‌دادند (۱۶). در مطالعه حاضر، کمترین رفتار خود مراقبتی، توزین روزانه بود. شاید عواملی مانند عدم توانایی تفسیر نتایج (بیش از ۵۷٪ بیماران بی‌سواد بودند)، نداشتن ابزار مناسب جهت توزین، عدم اعتقاد به مفید بودن توزین و عدم توانایی در ایستادن روی وزنه از عوامل موثر بر این نتیجه باشد. ابوطالبی نیز به یافته‌ای مشابه دست یافته بود (۱۶). همچنین در مطالعه شجاعی عدم توزین روزانه، دومین رفتار خود مراقبتی بود که توسط بیماران به گونه‌ای مناسب رعایت نشده بود (۷). در پژوهش نی و همکاران نیز ۴۰ درصد

داشتند (۲۰۱۶، ۱۷، ۲۱). آکیول (Akyol) و دشیف (Dashiff) نیز که توان خودمراقبتی را به ترتیب در مبتلایان به پرفشاری خون و دیابت نوع یک بررسی کرده‌اند، به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۶ و ۲۷). مطالعات نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از سالمندی نظیر کاهش بینایی، شنوایی و شناختی بیمار سبب ناتوانی وی در امر خود مراقبتی می‌شود. همچنین بیماران مسن‌تر به علت کاهش بسیاری از ناتوانایی‌ها در انجام رفتارهای خود مراقبتی به دیگران وابسته می‌شوند (۱۲). در این مطالعه بین رفتارهای خود مراقبتی و دفعات بستری ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. این یافته با مطالعه آذرباد مشابه بود (۱۷). اما در مطالعه شجاعی، با افزایش دفعات بستری شدن، رفتارهای خودمراقبتی کاهش می‌یافت (۷). در این پژوهش، بین مردان و زنان از نظر رفتارهای خودمراقبتی اختلاف معناداری وجود نداشت. ابوطالبی، آذرباد و آرتینین نیز ارتباطی بین این دو متغیر نیافتند (۱۶ و ۱۷ و ۲۱). اما در پژوهش شجاعی، مردان نسبت به زنان رفتارهای خود مراقبتی مناسب‌تری داشتند (۷). در مطالعه دیگر ابوطالبی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، نیز مردان توان خودمراقبتی بهتری نسبت به زنان داشتند (۲۹). به نظر می‌رسد تاثیر تفاوت جنسیتی بر توان خودمراقبتی، می‌تواند متاثر از متغیرهای دیگری از جمله سطح دانش و وضعیت فیزیکی، روانی و رفتاری افراد باشد. به عنوان مثال ابوطالبی علت بهتر بودن توان خودمراقبتی مردان مبتلا به پرفشاری خون را سطح تحصیلات بالاتر مردان شرکت کننده در مطالعه خود نسبت به زنان عنوان کرده است (۲۹).

در مطالعه حاضر، اگر چه افراد مجرد نسبت به افراد متأهل و بیوه رفتارهای خود مراقبتی بهتری داشتند اما این اختلاف معنادار نبود. در پژوهش شجاعی نیز افراد متأهل نسبت به بیوه‌ها رفتارهای خود مراقبتی مناسب‌تری داشتند ولی مجردها بهترین امتیازها را کسب کرده بودند. البته در پژوهش آن‌ها، مجردها غالباً از تحصیلات بالاتری برخوردار بودند که همین امر می‌تواند میزان آگاهی و رعایت رفتارهای خود مراقبتی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد (۷). از طرفی مجردها به دلیل مسئولیت‌های خانوادگی کمتر

از بیماران، اهمیتی برای توزین روزانه قائل نبودند (۲۰). در پژوهش باشنل (Bushnel) و همکاران، بیش از ۷۰ درصد مبتلایان به نارسایی قلبی که رفتار خودمراقبتی به آن‌ها آموزش داده شده بود، خود را به طور روزانه وزن نمی‌کردند (۲۳). در پژوهش سالزبوجحوک (Sulzbach-Hoke) نیز با وجود این که نحوه توزین روزانه و اهمیت آنرا به بیماران آموزش داده بودند و برگه‌های ثبت وزن در اختیار آنان گذاشته شده بود فقط ۴۰ درصد بیماران توزین روزانه خود را بطور مرتب انجام داده بودند (۲۴). همچنین جارسما (Jaarsma) و همکاران دلایل عدم توزین روزانه را این چنین ذکر نمودند: توزین روزانه را مفید نمی‌دانستند، نمی‌توانستند نتایج را تفسیر کنند، ابزار مناسبی جهت توزین نداشتند، به تنهایی قادر به ایستادن روی وزنه نبودند، و به علت ضعف بینایی قادر به خواندن عقربه وزنه نبودند را ذکر نمودند (۲۵). دومین رفتار خود مراقبتی که بطور مناسب توسط بیماران انجام نمی‌شد ورزش منظم بود. شاید سن بالای واحدهای مورد پژوهش و ناتوانی‌های ناشی از آن (حدود ۷۰٪ بیماران سن بالای ۷۰ سال داشتند) و عدم اعتقاد به تاثیر ورزش از علل اصلی این یافته باشد. تزریق واکسن انفلوانزا نیز رفتار خود مراقبتی دیگری بود که بطور مناسبی رعایت نشده بود که می‌تواند به دلیل عدم توصیه گروه درمانی به تجویز واکسن و کمبود آگاهی بیمار و همچنین گران بودن واکسن و عدم دسترسی رایگان به آن باشد. در مطالعه ابوطالبی، "تزریق سالانه واکسن انفلوانزا" و "فعالیت ورزشی منظم" به ترتیب سومین و چهارمین رفتار خودمراقبتی بودند که بیماران آن را کمتر رعایت می‌کردند (۱۶). در این پژوهش بین رفتارهای خود مراقبتی و متغیرهای دموگرافیک ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. شاید تعداد کم نمونه، مهمترین عامل موثر این نتیجه گیری باشد. در مطالعه حاضر اگرچه افراد ۲۰-۳۹ ساله بهترین رفتار خود مراقبتی را داشتند اما بین گروه‌های سنی از نظر رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معناداری وجود نداشت. در مطالعات ابوطالبی، شجاعی، آذرباد و آرتینین، سن عامل تاثیرگذاری بر توان خودمراقبتی بیماران بود به گونه‌ای که واحدهای پژوهش با سن کمتر، توان خودمراقبتی بهتری

شجاعی، آذرباد، آرتینین و کریس (Chriss) ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن موجب کاهش رفتارهای خود مراقبتی شده است (۳۲، ۲۱، ۱۷، ۱۶، ۷). ابتلای همزمان به سایر بیماری‌های مزمن باعث پیچیدگی رژیم درمانی و خود مراقبتی در بیماران می‌گردد و آنها به مهارت و زمان بیشتری برای انجام این رفتارها نیاز خواهند داشت که این امر رفتار خود مراقبتی را تحت تأثیر قرار خواهد داد (۳۳). در این پژوهش بین میزان درآمد و توان خودمراقبتی اختلاف معناداری مشاهده نشد. آرتینین نیز به نتیجه مشابهی دست یافت (۲۱). اما در پژوهش‌های ابوطالبی و کانل (Connell)، توان خودمراقبتی با افزایش سطح درآمد افزایش یافته بود (۱۶ و ۳۴). مهمترین محدودیت مطالعه حاضر تعداد کم نمونه‌ها می‌باشد زیرا به دلیل فوت شدن بیماران، نقل مکان یا درج نادرست مشخصات بیماران در پرونده، امکان دسترسی به همه بیماران وجود نداشت لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با حجم نمونه بیشتر و با مراجعه مستقیم به خود بیماران صورت گیرد. با توجه به اینکه درصد کمی از بیماران رفتارهای خودمراقبتی خوب داشتند توصیه می‌شود عوامل موثر بر این امر مورد بررسی بیشتری قرار گرفته و جهت مقابله با این عوامل اقدامات لازم صورت گیرد. در این راستا آموزش به بیماران در مورد اهمیت و نحوه انجام رفتارهای خود مراقبتی در ارتقاء این رفتارها و در نتیجه کاهش میزان مرگ و میر و هزینه‌های بستری شدن بسیار موثر می‌باشد که پرستاران نقش مهمی را در آموزش این رفتارها بر عهده دارند. همچنین توصیه می‌شود در مورد لزوم تزریق واکسن انفلوانزا به بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به کادر درمانی آموزش داده شود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز برای پوشش واکسیناسیون این افراد تسهیلات لازم را فراهم کند.

تشکر و قدردانی

در پایان از مرکز آموزشی درمانی قلب شهر رشت و معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان به خاطر همکاری صمیمانه شان قدردانی به عمل می‌آید.

ممکن است فرصت بیشتری را برای اجرای رفتارهای خود مراقبتی داشته باشند. این در حالی است که در مطالعه آرتینین تأهل با سه رفتار استراحت در طی روز، کنترل جذب و دفع مایعات و اعتقاد به داشتن زندگی شاد با وجود ابتلا به نارسایی قلبی، ارتباط معناداری داشت (۲۱). همچنین در تحقیق آذرباد عامل تأهل بر شناخت بیماران از نارسایی قلبی مؤثر بوده و افراد متأهل از شناخت بیشتری نسبت به مجردها برخوردار بودند (۱۷). در مطالعه ابوطالبی نیز افراد متأهل نسبت به افراد غیرمتاهل دارای توان خودمراقبتی بهتری بودند (۱۶). به نظر می‌رسد تأهل با توجه به نقشی که همسر می‌تواند در کاهش استرس‌های شغلی از طریق حمایت عاطفی و همچنین کمک به تغییر شیوه زندگی داشته باشد بر توان خودمراقبتی افراد تأثیر بگذارد. پژوهش حاضر نشان داد افراد دارای تحصیلات دانشگاهی و دیپلم رفتار خود مراقبتی مناسب‌تری دارند اما اختلاف موجود از نظر آماری معنی‌دار نبود. در تحقیق شجاعی نیز رفتارهای خود مراقبتی در گروه دیپلم و تحصیلات دانشگاهی نسبت به سایر گروه‌ها مناسب‌تر بود (۷). در پژوهش فلاحت نیز که با هدف تاثیر بازدید از منزل روی بستری شدن مجدد مبتلایان به نارسایی قلب ترخیص شده از بیمارستان انجام شد، بیشترین تعداد دفعات بستری مجدد در بین بیمارانی بود که تحصیلاتی در حد ششم ابتدایی داشتند که می‌تواند نشانه اجرای ضعیف رفتارهای خود مراقبتی در بیماران با تحصیلات کمتر باشد (۳۰). در مطالعه ابوطالبی نیز با افزایش سطوح تحصیلی، توان خودمراقبتی واحدهای مورد پژوهش به طور معنی‌داری افزایش می‌یافت (۱۶). آکیول (Akyol) می‌نویسد تحصیلات بالاتر با توجه به ارتباط آن با موقعیت‌های شغلی بهتر و درآمد بیشتر، بر توان خودمراقبتی افراد تأثیر می‌گذارد (۲۶). راکول (Rockwell) نیز می‌گوید بیماران دارای تحصیلات بیشتر، قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند (۳۱). در این مطالعه، بین میانگین رفتارهای خود مراقبتی و ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن ارتباط معناداری وجود نداشت. این در حالی است که در مطالعات ابوطالبی،

Archive of SID

References:

1. Rafiee F, Shahpourian F, Nasher Z, Azarbad M, Hosseini F. The importance of learning needs in patient with heart failure in nurses and patients's point of view. *Journal of nursing and midwifery faculty of Iran University of Medical Sciences*. 2009; 22(57): 19-30. [Text in Persian]
2. American Heart Association., Heart Disease and Stroke Statistics-2008 Update. Retrieved June 25, 2008, from American Heart Association Web Site: http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1200078608862HS_Stats%202008.final.pdf
3. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviors and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2010; 9: 92-100.
4. National Institute on Aging. (2008, January). The future of aging. Retrieved July 25, 2008, from U.S. National Institutes of Health Web Site: <http://www.nia.nih.gov/HealthInformation/Publications/AgingUndertheMicroscope/chapter05.htm>
5. Hamshahri online. Web Site: <http://hamshahronline.ir/details/16931>
6. Albert N. M. Promoting self-care in heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008;23(3): 277-284.
7. Shojaee F, Asemi S, Najaf yarandi A, Hosseini F. Self – care behaviors in patient with heart failure. *Payesh journal*. 2009; 8(4): 361-369. [Text in Persian]
8. Riegel B, Dickson V A. situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2008; 23(3): 190-196.
9. Heo S, Moser D, Lennie et al. 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: 1807-1815.
10. Venner GH, Seelbinder JS. Team management of congestive heart failure across the continuum. *J Cardiovascular Nursing*. 1996; 10(2): 71- 84.
11. Mast C. Personal and environmental factors affecting self-care behaviors of patients with heart failure 2008 (dissertation). USA: Ball State University.
12. Gonzalez B, Lupon J, Herreros J et al. Patient's education by nurse: what we really do achieve? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005; 4:107-11.
13. Judkins, D ., Grady, K., State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2004; 19:329-38.
14. Bennett S, J Cordes D, K Westmoreland G, Castro R & Donnelly E. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nursing Research*. 2002;49(3):139-145.
15. Strömberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2005;7:363-9.
16. Abootalebi GH, Vosoghi N, Mohammadnejad E, Namadi M, Akbari M. Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 2012, 4(4): 203-208 [Text in Persian]
17. Azarbad M. The survey of the relationship between self – care behaviors and self – care needs in patient with heart failure referred to Shahid Rajaei's medical - educational and research center of cardiovascular 2005. MSc thesis. Nursing and midwifery faculty, Iran University of Medical Sciences [Text in Persian]
18. Oksele E, Akbiylk A, Kocak G. Self care behavior analysis of patients with chronic heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*. 2009; 31(8):p s22
19. Riegel, B & Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient Education and Counseling*. 2002; 46; 287-295.
20. Ni H, Nauman P, Burgess D, Wise K, Cris Pell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self care among patient with heart failure. *Archives of Internal Medicine*. 1999; 159: 1613-19.
21. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange P, Michigan D. Self care behaviors among patient with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*. 2002; 31: 161-72.
22. Monanem Bohn RL, Gurwits JH, Glyun RJ, Avorn J. Noncompliance with congestive heart failure therapy in the elderly. *Archives of Internal Medicine*. 1994; 154:433-7.
23. Bushnell FKB. Self-care teaching for cardiac heart failure patients. *Journal of Gerontological Nursing*. 1992;18: 27-32.
24. Sulzbach-Hoke LM, Kagan SH, Carig K. Wellbeing behavior and symptom distress of clinic patient with CHF. *Meclung Nurs*. 1997; 6: 288-93.
25. Jaarsma T, Halfens R, Tan F et al. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung : The journal of critical care*. 2000; 29:319-30.
26. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarah S, Akkus S. Self – care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *Jornal of clinical nursing*. 2007; 16(4): 679-687.
27. Dashiff CJ, Mccaleb A, Cull V. Self-care of young adolescents with type 1 diabetes . *Journal of pediatric nursing*. 2006; 21(3):222-232.
28. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self care ability of patient with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*. 2001; 30: 351-59.
29. Abootalebi G. The study of self- care agency based on Orem,s theory in individuals with hypertension admitted to the selected hospitals of Ardebil. MSc Thesis. Tehran Islamic Azad university medical sciences branch, 2009. [Text in Persian]
30. Falahat K. The effect of home visit on re-admission in patient with heart failure whose they had discharged of medical & educational centers of Iran University of Medical Sciences 2001. MSc thesis. Iran University of Medical Sciences. [Text in Persian]
31. Rockwell J M, Riegel B, Michigan L , California S D. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung* 2001;30:18-25.
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 Critical Care*. 2004; 33: 345-53.
33. Kato N, Kinugaw K, Ito N, Yao A, Watanab M, Imai Y, Takeda N, Hatano M, Kasoma K. Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *HEART& LUNG*. 2009;38(5):398-409.
34. Connell M , Michael C, Nancy S, Anita S, Erika F. Self care behaviors in indigent patients with heart failure. *European journal of cardiovascular nursing*. 2008;23(3): 223-230.

Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht.

BY: Khoshtarash M¹, Momeni M*², Ghanbari A³, Salehzadeh AH⁴, Rahmatpour P⁴

- 1) Department of Nursing (Medical-surgical), School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
- 2) Department of Nursing (Medical-surgical), School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
- 3) Nursing Education, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
- 4) BSc in nursing

Received: 2012/06/25

Accept: 2013/05/25

Abstract

Introduction: Heart failure is considered to be one of the most common chronic diseases in the world which puts high expenses on health care systems. In order to control heart failure there are a lot of ways; self care is one of them.

Objective: This survey has been conducted with the aim of studying self-care behaviors and related factors in patients with CHF.

Methods: This cross sectional study assessed the associations between self-care behaviors and demographic variables in 33 patients who referred to medical & educational center of heart in Rasht city. Data collection instrument included questionnaire covering demographic characteristics and European questionnaire of EHFSCB. Data collected were analyzed using one – way ANOVA, Kruskal Wallis and independent t- tests in SPSS (version 15).

Results: The mean age of individuals was 69.9 ± 19.9 , of which %60.6 were woman, %57.6 were married, %57.6 were illiterate, %66.7 had poor financial conditions and %90.9 suffered from other chronic diseases that had the highest percentages such as hypertension %25, diabetes %18.7. Also the mean of disease duration was 2.5 ± 1.6 month. The mean of self-care score was 37.9 ± 5.4 and only %6.1 of individuals had good self-care. The best self-care behavior was related to taking drugs according to doctor's recommendation, going on low-salt diet & taking enough rest. The least self-care behavior taken was daily weighing, regular exercise and injecting flu vaccination. No significant correlation was found between demographic variables and self-care behaviors.

Conclusion: Considering a low percent of individuals who had good self-care behavior, it is recommended that more assessed and proper intervention be taken to confront these factors.

Keywords: Self-care / Heart failure / behaviors

*Corresponding Author: Maryam Momeni, Rasht, Faculty of nursing and midwifery
Email: guilan_ruyesh@yahoo.com