رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

فاطمه شجاعی: * مربی، گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری ابهر، دانشگاه علوم پزشکی زنجان
صدیقه عاصمی: مربی، گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
اکرم نجف یارندی: مربی، گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
فاطمه حسینی: مربی، گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

فصلنامه پایش
سال هشتم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۸ صص ۳۶۹-۳۶۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۲/۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۲۳ شهریور ۱۳۸۸]

چکیده

بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، برای مواجهه با مشکلات بیماری، نیاز به رفتارهای خودمراقبتی دارند، لذا شناسایی این رفتارها و تشویق بیمار جهت مشارکت و قبول مسئولیت در انجام صحیح آنها منجر به کنترل عوارض بیماری خواهد شد. این مطالعه، با هدف تعیین رفتارهای مراقبت از خود و ارتباط آن با متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، طول مدت بیماری، دفعات بستری شدن، بیماری‌های مزمن دیگر و درصد کسر تخلیه‌ای قلب، در مراکز آموزشی ـ درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران صورت گرفت.

این مطالعه از نوع توصیفی ـ تحلیلی بوده است که طی آن، تعداد ۲۵۰ نفر بیمار مبتلا به نارسایی قلبی واجد شرایط وارد آن شده‌اند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه اروپایی رفتارهای مراقبت از خود در بیماران نارسایی قلبی استفاده شد. نتایج به وسیله آزمون‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون t مستقل و کای دوی کروسکال ـ والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس یافته‌ها، فقط ۲۶ درصد از واحدها خودمراقبتی را به خوبی ایفا کرده بودند و رفتار «داروهایم را مطابق دستور پزشک مصرف می‌کنم» بیشترین رعایت را در این بیماران داشته است. رفتارهای خودمراقبتی با متغیرهای مستقل سن و دفعات بستری قبلی، ارتباط آماری معنی‌دار و معکوس و با سایر متغیرها، ارتباط آماری مستقیم و معنی‌داری را نشان دادند.

با توجه به نتایج پژوهش، لازم است آموزش‌هایی در خصوص انجام خودمراقبتی به بیماران ارائه و بر انجام آن نیز تأکید شود. مطمئناً تدوین چنین برنامه‌هایی، نیاز به یک گروه درمانی فعال خواهد داشت.

کلیدواژه‌ها: رفتارهای خودمراقبتی، نارسایی قلبی، مراقبت‌های پرستاری

* نویسنده پاسخگو: زنجان، ابهر، خیابان شهید طهماسبی، روبروی اداره پست، دانشکده پرستاری ابهر
تلفن: ۰۲۴۲-۵۲۲۶۹۰۰
E-mail: Shojaei_f2000@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.5.2]

مقدمه

تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت بسزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند، با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیر گذار باشند[۱]. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن نیز، به علت عواقب بیماری و درمان، با تغییر در نیازهای خودمراقبتی مواجه خواهند بود و برای مواجهه با مشکلات بیماری نیاز به رفتارهای خودمراقبتی دارند[۲]. در سال‌های اخیر، تمرکز بر درمان‌های حمایتی و آموزشی بیماران مبتلا به نارسائی قلبی به طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است و تمرکز درمان نیز بیشتر بر روی پذیرش درمان و مراقبت از خود است[۳]. خودمراقبتی در نارسایی قلبی بر مواردی چون رژیم غذایی و دارویی، محدودیت سدیم و مایعات، میزان فعالیت‌های مجاز، توزین روزانه، جستجو و تصمیم گیری جهت اقدامات مناسب درمانی، در هنگام بروز شدید بیماری دلالت می‌کند [۴] و اصل مهم در خودمراقبتی، مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن، بسیاری از عوارض بیماری قابل کنترل شود [۵]. محدودیت ناشی ازسالمندی، همراهی دیگر بیماری‌های مزمن، نظیر اختلالات تنفسی، نارسایی کلیه، دیابت، استئوآرتریت، اختلالات بینایی و شنوایی و زوال عقل، کاهش درآمد و کمبود آگاهی از روش‌های درمانی و رژیم غذایی، خودمراقبتی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلب دشوار می‌سازد[۶].

با توجه به موارد ذکر شده، این بیماران در انجام خودمراقبتی با موانعی مواجه هستند و تعجب آور نیست که خودمراقبتی ضعیف می‌تواند منجر به بستری مکرر و کیفیت زندگی اندک آنها گردد[۷]. در نتیجه، یکی از بخش‌های مهم برنامه‌های کنترل نارسایی قلبی آموزش و کمک به بیماران برای سازگاری با شرایط مزمن بیماری و انجام رفتار خودمراقبتی مناسب است. این روش‌های حمایتی باید توسط پرستار در برنامه‌ریزی‌های تدوین شده برای ترخیص بیماران انجام شود[۸]. با توجه به نقش مهم پرستاران در ارتقای سطح سلامت و آموزش رفتارهای خودمراقبتی، می‌توان با شناسایی این رفتارها مداخلات برنامه‌ریزی شده‌ای برای ارتقای سطح رفتارهای خودمراقبتی و در نتیجه، بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تدوین نمود [۴].

پژوهش حاضر با هدف تعیین ایفای خودمراقبتی در این بیماران و بررسی ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، طول مدت بیماری، دفعات بستری شدن، بیماری‌های مزمن دیگر نظیر دیابت، استئوارتریت، فشارخون، اختلالات تنفسی، بیماری‌های قلبی و درصد کسر تخلیه‌ای قلب انجام پذیرفته است تا بتوان با کسب آگاهی و دانش در زمینه خودمراقبتی، همگام با اجرای برنامه مراقبتی، به آموزش بیماران و برنامه‌ریزی برای ارتقای سطح رفتارهای خودمراقبتی اهتمام ورزید و آنان را در انجام خودمراقبتی توانمند ساخت.

مواد و روش کار

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی ـ تحلیلی است و در آن رفتارهای خودمراقبتی و ارتباط آن با هر یک از متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، طول مدت بیماری، دفعات بستری شدن، بیماری‌های مزمن دیگر و ... درصد کسر تخلیه‌ای قلب مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا با تشخیص نارسایی قلبی ثبت شده در پرونده و مدارک پزشکی بیمار، سن بالای ۱۸ سال و کسر تخلیه‌ای قلب ۴۰ درصد یا کمتر از آن بود که حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری آنها گذشته بود و برای پی‌گیری‌های درمانی خود به صورت سر پایی یا بستری به مراکز آموزشی ـ درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران مراجعه می‌کردند. تعداد کل نمونه‌های پژوهش، ۲۵۰ نفر بودند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش از دو پرسشنامه تشکیل شده بود: پرسشنامه اول، شامل اطلاعات جمعیتی و پرسشنامه دوم برای سنجش رفتارهای خودمراقبتی بود که برای تنظیم آن از پرسشنامه اروپایی رفتار مراقبت از خود بیماران نارسایی قلبی (European heart failure self care behavior) که توسط جاراسما و همکارانش در سال (۲۰۰۳) طراحی شده بود، استفاده شد. این پرسشنامه حاوی ۱۲ سؤال و پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از «کاملاً اینطور است» (با امتیاز ۱) به منظور مشخص نمودن انجام مناسب رفتار تا «اصلاً این طور 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.

اعتبار علمی (Validity) ابزار در این پژوهش از طریق اعتبار محتوا مشخص شده است. به این منظور، در مرحله اول با مراجعه به منابع علمی موجود، ابزار تهیه گردید. سپس به صورتی ساده و روان به فارسی برگردانده شد و با استفاده از نظریات استادان

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.5.2]

راهنما، مشاور و مشاور آمار، ابزار اولیه تنظیم گردید. پس از آن، برای نظرسنجی، در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار داده شد و پس از جمع‌آوری و اعمال نظریات، ابزار تهیه شده در کمیته امور پژوهشی مطرح شد و مورد بررسی نهایی قرار گرفت. در خاتمه، اجازه استفاده از ابزار، توسط شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده اعلام گردید. پایایی علمی (Reliability) ابزار با روش آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت؛ به این ترتیب که پژوهشگر با مراجعه به محیط‌های پژوهشی، پرسشنامه‌ها را در اختیار ۲۵ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی قرار داد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های تکمیل شده در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۰ وارد شد و ضریب آلفا برای پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی، ۰/۶۸ به دست آمد. لازم به ذکر است این ۲۵ نفر از نمونه پژوهش حذف شدند و اطلاعات کسب شده از آنها مورد استفاده قرار نگرفت. روش جمع‌آوری اطلاعات به این ترتیب بود که پژوهشگر در نوبت‌های کاری و در روزهای مختلف هفته به مراکز درمانی، مراجعه و پس از بیان اهداف، جلب رضایت کتبی واحدهای مورد پژوهش و توضیح نحوه تکمیل پرسشنامه، به جمع‌آوری اطلاعات اقدام نمود. اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۰ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی، برای یافتن ارتباط خودمراقبتی با متغیرهای سن، وضعیت تأهل، طول مدت بیماری و درصد کسر تخلیه‌ای قلب، از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و به منظور تعیین ارتباط آن با متغیرهای ابتلای همزمان به بیماری‌های مزمن دیگر و جنس، از آزمون t مستقل و با متغیرهای سطح تحصیلات و دفعات بستری از آزمون کای دوی کروسکال ـ والیس استفاده شد.

یافته‌ها

واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه دارای میانگین سنی ۵۷/۹۲ سال بودند که۶۸/۴ درصد از آنها مرد، ۷۸/۷ درصد متأهل، ۴۴/۸ درصد بی سواد، ۳۳/۲ درصد شاغل، ۶۴/۴ درصد دارای وضعیت اقتصادی متوسط بوده و ۴۲ درصد از آنها، علاوه بر نارسایی قلبی، به بیماری‌های مزمن دیگری نیز مبتلا بودند که از این بین ۳۰/۵ درصد به فشار خون و دیابت و ۱۳/۴ درصد فقط به دیابت، ۱۹ درصد فقط به فشار خون و ۱۹ درصد به سایر بیماری‌های مزمن مربوط می‌شدند.

میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری ۴۳/۲۴ ماه، تعداد دفعات بستری قبلی به علت بیماری قلبی ۳/۲۳ بار و میانگین درصد کسر تخلیه‌ای قلب ۳۲/۳۴ بودند. بر اساس نتایج جدول شماره ۱ رفتار «داروهایم را مطابق دستور پزشک مصرف می‌کنم» کمترین میانگین را در بین رفتارها داشته است. در این پژوهش فقط ۲۶ درصد واحدها رفتارهای خودمراقبتی خوب داشتند (جدول شماره ۲).

در زمینه ارتباط متغیرهای مستقل با رفتارهای خودمراقبتی، نتایج طبق جدول شماره ۳ نشان دادند که بین رفتارهای خودمراقبتی، سن و دفعات بستری قبلی، ارتباط آماری معنی‌دار و معکوسی وجود دارد و با سایر متغیرها نیز ارتباط آماری مستقیم و معنی‌داری را نشان داد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.5.2]

جدول شماره۱- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب رعایت رفتارهای خودمراقبتی و میانگین رفتارها

پاسخ / پرسش	کاملاً همین طور است (۱) / تعداد (درصد)	۲ تعداد (درصد)	۳ تعداد (درصد)	۴ تعداد (درصد)	اصلاً اینطور نیست (۵) / تعداد (درصد)	جمع	میانگین *
خودم را هر روز وزن می‌کنم	۲۰ (۸)	۳۲ (۱۲/۸)	۵۷ (۲۲/۸)	۴۲ (۱۶/۸)	۹۹ (۳۹/۶)	۲۵۰	۳/۶۷
اگر دچار تنگی نفس شوم، آرامش خودم را حفظ می‌کنم	۳۸ (۱۵/۲)	۶۹ (۲۷/۶)	۶۱ (۲۴/۴)	۵۴ (۲۱/۶)	۲۸ (۱۱/۲)	۲۵۰	۲/۸۶
اگر تنگی نفسم افزایش یافت، با پزشکم تماس می‌گیرم	۹۰ (۳۶)	۶۰ (۲۴)	۶۲ (۲۴/۸)	۳۰ (۱۲)	۸ (۳/۲)	۲۵۰	۲/۲۲
در صورت افزایش ورم روی پاها و یا قوزک پاهایم، با پزشکم تماس می‌گیرم	۷۵ (۳۰)	۵۷ (۲۲/۸)	۵۶ (۲۲/۴)	۳۶ (۱۴/۴)	۲۶ (۱۰/۴)	۲۵۰	۲/۵۲
اگر در عرض یک هفته بیشتر از ۲ کیلو وزنم اضافه شود، با پزشکم تماس می‌گیرم	۴۶ (۱۸/۴)	۳۷ (۱۴/۸)	۵۴ (۲۱/۶)	۳۱ (۱۲/۴)	۸۲ (۳۲/۸)	۲۵۰	۳/۲۶
محدودیت مصرف مایعات را رعایت می‌کنم (حداکثر ۸-۶ لیوان)	۴۵ (۱۸)	۴۳ (۱۷/۲)	۶۱ (۲۴/۴)	۵۰ (۲۰)	۵۱ (۲۰/۴)	۲۵۰	۳/۰۷
در طول روز، زمانی را به استراحت اختصاص می‌دهم	۱۵۰ (۶۰)	۵۷ (۲۲/۸)	۳۷ (۱۴/۸)	۳ (۱/۲)	۳ (۱/۲)	۲۵۰	۱/۶
اگر دچار خستگی زیاد شوم، با پزشکم تماس می‌گیرم	۴۱ (۱۶/۴)	۳۳ (۱۳/۲)	۴۹ (۱۹/۶)	۴۸ (۱۹/۲)	۷۹ (۳۱/۶)	۲۵۰	۳/۳۶
رژیم غذائی کم نمک را رعایت می‌کنم	۱۴۲ (۵۶/۸)	۳۶ (۱۴/۴)	۳۰ (۱۲)	۱۶ (۴/۶)	۲۶ (۱۰/۴)	۲۵۰	۱/۹۹
داروهایم را مطابق دستور پزشک مصرف می‌کنم	۱۹۴ (۷۷/۶)	۲۵ (۱۰)	۲۳ (۹/۲)	۶ (۲/۴)	۲ (۰/۸)	۲۵۰	۱/۳۸
هر سال واکسن آنفولانزا تزریق می‌کنم	۲۵ (۱۰)	۶ (۲/۴)	۱۱ (۴/۴)	۲۹ (۱۱/۶)	۱۷۹ (۷۱/۶)	۲۵۰	۴/۳۲
به طور منظم ورزش می‌کنم	۳۱ (۱۲/۴)	۱۹ (۷/۶)	۶۱ (۲۴/۴)	۴۲ (۱۶/۸)	۹۷ (۳۸/۸)	۲۵۰	۳/۶۲

* میانگین کمتر به منزله رفتار خودمراقبتی بهتر است.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نمره کلی رفتارهای خودمراقبتی

نمره کلی رفتارهای خودمراقبتی	تعداد	درصد
خوب (۲۸-۱۲)	۶۵	۲۶
متوسط (۴۴-۲۹)	۱۴۱	۵۶/۴
ضعیف (۶۰-۴۵)	۴۴	۱۷/۶
جمع	۲۵۰	۱۰۰
انحراف معیار ± میانگین	۹/۲۲ ± ۳۳/۹۱	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.5.2]

جدول شماره ۳- شاخص‌های آماری رفتارهای خودمراقبتی بر اساس هر یک از متغیرها

شاخص‌های آماری رفتارهای خودمراقبتی / متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	نوع آزمون	نتیجه آزمون
سن (سال)				**آنالیز واریانس یک طرفه**	**F= ۵/۳۱**
۲۰-۳۹	۳۰	۳۱/۳۵	۹/۴۶		**P<۰/۰۰۱**
۴۰-۵۹	۹۰	۳۲/۳۷	۸/۵۵		
۶۰-۷۹	۱۱۷	۳۲/۳۷	۹/۲		
بیش از ۷۹	۱۳	۴۲/۲۳	۶/۷۷		
جنس				**آزمون t مستقل**	**t= ۳/۸۷**
مرد	۱۷۱	۳۲/۴۲	۹/۳۴		**P<۰/۰۰۱**
زن	۷۹	۳۷/۱۵	۸/۱۰		
وضعیت تأهل				**آنالیز واریانس یک طرفه**	**F= ۷/۳۲**
متأهل	۱۹۶	۳۴	۹/۰۸		**P<۰/۰۰۱**
مجرد	۲۵	۲۸/۹۲	۷/۶۶		
همسرمرده و مطلقه	۲۸	۳۸/۳۵	۹/۱۵		
سطح تحصیلات				**کروسکال ـ والیس**	**χ^2= ۷/۳۲**
بی سواد	۱۱۲	۳۷/۷۷	۸/۹۲		**P<۰/۰۰۱**
زیر دیپلم	۹۱	۳۱/۹۴	۹/۰۶		
دیپلم	۲۷	۳۰	۵/۳۷		
دارای تحصیلات دانشگاهی	۲۰	۲۶/۵۵	۵/۹۷		
طول مدت ابتلا به بیماری (ماه)				**آنالیز واریانس یک طرفه**	**F= ۹/۰۷**
کمتر از ۱۲	۹۲	۳۱/۰۹	۹		**P<۰/۰۰۱**
۱۲-۳۵	۳۳	۳۰/۹۳	۷/۳۴		
۳۶-۷۱	۶۷	۳۴/۶۱	۹/۳۳		
۷۲-۱۰۷	۲۲	۳۸/۷۲	۸/۶۸		
۱۰۸-۱۴۴	۳۶	۳۹/۶۱	۷/۵۶		
دفعات بستری (مرتبه)				**کروسکال ـ والیس**	**χ^2= ۵۱/۳۶**
۱-۲	۱۳۴	۳۱/۲۱	۹/۰۴		**P<۰/۰۰۱**
۳-۴	۶۷	۳۳/۳۵	۷/۵۸		
۵-۶	۱۶	۴۰/۹۳	۶/۷۱		
۷-۸	۲۱	۴۳/۱۴	۵/۸۷		
بیش از ۸	۱۲	۴۱/۶۶	۸/۷۳		
درصد کسر تخلیه‌ای قلب				**آنالیز واریانس یک طرفه**	**F= ۱۲/۶۹**
۱۰-۲۰	۲۰	۴۲/۱۵	۷/۸۸		**P<۰/۰۰۱**
۲۰-۳۰	۸۲	۳۵/۱۸	۹/۰۲		
۳۰-۴۰	۱۴۸	۳۲/۱۰	۸/۸۱		
همزمان دارای بیماری‌های مزمن دیگر				**آزمون t مستقل**	**t= ۷/۰۶۴**
بلی	۱۰۵	۳۸/۳۴	۸/۲۴		**P<۰/۰۰۱**
خیر	۱۴۵	۳۰/۷۱	۸/۵۶		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.5.2]

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، فقط ۲۶ درصد از بیماران رفتارهای خودمراقبتی مناسبی داشتند و سه چهارم بیماران در حد متوسط و ضعیف از این رفتارها پیروی می‌کردند. در تحقیق آذرپاد نیز نیمی از بیماران رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط و نیمی دیگر در سطح خوب داشتند[۹]. متأسفانه این بیماران، در انجام رفتارهای خودمراقبتی، با موانع متعددی نظیر کمبود اطلاعات، محدودیت‌های جسمی، عدم سازگاری با درمان‌های متعدد و پیچیده، مشکلات عاطفی و ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر روبرو هستند که طبیعتاً همه این عوامل رفتار خودمراقبتی را در آنها تا حد زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد[۱۰]. همچنین در یک مطالعه کیفی درباره بررسی موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی، در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، مشخص شد که بسیاری از بیماران اصولاً اعتقادی به تأثیر مثبت رفتارهای خودمراقبتی بر روی تسکین علایم بیماری شان ندادند که این امر تبعیت آنها از رفتارهای خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار داده است و بیماران انگیزه‌ای جهت انجام این رفتارها ندارند[۱۰].

بر اساس نتایجی که بیان شد، رفتار «در طول روز، زمانی را به استراحت اختصاص می‌دهم» با حداقل میانگین به گونه‌ای مناسب از طرف بیماران رعایت شده بود که با نتایج پژوهش آذرپاد نیز همخوانی دارد[۹]. احتمالاً بیشترین دلیل رعایت آن این است که خواب بعد از ظهر بخشی از فرهنگ رایج در کشور ما است و شاید خیلی از بیماران، حتی بدون این که دلیل انجام این رفتار را بدانند، آن را به گونه‌ای مناسب رعایت می‌کنند. رفتار «داروهایم را مطابق دستور پزشک مصرف می‌کنم» نیز به گونه‌ای مناسب توسط بیماران رعایت شده بود. البته این نتیجه با تحقیقاتی که توسط Monane و همکارانش انجام شده مغایرت دارد. آنها در پژوهش خود مشخص کردند که تنها ۱۰ درصد از ۷۲۴۷ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی، در پی‌گیری یک ساله، داروهای خود را طبق تجویز پزشک مصرف می‌کردند[۱۱]. ولی بر عکس آنها Ni و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که ۷۴ درصد از بیماران داروهای خود را به موقع و طبق تجویز پزشک مصرف می‌کردند[۱۲]. Artinian و همکاران نیز در نتیجه پژوهش خود مشخص کردند که این رفتار را، بیشتر اوقات بیماران رعایت می‌کرده‌اند[۱۳].

این تغایر در نتایج پژوهش‌ها را شاید بتوان چنین تفسیر کرد که ما در پژوهش خود، اطلاعات را به طور ذهنی و با استناد به بیان بیمار و مصاحبه جمع‌آوری کرده‌ایم و امکان مشاهده رفتار برای ما وجود نداشته است. چه بسا این رفتار، اگر عینی‌تر و طی پی‌گیری مدت دار، بررسی شود، نتایج کاملاً متفاوتی به دست آید. از طرفی ممکن است بسیاری از بیماران فراموش کردن یک یا دو بار دارو را در هفته چیز مهمی ندانسته و در پاسخ به سؤال ما جواب مناسب‌تری داده باشند.

رفتار «خودم را هر روز وزن می‌کنم» را بیماران در این پژوهش به طور مناسب رعایت نکرده‌اند که با نتایج پژوهش Ni و همکاران که در آن ۴۰ درصد از بیماران، اهمیتی برای توزین روزانه قایل نبودند، همخوانی دارد[۱۲]. Bushnel و همکاران نیز در پژوهش خود دریافتند که از ۴۱ بیمار شرکت کننده در پژوهش، ۲۹ بیمار خود را به طور روزانه وزن نمی‌کنند[۱۴]. در پژوهش Sulzbochhok و همکاران با وجود این که پرستاران، نحوه توزین روزانه و اهمیت آن را به بیماران آموزش داده و همچنین برگه‌های مخصوص ثبت وزن را در اختیار آنها گذاشته بودند، فقط ۴۰ درصد از بیماران توزین روزانه خود ار به طور مرتب انجام داده بودند[۱۵]. Jaarsma و همکاران، به منظور بررسی دلایل عدم انجام توزین روزانه در این بیماران، تحقیقی بر روی ۱۲۸ بیمار هلندی انجام دادند و در نتایج پژوهش خود بیان کردند که ۴۳ درصد از بیماران به دلایل ذیل توزین روزانه را انجام نمی‌دادند: «توزین را مفید نمی‌دانستند»، «نمی‌توانستند نتایج را تفسیر کنند»، «ابزار مناسبی جهت توزین نداشتند»، «به تنهایی قادر به ایستادن روی وزنه نبودند»، «به علت ضعف بینایی قادر به خواندن عقربه وزنه نبودند» [۱۶].

نتایج پژوهش ما و محققان دیگر اهمیت یافتن روش‌های مناسب‌تر و جدیدتر را برای توزین مشخص می‌کنند و همچنین نیاز است که آموزش‌هایی در مورد اهمیت توزین روزانه و ثبت آن در برگه‌های مخصوص و نحوه تفسیر نتایج و انجام اقدام لازم در هنگام افزایش وزن به بیماران آموزش داده شود و ابزارهایی مناسب برای توزین در اختیارشان قرار گیرد.

در بین رفتار های خودمراقبتی، رفتار «هر سال واکسن آنفولانزا تزریق می‌کنم» نیز به طور مناسبی رعایت نشده بود که می‌تواند به دلیل عدم توصیه گروه درمانی در مورد ضرورت تجویز واکسن و کمبود آگاهی بیمار باشد. از طرفی، گران بودن واکسن و عدم دسترسی رایگان به آن نیز می‌تواند این رفتار خودمراقبتی را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. از این رو، بهتر است وزارت بهداشت و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.5.2]

درمان و آموزش پزشکی، برای پوشش واکسیناسیون در گروه‌های پرخطر نظیر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، برنامه‌های ویژه‌ای اتخاذ کند.

در تحقیق حاضر، رفتارهای خودمراقبتی با سن ارتباط معکوس و معناداری داشت که با نتایج پژوهش آذرباد همخوانی دارد. Carlson و همکاران بیان می‌کنند که تغییرات ناشی از سالمندی، نظیر کاهش بینایی، شنوایی و شناختی بیمار، سبب ناتوانی وی در امر خودمراقبتی می‌شود. از طرفی، بیماران مسن‌تر به علت کاهش بسیاری از توانایی‌ها در انجام رفتارهای خودمراقبتی به دیگران وابسته می‌شوند[۶].

در این پژوهش، مردان نسبت به زنان، رفتار خودمراقبتی مناسب‌تری داشتند. البته آذرپاد در تحقیق خود، ارتباطی بین این دو متغیر نیافت [۹]، اما اسماعیلی (۱۳۸۴) در مطالعه خود بر روی بیماران تحت همودیالیز نشان داد که میانگین نمره‌های کسب شده از خودکارآمدی توسط نمونه‌های مذکر، بیشتر از میانگین نمره‌های نمونه‌های مؤنث بود و بیماران مذکر از توانایی خود در اجرای رفتار خودمراقبتی، اطمینان بیشتری داشتند که شاید همین امر، خودمراقبتی بیماران مذکر در این پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد. از طرفی، زنان شاید به علت محوریت خود در انجام امور منزل و خانه داری، فرصت کمتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند.

در این مطالعه، افراد متأهل، رفتارهای خودمراقبتی مناسب‌تری نسبت به همسر مرده‌ها و بیوه‌ها داشتند؛ ولی مجردها بهترین امتیازها را در رفتارهای خودمراقبتی کسب کردند. البته در این پژوهش، مجردها غالباً از تحصیلات بیشتری نسبت به سایر گروه‌ها برخوردار بودند که همین امر می‌تواند میزان آگاهی و رعایت رفتارهای خودمراقبتی آنها را تحت تأثیر قرار دهد. از طرفی، مجردها به دلیل مسئولیت‌های خانوادگی کمتر نسبت به افراد متأهل، فرصت بیشتری برای اجرای رفتارهای خودمراقبتی داشته‌اند. در مطالعات انجام شده توسط آرتینین (۲۰۰۲) آمده است که وضعیت تأهل با سه رفتار مراقبت از خود استراحت طی روز، کنترل جذب و دفع مایعات و اعتقاد به داشتن زندگی شاد با وجود ابتلا به بیماری نارسایی قلبی، ارتباط معنی‌دار دارد [۱۳]. آذرباد نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسید که عامل تأهل بر شناخت بیماران از نارسایی قلبی مؤثر بوده و افراد متأهل از شناخت بیشتری نسبت به مجردها برخوردار هستند [۹] و شاید به همین دلیل توانمندی‌های آنان برای خودمراقبتی، بیشتر از مجردها و افرادی است که تنها زندگی می‌کنند.

نتایج این تحقیق، مشابه تحقیقات دیگر، نشان دادند که خودمراقبتی در گروه دیپلم و دانشگاهی نسبت به سایر گروه‌ها مناسب‌تر است[۹، ۱۸]. Rockwell بیان می‌کند که بیماران دارای تحصیلات بیشتر، قدرت قضاوت و تصمیم گیری بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند[۱۸]. فلاحت (۱۳۸۰) نیز در تحقیق خود که به منظور بررسی تأثیر بازدید از منزل بر بستری مجدد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام داد، به این نتیجه رسید که بیشترین تعداد دفعات بستری مجدد (۴۱/۶ درصد) در بیمارانی است که تحصیلاتی در حد ششم ابتدایی داشتند، که این خود می‌تواند نشان‌دهنده اجرای ضعیف رفتارهای خودمراقبتی در بیماران با تحصیلات کمتر باشد[۱۹].

با وجود این که آذرباد در تحقیق خود، ارتباطی بین تعداد دفعات بستری و رفتارهای خودمراقبتی نیافت [۹]، در مطالعه حاضر رفتارهای خودمراقبتی در بیمارانی که دفعات بستری بیشتری داشته‌اند، ضعیف‌تر بود. فلاحت (۱۳۸۰) در تحقیق خود نشان داد که تعداد دفعات بستری مجدد در گروه موردی که بازدید از منزل داشتند و در این بازدیدها علائم و نشانه‌های بحرانی بررسی و آموزش داده می‌شد، به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بوده است[۱۹].به این ترتیب، انتظار می‌رود در طول هر بار بستری شدن، رفتارهای خودمراقبتی مورد آموزش قرار گیرند و بیماران از نظر خودمراقبتی، تواناتر شوند. ولی در اینجا می‌توان اظهار نظر کرد که شاید اجرای برنامه آموزشی در بیمارستان‌ها مفید نبوده و به رغم بستری شدن‌های مکرر، باعث تغییر رفتار در بیماران نشده است. همچنین در نتایج تحقیق مشخص گردید که با افزایش مدت زمان ابتلا به نارسایی قلبی، رفتارهای خودمراقبتی ضعیف‌تر شده است. راکول (۲۰۰۱) معتقد است که پیشرفت نارسایی قلبی سبب تشدید تنگی نفس، خستگی مفرط و فقدان انرژی می‌گردد و بیماران در انجام رفتارهای خودمراقبتی، ناتوان می‌شوند[۱۸].

آذرپاد، طی پژوهش خود، به این نتیجه رسید که بیماران با درصد کسر تخلیه‌ای ۴۰-۳۰ درصد، از نظر شناخت و ایفای رفتارهای خودمراقبتی، نسبت به سایر گروه‌ها در سطح بهتری قرار دارند[۹]. فلاحت نیز در بررسی خود دریافت که بیشترین تعداد پذیرش مجدد بیماران حتی در گروهی که از منزل بازدید داشتند، مربوط به بیماران با کسر تخلیه‌ای کمتر بود[۱۹]. در تحقیق حاضر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.5.2]

نیز، با کاهش درصد کسر تخلیه‌ای قلب، رفتارهای خودمراقبتی، ضعیف‌تر می‌شود. در این مطالعه از نتایج تحقیقات مشابه، مبنی بر ارتباط معنی‌دار بین رفتارهای خودمراقبتی و ابتلای همزمان به سایر بیماری‌های مزمن، حمایت می‌شود[۹، ۱۳، ۲۰]. ابتلا همزمان به سایر بیماری‌های مزمن همزمان با نارسایی قلبی شاید باعث پیچیدگی رژیم درمانی و خودمراقبتی در بیماران می‌گردد و آنها از طرفی به مهارت و زمان بیشتری برای انجام این رفتارها نیاز خواهند داشت که این امر رفتار خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار خواهد داد[۲۰]. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه با بیمار بوده است. بر اساس تحقیقات، روش خود گزارش دهی همیشه روش قابل اعتمادی برای بررسی خودمراقبتی نیست، اما با توجه به این که در این کاوش، پرسشگر عضو گروه درمانی نبوده است، همین امر سبب می‌شود تا بیماران پاسخ صادقانه‌ای به سؤالات بدهند و مطمئناً این روش، اطلاعات دریافتی از روایی بیشتری برخوردار هستند[۲۱]. در این پژوهش، ارتباط نمره کلی رفتارهای خودمراقبتی را با متغیرهای ذکر شده سنجیدیم و به نظر می‌رسد که اگر در پژوهش‌های دیگر، ارتباط هر یک از رفتارها با متغیرها سنجیده شود، اطلاعات کاربردی‌تر و مناسب‌تری به دست خواهد آمد.

با توجه به نتایج پژوهش، لازم است که تیم درمانی، آموزش‌هایی در خصوص خودمراقبتی، به بیماران ارائه دهد و بر انجام آن نیز تأکید کند و با توجه به این که امروزه در کشورهای دیگر بر دادن آموزش به بیمار توسط پرستاران تأکید بسیار و در ایران نیز، به صورت تئوری و عملی، واحد آموزش به بیمار به دانشجویان پرستاری تدریس می‌شود، بهتر است به منظور استفاده از توانمندی‌های پرستاران در این زمینه، در مورد شرح وظایف شغلی آنان مطابق استانداردها و روندهای مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تمهیدات ویژه ای اتخاذ گردد. همچنین توصیه می‌شود که به منظور بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد پرستاران از رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران و موانع اجرای آموزش به بیمار، تحقیقاتی انجام شود.

تشکر و قدردانی

بخشی از اعتبار پژوهش حاضر را دانشگاه علوم پزشکی ایران تأمین کرده است که به این وسیله، مراتب تقدیر خود را از استادان و اعضای محترم کمیته مشاوره امور پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران اعلام می‌داریم.

منابع

1- Tolijamo M, Hentinen M. Adherence to self care and social support. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10: 618-27

2- Jaarsma T, Halfen R, sSenten M, Huijer AH, Dracup K. Developing a supportive educative program for patient with advanced HF within orems general theory nursing. *Nursing Science Quarterly* 1998; 2: 79-85

3- Gonzalez B, Luopn J, Urrutia A, Altimir S, Coll R. Patient education by nurse: what we really do achieve? *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005; 4: 107-11

4- Judkins Deaton C, Grady KL. State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 19: 329-38

5- Schreurs KM, Colland VT, Kuijer RG, de Ridder DT, van Elderen T. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviors. *Patient Education and Counseling* 2003; 51:133-141

6- 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

7- Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to HF self care. *Patient Education and Counseling* 2002; 46: 287-95

8- Stromberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *European Journal of Heart Failure* 2005; 7: 363-69

۹- آذرباد محسن. بررسی ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با نیازهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به نارسایی قلب مراجعه کننده به مراکز آموزشی ـ درمانی و تحقیقاتی قلب و عروق شهید رجایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران ۱۳۸۴

10- Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self care. *Patient Education and Counseling* 2002; 46: 287-95

11- Monanem, Bohn RL, Gurwits JH, Glyun RJ , Avorn J. Noncompliance with congestive heart failure

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.5.2]

therapy in the elderly. *Archives of Internal Medicine* 1994; 154: 433-7

12- 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

13- 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

14- Bushnell FKB. Self-care teaching for cardiac heart failure patients. *Journal of Gerontological Nursing* 1992; 18: 27-32

15- Sulzbach-Hoke LM, Kagan SH, Carig K. Wellbeing behavior and symptom distress of clinic patient with CHF. *Meclsung Nurs* 1997; 6: 288-93

16- Jaarsma T, Halfen R, Abusaad H, Dracup K, Diederiks J. Self care and quality of life in patient with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 2000; 29: 319-30

۱۷- اسماعیلی مریم. بررسی ارتباط کیفیت زندگی با خودکار آمدی بیماران تحت همودیالیز در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران ۱۳۸۳

18- Rockwell JM, Riegel B. Predictor of self care in persons with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care* 2002; 30: 18-25

۱۹- فلاحت کتایون. تأثیر بازدید منزل بر پذیرش مجدد بیماران به نارسایی قلبی ترخیص شده از مراکز بهداشتی ـ درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران ۱۳۸۰

20- 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

21- De Geost S, Borgermans L, Gemotes H, Abraham I, Valminch H, Evers G, vanrenterghem Y. Incidence, determinants and consequences of sub clinical noncompliance with immunosuppressive therapy in renal transplant recipients. *Transplantation* 1995; 59: 340-47

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-01-31]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.4.5.2]