مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۰
صفحات: ۲۰۸ – ۲۰۳

Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4. No. 4, Winter 2012
Pages: 203 - 208

بررسی توان خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

قاسم ابوطالبی دریاسری [۱*]، نازیلا وثوقی کرکزلو [۱]، اسماعیل محمدنژاد [۲]، مریم نمادی وثوقی [۱]، محمد اکبری کاجی [۳]

۱. گروه پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۲. عضو باشگاه پژوهشگران جوان، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران

۳. عضو باشگاه پژوهشگران جوان خوراسگان، دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان، خوراسگان، ایران

چکیده

اهداف: بیمارانی که مراقبت ازخود را به عهده می‌گیرند نیازشان برای استفاده از مداخلات دارویی کاهش یافته یا ازبین می‌رود. این مطالعه با هدف تعیین توان خودمراقبتی افراد مبتلا به نارسایی قلبی انجام گرفت.

روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی مقطعی است که در آن ۷۲ بیمار با حداقل هجده سال سن، مبتلا به بیماری نارسایی قلبی، که در فاصله‌ی زمانی اول خرداد الی آخر تیر سال ۱۳۸۹ در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر اردبیل مورد مطالعه قرار گرفتند. روش گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی اروپایی رفتارهای مراقبت از خود بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون آماری توصیفی ـ تحلیلی و با استفاده از نرم‌افزار SPSS17 انجام شد.

یافته‌ها: توان خود مراقبتی واحدهای مورد مطالعه در حد ضعیف با میانگین و انحراف معیار (۶/۲۶) ۴۱/۱۸ بود. آزمون‌های آماری ارتباط معنی‌داری را بین عوامل کلاس نارسایی قلبی، سن، تأهل، تحصیلات، سابقه‌ی آموزش، میزان درآمد ماهیانه، ابتلا به بیماری مزمن دیگر و شغل با توان خود مراقبتی نشان داد ($p<۰/۰۵$) و بین عوامل محل سکونت و جنس ارتباط معنی‌دار با توان خود مراقبتی مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش درحد ضعیف و متأثر از فاکتورهای تأثیرگذار پایه، ازجمله سطح سلامت افراد مبتلا است. بنابراین لازم است پرستاران در حین انجام مداخلات پرستاری، با بررسی رفتارهای مراقبت از خود بیماران، نیازهای خودمراقبتی آنان را شناسایی کرده و آموزش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای را برای ارتقای رفتارهای مراقبت از خود بیماران تدوین و اجرا نمایند.

واژگان کلیدی: نارسایی قلبی؛ بیمار؛ توان خودمراقبتی

Study of the self-care agency in patients with heart failure

Ghasem Abootalebi Daryasari[1*], Nazila Vosoghi Karkezloo[1], Esmaiel Mohammadnejad[2], Maryam Namadi Vosooghi[1], Mohammad Akbari Kagi[3]

*1. *Medical Group, Islamic Azad University Ardebil branch, Ardebil, Iran*

2. Young Researchers Club, Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Young Reserchers Club, Islamic Azad University Khoorasgan branch, Khoorasgan, Iran

Abstract

Aims: patients who take self-care responsibility have been reported to be in less or no need of drug interventions. In this line, the present study was implemented to determine the self-care ability among patients with heart failure.

Methods: The present descriptive cross-sectional study has been carried out on 72 patients with heart failure and at least 18 years of age admitted to Imam Khomeini hospital of Ardebil within the time interval of late May to late July, 2010. Data were collected by the European questionnaire of self-care behaviors and were analyzed by SPSS $_{17}$ statistical software and descriptive-statistical tests.

Results: Self-care ability with the average of 41.18 (±6.26) was found to be in a mild level. Statistical analysis showed significant relationship between heart failure, age, marital status, education, history of training, monthly income, development of other chronic disorders and profession with self-care agency ($p<0.05$), and no significant correlation has been found between the place of residence and gender with self-care ability ($p> 0.05$).

Conclusion: The results indicated mild self-care ability among the study participants which is affected by basic influential factors including the level of patients' health. Therefore, nurses are required to identify help-seekers' need while performing nursing interventions and investigating self-care behaviors and design and implement planned training to promote self-care ability among patients.

Key words: Heart failure; Patients; Self-care agency

* نویسنده مسؤول: قاسم ابوطالبی دریاسری، تمامی درخواست ها باید به نشانی gh_abutalebi@iauardabil.ac.ir ارسال شوند.

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۳/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۲۸

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

نارسایی قلبی از شایع‌ترین اختلالات قلبی ـ عروقی درسراسر دنیا است [۱]. بعد از کنترل بیماری‌های واگیر و سوء تغذیه، پرفشاری خون و بیماری‌های ایسکمیک قلب موجب شیوع چشم‌گیر نارسایی قلبی شده است [۲]. میزان بروز و شیوع نارسایی قلبی، با افزایش سن ارتباط مستقیم دارد.

طبق برآوردهای انجام شده حدود یک درصد جمعیت بالای پنجاه سال و ده درصد از جمعیت سالمندان بالای هشتاد سال، به بیماری نارسایی قلبی مبتلا هستند [۳]. این بیماری به طور قابل توجهی بر عملکرد جسمی، فیزیولوژیک و اجتماعی و فعالیت‌های معمول زندگی افراد تأثیر گذاشته و به خاطر بدتر شدن علایم بیماری، بیماران به طور مکرر در بیمارستان بستری می‌شوند که این مسئله هزینه‌ی زیادی را به افراد و جوامع تحمیل می‌کند [۴ و ۵]. مطالعات انجام شده بیانگر آن است که ۲۵ الی پنجاه درصد بیماران ترخیصی ظرف یک دوره‌ی سه الی شش ماهه، دوباره در بیمارستان بستری می‌شوند [۶].

نارسایی قلبی با درجات بالای مرگ و میر و کوتاهی عمر همراه است [۴]. این بیماری، سالانه سبب سی‌صد هزار مرگ در آمریکا می‌شود [۷]. از هر هشت مرگ در کشور آمریکا یک مورد آن به نارسایی قلبی نسبت داده می‌شود. ۳۵ درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ظرف مدت دو سال و ۶۵ درصد زنان و ۸۰ درصد مردان، ظرف مدت شش سال از زمان تشخیص بیماری فوت می‌کنند [۵]. مطالعات انجام شده بیانگر آن است که خودمراقبتی ضعیف بیماران، مهمترین عامل تعیین کننده در پیش‌آگهی ضعیف بیماری است [۶]. خودمراقبتی ضعیف در این بیماران، دارای ارتباط مستقیمی با بدتر شدن حال عمومی بیمار و بستری شدن وی در بیمارستان دارد [۲].

فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شامل متعهد کردن بیمار به پذیرفتن مسئولیت و تنظیم فعالیت‌های مرتبط با سلامتی خود از قبیل چگونگی مصرف مایعات، رژیم غذایی و دارویی و انجام اقدامات درمانی هنگام تشدید علایم بیماری است [۸] که از مهمترین استراتژی‌های کنترل بیماری و کلید موفقیت درمان به شمار می‌روند [۵]. هرگونه پیش‌رفت در نتایج درمان، بستگی به توانایی بیمار برای مراقبت از خودش و مدیریت پی‌آمدهای درمان دارد. اگر بیمار بتواند مراقبت از خود را به طور مناسب انجام دهد، درمان دارویی و برنامه‌های بعد از ترخیص را بپذیرد و حمایت‌های اجتماعی هم درحد مطلوب انجام شود، بیش از پنجاه درصد از موارد بستری مجدد بیماران قابل پیش‌گیری خواهد بود [۳].

با وجود اهمیت فعالیت‌های خودمراقبتی در مدیریت بیماری نارسایی قلبی، تحقیقات محدودی در کشور در خصوص وضعیت خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی انجام گرفته است. در تنها مطالعه‌ی انجام شده توسط *شجاعی* در شهر تهران در سال ۱۳۸۸، توان خودمراقبتی بیماران در سطح متوسط گزارش شده است که با توجه به این که عوامل تأثیرگذار محیطی نقش تعیین کننده‌ای در رفتار خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی ایفا می‌کنند، پژوهش حاضر با هدف تعیین سطح توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شهرستان اردبیل و همچنین ارتباط آن با برخی از فاکتورهای تأثیرگذار پایه از قبیل سن، جنس، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و کلاس نارسایی قلبی انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش از نوع یک پژوهش توصیفی ـ مقطعی است. نمونه های پژوهش ۷۲ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران نارسایی قلبی مزمن بستری شده در بخش قلب بیمارستان امام خمینی (ره) شهر اردبیل، در فاصله‌ی زمانی اول خرداد ۱۳۸۹ تا آخر تیر ماه سال ۱۳۸۹ انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت افراد برای شرکت در پژوهش، تأیید بیماری نارسایی قلبی مزمن نمونه‌ها توسط پزشک معالج (ثبت شده در پرونده‌ی بیمار)، ابتلا به نارسایی قلبی کلاس دو یا بالاتر، گذشت حداقل شش ماه از تشخیص بیماری، سن هجده سال و بالاتر، هوشیاری به زمان، مکان و شخص، دارا بودن درجاتی از توان مراقبت از خود و نداشتن مشکلات گفتاری، روانی و شنوایی بود.

معیار خروج از مطالعه نیز عدم تمایل به همکاری از طرف بیمار، در هر یک از مراحل پژوهش بود. ابزار این پژوهش یک فرم پرسش‌نامه‌ی دو قسمتی بود. قسمت اول شامل ۲۵ سوال بود که به بررسی مشخصات فردی، اطلاعات بیماری و درمان بیماران به عنوان فاکتورهای مستقل تأثیرگذار بر توان خودمراقبتی بیماران می‌پرداخت. در قسمت دوم، از پرسش‌نامه‌ی اروپایی توان مراقبت از خود بیماران نارسایی قلبی (European Heart Failure Self-Care Behavior Scale) استفاده شد. این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۳ توسط *جاراسما* و همکاران طراحی شده است که در بر دارنده‌ی دوازده سوال در مورد رفتارهای خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی شامل کنترل وزن، محدودیت مایعات، دارو درمانی، فعالیت‌های بدنی، میزان استراحت، مراجعه‌ی به مراکز درمانی هنگام افزایش وزن، تنگی نفس، ورم پاها، احساس خستگی زیاد و همچنین تزریق سالیانه‌ی واکسن انفلوانزا است که هر آیتم بر اساس مقیاس لیکرت، دارای درجه‌بندی یک تا پنج است. پاسخ هر سوال از گزینه‌ی «کاملاً این طور است» با نمره‌ی یک تا گزینه‌ی «کاملاً این طور نیست» با نمره‌ی پنج در تغییر است.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

جدول ۱: ارتباط بین توان خود مراقبتی واحد های پژوهش با فاکتورهای تاثیرگذار پایه

متغیر	تعداد	درصد	میانگین	انحراف میانگین	نتیجه آزمون
کلاس نارسایی قلب					P=۰/۰۲
دو	۲۷	۳۷/۵	۳۸/۳۳	۷/۲۵	
سه	۳۴	۴۷/۲	۴۲/۴۴	۵/۳	
چهار	۱۱	۱۵/۳	۴۴/۲۷	۳/۳۱	
گروه سنی(سال)					P=۰/۰۵
۶۰>	۲۰	۲۷/۸	۳۶/۵۵	۷/۴۶	
۶۱-۷۰	۳۱	۴۳	۴۲/۳۵	۴/۲۷	
۷۱-۸۰	۱۹	۲۶/۴	۴۳/۶۸	۵/۵	
۸۰<	۲	۲/۸	۴۵/۵	۰/۷	
تاهل					P<۰/۰۳
متاهل	۳۸	۵۲/۸	۳۸/۵۵	۶/۹۶	
مجرد	۳۴	۴۷/۲	۴۴/۱۱	۳/۶۴	
تحصیلات					P<۰/۰۰۱
بیسواد	۳۵	۴۸/۶	۴۳/۸۵	۲/۶۱	
زیردیپلم	۳۳	۴۵/۸	۴۰	۶/۴۷	
دیپلم	۳	۴/۲	۲۷/۳۳	۹/۲	
دانشگاهی	۱	۱/۴	۲۸	۰	
سابقه آموزش					P=۰/۰۲
بلی	۲۹	۴۰/۳	۳۶/۲	۶/۹۳	
خیر	۴۳	۵۹/۷	۴۴/۵۳	۲/۴	
سطح در آمد					P=۰/۰۲
کمتر از هزینه کرد	۳۷	۵۱/۴	۴۲/۴۵	۶/۰۳	
برابر با هزینه کرد	۲۹	۴۰/۳	۴۰/۸۹	۵/۳۲	
بیشتر از هزینه کرد	۶	۸/۳	۳۴/۶۶	۸/۵۲	
ابتلا به بیماری مزمن دیگر					P=۰/۰۱
بلی	۴۵	۶۲/۵	۴۴/۲۶	۲/۵۴	
خیر	۲۷	۳۷/۵	۳۶/۰۳	۷/۲۳	
شغل					P<۰/۰۰۱
بیکار یا خانه دار	۲۹	۴۰/۴	۴۴/۲۷	۲/۸۵	
کارگر	۱۷	۲۵	۴۳/۲۲	۲/۴۶	
کارمند	۷	۹/۷	۳۱/۸۵	۷/۸۱	
شغل غیردولتی(بازاری)	۷	۹/۷	۳۹/۴۲	۶/۰۷	
بازنشسته	۱۱	۱۵/۲	۳۶/۷۲	۸/۱۷	
محل سکونت					P=۰/۵۳
شهر	۳۵	۴۸/۶	۴۲/۵۱	۶	
روستا	۳۷	۵۱/۴	۳۹/۹۱	۶/۳۲	
جنس					P=۰/۵۳
مذکر	۳۸	۵۲/۸	۴۰/۰۲	۷/۱۷	
مونث	۳۴	۴۷/۲	۴۲/۴۷	۴/۸۵	

بالاترین نمره‌ی ممکن قابل کسب در این ابزار۶۰ است که نشانگر ضعیف‌ترین درجه توان مراقبت از خود است. این ابزار در سال ۱۳۸۸ توسط شجاعی و همکاران نیز برای سنجش توان خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی مراجعه کننده به مراکز آموزشی ـ درمانی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران مورد استفاده قرار گرفته است. اعتبار علمی ابزار (Validity) به روش اعتبار محتوا و پایایی ابزار (Reliability) به روش آزمون بازآزمون، با ضریب همبستگی ۰/۶۸ مورد تأیید قرار گرفته بود. در این پژوهش، توان خودمراقبتی بیماران براساس میانگین نمره‌ی کسب شده به سه سطح خوب (یک الی بیست)، متوسط (۲۱ الی چهل) و ضعیف (۴۱ الی ۶۰) تقسیم شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS17 و روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (آنالیز واریانس یک‌طرفه و تی مستقل) انجام گرفت.

یافته‌ها

در بررسی مشخصات فردی واحدهای مورد مطالعه ۴۷/۲ درصد (۳۲ نفر) واحدها مبتلا به کلاس سه‌ی نارسایی قلبی (مطابق طبقه‌بندی انجمن قلب نیویورک)، ۵۲/۸ درصد (۳۸ نفر) مذکر، ۵۱/۴ درصد (۳۷ نفر) ساکن روستا، ۵۲/۸ درصد (۳۸ نفر) متأهل، ۵۱/۴ درصد (۳۷ نفر) باسواد، ۴۰/۴ درصد (۲۹ نفر) بی‌کار یا خانه‌دار، ۵۱/۴ درصد (۳۷ نفر) دارای درآمد کمتر از هزینه کرد و ۱۹/۴ درصد (۱۴ نفر) تنها زندگی می‌کردند.

در بررسی خصوصیات بیماری و درمان واحدهای پژوهش، ۴۳/۱ درصد (۳۱ نفر) واحدها سابقه‌ی استعمال سیگار، ۶۲/۵ درصد (۴۵ نفر) علاوه بر نارسایی قلبی، مبتلا به بیماری مزمن دیگر بودند که بیشترین درصدآن (۲۹/۲ درصد) (۲۱ نفر) بیماری دیابت بود. ۶۲/۵ درصد (۴۵ نفر) سابقه‌ی خانوادگی بیماری قلبی و ۴۰/۳ درصد(۲۹ نفر)، سابقه‌ی آموزش درباره‌ی بیماری نارسایی قلبی را داشتند.

میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری ۵/۵ سال بود. بر اساس نتایج پژوهش ۶۱/۱ درصد (۴۴ نفر) واحدهای پژوهش توان خود مراقبتی متوسط، ۳۱/۹ درصد (۲۳ نفر) ضعیف و هفت درصد (۵ نفر) توان خود مراقبتی خوب داشتند و میانگین و انحراف معیار توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش ۶/۲۶±۴۱/۱۸ بود. از بین دوازده سوال مربوط به سنجش توان خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی، بهترین رفتارها به ترتیب شامل محدود کردن میزان مصرف مایعات با میانگین نمره ۱/۸۹، محدود کردن مصرف نمک با میانگین نمره‌ی ۲/۱۴ و مصرف منظم داروها با میانگین نمره‌ی۲/۴ مربوط بود و ضعیف‌ترین رفتارها به ترتیب به کنترل وزن روزانه با میانگین نمره‌ی ۴/۸۳، کنترل وزن هفتگی با میانگین نمره‌ی ۴/۷۹، تزریق سالانه واکسن انفلوانزا با میانگین نمره‌ی ۴/۷۸ و فعالیت ورزشی منظم با میانگین نمره‌ی ۴/۵۸ مربوط می‌شد.

بحث

برابر یافته‌های پژوهش، توان خودمراقبتی واحدهای مورد مطالعه در سطح متوسط بود. در مطالعه‌ی *شجاعی* که با هدف تعیین رفتارهای مراقبت از خود بیماران نارسایی قلبی در تهران انجام گرفت، نتیجه مشابه بود [۹]. درمطالعه‌ی *اوکسل*، در کشور ترکیه، توان خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی ضعیف گزارش شده است [۱۰]. *شجاعی* به نقل از *ریجل* می‌نویسد که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در انجام رفتارهای خودمراقبتی با موانع متعددی نظیر کمبود اطلاعات، محدودیت‌های جسمی، عدم سازگاری با درمان های متعدد و پیچیده، مشکلات عاطفی و ابتلا به بیماری های مزمن دیگر روبه‌رو هستند که همه‌ی این عوامل، رفتار خودمراقبتی ر ا در آن‌ها تا حد زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد [۹].

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین کلاس نارسایی قلبی بیماران و سطوح رفتار خودمراقبتی مشاهده شد. بیماران با کلاس دوی نارسایی قلبی (مطابق طبقه‌بندی انجمن قلب امریکا) سطح توان خودمراقبتی بهتری داشتند که با نتایج مطالعه‌ی *شجاعی* همخوانی داشت. در این رابطه شجاعی به نقل از *راکول* می‌نویسد که پیش‌رفت نارسایی قلبی سبب تشدید تنگی نفس، خستگی مفرط و فقدان انرژی شده و بیماران در انجام رفتارهای خودمراقبتی، ناتوان می‌شوند [۹]. مطابق یافته‌های پژوهش، سن عامل تأثیرگذاری بر سطح توان خود مراقبتی به شمار می‌رود و واحدهای پژوهش با سن کمتر، توان خود مراقبتی بهتری داشتند. اورم معتقد است که توانمندی‌ها و نیازهای مراقبت از خود در یک فرد سالم، متناسب با سطح رشدی که سن معین می‌کند متفاوت است [۱۱].

آکیول، *دشیف* و *آرتینیان* هم در مطالعات خود به نتایج مشابه رسیده بودند [۱۲، ۱۳ و ۱۴]. در این پژوهش، واحدهای متأهل دارای توان خودمراقبتی بهتری نسبت به افراد غیرمتأهل بودند که با نتایج مطالعه‌ی شجاعی مشابه بود [۹]. *ابوطالبی* نیز در مطالعه‌ی خود در خصوص توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون، نتایج مشابه را گزارش نموده است [۱۵]. به نظر می‌رسد تأهل با توجه به نقشی که همسر می‌تواند در کاهش استرس‌های شغلی از طریق حمایت عاطفی و همچنین کمک به تغییر شیوه‌ی زندگی داشته باشد، بر توان خودمراقبتی افراد تأثیر گذارد. در این مطالعه بین تحصیلات و سطوح توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش ارتباط معنی‌دار وجود داشت و با افزایش سطوح تحصیلی، توان خودمراقبتی واحدها نیز افزایش پیدا می‌کرد. *آکیول* به نقل از *لوکارینن* و *هنتینن* می‌نویسد که تحصیلات بالا، با توجه به ارتباط آن با موقعیت‌های شغلی بهتر و درآمد بهتر، بر توان خومراقبتی افراد تأثیر می‌گذارد [۱۲]. *راکول* می‌گوید که بیماران دارای تحصیلات بیشتر، قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند [۱۶]. در مطالعه‌ی *آکیول* در ترکیه، بقایی در کاشان و *شجاعی* در تهران، نتایج مشابه بدست آمده بود [۹، ۱۳ و ۱۷]. یافته‌های پژوهش، ارتباط معنی‌دار آماری را بین سابقه‌ی آموزش و توان خودمراقبتی واحدها نشان داد. به نظر می‌رسد فرآیند آموزش با توجه

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

به تأثیراتی که بر سطوح آگاهی و نگرش بیماران دارد، نقش تعیین-کننده‌ای بر سطوح توان خودمراقبتی بیماران دارد. جاراسما معتقد است که تنظیم برنامه‌های آموزشی و حمایتی هدف‌دار، راه مهمی برای افزایش توان خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی است [۱۸]. یافته‌های پژوهش ارتباط معنی‌دار آماری را بین سطح درآمد و توان خودمراقبتی نشان داد که با نتایج مطالعه‌ی *کانل* در امریکا و *گارسیا* در کلمبیا مشابه بود [۱۹ و ۲۰]؛ اما در مطالعات انجام شده توسط *آنسار* و *آرتینیان* ارتباط معنی‌داری بین سطح درآمد و توان خودمراقبتی گزارش نشده است [۱۴ و ۲۱]. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین رفتارهای خودمراقبتی و ابتلای همزمان به سایر بیماری‌های مزمن مشاهده شد که با نتیجه‌ی مطالعه‌ی *شجاعی* یک‌سان بود [۹]. *کاتو* معتقد است وجود بیماری مزمن دیگر همزمان با نارسایی قلبی، باعث بیشتر و پیچیده‌تر شدن اجزای رفتارهای خود مراقبتی بیماران می‌شودکه این امر رفتار خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار خواهد داد [۵]. وضعیت شغلی از دیگر فاکتورهای تأثیرگذار بر توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش بود. واحدهای پژوهش کارمند و بازنشسته، توان خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر واحدهای پژوهش داشتند که با نتایج مطالعه *ابوطالبی* و *اوکسل* مشابه بود [۱۰ و ۱۵]. شغل افراد ارتباط مستقیمی با سطح توان خودمراقبتی دارد. زیرا وضعیت شغلی بهتر دلالت بر سطوح بالای تحصیلات و درآمد بالا دارد [۱۱]. در این پژوهش، اختلاف معنی‌دار آماری بین توان خودمراقبتی مردان و زنان مشاهده نشد که با نتایج مطالع *آرتینیان* مشابه بود [۱۴]. در مطالعه‌ی *ابوطالبی* و *شجاعی*، مردان توان خودمراقبتی بهتری نسبت به زنان داشتند [۹ و ۱۵]. به نظر می‌رسد تأثیر تفاوت جنسیتی بر توان خودمراقبتی می‌تواند متأثر 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 مطالعه‌ی خود نسبت به زنان عنوان کرده است [۱۵].

در این پژوهش، بین محل سکونت و توان خود مراقبتی واحدها ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه‌ی *آرتینیان* نیز نتایج مشابه بود [۱۴]؛ اما در مطالعه‌ی *اوکسل*، محل سکونت دارای ارتباط معنی-دار با توان خود مراقبتی بود و واحدهای ساکن شهر توان خود مراقبتی بهتری داشتند. *آکیول* در مطالعه‌ی خود اظهار می‌کند که ساکنین شهر در مقایسه با ساکنین روستا، به علت دسترسی راحت‌تر به مراکز ارایه دهنده‌ی خدمات بهداشتی و سلامتی، فرصت بیشتری برای کنترل و درمان بیماری داشته و سطح توان خودمراقبتی در آن-ها نسبت به ساکنین روستا بهتر خواهد بود [۱۳]. در این پژوهش با توجه به این که بیشتر افراد روستایی شرکت کننده در مطالعه در روستاهای نزدیک شهر اردبیل زندگی می‌کردند، به راحتی همانند واحدهای شهری به مراکز درمانی دسترسی داشتند. در ضمن با توجه به این که تمامی ساکنین روستا با توجه به اجرای طرح پزشک خانواده ضمن برخورداری از پوشش بیمه روستایی به آسانی به پزشکان خانواده خود نیز دسترسی دارند، اختلاف قابل ملاحظه‌ای در دسترسی به مراکز ارایه دهنده خدمات درمانی بین واحدهای ساکن شهر و روستا مشاهده نشد.

نتیجه گیری

طبق نتایج این پژوهش، توان خود مراقبتی واحدهای پژوهش درسطح متوسط بود. از آنجایی که مطالعات قبلی ارتباط مستقیمی را بین سطح توان خودمراقبتی بیماران با سطح سلامتی افراد، به ویژه افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، گزارش کرده‌اند پیش‌نهاد می‌شود پرستاران در حین انجام مداخلات پرستاری، رفتارهای مراقبت از خود بیماران را ارزیابی کرده، موانع اجرای رفتار مناسب را جستجو نموده و با توجه به اطلاعات به دست آمده از مطالعه، درباره‌ی عوامل مؤثر بر اجرای رفتار مراقبت از خود، آموزش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای را برای ارتقای رفتارهای مراقبت از خود بیماران، تدوین و اجرا نمایند.

تشکر و قدر دانی

بدین‌وسیله از زحمات معاونت محترم مرکز تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، معاونت محترم آموزشی، سوپروایزرین محترم و پرسنل محترم بخش قلب بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل که ما را در انجام پژوهش یاری نموده‌اند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

1. Rezaeiloie H,Dalvandi A,Hoseini M A, Rahgozar M.The effect of education on self- care and quality of life of patients with heart failur.Journal of tavanbakhshi.2009;10(2):21-26.(Persian)
2. Riegel B , Driscoll A, Suwanno J, Moser D K, Lennie T A , Chung M L, Wu J R ,Dickson V V, Carlson B, Cameron J. Heart failure self-care in developed and developing countries. J Cardiac Failure . 2009;15(6):508-16.
3. Jaarsma T, Halfens R , Abu-Saad H H, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. HEART & LUNG VOL .2000;29(5):319-30.
4. Holst M , Willenheimer R, Martensson J, Lindholm M, Strömberg A. Telephone follow-up of self-care behaviour after a single session education of patients with heart failure in primary health care. European Journal of cardiovascular Nursing.2007; 6 : 153–159.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

5. 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.
6. Chriss P M, Sheposh J , Carlson B, Riegel B. Predictore of successful heart failure self- care maintenance in the first three months after hospitalization.Heart lung .2004;33(6):345-353.
7. Owan T E, Redfield M M. Epidemiology of Diastolic Heart Failure. Progress in Cardiovascular diseases. 2005; 47(5): 320-332.
8. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S . Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? European Journal of Cardiovascular Nursing .2010 ; 9: 92–100.
9. Shojaei F, Asemi S, Njafiarandi A,Hoseini F.Self – care behaviour of patients with heart failure.Quarterly journal of paiesh.2009;8(4):361-69.
10. Oksel E, AkbiyIk A,Kocak G. Self care behavior analysis of patients with chronic heart failure. European journal of cardiovascular nursing. 2009; 31(8):p s22
11. Coyle R L.Information retrieval of self – care and dependent care agents using netwellness, The tesis for the degree of doctorate of philosophi, The college of nursing , cincinnati unversity.2000.
12. 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.
13. Dashiff CJ,Mccaleb A,Cull V.self-care of young adolescents with type 1 diabetes . Journal of pediatric nursing.2006; 21(3):222-232.
14. Artinian NT,Magnan M,Sloan M,Lange P, Michigan D. Self care behaviors among patients with heart failure. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care.2002; 31(3):161-172.
15. Abotalebi G.The study of self- care agency based on orems theory in individuals with hypertension admitted to the selected hospitals of Ardebil[dissertation].the thesisi for the degree of M.S.C in medical surgical nursing,Tehran.Islamic azad university medical scinces branch,2009.
16. 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.
17. Baghaei P,Zandi M, Vares Z,Masoodialavi N,Adidhajbagheri M.Self-care behaviour of patients with diabetes in kashan centers of diabetes.Quarterly Journal of feiz. 2008;12(1):88-93. (Persian)
18. Jaarsma T, Halfens R, Abu-Saad H H, Dracup K, Stappers J, Ree J V. Quality of life in older patients with systolic and diastolic heart failure European Journal of Heart Failure .1999; 1: 151-160.
19. 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.
20. Garcia MP. self- care ability in people with arterial hypertension of the medical foundation preventiv in San Jose of cucuta 2004. Avances in enfermeria.2006; 24(2): 63-79.
21. Unsar S, Erol O, Mollaoglu M . The self – care agency in dialyzed patients, dialysis & transplantation.2007 ;36(2):57-70.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]