

رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به مرکز قلب افشار یزد

سمانه السادات جوادی^۱، طاهره سلیمی^۲، مهناز آنتیکچی^۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
۲. مربی، گروه آموزش کودک و خانواده، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

افلاک/سال نهم / شماره ۳۳۳ و ۳۳۳/ پاییز و زمستان ۱۳۹۵

چکیده

مقدمه: بیماری‌های قلبی عروقی اولین عامل منجر به مرگ در ایران محسوب می‌شوند. نارسایی قلبی تنها بیماری قلبی است که از لحاظ بروز و شیوع رو به افزایش است. خود مراقبتی، یکی از جنبه‌های مهم درمان در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است، که منجر به کنترل عوارض بیماری خواهد شد. این مطالعه با هدف تعیین رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به مرکز قلب افشار یزد در سال ۱۳۹۲ صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی تعداد ۱۵۰ نفر بیمار مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به مرکز قلب افشار یزد به صورت نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه اروپایی رفتارهای مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی بود که روایی و پایایی آن در مطالعات قبلی در ایران به تایید رسیده است. روش جمع‌آوری اطلاعات مطالعه پرونده و مصاحبه ساختار یافته با بیماران بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های t مستقل، کروسکال والیس، کای دو و تحلیل واریانس یکطرفه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۳/۳٪) رفتارهای خود مراقبتی در حد متوسط و تنها ۴/۷ درصد از نمونه‌ها دارای رفتار خود مراقبتی خوبی بودند. در میان رفتارهای خود مراقبتی، " داروهایم را مطابق دستور پزشک مصرف می‌کنم " با میانگین ۱/۲۹، " اگر تنگی نفسم افزایش یافت، با پزشکم تماس می‌گیرم. " با میانگین ۱/۷۱ و " درطول روز، زمانی را به استراحت اختصاص می‌دهم. " با میانگین ۲/۰۷ بیشترین رعایت را نسبت به سایر رفتارها در میان بیماران داشت. آزمون‌های آماری ارتباط معنی داری بین رفتارهای خود مراقبتی با جنس ($P=0/005$)، درصد کسر تخلیه‌ای ($P=0/004$) و ابتلا به بیماریهای مزمن دیگر ($P=0/023$) نشان داد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج بدست آمده، رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دچار نارسایی قلبی در سطح متوسطی بود و با توجه به اینکه افراد مبتلا به بیماریهای قلبی نیازمند آموزش مداوم و مستمر می‌باشند، لذا آموزش خود مراقبتی به این بیماران بایستی در راس اقدامات تیم درمانی قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: نارسایی قلبی، بیماران، رفتارهای خود مراقبتی، یزد

مقدمه

نارسایی قلبی شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین علت بستری افراد بالای ۶۵ سال در بیمارستان می‌باشد (۱). این بیماری، تنها بیماری قلبی است که از لحاظ بروز و شیوع در حال افزایش است که نشان می‌دهد این مساله یک مشکل برای افرادی که با آن زندگی می‌کنند و همچنین یک معضل بزرگ اجتماعی از لحاظ افزایش هزینه‌های درمان و بیمارستانی به شمار می‌رود (۲). مبتلایان به نارسایی قلبی مزمن به علت عواقب بیماری و درمان، تغییر در نیازهای خود مراقبتی را تجربه خواهند کرد و برای رویارویی با مشکلات ناشی از بیماری به رفتارهای خود مراقبتی نیاز دارند (۳). پیروی از رفتارهای خود مراقبتی در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی قلبی مزمن دارای اهمیت فراوانی است (۴).

مفهوم مراقبت از خود، اولین بار در سال ۱۹۵۹ توسط اورم^۱ با عنوان تئوری پرستاری "نقص مراقبت از خود" مطرح و منتشر شد (۵). طبق تعریفی که اورم ارائه کرده است، خودمراقبتی یک رفتار تنظیمی آموخته شده در افراد است که بر مبنای توانایی افراد جهت انجام اعمال خود مراقبتی بر روی خودشان است (۶،۷). خودمراقبتی به عنوان یک استراتژی برای تطابق با رویدادها و تنش‌های زندگی تعریف می‌شود که منجر به افزایش روند پیرشدن وعدم وابستگی می‌شود و مشتمل بر فعالیت‌های ویژه‌ای است که بوسیله آن علائم بیماری تخفیف می‌یابد و سلامت بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلب می‌تواند حفظ و ارتقاء داده شود (۸). اورم معتقد است افراد، توانایی و قدرت به عهده گرفتن مراقبت از خود را دارند (۹). بررسی‌های

انجام شده بیانگر آن است که رعایت فعالیت‌های خود مراقبتی علاوه بر بهبود کیفیت زندگی فرد و خانواده‌ی افراد مبتلا به بیماری مزمن نقش بسیار مهمی در کاهش هزینه‌های درمانی ناشی از بستری‌های مکرر دارد (۱۰). بر اساس نتایج مطالعه‌ای که آذرپاد و همکاران بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام دادند مشخص شد که ۲/۱۷ درصد بیماران در طی ۳۰ روز اول بعد از ترخیص بستری مجدد داشتند که این میزان در طی ۶ ماه بعد از ترخیص ۵۰ درصد بوده است (۱۱).

سالمندی، به همراه دیگر بیماری‌های مزمن، نظیر مشکلات تنفسی، نارسایی کلیه، دیابت، استئوآرتریت، اختلالات بینایی و شنوایی و زوال عقل، کاهش درآمد و کمبود آگاهی از روش‌های درمانی و رژیم غذایی، خود مراقبتی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلب دشوار می‌سازد (۱۲). خود مراقبتی در نارسایی قلبی، مواردی همچون رژیم غذایی و دارویی، محدودیت سدیم و مایعات، میزان فعالیت‌های مجاز، توزین روزانه، جستجو و تصمیم‌گیری جهت اقدامات مناسب درمانی در هنگام بروز شدید بیماری را در بر می‌گیرد (۱۳). مهمترین اصل در خود مراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است تا با اجرای مناسب رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از پیامدهای بیماری قابل کنترل شود (۱۴).

در مطالعه جاراسما^۲ و همکاران، یافته‌ها حاکی از آن بود که ارتقاء رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به طور چشمگیری از بروز علائم و شکایات آن‌ها کاسته و

1. Dorothea Orem
2. Jaarsma

مواد و روش‌ها

این پژوهش، مطالعه‌ای از نوع توصیفی مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه مورد پژوهش را ۱۵۰ نفر بیمار مبتلا با تشخیص نارسایی قلبی ثبت شده در پرونده و مدارک پزشکی بیمار که دارای سن بالای ۱۸ سال و کسر تخلیه‌ای قلب ۴۰ درصد و کمتر از آن (بر اساس نتیجه اکوکاردیوگرافی بیمار) بودند و برای پیگیری درمان جهت بستری در مرکز قلب افشار یزد مراجعه کرده بودند تشکیل دادند. معیار خروج از مطالعه شامل عدم رضایت بیماران و عدم هوشیاری آنان در پاسخ به سوالات بود. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود: پرسشنامه اطلاعات فردی که بوسیله پرونده و پرسش از بیمار تکمیل گردید و پرسشنامه دوم پرسشنامه استاندارد اروپایی رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی^۴ بود که توسط جراسما و همکارانش در سال ۲۰۰۳ طراحی شده بود (۲۱). این ابزار در مطالعات بسیاری جهت اندازه‌گیری رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شده و دارای روایی محتوا و پایایی بالایی است (۲۲-۲۶). همچنین در سال ۱۳۸۸ توسط شجاعی و همکاران نیز برای سنجش رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران مورد استفاده قرار گرفته است. اعتبار علمی ابزار به روش اعتبار محتوا و پایایی آن به روش آزمون باز آزمون با

منجر به افزایش کیفیت زندگی آن‌ها شد (۱۵). آرتینین^۱ و همکاران (۲۰۰۲) بیان می‌کنند که یک روش جهت ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، میزان ایفای مراقبت از خود می‌باشد (۱۶). کودیاث^۲ (۲۰۰۵) معتقد است مشارکت بیماران در درمان و ایفای رفتارهای مناسب مراقبت از خود در هنگام بیماری از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی در این بیماران می‌باشد (۱۷). استرومبرگ^۳ (۲۰۰۵) نشان داد که یکی از بخش‌های مهم برنامه‌های کنترل نارسایی قلبی، آموزش و کمک به بیماران جهت سازگاری با شرایط مزمن بیماری و انجام مراقبت از خود می‌باشد که غالباً این روش‌ها توسط پرستار و هنگام ترخیص برای بیماران انجام می‌شود (۱۸).

در نهایت می‌توان گفت اجماع جهانی بر این است که مراقبت از خود، نقش ویژه‌ای در مراقبت از بیماری‌های مزمن دارد (۱۹) و زمانی می‌توان در مدیریت این بیماری‌ها موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیت‌های مراقبت از خود، از جمله مصرف دارو به صورت مناسب، پایش نوسانات سلامت و حفظ سبک زندگی سالم نقش داشته باشد (۲۰). با توجه به نقش کلیدی پرستاران در ارتقای سطح سلامت و آموزش رفتارهای خود مراقبتی، می‌توان با شناسایی این رفتارها مداخلات برنامه‌ریزی شده‌ای برای ارتقای سطح رفتارهای خود مراقبتی و در نتیجه، بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تدوین نمود (۱۳). لذا این مطالعه با هدف تعیین رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در شهرستان یزد طراحی و اجرا گردید.

1. Artinian

2. Kodiath

3. Stromberg

4. European questionnaire of self-care behaviors

۱۶ و با بکارگیری آمار توصیفی و آزمون‌های t مستقل، کروسکال والیس، کای دو و تحلیل واریانس یکطرفه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌ها $58/94 \pm 1/64$ و پراکندگی آن 10.3 - 28 سال بود. همچنین $39/3$ نمونه‌ها زن، $83/3$ متاهل، 50 ٪ دارای تحصیلات زیر دیپلم و $92/7$ ٪ علاوه بر نارسایی قلبی دارای بیماری مزمن دیگر بودند که در این میان 42 ٪ مبتلا به هایپرتانسیون، $13/3$ ٪ دیابت، $28/7$ ٪ دیابت و هایپرتانسیون و $8/7$ ٪ مربوط به سایر بیماری‌های زمینه‌ای بودند. میانگین درصد کسر تخلیه‌ای بیماران برابر بود با $31/17 \pm 6/29$ که حداقل درصد کسر تخلیه‌ای 15 ٪ و حداکثر آن 40 ٪ بود. همچنین میانگین طول مدت بیماری $2/38 \pm 42/35$ ماه بود. در نهایت تنها $4/7$ ٪ از نمونه‌ها دارای رفتار خود مراقبتی خوبی بودند (جدول ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نمره کلی رفتارهای خود مراقبتی

نمره کلی رفتارهای خودمراقبتی	تعداد	درصد
خوب (۲۸-۱۲)	۷	۴/۷
متوسط (۴۴-۲۹)	۱۲۵	۸۳/۳
ضعیف (۶۰-۴۵)	۱۸	۱۲
جمع	۱۵۰	۱۰۰

ضریب همبستگی $0/68$ مورد تایید قرار گرفت (۲۷). مطالعات دیگری نیز در ایران به بررسی روایی و پایایی ابزار مذکور پرداخته و آن را مورد تایید قرار دادند (۲۹،۲۸). این پرسشنامه حاوی ۱۲ سوال و پاسخ هر سوال براساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از "کاملاً اینطور است" (با امتیاز ۱) به منظور مشخص نمودن انجام مناسب رفتار تا "اصلاً اینطور نیست" (با امتیاز ۵) در تغییر است و در مجموع امتیاز به دست آمده از ۱۲ تا ۶۰ متغیر و نمرات کمتر به معنای مراقبت بهتر از خود محسوب می‌شود. امتیاز ۲۸-۱۲ نشانه خود مراقبتی خوب، ۲۹-۴۴ خود مراقبتی متوسط و ۴۵-۶۰ خود مراقبتی ضعیف می‌باشد. برای جمع‌آوری اطلاعات پژوهشگر در نوبت‌های کاری و در روزهای مختلف هفته به مرکز درمانی مراجعه و پس از بیان اهداف، جلب رضایت کتبی واحدهای مورد پژوهش نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام نمود. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه

بهترین رفتارها مربوط به " داروهایم را مطابق دستور پزشک مصرف می‌کنم" با میانگین ۱/۲۹ و " اگر تنگی نفسم افزایش یافت، با پزشکم تماس می‌گیرم" با میانگین ۱/۷۱ بود در حالی که ضعیف‌ترین رفتار مربوط به " هر سال واکسن آنفولانزا تزریق می‌کنم" با میانگین ۴/۹۲ بود (جدول ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب رعایت رفتارهای خود مراقبتی و میانگین رفتارها

پاسخ	کاملاً همین طور	اغلب این طور	گاهی این طور	بندرت این طور	اصلاً این طور	میانگین
	است (۱)	است (۲)	است (۳)	است (۴)	نیست (۵)	
پرسش	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	
خودم را هر روز وزن می‌کنم.	۰ (۰)	۱۰ (۰/۷)	۱۶ (۱۰/۷)	۶۶ (۴۴)	۶۷ (۴۴/۷)	۴/۳۲
اگر دچار تنگی نفس شوم، آرامش خودم را حفظ می‌کنم.	۲۹ (۱۹/۳)	۵۰ (۳۳/۳)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۲ (۸)	۳۹ (۲۶)	۲/۸۸
اگر تنگی نفسم افزایش یافت، با پزشکم تماس می‌گیرم.	۷۰ (۴۶/۷)	۶۴ (۴۲/۷)	۸ (۵/۳)	۵ (۳/۳)	۳ (۲)	۱/۷۱
در صورت افزایش ورم روی پاها و یا قوزک پاهایم، با پزشکم تماس می‌گیرم.	۲۲ (۱۴/۷)	۱۶ (۱۰/۷)	۵۶ (۳۷/۳)	۴۱ (۲۷/۷)	۱۵ (۱۰)	۳/۰۷
اگر در عرض یک هفته بیشتر از ۲ کیلو وزنم اضافه شود، با پزشکم تماس می‌گیرم.	۰ (۰)	۱۹ (۱۲/۷)	۲۰ (۱۳/۳)	۳۲ (۲۱/۳)	۷۹ (۵۲/۷)	۴/۱۴
محدودیت مصرف مایعات را رعایت می‌کنم (حداکثر ۶-۸ لیوان).	۱۰ (۶/۷)	۲۷ (۱۸)	۴۸ (۳۲)	۳۴ (۲۲/۷)	۳۱ (۲۰/۷)	۳/۳۲
در طول روز، زمانی را به استراحت اختصاص می‌دهم.	۷۹ (۵۲/۷)	۲۴ (۱۶)	۲۱ (۱۴)	۹ (۶)	۱۷ (۱۱/۳)	۲/۰۷
اگر دچار خستگی زیاد شوم، با پزشکم تماس می‌گیرم.	۰ (۰)	۶ (۴)	۱۱ (۷/۳)	۲۲ (۱۴/۷)	۱۱۱ (۷۴)	۴/۵۸
رژیم غذایی کم نمک را رعایت می‌کنم.	۳۸ (۲۵/۳)	۱۹ (۱۲/۷)	۳۷ (۲۴/۷)	۳۱ (۲۰/۷)	۲۵ (۱۶/۷)	۲/۹۰
داروهایم را مطابق دستور پزشک مصرف می‌کنم.	۱۱۶ (۷۷/۳)	۲۴ (۱۶)	۱۰ (۶/۷)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱/۲۹
هر سال واکسن آنفولانزا تزریق می‌کنم.	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۱۳/۳)	۸ (۵/۳)	۱۴۰ (۹۳/۳)	۴/۹۲
به طور منظم ورزش می‌کنم.	۲۷ (۱۸)	۲۵ (۱۶/۷)	۱۶ (۱۰/۷)	۴۶ (۳۰/۷)	۳۶ (۲۴)	۳/۲۶

در زمینه ارتباط متغیرهای مستقل با رفتارهای خود مراقبتی، بین متغیرهای جنس ($P=0/005$)، دارا بودن بیماری مزمن دیگر ($P=0/023$) و درصد کسر تخلیه‌ای ($P=0/004$) با رفتارهای خود مراقبتی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. (جدول ۳)

جدول شماره ۳: ارتباط میان رفتارهای خود مراقبتی با متغیرهای فردی واحدهای مورد پژوهش

متغیر	(درصد) فراوانی	انحراف معیار ± میانگین	نتیجه آزمون آماری
سن	۲۵-۴۴	۲۸ (۱۸/۷)	$F=0/988$
	۴۵-۶۴	۷۶ (۵۰/۷)	$P=0/42$
	۶۵-۸۴	۳۶ (۲۴)	
	بالای ۸۵ سال	۱۰ (۶/۷)	
		۲/۰۷ ± ۰/۳۷۷	
		۲/۰۷ ± ۰/۳۹۲	
		۲/۰۵ ± ۰/۴۷۴	
		۲/۱۰ ± ۰/۳۱۶	

	۲/۰۸±۰/۴۱۳	۱۲۵(۸۳/۳)	متاهل	وضعیت تاهل
F=۱/۱۴	۱/۸۳±۰/۴۰۸	۶(۴)	مجرد	
P=۰/۳۲۲	۲/۱۰±۰/۳۱۵	۱۹(۱۲/۷)	همسر مرده و مطلقه	
$\chi^2=۵/۲۸$ P=۰/۵۰۸	۲/۱۰±۰/۳۱۵	۱۹(۱۲/۷)	بی سواد	سطح تحصیلات
	۲/۰۲±۰/۴۳۴	۷۵(۵۰)	زیر دیپلم	
	۲/۱۴±۰/۴۱۷	۴۲(۲۸)	دیپلم	
	۲/۰۷±۰/۲۶۷	۱۴(۹/۳)	تحصیلات دانشگاهی	
t=۲/۸۳	۲/۱۸±۰/۴۷۲	۵۹(۳۹/۳)	زن	جنس
P=۰/۰۰۵	۲/۰۰±۰/۳۳۳	۹۱(۶۰/۷)	مرد	
t=۰/۶۲۶	۲/۰۷±۰/۴۱۸	۱۱(۷/۳)	بلی	همزمان دارای بیماری‌های مزمن دیگر
P=۰/۰۲۳	۲/۰۰±۰/۰۰۰	۱۳۹(۹۲/۷)	خیر	
	۲/۰۸±۰/۲۸۸	۱۲(۸)	۱۰-۲۰	درصد کسر
F=۰/۹۹۶	۲/۰۹±۰/۳۹۷	۵۵(۳۶/۷)	۲۱-۳۰	تخلیه‌ای
P=۰/۰۰۴	۲/۰۶±۰/۴۲۳	۸۳(۵۵/۳)	۳۱-۴۰	قلب (EF)
	۲/۰۲±۰/۳۳۴	۷۲(۴۸)	۱۰-۳۵	طول مدت ابتلا به بیماری (ماه)
F=۲/۱۸	۲/۱۵±۰/۴۵۱	۵۸(۳۸/۷)	۳۶-۷۱	
P=۰/۰۹۳	۲/۰۵±۰/۴۲۸	۱۷(۱۱/۳)	۷۲-۱۰۷	
	۱/۶۶±۰/۵۷۷	۳(۲)	۱۰۸-۱۲۰	

بحث

همانطور که قبلاً ذکر شد اکثریت واحدهای مورد پژوهش رفتارهای خود مراقبتی را در حد متوسطی ایفا کرده بودند که این یافته با مطالعات مشابه دیگر در این زمینه همخوانی دارد. از جمله در مطالعه شجاعی و همکاران که با هدف تعیین رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در تهران و در سال ۱۳۸۷ انجام شد یافته‌ها نشان داد که ۵۶/۴ درصد از نمونه‌ها خودمراقبتی را به طور متوسط ایفا کرده بودند (۲۷). همچنین در مطالعه‌ی دیگری که با همین هدف در شهر اردبیل و در سال ۱۳۸۹ توسط ابوطالبی دریاسری و همکاران انجام گرفت یافته‌ها حاکی از آن بود که ۶۱/۱٪ نمونه‌ها دارای خود مراقبتی متوسط، ۳۱/۹٪ خود مراقبتی ضعیف و ۷٪ دارای خود مراقبتی خوبی بودند (۳۰). در مطالعه‌ی شجاع فرد و همکاران که با هدف تعیین تاثیر آموزش بر رفتار خودمراقبتی و منافع و موانع انجام آن در

بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در شهر تهران انجام گرفت مشاهده شد که پس از آموزش، میزان انجام رفتار خود مراقبتی و منافع درک شده انجام این رفتارها در گروه مداخله افزایش و موانع کاهش یافت که در گروه شاهد این تغییرات مشاهده نشد (۳۱). در مطالعه‌ای کیفی که توسط حکمت‌پور و همکاران با هدف تعیین موانع کنترل بستری مجدد بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب انجام شد وی علت بستری‌های مکرر این بیماران را آموزش ناقص، تمکین ناکافی از رژیم دارویی، غذایی و سبک غلط زندگی و بطور کلی عدم انجام رفتارهای خود مراقبتی عنوان کرد (۳۲). این عوامل را می‌توان به جوامع دیگری نیز تعمیم داد بطوری که در این مطالعه نیز ضعیف‌ترین رفتار مربوط به عدم تزریق سالیانه واکسن آنفلوانزا بود که بیماران هیچ اطلاعی در مورد ضرورت این رفتار نداشتند و این نقص آموزش به این بیماران را نشان می‌دهد. ضمناً باید گران بودن و عدم دسترسی رایگان به این واکسن را

به عنوان دلیلی برای عدم رعایت این رفتار نیز مدنظر قرار داد. شجاعی نیز در مطالعه خود نشان داد که ضعیف‌ترین رفتار در میان بیماران عدم تزریق سالیانه واکسن آنفلوانزا بوده است (۲۷).

رفتار توزین روزانه بیماران با میانگین ۴/۳۲ از جمله ضعیف‌ترین رفتارهای خود مراقبتی در بین نمونه‌های مورد پژوهش گزارش شد. در مطالعه‌ای که توسط نی^۱ و همکاران با هدف تعیین عوامل موثر بر آگاهی و تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد نیز ۴۰٪ بیماران اهمیتی برای توزین روزانه خود قائل نبودند (۳۳). در تحقیق جاراسما و همکاران دلایل عدم انجام توزین روزانه بیماران را نداشتن ابزار مناسب برای توزین، عدم توانایی های ایستادن روی وزنه، ضعف بینایی در خواندن عقربه وزنه و عدم توانایی در تفسیر نتایج عنوان کردند (۳). با توجه به دلایل مطرح شده می‌توان پیشنهاد کرد که پرستاران و دیگر مراقبان سیستم بهداشتی اهمیت موضوع را برای بیماران روشن ساخته و در خصوص روش‌ها و ابزارهای توزین و همچنین تفسیر نتایج آن آموزش‌های لازم را به بیماران ارائه دهند.

نتایج نشان داد، بهترین رفتار خودمراقبتی در میان بیماران، مصرف داروها مطابق تجویز پزشک بود. این یافته با نتایج مطالعه شجاعی (۲۷)، نی (۳۳) و خوشتراش (۲۹) همخوانی دارد. در حالی که در پژوهش موان^۲ و همکاران تنها ۱۰ درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی داروهای خود را طبق دستور پزشک مصرف می‌کردند (۳۴). در مطالعه ابوطالبی نیز مصرف

منظم داروها سومین رفتار خودمراقبتی بود که بیشترین رعایت را در میان بیماران به خود اختصاص داده بود (۳۰). با توجه به این نکته که نتایج بدست آمده براساس اظهارات بیماران بود و امکان مشاهده رفتار برای محقق وجود نداشته است، بنابراین ممکن است پیگیری مدت‌دار و عینی، منجر به دستیابی به نتایج متفاوتی در رابطه با رفتار خودمراقبتی مذکور شود.

در مطالعه‌ی حاضر نیز ارتباط آماری معناداری میان متغیرهای مستقل سن، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و طول مدت ابتلا به بیماری بار رفتار خودمراقبتی بدست نیامد اما همان گونه که در جدول ۳ نشان داده شد بین متغیرهای جنس، درصد کسر تخلیه‌ای و ابتلا ی همزمان به بیماری مزمن دیگر و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط آماری معناداری بدست آمد بطوری که خودمراقبتی در زنان، بیماران با درصد کسر تخلیه‌ای پایین تر و مبتلا به بیماری مزمن دیگر علاوه بر نارسایی قلب ضعیف تر بود. شجاعی و همکاران نیز بین رفتارهای خودمراقبتی با متغیرهای سن، دفعات بستری قلبی، جنس، درصد کسر تخلیه‌ای، دارا بودن همزمان بیماری مزمن دیگر و بقیه متغیرهای مستقل ارتباط آماری معناداری به دست آورد بطوری که مردان نسبت به زنان رفتارهای خودمراقبتی مناسبتری داشتند (۲۷). به نظر می‌رسد تاثیر تفاوت جنسیتی بر میزان خود مراقبتی، می‌تواند تحت تاثیر عواملی همچون وضعیت فیزیکی، روانی و رفتاری افراد باشد. در مطالعه

¹ . Ni

² . Monanem

قلبی در جوامع امروز و افزایش مرگ و میر این افراد پیشنهاد می‌شود که تحقیقاتی با هدف تعیین موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی و راهکارهای انجام هرچه مناسبتر این رفتارها در این بیماران طراحی و اجرا شود.

نتیجه‌گیری

مطابق با نتایج مطالعه حاضر رفتار خودمراقبتی اکثریت واحدهای مورد پژوهش در سطح متوسط بود. لذا توصیه می‌شود پزشکان، پرستاران و سایر پرسنلی که در ارتباط با این بیماران می‌باشند در خصوص رفتارهای خود مراقبتی و اهمیت اجرای آن به بیماران توصیه‌های لازم را نموده و در برخورد با این بیماران خصوصیات دموگرافیک آن‌ها را که بی‌تاثیر در میزان یادگیری و تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی نیست، مدنظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی بیماران و پرستاران بخش‌های داخلی قلب بیمارستان افشار یزد که صمیمانه و صادقانه ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند قدردانی می‌کنیم.

آرتینین (۱۶)، آذرباد (۱۱) و ابوطالبی (۳۰) ارتباطی بین متغیر جنسیت و میانگین رفتارهای خودمراقبتی یافت نشد. در رابطه با ارتباط درصد کسر تخلیه‌ای با میزان رفتارهای خود مراقبتی، فلاحی در تحقیق خود بیان کرد که بیشترین پذیرش مجدد بیماران مربوط به بیماران با درصد کسر تخلیه‌ای پایین‌تر بوده است (۳۵). این درحالی‌است که شجاعی (۲۷) و آذرباد (۱۱) نیز در مطالعه خود به نتایج مشابه دست یافتند.

در این مطالعه بین ابتلای همزمان به بیماری‌های مزمن دیگر و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط آماری معناداری بدست آمد. ابتلای همزمان به بیماری‌های مزمن دیگر علاوه بر نارسایی قلب، منجر به پیچیدگی در رژیم درمانی و خودمراقبتی شده و این بیماران باید وقت بیشتری را صرف امور درمانی خود کنند. در نتیجه ممکن است پس از مدتی موجب کاهش انگیزه و خستگی و در نتیجه ضعیف‌تر شدن رفتارهای خود مراقبتی شود همانگونه که شجاعی در تحقیق خود نشان داد با افزایش طول مدت ابتلا به بیماری، خودمراقبتی نیز کاهش می‌یابد (۲۷). ابوطالبی (۳۰)، آذرباد (۱۱)، آرتینین (۱۶) و کریس^۱ (۳۶) نیز در مطالعه خود به نتیجه مشابهی در این رابطه دست یافتند. درحالی‌که در مطالعه خوش‌تراش ارتباط معناداری بدست نیامد (۲۹).

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به روش غیر تصادفی نمونه‌گیری اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی مدنظر قرار داده شود. همچنین به دلیل شیوع بالای نارسایی

^۱. Chriss

References

1. Thalassimani M, Ramaswamy M. Suggestions to improve the quality of life in heart failure. *Eur Heart J*. 2003;24(18):1700-1.
2. Nordgren L, Asp M, Fagerberg I. An exploration of the phenomenon of formal care from the perspective of middle-aged heart failure patients. *European J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(2):121-29.
3. Jaarsma T, Halfens R, Senten M, Abu Saad HH, Dracup K. Developing a supportive educative program for patient with advanced HF within Orem's general theory of nursing . *Nurs Sci Q*. 1998;11(2):79-85.
4. Tolijamo M, Hentinen M. Adherence to self care and social support. *J Clin Nurs*. 2001;10(5):618-27.
5. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarali S, Akkuş S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *J Clin Nurs*. 2007;16(4):679-87.
6. Dehghan Nayeri N, Jalalinia F. *Theorems and Nursing Theories*. Tehran: Boshra Publication; 2004[In Persian].
7. Rafiee Far SH, Attarzadeh M, Ahmadzadeh Asl M. *Comprehensive system of empowering people for their health care*. . Tehran: Mehreravash Publication; 2005[In Persian].
8. Beatriz González, Josep Lupón, Teresa Parajón, Agustín Urrutia, Agustín Urrutia, Joan Herreros, et al. Use of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (EHFScBS) in a Heart Failure Unit in Spain. *Brief Reports*. 2006;59(2):166-70.
9. George JB. *Nursing theories the base for professional nursing*. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1995.
10. Abdoli S, Ashktorab K ,Ahmadi F, Parvizy M. Barriers and facilitators the empowerment of people with diabetes. *Endocrine Society*. 2008;10(5):455-64[In Persian].
11. Azarpad M. Correlation between self-care behaviors and self-care needs in heart failure patients. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004[In Persian]
12. Carlson B, Riegel B, Moser DK. Self care ability of patient with heart failure. *Heart Lung*. 2001;30(5):351-59.
13. Deaton C, Grady KL. State of the sciencefor cardiovascular nursing outcomes: heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2004;19(5):329-38.
14. Schreurs KM, Colland VT, Kuijer RG, de Ridder DT, van Elderen T. Development, content, and processm evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviors. *Patient Educ Couns*. 2003;51(2):133-41.
15. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self care and quality of life in patient with advanced heart failure:the effect of a supporative educational intervaention. *Heart Lung*. 2000;29(5):319-30.
16. Artinian NT, Magnan M, Christian W, Lange MP. What do patient know about their heart failure ? *Appl Nurs Res*. 2002;15(4): 200-8.
17. Kodiath M, Kelly A, Shively M. Improving quality of life in patient with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2005;20(1):43-8.
18. Stromberg A. Educating nurses and patient to manage heart failure. *European J Cardiovasc Nurs*. 2002;1(1):33.-40
19. Becker G, Gates RJ, Newsom E. Self-care among chronically ill African American: culture, health disparities, and health

- insurance status. *Am J Public Health*. 2004;94(12):2066-73.
20. Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(1):119-30.
21. Jaarasma T, Stromberg A, Martensson J, Drucup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Eur J Heart Fail*. 2003;5(3):363-70.
22. Gallagher R, Luttik ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;18(3):269-78.
23. Lupon J, Gonzalez M, Urrutia A, Arenas M, Domingo M, Altimir S, et al. Patient's self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2008;7(1):16-20.
24. Cameron J, Worrall-Carter L, Driscoll A, Stewart S. Measuring self-care in chronic heart failure: A review of the psychometric properties of clinical instruments. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(6):10-22.
25. Yu DS, Lee DT, Thompson DR, Woo J, Leung E. Assessing self-care behavior of heart failure patients: Cross-cultural adaptation of two heart failure self-care instruments. *Hong Kong Med J*. 2010;16(3):6-13.
26. Kato N, Kinugawa K, Ito N, Yao A, Watanabe M, Imai Y. 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.
27. Shojaei F, Asemi S, Najaf Yarandi A, Hosseini F. Self care behaviors in patient with heart failure. *Payesh Journal* 2009;8(4):361-69 [In Persian].
28. Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan Mofrad M, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. *JHPM*. 2013;3(1):27-34 [In Persian].
29. 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. *Holist Nurs Midwifery*. 2013;23(69):22-9 [In Persian].
30. Abootalebi Daryasari GH, VosoghiKarkeezloo N, Mohammadnejad E, Namadi Vosooghi M, Akbari Kagi M. Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Iran J Crit Care Nurs*. 2012;4(4):203-8 [In Persian].
31. Shojafard J, Nadrian H, Baghiani Moghadam MH, Mazlomi Mahmoodabad S, Sanati HR, Asgarshahi M. The effect of education on self-care behavior, and the benefits and barriers in patients with heart failure in Tehran. *Payavard Salamat*. 2008;2(4):43-55 [In Persian].
32. Hekmatpou D, Mohammadi E, Ahmadi F, Arefi S. Barriers of readmission control among patients with congestive heart failure: A qualitative study. *J Arak Univ Med Sci*. 2009;11(4):49-58 [In Persian].
33. Ni H, Nauman D, Burgess D, Wise K, Crispell K, Hershberger RE. Factors influencing knowledge of and adherence to self care among patient with heart failure. *Arch Intern Med*. 1999;159(14):1613-19.
34. Monanem Bohn RL, Gurwits JH, Glyun RJ, Avorn J. Noncompliance with congestive heart failure therapy in the elderly. *Arch Intern Med*. 1994;154:433-7.
35. Falahat K. The impact of home visits on readmission of patients with heart failure discharged from the University Medical

Centers of Iran. Thesis for Master degree in nursing. School of Nursing and Midwifery. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2001 [In Persian].

36. 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: J Crit Care. 2004;33:345-53.

The Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure Admitted to Afshar Hospital in Yazd

Javadi SS¹, Salimi T², Anticchi M³

1. MSc of Critical Care Nursing , Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Faculty Member of Nursing Department, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
3. MSc of Nursing, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Background and Objective: Cardiovascular diseases are the leading cause of death in Iran. Heart failure is the only cardiovascular disease whose incidence is on the increase. Self-care, one of the important aspects of treatment in patients with heart failure, which will control complications of the disease. This study aimed to determine behaviors in patients with heart failure referring to Yazd's Afshar Cardiac Center in 1392.

Materials and Methods: The present cross sectional and descriptive study was carried out on 150 patients with heart failure admitted to Afshar hospital of Yazd. The sampling method was convenience. Data were collected by the demographic questionnaire and the European questionnaire of self-care behaviors validity and reliability have been confirmed in previous studies in Iran. Data collection methods include records of patients and structured interviews with patients which were analyzed by descriptive tests and independent t test, Kruskal-Wallis, chi-square and ANOVA.

Results: The results showed that the majority of patients (83.3%) had mediocre self-care behaviors and only 4.7 percent of the samples had good self-care behavior. 60.7% percent of statistical population were male. The average age of patients was 58.94 ± 1.64 year, the average of the percent of Ejection Fraction was 31.17 ± 6.29 and duration of illness was equal to 42.35 ± 2.38 . Among the self-care behaviors "I'm taking drugs accordance with physician orders" with an average of 1.29, "I'll call the doctor if increased dyspnea" with an average of 1.71 and "I dedicate my time to rest during the day" with an average of 2.07 had the highest percentage among other behaviors. Statistical tests showed a significant relationship between self-care behaviors with sex ($P=0.005$), EF ($P=0.004$) and other chronic diseases ($P=0.023$).

Discussion: The self-care behavior in patients with heart failure is low relatively. Hence patients suffering from heart disease require continuous training. Therefore, self-care education to these patients should be at the helm of the Healthcare team.

Keywords: Heart failure, Patients, Self-care behaviors, Yazd