

Evaluation of the Relationship between Self-care Behaviors and Anxiety, Family Support and Disease State in Patients with Heart Failure and Type II Diabetes Mellitus Admitted to Chamran Teaching Health Center in Isfahan, Iran in 2018

Tahereh Najafi Ghezeljeh¹, Atiyeh Ghasemi², Mahboubeh Rasouli³,
Mohammad Garak Yaraghi⁴

Abstract

Background & Aim: Heart failure is a prevalent, chronic disease in developing countries, and type II diabetes mellitus is considered to be a major cause of heart failure. In addition to increasing atherosclerosis and contributing to hypertension, diabetes changes heart function and structure, which results in heart failure. An effective approach to the control of these diseases is the active participation of patients in self-care since it will improve the participation, satisfaction with treatment, and quality of life of patients while decreasing their anxiety levels. Self-care behaviors are extremely important in patients with chronic diseases since they empower patients in terms of performance and increase their ability to deal with problems and have a healthy lifestyle. However, self-care can be affected by factors related to the patient, community, and environment. These factors can include social support and medical staff care. In patients with heart failure, self-care is often affected by various factors, which can be used to describe and determine this complicated syndrome. However, the concurrence of heart failure and diabetes is associated with complex and difficult self-care behaviors. Therefore, it is essential to identify the influential factors in self-care behaviors. The present study aimed to assess the correlations between self-care behaviors and anxiety, family support, and disease state in patients with heart failure and type II diabetes.

Materials & Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 158 patients with heart failure and type II diabetes mellitus referring to Chamran Hospital in Isfahan, Iran in 2018. The patients were selected via continuous sampling, and inclusion criteria were age above 18 years, diagnosis of heart failure by a cardiologist based on echocardiography, lack of experience of acute coronary syndromes in the last three months, and obtaining a score above 10 in mini-mental state examination test (MMSE). Data were collected using the European heart failure self-care behavior scale (EHFSCB), Charlson comorbidity index (CCI), MMSE, Perceived Social Support from Family (PSS-Fa), and Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI) on the last day of hospitalization (before discharge). Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive statistics (frequency, frequency percentage, mean, and standard deviation), inferential statistics (t-test and analysis of variance), Pearson's correlation (to determine correlation), and Kolmogorov-Smirnov test (to determine the normal distribution of the data).

Results: In this study, 8.2% of the subjects had poor self-care behaviors, whereas 88.6% and 3.2% had moderate and good self-care behaviors, respectively. In this regard, the mean and standard deviation of self-care was reported to be 38.37 and 4.76, respectively, which demonstrated that the mean self-care scores were at a moderate level. According to the results, there was no significant correlation between the demographic and disease characteristics of the patients and self-care behaviors ($P>0.05$). Moreover, most participants received a

¹. Associate Professor, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². MS in Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel:09376443016 Email: atiyeghasemi16@yahoo.com

³. Assistant Professor, Department of Statistics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴. Professor, Department of Cardiology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

disease status score of three-four, and the mean disease status score was estimated at 4.69 ± 1.91 . Furthermore, we detected no significant relationship between disease status score and self-care behaviors ($P=0.55$). According to the results, the majority of subjects (47.5%) had a moderate cognitive performance state and their scores were in the range of 10-20. In addition, the mean cognitive performance score of the subjects was reported to be 19.16 ± 4.82 , and no significant association was found between the mentioned variable and self-care behaviors. According to the results of the present study, the highest percentage frequency in the area of obvious anxiety was related to moderate-low anxiety (25.3%). On the other hand, no significant correlation was observed between obvious anxiety and self-care behaviors. Regarding latent anxiety, the highest frequency (29.1%) was related to moderate-high anxiety, and no significant association was observed between hidden anxiety and self-care. Furthermore, the mean family support was estimated at 11.61 ± 5.35 , and no significant relationship was found between the foregoing variable and self-care behaviors.

Conclusion: According to the results, the self-care scores of the subjects were at a moderate level, and no significant correlation was observed between demographic and disease variables of the participants and their self-care behaviors. Our findings were also indicative of no significant relationship between disease status and self-care behaviors, and other variables affected self-care behaviors with the exception of other illnesses. We found no relationship between cognitive performance status and self-care behaviors. According to the results, there was no correlation between self-care behaviors and the variables of anxiety and family support. In the present study, a few participants had good self-care behaviors, which requires healthcare team members, especially nurses, to make efforts in the area of patient education and following up the performance of these behaviors in order to reduce mortality rates and treatment costs in this group of patients. In the current research, we found no association between demographic and disease variables, disease status, cognitive performance status, anxiety, and family support with self-care behaviors. Given the fact that self-care is the most important strategy for disease control and the key to successful treatment in patients with heart disease and type 2 diabetes, and since any progress in the treatment depends on the patient's self-care and treatment outcome management abilities, investigations must continue on the influential factors in self-care behavior in order to change the attitudes of patients in this regard.

Keywords: Self-care, Heart Failure, Type II Diabetes, Anxiety, Support

Conflict of Interest: No

How to Cite: Najafi Ghezljeh T, Ghasemi A, Rasouli M, Garak Yaraghi M. Correlations between Self-care Behaviors and Anxiety, Family Support, and Disease State in Patients with Heart Failure and Type II Diabetes Mellitus Admitted to Chamran Teaching Health Center in Isfahan, Iran (2018). *Iran Journal of Nursing*. 2019; 32(119):26-40.

Received: 8 May 2019

Accepted: 7 Aug 2019

ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با اضطراب، حمایت خانواده و وضعیت ناخوشی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارای دیابت نوع دو بستری در مرکز آموزشی - درمانی شهید چمران اصفهان در سال ۱۳۹۷

طاهره نجفی قزljجه^۱، عطیه قاسمی^۲، محبوبه رسولی^۳، محمد گرک یراقی^۴

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی قلبی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در کشورهای در حال توسعه است. یکی از علل مهم نارسایی قلبی بیماری دیابت نوع دو می‌باشد. از مهم‌ترین روش‌های کنترل این دو بیماری مشارکت فعالانه فرد بیمار در مراقبت از خود است. هر چند زمانی که نارسایی قلبی و دیابت با یکدیگر همراه شوند، رفتارهای خودمراقبتی بسیار پیچیده و مشکل خواهد شد. از این رو، شناسایی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی حائز اهمیت می‌باشد. در نتیجه هدف از این مطالعه تعیین ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با اضطراب، حمایت خانواده و وضعیت ناخوشی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی دارای دیابت نوع دو بود.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - همبستگی می‌باشد که در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۵۸ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی دارای دیابت نوع دو که به بیمارستان چمران اصفهان مراجعه کرده بودند، انجام شد. این نمونه‌ها به روش مستمر انتخاب شده بودند. در این مطالعه داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های اروپایی رفتارهای خودمراقبتی در نارسایی قلبی، بیماری‌های همراه Charlson، وضعیت عملکرد شناختی، حمایت اجتماعی (مقیاس خانواده)، اضطراب Spielberger و اطلاعات جمعیت شناختی جمع آوری شد. سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و همچنین آمار استنباطی (تی تست و آنالیز واریانس) در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بیشتر نمونه‌ها (۸۸/۶ درصد) رفتار خودمراقبتی در سطح متوسط داشتند و میانگین و انحراف معیار آن به ترتیب $4/76 \pm$ ۳۸/۳۷ به دست آمد. در این مطالعه بین هیچ کدام یک از عوامل جمعیت شناختی، بیماری، وضعیت عملکرد شناختی، حمایت خانوادگی و اضطراب با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری یافت نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به یافته‌ها، مطالعات همچنان باید بر روی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی ادامه یابد تا از این طریق در سبک زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی دارای دیابت نوع دو تغییراتی رخ دهد تا این دو بیماری به نحوی مناسب کنترل شوند و از عوارض ناشی از آن‌ها پیشگیری شود.

کلید واژه‌ها: خودمراقبتی، نارسایی قلبی، دیابت نوع دو، اضطراب، حمایت

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۸/۲/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۸/۵/۱۴

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۳۷۶۴۴۳۰۱۶ Email: atiyeghasemi16@yahoo.com
۳. استادیار، گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۴. استاد، گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

نارسایی قلبی یک سندروم فراگیر^(۱) و یکی از شایع‌ترین انواع بیماری‌های قلبی و عمده‌ترین مشکل سلامت عمومی در جهان به شمار می‌رود^(۲) که به دلیل اختلال در ساختمان و عملکرد قلب، پمپ کردن خون توسط این عضو حیاتی بر اساس نیاز بافت‌های در حال متابولیسم با نقص و ناتوانی مواجه می‌شود^(۱). شیوع نارسایی قلبی در ایالات متحده آمریکا ۵/۱ میلیون نفر در سال است^(۳) و این بیماری دارای میزان بالای مرگ و یک علت بزرگ بستری شدن در بیمارستان است^(۴).

یکی از علل مهم نارسایی قلبی دیابت است زیرا دیابت باعث افزایش آترواسکلروز و فشار خون بالا می‌گردد و علاوه بر آن موجب تغییراتی در ساختار و عملکرد قلب شده که در نهایت منجر به نارسایی قلبی می‌شود^(۵). دیابت ملیتوس نیز یک مشکل جدی جهانی است^(۶) که بر طبق آمارها در سال ۲۰۱۳ تقریباً ۳۸۲ میلیون نفر در سراسر جهان به دیابت مبتلا بوده‌اند که احتمالاً تا سال ۲۰۳۵ این رقم به ۵۹۲ میلیون نفر می‌رسد^(۷) و در ایران نیز بنا بر پیش بینی سازمان جهانی بهداشت، تعداد بیماران مبتلا به دیابت تا سال ۲۰۳۰ میلادی به بیش از شش میلیون نفر خواهد رسید^(۸). در آمریکا مبتلایان به دیابت و نارسایی قلبی ۲/۵ میلیون نفر تخمین زده شده که ۳۰ تا ۴۷ درصد از مبتلایان به نارسایی قلبی را تشکیل می‌دهند و این رقم رو به افزایش بوده و در عموم مردم افزایش شیوع دیابت ۵۴ درصد است. در حالی که در افراد با نارسایی قلبی افزایش شیوع ۳۶۰ درصد گزارش شده است. این بدین معناست که این دو بیماری در اغلب موارد همراه با یکدیگر هستند^(۹).

بیماری‌های مزمن به طور ویژه بر روی کیفیت زندگی افراد، مسائل اجتماعی و اقتصادی اثر گذاشته و می‌توانند منجر به نتایج ضعیف سلامتی در قالب فردی، خانوادگی و جامعه و صرف هزینه‌های میلیونی شوند^(۱۰). از این رو درمان و مدیریت این دو شرایط مزمن و طولانی مدت، یکی از بزرگترین چالش‌هایی است که سیستم بهداشت و

درمان جهان با آن مواجه است^(۱۱). علاوه بر درمان کافی، خودمراقبتی در زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن در طولانی مدت نقش مهمی بازی می‌کند^(۱)، زیرا هنگامی که بیمار در فرآیند مراقبت و درمان به عنوان یک عنصر اصلی حضور دارد، مشارکت، رضایت از درمان و سطح کیفیت زندگی وی افزایش یافته و از طرف دیگر اضطرابش نیز کاهش می‌یابد. به همین علت مشارکت بیمار در امر درمان و مراقبت از خود بسیار مهم و کمک کننده است^(۱۰).

خودمراقبتی فرایند حفظ سلامتی از طریق عملکردهای ارتقاء سلامتی و مدیریت بیماری است و به عنوان یک پایه و اساس در جهت بهبود سلامتی و کیفیت زندگی مطرح می‌باشد^(۱۲). دانش بیمار، مراقبت از خود و تبعیت از درمان در افراد مبتلا به نارسایی قلب دارای دیابت می‌تواند باعث تشخیص زودرس، پیشگیری، محدود کردن عوارض حاد و مزمن بیماری و ارتقاء کیفیت زندگی شود و کلید اصلی رسیدن به اهداف درمانی است^(۱۳).

هنگامی که یک فرد این دو بیماری را همزمان با هم داشته باشد نیاز به خودمراقبتی در وی به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌یابد. در مقایسه با ابتلا به یکی از این بیماری‌ها، رژیم درمانی بیماران مبتلا به هر دو بیماری در بیشتر اوقات تغییر می‌کند که این امر باعث می‌شود مبتلایان نیاز پیدا کنند دائماً خود را با شرایط جدید تطبیق دهند تا بتوانند به طور مناسبی علائم بیماری را مدیریت کنند و مشکلات احتمالی آینده را کاهش دهند^(۱۳).

بدین ترتیب رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن دارای اهمیت بسیاری می‌باشد زیرا این بیماران با مراقبت از خود، از نظر عملکردی توانمند شده، می‌توانند بهتر بر فرآیند بیماری اثر گذارند و بر مشکلات غلبه کنند و همچنین از سبک زندگی سالم نیز برخوردار خواهند شد^(۱۴).

خودمراقبتی می‌تواند متأثر از عوامل مرتبط با بیمار، جامعه و محیط از جمله حمایت‌های اجتماعی و مراقبت کادر درمان باشد^(۱۵). برای رسیدن به این مهم، فهمیدن ارتباط

نارسایی قلبی در شهر رشت وجود نداشت^(۲۳). از این رو، هدف از این پژوهش تعیین ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با اضطراب، حمایت خانواده و وضعیت ناخوشی در افراد مبتلا به نارسایی قلبی دارای دیابت نوع دو بود.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی-همبستگی است که در بازه زمانی پنج ماهه، از اردیبهشت تا مهر ماه سال ۱۳۹۷ انجام گردید. در این مطالعه ۱۵۸ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی دارای دیابت نوع دو به روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. نمونه‌های پژوهش بیماران بستری در مرکز آموزشی-درمانی شهید چمران اصفهان بودند که معیارهای سن بالای ۱۸ سال، تشخیص نارسایی قلبی بر اساس اکوکاردیوگرافی توسط متخصص قلب، عدم تجربه بیماری سندروم کرونری حاد در سه ماهه اخیر و کسب نمره بالای ۱۰ در پرسشنامه MMSE (Mini Mental State Examination) را داشتند. برای تعیین حداقل حجم نمونه لازم در این مطالعه توان آزمون برابر ۸۰ (در نتیجه $Z_{1-\beta} = 0/84$) و خطای نوع اول پنج درصد ($Z_{\alpha/2} = 1/96$) انتخاب شد و با در نظر گرفتن انحراف معیار نمره خودمراقبتی که در مطالعه ی خوش تراش برابر ۵/۴ برآورد شده است^(۲۳) و d (کمتر از ۰/۳ انحراف معیار نمره‌ی خودمراقبتی) برابر ۱/۲ حجم نمونه‌ی مورد نیاز ۱۵۸ نفر برآورد شد. پژوهشگر پس از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1397.512) و کسب اجازه از مسئولین مرکز آموزشی درمانی شهید چمران و گرفتن رضایت نامه کتبی و شفاهی از افراد مورد پژوهش پرسشنامه‌ها را از طریق مصاحبه و ثبت پاسخها توسط پژوهشگر با صرف وقت حدود ۲۰ دقیقه برای هر فرد تکمیل کرد. داده‌های پژوهش از طریق فرم اطلاعات جمعیت شناختی و بیماری، پرسشنامه‌های اروپایی خودمراقبتی نارسایی قلبی (European Heart

ویژگی‌های جمعیت شناختی، روانی-اجتماعی و متغیرهای اجتماعی و محیطی با رفتارهای خودمراقبتی، در راستای ارتقاء عملکرد و تغییر دادن رفتارهای مزبور بسیار ضروری است^(۱۵). در مبتلایان به نارسایی قلبی، خودمراقبتی اغلب تحت تأثیر عوامل متعددی است که به وسیله این عوامل این سندروم پیچیده توصیف و مشخص می‌شود از جمله این عوامل می‌توان به افسردگی، اختلال وضعیت شناختی و بیماری‌های همراه متعدد اشاره کرد^(۱۶). در برخی پژوهش‌های دیگر در رابطه با مبتلایان به نارسایی قلبی، عوامل جمعیت شناختی و بالینی دیگری همچون سطح تحصیلات پایین و بالا بودن شدت نارسایی قلبی بر اساس طبقه بندی انجمن قلب نیویورک آمریکا بر رفتارهای خودمراقبتی مؤثر شناخته شده‌اند^(۱۷). برنامه خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نیز چند بعدی است و صرفاً به کنترل رژیم غذایی، ورزش کردن، پایش قند خون، مراقبت از پاها و دریافت دارو و تزریق انسولین وابسته نیست. بلکه تحت تأثیر عوامل مختلف جمعیت شناختی، روانی و بالینی مانند حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، درآمد ماهیانه، وضعیت اشتغال، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات می‌باشد^(۱۸). در مطالعه ای مروری در ایران که به بررسی سلامت روان در مبتلایان به دیابت پرداخته است، گزارش شد که ۱۴ درصد از این مبتلایان به اختلالات اضطرابی مبتلا هستند^(۱۹). در پژوهشی که در سال ۲۰۱۵ در ایتالیا انجام شد، ارتباط بین وضعیت شناختی و خودمراقبتی^(۲۰) و در مطالعه‌ای دیگر نیز ارتباط عاملی مانند بیماری‌های همراه با خودمراقبتی بحث و بررسی شده است^(۲۱). همچنین در مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی، آموزش دیابت، سطح سواد سلامت و خودکارآمدی با خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت مشخص شد که فقط افراد متأهل با خودکارآمدی بیشتر از خودمراقبتی در سطح بالاتری برخوردارند^(۲۲). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای جمعیت شناختی و رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به

شاخص بیماری‌های همراه Charlson ابزاری است که ۱۹ گویه دارد و هر گویه به یک نوع بیماری شایع و مهم مربوط می‌شود و به هر بیماری یک نمره خاص تعلق می‌گیرد: برای بیماری‌های انفارکتوس قلبی، نارسایی مادرزادی قلبی، بیماری عروق محیطی، بیماری‌های عروق مغزی، دمانس، بیماری مزمن ریوی، بیماری‌های بافت پیوندی، زخم معده، بیماری خفیف کبدی و دیابت نمره یک و بیماری‌های متوسط و شدید کلیوی، همی پلژی، دیابت همراه با آسیب ارگان‌های انتهایی، تومورها، لوسمی، لنفوما نمره دو و بیماری‌های متوسط و شدید کبدی نمره سه و بیماری‌های ایدز و تومورهای متاستاتیک نمره شش در نظر گرفته می‌شود و در صورت عدم وجود بیماری‌های مذکور نمره صفر داده می‌شود. سپس نمرات تمام گویه‌ها با هم جمع می‌شوند. در نهایت، امتیازات به صورت چهار درجه ناخوشی صفر، ۱-۲، ۳-۴ و ≥ 5 طبقه بندی می‌شوند و امتیازات بالاتر بیانگر تعداد بیشتر بیماری‌های همراه و احتمال بیشتر مرگ است^(۲۶). پس از ترجمه *forward translation* توسط دو نفر آشنا به واژه‌های علوم پزشکی و دو زبانه، روایی محتوای این ابزار با استفاده از نظرات علمی چهار نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران به روش کیفی انجام شد و اصلاحات لازم بر اساس نظر متخصصان اعمال گردید و پایایی آن با آلفای کرونباخ ارزیابی و ۰/۸۸ به دست آمد که حاکی از ثبات درونی مطلوب پرسشنامه است.

پرسشنامه وضعیت عملکرد شناختی ابزاری است که آگاهی به زمان و مکان، میزان توجه و قدرت محاسبه، تکرار سه کلمه، زبان و درک بینایی را بررسی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است و نمره دهی آن از ۰-۳۰ است، هرچه این نمره بالاتر باشد، شناخت بهتر را نشان می‌دهد. نمره ۲۷-۳۰ وضعیت شناختی طبیعی، نمره ۲۱-۲۶ شناخت ناقص در حد کم، ۱۰-۲۰ شناخت ناقص در حد متوسط و نمره زیر ۱۰ شناخت ناقص در حد شدید را نشان می‌دهد. این ابزار در سال ۱۹۷۵ توسط

(Failure Self Care Behavior-EHFSCB بیماری‌های همراه Charlson (CCI-Charlson) Comorbidity Index)، وضعیت عملکرد شناختی (MMSE)، حمایت اجتماعی- مقیاس خانواده (-PSS) Fa- Perceived Social Support from-Spielberger (Family اضطراب Spielberg) (state- trait anxiety inventory-STAI) در روز آخر بستری (پیش از ترخیص) جمع آوری شدند.

فرم اطلاعات جمعیت شناختی و بیماری یک پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد که پس از مطالعه منابع و کتب مربوط با موضوع پژوهش تهیه شد و سپس با استفاده از نظرات علمی چهار نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران روایی محتوا به روش کیفی انجام شد و اصلاحات لازم بر اساس نظر متخصصان اعمال گردید.

از EHFSCB در بیماران نارسایی قلبی برای اندازه گیری رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به نارسایی قلبی استفاده شد که شامل ۱۲ سؤال می‌باشد. این سئوال‌ات به ارزیابی مواردی از قبیل توزین روزانه، احتباس مایعات، ورزش و میزان ارتباط با کادر درمان می‌پردازد. پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای از (اصلاً این طور نیست) با امتیاز (۵) تا (کاملاً این طور است) با امتیاز (۱) در تغییر است و در مجموع، امتیاز به دست آمده از ۶۰-۱۲ متغیر است و نمرات کمتر به معنی خودمراقبتی بهتر می‌باشد. این ابزار در سال ۲۰۰۳ توسط Jaarsma و همکارانش طراحی شد و اعتبار آن به روش روایی همزمان و صوری و پایایی نیز با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ مشخص شد^(۲۴). اعتبار علمی این ابزار در سال ۲۰۰۹ توسط Shojaei و همکاران به روش اعتبار محتوا و پایایی ابزار به روش آزمون- بازآزمون، با ضریب همبستگی ۰/۶۸ گزارش شده است^(۲۵). در این پژوهش بررسی ثبات درونی پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ صورت گرفت و ۰/۸۲ به دست آمد که حاکی از ثبات درونی مطلوب پرسشنامه است.

جمع شده و در حیطه اضطراب آشکار، نمره ۲۰-۳۱ اضطراب خفیف، نمره ۳۲-۴۲ اضطراب متوسط به پایین، نمره ۴۳-۵۳ اضطراب متوسط به بالا، نمره ۵۴-۶۴ اضطراب نسبتاً شدید، نمره ۶۵-۷۵ اضطراب شدید و نمره ۷۶ به بالا اضطراب بسیار شدید را نشان می‌دهد. در حیطه اضطراب پنهان، نمره ۲۰-۳۱ اضطراب خفیف، نمره ۳۲-۴۲ اضطراب متوسط به پایین، نمره ۴۳-۵۲ اضطراب متوسط به بالا، نمره ۵۳-۶۲ اضطراب نسبتاً شدید، نمره ۶۳-۷۲ اضطراب شدید و نمره ۷۳ به بالا اضطراب بسیار شدید را نشان می‌دهد. این مقیاس در ابتدا به وسیله Cattle و سپس به صورت کامل‌تر توسط Spielberg مطرح شد و ضریب اطمینان آن ۸۳-۹۶ درصد بود^(۲۹). اعتبار علمی این ابزار در سال ۱۹۹۳ توسط مهرا و همکاران به روش پایایی ابزار، در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۰۸ و ۰/۹۰۲ گزارش شده و روایی ابزار با اطمینان ۹۵ درصد و ۹۹ درصد معنی‌دار بوده است^(۳۰). در این پژوهش بررسی ثبات درونی پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ صورت گرفت و ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از ثبات درونی مطلوب پرسشنامه است.

پرسشنامه حمایت اجتماعی (مقیاس خانواده) PSS-Fa شامل ۲۰ سؤال می‌باشد. سئوالات مربوط به تجارب، ادراک و احساساتی است که اکثر مردم در رابطه با خانواده خود پیدا می‌کنند. هر سؤال دارای سه گزینه است که به گزینه خیر و نمی‌دانم نمره صفر و گزینه بله نمره یک تعلق می‌گیرد. پنج سؤال دارای نمره دهی معکوس می‌باشد. در این سئوالات به گزینه خیر نمره یک و به گزینه بله نمره صفر تعلق می‌گیرد در نهایت نمرات جمع شده (حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۲۰) و نمره بالا به منزله حمایت خانوداگی بیشتر است. آلفای کرونباخ این ابزار توسط طراحان آن ۰/۹۰ گزارش شده است^(۳۱). در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه فارسی این مقیاس ۹۰ درصد گزارش شد^(۳۲). در پژوهش حاضر

Folstein و همکاران طراحی و تدوین گردید و ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۹۶ درصد گزارش شد^(۳۷). اعتبار علمی آن در سال ۲۰۰۷ توسط Seyedian و همکاران به روش پایایی ابزار بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده و روایی ابزار با اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار بوده است^(۳۸). این پرسشنامه از طریق پرسش از بیمار تکمیل گردید. در این پژوهش بررسی ثبات درونی پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ صورت گرفت و ۰/۹۰ به دست آمد که حاکی از ثبات درونی مطلوب پرسشنامه است.

پرسشنامه اضطراب Spielberg ابزاری است که شامل مقیاس‌های جداگانه خودسنجی، برای اندازه‌گیری اضطراب آشکار و پنهان می‌باشد. مقیاس اضطراب آشکار شامل بیست جمله است که احساسات فرد را در این لحظه و در زمان پاسخگویی ارزشیابی می‌کند. مقیاس اضطراب پنهان نیز شامل بیست جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجد. گزینه‌های مقیاس اضطراب آشکار به صورت لیکرت چهار گزینه‌ای که از خیلی کم تا خیلی زیاد متغیر است طراحی شده و گزینه‌های مقیاس اضطراب پنهان نیز به صورت لیکرت چهار گزینه‌ای است که از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه متغیر می‌باشد (در مقیاس اضطراب آشکار گزینه‌ها شامل: ۱) خیلی کم، ۲) کم، ۳) زیاد، ۴) خیلی زیاد و در مقیاس اضطراب پنهان گزینه‌ها شامل: ۱) تقریباً هرگز، ۲) گاهی اوقات، ۳) بیشتر اوقات، ۴) تقریباً همیشه می‌باشند) طراحی شده است. به هر کدام از عبارات آزمون، بر اساس پاسخ ارائه شده، نمره‌ای بین یک تا چهار تخصیص می‌یابد. نمره چهار نشان دهنده حضور بالایی از اضطراب است که ۱۰ عبارت مقیاس اضطراب آشکار و ۱۱ عبارت مقیاس اضطراب پنهان بر این اساس نمره گذاری می‌شوند. برای نمره گذاری سایر عبارات، رتبه بالا برای هر عبارت نشان دهنده عدم اضطراب است که ۱۰ عبارت اضطراب آشکار و نه عبارت اضطراب پنهان را شامل می‌شود. در پایان نمرات هر دو مقیاس به صورت جداگانه

Minitab به نرمال تبدیل شد و سطح معنی داری آن گزارش گردید. جهت تجزیه تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

بررسی ثبات درونی پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ صورت گرفت و ۰/۸۱ به دست آمد که حاکی از ثبات درونی مطلوب پرسشنامه است.

در نهایت برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و همچنین آمار استنباطی (تی تست و آنالیز واریانس) استفاده شد. جهت تعیین همبستگی نیز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نرمال بودن داده‌ها بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد. در صورتی که داده‌ها نرمال نبود بر اساس تبدیل Johnson و با استفاده از نرم افزار

یافته‌ها

در این مطالعه میزان پاسخگویی به پرسشنامه‌ها به علت انجام مصاحبه و تکمیل آن‌ها توسط پرسشگر، ۱۰۰ درصد بود. یافته‌ها در ارتباط با مشخصات جمعیت شناختی مبتلایان به نارسایی قلبی و دیابت نوع دو در جدول شماره ۱ خلاصه شده‌اند.

جدول شماره ۱: شاخص‌های عددی رفتارهای خودمراقبتی در افراد با نارسایی قلبی دارای دیابت نوع دو بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی و بررسی ارتباط آن‌ها

نتایج آزمون	رفتار خودمراقبتی		تعداد (درصد)	نام متغیر
	انحراف معیار	میانگین		
F=۲/۳۶ P=۰/۰۹۸	۴/۸۴	۳۹/۵۱	۵۱ (۳۲/۳)	کمتر از ۶۰
	۵/۱۲	۳۷/۶۲	۶۵ (۴۱/۱)	۶۰-۶۹
	۳/۸۴	۳۸/۱۴	۴۲ (۲۶/۶)	بیشتر از ۷۰
r=-۰/۱۳ P=۰/۰۸۵	۶۳/۶۵ ± ۹/۵۱		انحراف معیار ± میانگین	
t=-۰/۳۹ df=۱۵۶ P=۰/۶۹۷	۴/۶۵	۳۸/۵۵	۶۴ (۴۰/۵)	زن
	۴/۸۶	۳۸/۲۴	۹۴ (۵۹/۵)	مرد
F=۰/۵۵ P=۰/۶۴۹	۴/۲۵	۴۲/۱۰	۳۸ (۲۴/۱)	کمتر از ۲۵
	۵/۱۶	۳۸/۳۱	۷۷ (۴۸/۷)	۲۵-۳۰
	۴/۵۱	۳۸/۷۷	۴۳ (۲۷/۲)	بیشتر از ۳۰
r=۰/۰۶ P=۰/۴۴۳	۲۷/۸۱ ± ۴/۲۲		انحراف معیار ± میانگین	
F= ۲/۹۹ P=۰/۰۵۳	۴/۶۸	۳۸/۵۷	۶۳ (۳۹/۹)	خانه‌دار
	۵/۱۹	۳۹/۸۳	۲۹ (۱۸/۴)	آزاد
	۴/۶۴	۳۷/۲۲	۵۵ (۳۴/۸)	بازنشسته
t =۱/۴۵ df=۱۵۶ P=۰/۱۴۸	۵/۰۷	۳۹/۶۷	۲۴ (۱۵/۲)	مجرد (مطلقه و همسر فوت شده)
	۴/۶۹	۳۸/۱۳	۱۳۴ (۸۴/۸)	متاهل
F=۱/۳۰ P=۰/۲۷۶	۴/۷۲	۳۸/۷۰	۳۷ (۲۳/۴)	بی سواد یا کم سواد
	۴/۸۶	۳۸/۷۸	۷۹ (۵۰)	زیر دیپلم
	۴/۶۵	۳۷/۸۱	۲۷ (۱۷/۱)	دیپلم
	۴/۳۷	۳۶/۳۳	۱۵ (۹/۵)	فوق دیپلم و بالاتر

t=۰/۴۱	۵/۴۸	۳۸/۶۴	۳۹ (۲۴/۷)	بله
df=۱۵۶		۳۸/۲۸	۱۱۹ (۷۵/۳)	مصرف سیگار
P=۰/۶۸۱	۴/۵۲			خیر
F=۱/۴۸	۴/۶۳	۳۸/۸۲	۹۸ (۶۲)	ضعیف
P=۰/۲۳۰	۵/۰۴	۳۷/۵۰	۵۶ (۳۵/۴)	سطح درآمد ماهیانه متوسط
	۲/۳۸	۳۹/۵۰	۴ (۲/۵)	خوب

که نشان دهنده این بود که میانگین نمرات خودمراقبتی در سطح متوسط قرار داشت. یافته‌ها نشان داد که بین مشخصات جمعیت شناختی و بیماری با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$) (جدول شماره ۱ و ۲).

بر اساس نتایج مشخص شد که ۸/۲ درصد افراد پژوهش دارای رفتارهای خودمراقبتی در سطح ضعیف بودند. ۸۸/۶ درصد نمونه‌ها رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط داشته و ۳/۲ درصد نمونه‌ها رفتارهای خودمراقبتی در سطح خوب داشتند. میانگین و انحراف معیار خودمراقبتی به ترتیب برابر با ۳۸/۳۷ و ۴/۷۶ به دست آمد

جدول شماره ۲: شاخص‌های عددی رفتارهای خودمراقبتی در افراد با نارسایی قلبی دارای دیابت نوع دو بر حسب مشخصات بیماری و بررسی ارتباط آن‌ها

نتایج آزمون	رفتار خودمراقبتی		تعداد (درصد)	نام متغیر
	انحراف معیار	میانگین		
	۴/۸۲	۳۷/۹۰	۵۲ (۳۲/۹)	زیر ۵
F=۱/۵۰	۴/۷۹	۳۸/۰۹	۵۴ (۳۴/۲)	۵-۹
P=۰/۲۱۹	۴/۶۲	۴۰/۲۵	۲۴ (۱۵/۲)	مدت زمان ابتلا به بیماری نارسایی قلبی (سال)
	۴/۵۷	۳۸/۱۴	۲۸ (۱۷/۷)	۱۰-۱۴ و بیشتر
r=۰/۰۹		۸/۰۱ ± ۶/۸۲		انحراف معیار ± میانگین
P=۰/۲۱۵				
F=۰/۵۵	۵/۲۹	۳۸/۸۷	۵۴ (۳۴/۲)	زیر ۵
P=۰/۶۴۹	۵/۱۳	۳۸/۸۳	۲۳ (۱۴/۶)	۵-۹
	۴/۴۵	۳۸/۱۳	۲۴ (۱۵/۲)	مدت زمان ابتلا به بیماری دیابت
	۴/۲۴	۳۷/۸۱	۵۷ (۳۶/۱)	۱۰-۱۴ و بیشتر
r=-۰/۱۵		۱۰/۷۰ ± ۸/۴۳		انحراف معیار ± میانگین
P=۰/۰۵۶				
t=۰/۴۶	۴/۴۹	۳۸/۴۳	۱۳۸ (۸۷/۳)	۱-۴
df=۱۵۶		۳۷/۹۰	۲۰ (۱۲/۷)	تعداد دفعات بستری به دلیل نارسایی قلبی در یک سال گذشته
P=۰/۶۴۱	۶/۴۴			۵-۱۰
r=-۰/۰۷		۲/۵۱ ± ۱/۸۹		انحراف معیار ± میانگین
P=۰/۳۲۹				
t=۰/۶۹	۴/۵۸	۳۸/۵۸	۹۷ (۶۱/۴)	کمتر از ۱۰
df=۱۵۶		۳۸/۰۳	۶۱ (۳۸/۶)	تعداد داروی مصرفی روزانه
P=۰/۴۸۶	۵/۰۵			۱۰ و بیشتر
r=-۰/۰۶		۹/۲۳ ± ۱/۵۲		انحراف معیار ± میانگین
P=۰/۴۰۸				

F=۰/۱۰	۵/۰۴	۳۸/۲۰	۶۶ (۴۱/۸)	۲۰ و کمتر	میزان کسر تخلیه‌ای بطنی، درصد
P=۰/۹۰۱	۴/۶۶	۳۸/۵۸	۶۰ (۳۸)	۲۱-۴۰	
	۴/۴۹	۳۸/۳۱	۳۲ (۲۰/۳)	بیشتر از ۴۰	
r=۰/۰۷		۲۷/۶۳ ± ۱۳/۸		انحراف معیار ± میانگین	
P=۰/۳۵۰					
t=۰/۳۳	۴/۸۱	۳۸/۶۷	۲۴ (۱۵/۲)	طبیعی (بیشتر از ۴۰ درصد)	محدوده کسر تخلیه‌ای بطنی
df=۱۵۶		۳۸/۳۱	۱۳۴ (۸۴/۸)	غیرطبیعی (کمتر از ۴۰ درصد)	
P=۰/۸۳۹	۴/۷۷				

جدول شماره ۳: ارتباط بین رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با نارسایی قلبی با نمره ناخوشی، وضعیت عملکرد شناختی، اضطراب و حمایت خانوادگی بیماران

رفتارهای خودمراقبتی		متغیرها
ضریب همبستگی پیرسون	P-Value	
-۰/۰۴	۰/۵۵۴	ناخوشی
-۰/۰۷۸	۰/۳۳۰	وضعیت عملکرد شناختی
۰/۰۶	۰/۳۸۷	اضطراب آشکار
۰/۰۳	۰/۶۳۲	اضطراب پنهان
-۰/۱۴	۰/۰۶۶	حمایت خانوادگی

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مشخص شد که نمرات خودمراقبتی واحدهای پژوهش در سطح متوسط قرار داشت. در مطالعه‌ای بر روی مبتلایان به نارسایی قلبی، نیز ۸۱/۱ درصد نمونه‌ها دارای خودمراقبتی در سطح متوسط بودند (۲۳).

در مطالعه کنونی یافته‌ها نشان داد که بین هیچ کدام از متغیرهای جمعیت شناختی و بیماری با رفتارهای خودمراقبتی ارتباطی وجود نداشت. مطالعه مشابهی که بر روی مبتلایان به نارسایی قلبی دارای دیابت بستری در بخش‌های مراقبت ویژه و در فاز حاد و عود بیماری انجام شده باشد، یافت نشد. در مطالعه‌ای در شهر قم و در پژوهشی دیگر در رشت مشخص شد که بین جنسیت، سن، وضعیت اشتغال، میزان درآمد ماهیانه و مصرف سیگار، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت زمان ابتلا به نارسایی قلبی و تعداد دفعات بستری شدن به علت

نتایج در جدول شماره ۳ نشان داد که بر اساس پرسشنامه بیماری‌های همراه Charlson، بیشتر واحدهای مورد پژوهش دارای نمره ناخوشی ۳-۴ بودند و به طور میانگین نمره ناخوشی $1/91 \pm 4/69$ محاسبه شد. همچنین مشخص شد که بین وضعیت ناخوشی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/55$). بر اساس یافته‌ها معلوم شد که بیشتر نمونه‌ها (۴۷/۵ درصد) از نظر وضعیت عملکرد شناختی در حد متوسط بوده‌اند و نمره‌ای بین ۱۰-۲۰ کسب کرده‌اند. میانگین وضعیت عملکرد شناختی در بیماران مورد مطالعه $19/16 \pm 4/82$ بود و بین این متغیر و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری یافت نشد (جدول شماره ۳). در مطالعه حاضر مشخص شد که در حیطه اضطراب آشکار، میزان اضطراب متوسط رو به پایین با ۲۵/۳ درصد از بیشترین درصد فراوانی برخوردار بوده است. همچنین بین اضطراب آشکار و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۳). در حیطه اضطراب پنهان بیشتر بیماران با فراوانی ۲۹/۱ درصد دارای اضطراب متوسط رو به بالا بودند. همچنین مشخص شد که بین اضطراب پنهان و خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۳). در حیطه حمایت خانوادگی نیز مشخص شد که میزان حمایت خانوادگی به طور میانگین $11/61 \pm 5/35$ بوده است و همچنین این متغیر با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری نداشت (جدول شماره ۳).

باشد. در مطالعه Ausili و همکاران بر روی ۱۱۹۲ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی که ۳۷۹ نفر آن‌ها مبتلا به دیابت نیز بودند، نشان داده شد که بین تعداد داروهای مصرفی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد^(۱۲). متفاوت بودن نتیجه این مطالعه با پژوهش حاضر می‌تواند به تفاوت در حجم نمونه و ابزار جمع‌آوری داده‌ها و طراحی مطالعه مرتبط باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین میزان ناخوشی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود نداشت و سایر عوامل غیر از ناخوشی‌های دیگر بیمار بر رفتارهای خودمراقبتی او نقش دارند. مطالعه‌ای بر روی مبتلایان به نارسایی قلبی در رشت نشان داد بین تعداد و نوع بیماری‌های همراه با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود ندارد^(۳۳). بر خلاف این مطالعه، نتایج دو مطالعه دیگر بیانگر آن بود که هر چه تعداد بیماری‌های همراه افزایش یابد، رفتارهای خودمراقبتی در سطح ضعیف‌تری خواهد بود^(۳۵،۳۸). در هر دو مطالعه بیشتر نمونه‌ها از نظر شاخص Charlson نمره‌ای مساوی و یا کمتر از دو دریافت کردند اما در مطالعه کنونی بیشتر واحدهای مورد پژوهش نمره‌ای مساوی و یا بیشتر از سه دریافت کردند. در راستای تفاوت نتایج مطالعه حاضر با مطالعات دیگر می‌توان گفت که در مطالعه کنونی جامعه پژوهش افرادی بودند که همزمان به دو بیماری مزمن بسیار مهم و مختل‌کننده زندگی (نارسایی قلبی و دیابت نوع دو) مبتلا بودند و در فاز عود نارسایی قلبی قرار داشته و در بخش‌های مراقبت ویژه بستری بودند. اجرای رفتار خودمراقبتی این دو بیماری مزمن به قدری گسترده است که به نوعی رفتارهای خودمراقبتی هر یک از این ناخوشی‌ها را به تنهایی تحت پوشش قرار می‌دهد و لازم نیست بیمار به واسطه داشتن ناخوشی دیگر رفتار خود مراقبتی‌اش را تغییر داده و تحت تأثیر قرار دهد.

در حیطه وضعیت عملکرد شناختی نیز یافته‌ها نشان داد که بین وضعیت عملکرد شناختی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباطی وجود نداشت. در مطالعه کنونی افرادی که نمره

نارسایی قلبی طی یک سال گذشته با رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت^(۳۳،۳۴). در پژوهشی در ژاپن نیز مشخص شد که ارتباطی بین جنسیت، سن، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال با رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلب وجود نداشت. همچنین بین نوع داروهای کنترل‌کننده نارسایی قلبی، طبقه بندی نارسایی قلبی از نظر انجمن قلب نیویورک آمریکا، کسر تخلیه‌ای بطنی، فیبریلاسیون دهلیزی و بیماری کلیوی با رفتارهای خودمراقبتی ارتباطی وجود نداشت^(۳۴). بدین ترتیب سه پژوهش فوق همسو با مطالعه حاضر بودند در حالی که در مطالعه Hu و همکاران مشخص شد که بین سن، سطح تحصیلات و درآمد ماهیانه با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد به این صورت که هر چه سن کمتر، سطح تحصیلات و درآمد بیشتر باشد، رفتارهای خودمراقبتی بهتر خواهد بود^(۳۵). در مطالعه مذکور بر خلاف پژوهش حاضر، بیشتر نمونه‌ها از درآمد خوبی برخوردار بودند و نمره رفتارهای خودمراقبتی پایین‌تر بود. در یک مطالعه مروری توسط Kessing و همکاران گزارش شد که بین شاخص توده بدنی و مصرف سیگار با رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان به نارسایی قلبی ارتباط وجود دارد. هر چند بین نوع داروهای کنترل‌کننده نارسایی قلبی و سابقه ابتلا به انفارکتوس میوکارد با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود نداشت^(۳۶). در تبیین تفاوت در نتایج دو مطالعه می‌توان آن را به تفاوت در طراحی مطالعه و بیشتر بودن حجم نمونه در مطالعه Kessing نسبت داد. بر خلاف مطالعه حاضر Uchmanowicz و همکاران در لهستان دریافتند که بین رفتارهای خودمراقبتی با مدت زمان ابتلا به نارسایی قلبی، دفعات بستری شدن در بیمارستان به علت نارسایی قلبی، رابطه معکوس و با کسر تخلیه‌ای بطنی رابطه مستقیم وجود دارد^(۳۷). تفاوت در نتایج دو مطالعه می‌تواند به تفاوت در جامعه پژوهش و مشخصات جمعیت شناختی واحدهای پژوهش در دو مطالعه مرتبط

و مدیریت خودمراقبتی موفقتر خواهند بود^(۴۰). تفاوت در نتایج دو مطالعه می‌تواند به تفاوت در جامعه پژوهش و ابزار جمع‌آوری داده‌ها مرتبط باشد و همچنین ملاک اصلی بررسی حمایت خانوادگی در مطالعه Cene همراهی خانواده در زمان ویزیت پزشک بوده در حالی که در مطالعه حاضر ابعاد مختلفی از حمایت خانوادگی مورد بررسی قرار گرفته است.

در این پژوهش رفتارهای خودمراقبتی در بیمارستان و در شرایط عود بیماری صورت گرفته است. توصیه می‌شود مشابه این پژوهش در بیماران سرپایی و خارج از بیمارستان انجام گیرد. همچنین این مطالعه به صورت تک‌گروهی صورت گرفت که پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای مشابه در مقایسه عوامل مرتبط در مقایسه با مبتلایان به نارسایی قلبی بدون دیابت نوع دو صورت گیرد. به علاوه در مطالعه حاضر افراد مبتلا به نارسایی قلبی و دیابت نوع دو، نمونه‌ها را تشکیل دادند. رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با دیابت سنجیده نشد، از این رو پیشنهاد می‌شود در پژوهشی دیگر ارتباط بین متغیرهای این پژوهش با رفتارهای خودمراقبتی در دیابت در این گروه از بیماران نیز سنجیده شود.

در این پژوهش تعداد بسیار کمی از مبتلایان رفتارهای خودمراقبتی را در سطح خوب انجام داده بودند، از این رو لازم است تیم بهداشت و درمان به خصوص پرستاران در راستای آموزش به بیماران و پیگیری اجرای این رفتارها تلاش کافی را داشته باشند تا از این طریق تا حد زیادی از مرگ این گروه از بیماران و هزینه‌های درمانی کاسته شود. همچنین در این مطالعه بین متغیرهای جمعیت شناختی و بیماری، وضعیت ناخوشی، وضعیت عملکرد شناختی، اضطراب و حمایت خانوادگی با رفتارهای خودمراقبتی ارتباطی یافت نشد. از آن جایی که خودمراقبتی از مهم‌ترین راهبردهای کنترل بیماری و کلید موفقیت درمان در مبتلایان به نارسایی قلبی و دیابت نوع دو به شمار می‌رود و هر گونه پیشرفت در نتایج درمان بستگی به توانایی بیمار برای مراقبت از خود و مدیریت

کمتر از ۱۰ در پرسشنامه MMSE کسب کرده بودند وارد پژوهش نشدند. وارد نشدن افراد با وضعیت شناختی ناقص در حد شدید خود می‌تواند این نتیجه را موجب شده باشد. در مطالعه‌ای بر روی مبتلایان به نارسایی قلبی و دیابت بین حیطة اعتماد به خودمراقبتی و وضعیت عملکرد شناختی رابطه مثبت وجود داشت^(۱۲).

پژوهشگران در پژوهشی بر روی مبتلایان به نارسایی قلبی دریافته‌اند که بین وضعیت عملکرد شناختی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود دارد^(۱۷). تفاوت در نتایج دو مطالعه را می‌توان به خارج نشدن افراد با نمره MMSE کمتر از ۱۰ و استفاده از SCHFI در مطالعه Coccheiri نسبت داد. Uchmanowic و همکاران نشان دادند که بین وضعیت عملکرد شناختی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط مستقیم وجود دارد^(۳۷). تفاوت در نتایج دو مطالعه می‌تواند به تفاوت در مشخصات جامعه پژوهش مرتبط باشد.

در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که ارتباطی بین اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی وجود نداشت. مطالعه‌ای در چین نیز نشان داد که بین اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی ارتباطی وجود ندارد^(۳۵). نتایج مطالعات دیگری نشان دادند که بین اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود داشت^(۳۹،۴۰). تفاوت در نتایج می‌تواند به تفاوت در جامعه پژوهش و ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها مرتبط باشد.

همچنین بر اساس مطالعه کنونی بین حمایت خانوادگی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباطی وجود نداشت. در پژوهش فعلی ۸۴/۸ درصد افراد متأهل بودند و همین توزیع ناهمگن در وضعیت تأهل می‌تواند بر روی ارتباط بین حمایت خانوادگی و رفتارهای خودمراقبتی تاثیر بگذارد و نتیجه فوق را حاصل کند. در مطالعه‌ای محققین دریافته‌اند که بین حمایت خانوادگی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران با نارسایی قلبی ارتباطی وجود ندارد^(۳۹). مطالعه Cene نشان داد که هر چقدر حمایت خانوادگی بیشتر باشد این بیماران نیز در زمینه‌های حفظ

این مقاله بر گرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری مراقبت‌های ویژه است و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است. از اساتید و کارکنان این دانشگاه و همه شرکت کنندگان که به عنوان آزمودنی در پژوهش حاضر شرکت کردند و همچنین از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و بیمارستان تخصصی شهید چمران که امکان انجام تحقیق را فراهم آوردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

پیامدهای درمان دارد لازم است که برای بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به نارسایی قلبی پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تقدیر و تشکر

References

1. Halmo R, Galuszka J, Langova K, Galuszkova D. Self care in patients with chronic heart failure. Pilot study-self care includes problems. *Biomedical Papers*. 2015;159(1):124-30.
2. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. *Nat Rev Cardiol*. 2011;8(11):644-54.
3. Black JT, Romano PS, Sadeghi B, Auerbach AD, Ganiats TG, Greenfield S, Kaplan SH, Ong MK, Beat-HF Research Group. A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure: study protocol for the Better Effectiveness After Transition-Heart Failure (BEAT-HF) randomized controlled trial. *Trials*. 2014;15(1):124.
4. Lee CS, Bidwell JT, Paturzo M, Alvaro R, Cocchieri A, Jaarsma T, Strömberg A, Riegel B, Vellone E. Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. *Heart & Lung*. 2018;47(1):40-6.
5. Horwich TB, Fonarow GC. Glucose, obesity, metabolic syndrome, and diabetes: relevance to incidence of heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2010;55(4):283-93.
6. Kassahun T, Gesesew H, Mwanri L, Eshetie T. Diabetes related knowledge, self-care behaviours and adherence to medications among diabetic patients in Southwest Ethiopia: a cross-sectional survey. *BMC Endocr Disord*. 2016;16(1):28.
7. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract*. 2014;103(2):137-49.
8. Hemmati Maslak Pak M, Alipor S, Aghakhani N, Khalkhali H. The Effect of Family Centered Care on Laboratory Examinations in Patients with Type II Diabetes. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*. 2017;15(5):395-403. [Persian]
9. Cha E, Clark PC, Reilly CM, Higgins M, Lobb M, Smith AL, Dunbar SB. Educational needs for improving self-care in heart failure patients with diabetes. *Diabetes Educ*. 2012;38(5):673-84.
10. Mirzaei M, Aspin C, Essue B, Jeon YH, Dugdale P, Usherwood T, Leeder S. A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):251.
11. Dunbar SB, Butts B, Reilly CM, Gary RA, Higgins MK, Ferranti EP, Culler SD, Butler J. A pilot test of an integrated self-care intervention for persons with heart failure and concomitant diabetes. *Nursing outlook*. 2014;62(2):97-111.
12. Ausili D, Rebora P, Di Mauro S, Riegel B, Valsecchi MG, Paturzo M, Alvaro R, Vellone E. Clinical and socio-demographic determinants of self-care behaviours in patients with heart failure and diabetes mellitus: A multicentre cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;63:18-27.
13. Dunbar SB, Reilly CM, Gary R, Higgins MK, Culler S, Butts B, Butler J. Randomized clinical trial of an integrated self-care intervention for persons with heart failure and diabetes: quality of life and physical functioning outcomes. *J Card Fail*. 2015;21(9):719-29.

14. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, Redeker NS, Reynolds N, Whittemore R. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh*. 2012;44(2):136-44.
15. King DK, Glasgow RE, Toobert DJ, Strycker LA, Estabrooks PA, Osuna D, Faber AJ. Self-efficacy, problem solving, and social-environmental support are associated with diabetes self-management behaviors. *Diabetes care*. 2010;33(4):751-3.
16. Bidwell JT, Vellone E, Lyons KS, D'Agostino F, Riegel B, Juárez-Vela R, Hiatt SO, Alvaro R, Lee CS. Determinants of heart failure self-care maintenance and management in patients and caregivers: a dyadic analysis. *Research in nursing & health*. 2015;38(5):392-402.
17. Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, Vellone E. Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovas Nurs*. 2015;14(2):126-36.
18. Bhandari P, Kim M. Self-care behaviors of nepalese adults with type 2 diabetes: a mixed methods analysis. *Nursing research*. 2016;65(3):202-14.
19. Mahboobeh VA, Nasli-Esfahani E, Peimani M, Sanjari M, Arzaghi SM, Larijani B. Iran diabetes research roadmap (IDRR) study; mental health in diabetic patients in Iran: a review article. *Iran J Public Health*. 2017;46(Supple 1):47-52. [Persian]
20. Vellone E, Fida R, D'Agostino F, Mottola A, Juarez-Vela R, Alvaro R, Riegel B. Self-care confidence may be the key: a cross-sectional study on the association between cognition and self-care behaviors in adults with heart failure. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(11):1705-13.
21. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, Vellone E. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(11):1714-22.
22. Bohanny W, Wu SF, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2013;25(9):495-502.
23. Salehzadeh A, Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht.. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2013;23(1):22-9. [Persian]
24. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European heart failure self-care behaviour scale. *Eur J Heart Fail*. 2003;5(3):363-70.
25. Shojaei F, Asemi S, Najaf YA, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with heart failure. *Payesh journal*. 2009;8(4):361-9. [Persian]
26. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
27. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
28. S Seyedian M, Falah M, Nourozian M. Provide and specify Persian version credit, Short test of mental status. *Iran Journal of Medical Council*. 2007;4(25):40-1. [Persian]
29. Marteau TM, Bekker H. The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State—Trait Anxiety Inventory (STAI). *Br J Clin Psychol*. 1992;31(3):301-6.
30. Mahram B. Validity of Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI) in Mashhad city. Tehran: Allameh Tabatabaei University. 1993.
31. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *Am J Community Psychol*. 1983;11(1):1-24.
32. Sayah Sayari N, Hossein Shahi HR, Ranjgar B. Relationship between Adolescents' Identity and Parents' Social Support. *Journal of Clinical Psychology Andishe va Raftar (Andisheh va Raftar) (Applied Psychology)*. 2010;4(16):67-74. [Persian]
33. Farghadani Z, Taheri KZ, Amiri MA, Montazeri A. Self-Care Behaviors and its Related Factors in Patients with Heart Failure. *PAYESH*. 2018;17(4):371-9. [Persian]
34. Kato N, Kinugawa K, Nakayama E, Tsuji T, Kumagai Y, Imamura T, Maki H, Shiga T, Hatano M, Yao A, Miura C. Insufficient self-care is an independent risk factor for adverse clinical outcomes in Japanese patients with heart failure. *Int Heart J*. 2013;54(6):382-9.

35. Hu X, Hu X, Su Y, Qu M, Dolansky MA. The changes and factors associated with post-discharge self-care behaviors among Chinese patients with heart failure. *Patient Preference Adherence*. 2015;9:1593-601.
36. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Self-care and all-cause mortality in patients with chronic heart failure. *JACC: Heart Failure*. 2016;4(3):176-83.
37. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Mazur G, Froelicher ES. Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1565-72.
38. Kh M, Hasavari F, Sedghi Sabet M, Kazemnejad-Leili E, Gholipour M. Self-Care Status and Its Related Factors in Patients with Heart Failure. *Journal of Health and Care*. 2018;19(4):232-41. [Persian]
39. Trojahn MM, Ruschel KB, Nogueira de Souza E, Mussi CM, Naomi Hirakata V, Nogueira Mello Lopes A, Rabelo-Silva ER. Predictors of better self-care in patients with heart failure after six months of follow-up home visits. *Nursing research and practice*. 2013;2013.
40. Cené CW, Haymore LB, Lin FC, Laux J, Jones CD, Wu JR, DeWalt D, Pignone M, Corbie-Smith G. Family member accompaniment to routine medical visits is associated with better self-care in heart failure patients. *Chronic illness*. 2015;11(1):21-32.