

Assessing the Self-care Status in Older Adults Diagnosed with Heart Failure and Hospitalized in the Cardiovascular Intensive Care Units of the Public Hospitals in the East of Guilan, Iran (2020)

Leila Zahed Nakhjiri¹, Azar Darvishpour², Parand Pourghane³, Bahareh Gholami Chaboki⁴

Abstract

Background & Aims: One of the most common diseases during old age is cardiovascular disease. Heart failure is the leading cause of death, disease, hospitalization, and poor quality of life. There are different approaches for controlling heart failure, including self-care, and adherence to self-care behaviors in patients suffering from this disease is very important. People with effective self-care have a better quality of life, and mortality and readmission rates are lower among these people than those with poor self-care. Medication adherence, diet adherence, rest, improving sleep quality and life quality, knowing how to control emotions, and self-care could help control the complications and problems associated with this disease. Meanwhile, knowing how to perform self-care is very important. Despite the importance of self-care in positive health outcomes, many patients with heart failure have inadequate self-care behaviors. Considering the role of nurses in health promotion and instruction of self-care behaviors, they can plan interventions to promote the patients' self-care behaviors and consequently the quality of life in patients diagnosed with heart failure. The present study aimed to determine self-care status in older adults diagnosed with heart failure.

Materials & Methods: This article reports part of the results of a larger cross-sectional study. The study population consisted of the elderly with heart failure hospitalized in the cardiovascular intensive care units of East Guilan public hospitals in 2020. A sample of 125 patients was selected from the population via convenience sampling. The sample of the study met the inclusion and exclusion criteria. Inclusion criteria were: age 60 years and older, heart failure based on clinical signs, electrocardiography (ECG) and echocardiography showing an ejection fraction of less than 40%, functional class II to IV based on the patient medical file and the approval of a cardiologist, the ability to communicate, and informed consent to participate in the study. Patients with severe mental or cognitive impairments, history of neurological problems, cerebrovascular accidents, transient ischemic attack, short-term memory impairment or dementia, mental instability (according to medical records), inability to speak, auditory and visual impairments, and Charlson comorbidity index of 1-2 were not included in the study, and the exclusion criteria included incomplete completion of the questionnaire and unwillingness to continue collaborating in the study. The research instruments included demographic characteristics questionnaire and the self-care of heart failure index (SCHFI) questionnaire. Cronbach's alpha was used to check the reliability of the SCHFI in the present study which was 0.82. Sampling lasted from late May to December 2020. Having obtained permission from the ethics committee of Guilan University of Medical Sciences and relevant officials, the researcher referred to the mentioned medical centers, selected the research units, introduced himself, provided sufficient explanations about the purpose of the research, obtained their written consent, and distributed the questionnaires to be completed during the interview. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, mean, and standard deviation) in SPSS 16.

Results: The analysis of the questionnaires revealed that most patients (55.2%) were male, aged 75-90 (54.4%), married (57.6%), with average monthly income (60%), and illiterate (72%). The findings showed that the patients

¹. Department of Nursing, Zeynab (P.B.U.H) School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

². Department of Nursing, Zeynab (P.B.U.H) School of Nursing and Midwifery Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran (Corresponding author) Tel: +98-1342536262 Email: darvishpour@gums.ac.ir

³. Department of Nursing, Zeynab (P.B.U.H) School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

⁴. Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran

of the study obtained 67.16 ± 10.96 for self-care items, 28.94 ± 4.39 for self-care maintenance, 17.98 ± 3.96 for self-care management, and 20.49 ± 4.05 for self-care confidence. The scores of most participants were satisfactory in terms of total self-care (75.2%) and its subscales including self-care maintenance (59.2%), self-care management (69.6%), and self-care confidence (82.4%). The optimal self-care status was considered satisfactory in terms of adherence to self-care behaviors, self-care management, and self-care maintenance, respectively. The optimal self-care status belonged to self-care confidence, self-care management, and self-care maintenance, respectively. Regarding the items on the self-care maintenance subscale, the best self-care behaviors were self-protection measures to prevent illnesses, a low-salt diet, and regular visits to a physician or a health center to assess heart condition, respectively, and the most inappropriate self-care behaviors were related to exercise and daily weight.

Conclusion: The findings showed that the self-care status of patients with heart failure is generally satisfactory. Despite the study findings, it is essential to pay more attention to nursing care and treatments that promote self-care behaviors in older adults especially in self-care behaviors related to exercise and daily weighing. It is suggested that hospitals offer educational classes to improve the knowledge, attitude, and self-care practices in patients with heart failure.

Keywords: Elderly, Heart failure, Self-care

Conflict of Interest: No

How to Cite: Zahed Nakhjiri L, Darvishpour A, Pourghane P, Gholami Chaboki B. Assessing the Self-care Status in Older Adults Diagnosed with Heart Failure and Hospitalized in the Cardiovascular Intensive Care Units of the Public Hospitals in the East of Guilan, Iran (2020). *Iran Journal of Nursing*. 2021; 34(129): 67-81.

Received: 13 Jan 2021

Accepted: 14 Apr 2021

وضعیت خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی بیمارستان‌های دولتی شرق گیلان در سال ۱۳۹۹

لیلا زاهد نخجیری^۱، آذر درویش پور^۲، پرند پور قانع^۳، بهاره غلامی چابکی^۴

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی قلبی دلیل اصلی مرگ، بیماری، بستری شدن در بیمارستان و کیفیت پایین زندگی است. گزینه‌های زیادی برای کنترل نارسایی قلبی وجود دارد که خودمراقبتی یکی از آنها است. با وجود اهمیت خودمراقبتی در نتایج مثبت سلامتی، بسیاری از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی رفتارهای خودمراقبتی ناکافی دارند. هدف از پژوهش حاضر تعیین وضعیت خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی بوده است.

روش بررسی: این مقاله بخشی از نتایج یک مطالعه مقطعی بزرگتر را گزارش می‌نماید. جامعه پژوهش شامل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی بیمارستان‌های دولتی شرق گیلان در سال ۱۳۹۹ بود. از این جامعه، ۱۲۵ نفر نمونه به صورت در دسترس انتخاب شد. ابزارهای پژوهش شامل مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (SCHFI) بود. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج در خصوص میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران شرکت کننده در مطالعه، نشان داد که میانگین نمره کل خودمراقبتی $10/96 \pm 27/16$ است. مدیران خودمراقبتی $4/39 \pm 28/94$ ، مدیریت خودمراقبتی $3/96 \pm 17/98$ و اطمینان به انجام خودمراقبتی $4/05 \pm 20/49$ بوده است. بیشتر نمونه‌های پژوهش از نظر خودمراقبتی کل ($75/2$) و زیرمقیاس‌های آن شامل استمرار خودمراقبتی ($59/2$)، مدیریت خودمراقبتی ($69/6$) و اطمینان به انجام خودمراقبتی ($82/4$) دارای وضعیت مطلوب بودند. بهترین وضعیت خودمراقبتی مطلوب به ترتیب در ابعاد اطمینان به انجام خودمراقبتی، مدیریت خودمراقبتی و استمرار خودمراقبتی بودند.

نتیجه‌گیری کلی: یافته‌ها نشان داد وضعیت خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بطور کلی در وضعیت مطلوبی است. با وجود این نتایج، توجه بیشتر در مراقبت‌های پرستاری و درمانی جهت ارتقاء و بهبود وضعیت خودمراقبتی در سالمندان خصوصاً در رفتارهای خودمراقبتی مربوط به انجام ورزش و توزین روزانه ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: سالمند، نارسایی قلبی، خودمراقبت

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش: ۰۰/۱/۲۵

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: +۹۸۱۳۴۲۵۳۶۲۶۲ E-mail: Darvishpour@gums.ac.ir
۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی زینب (س)، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۴. گروه آمارزیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

جامعه و پیرشدن جمعیت، در آینده‌ای نزدیک بر شیوع فعلی آن یعنی ۳۵۰۰ بیمار به ازای هر یکصد هزار نفر افزوده خواهد شد^(۱). در ایران ۲۵ درصد بیماران بستری در بخش های قلب دچار نارسایی احتقانی قلبی هستند^(۲).

بیماران مبتلا به دلیل بروز ضعف قلب و اختلال در عملکرد آن و تأمین جریان خون مورد نیاز برای برآوردن احتیاجات متابولیک اعضا و بافت‌های بدن با مشکل مواجه می‌شوند و با افزایش قابل توجه فشار پرشدگی مویرگی در مبادلات سطح سلول اختلال ایجاد می‌گردد^(۳). نمی‌توان سلامت کامل را به بیماران نارسایی قلبی برگرداند اما علایم بیمار را با مداخلات دارویی و غیر دارویی می‌توان کنترل کرد. یکی از مداخلات غیر دارویی برای کنترل این بیماری خود مراقبتی است^(۴). گزینه‌های زیادی برای کنترل نارسایی قلبی وجود دارند که خودمراقبتی یکی از آنها است و تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به این بیماری از اهمیت به‌سزایی برخوردار است^(۵).

خودمراقبتی یک مفهوم جامع است که شامل سه اصل کلیدی است: حفظ و استمرار خودمراقبتی (self care maintenance) که به رفتارهایی گفته می‌شود که روزانه توسط بیماران مبتلا به نارسایی انجام می‌شود تا به حفظ ثبات فیزیولوژیکی و جلوگیری از عوارض برسند. مدیریت خودمراقبتی (self care management) انجام رفتارهایی است که در واکنش به علایم صورت می‌گیرد. اطمینان به انجام خودمراقبتی (-Self-Care Self-Confidence) به عنوان اعتمادی که فرد از توانایی انجام عملی خاص و پافشاری در انجام آن عمل با وجود موانع دارد، تعریف می‌شود^(۶). مجموعه‌ای از شواهد از اهمیت خودمراقبتی در نارسایی قلبی برای جلوگیری از پیامدهای بیمار و بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطرح است^(۷). افرادی که خودمراقبتی مؤثری دارند از کیفیت زندگی بهتر، میزان مرگ و بستری مجدد کمتری در مقایسه با افرادی که خودمراقبتی ضعیف دارند برخوردار هستند^(۸).

سالمندی دوره‌ای اجتناب ناپذیر از زندگی است و هر فردی در فرآیند تکاملی زندگی خود با این مرحله رو به رو خواهد شد^(۱). در طول ۳۰ سال آینده سالمندان حدود ۲۰ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند^(۲). سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است تا سال ۲۰۵۰ جمعیت سالمندان به دو میلیارد نفر برسد^(۳). کشور ما نیز همانند سایر کشورهای در حال توسعه، از روند رشد سالمندان به دور نمانده است؛ به طوری که شمار سالمندان ۶۰ سال و بالاتر در آخرین سرشماری ۱۳۹۵ حدود ۹/۳ درصد جمعیت کشور گزارش شده است^(۴). هرچند سالمندی به خودی خود بیماری محسوب نمی‌گردد، اما با افزایش سن، احتمال ابتلا به حداقل یکی از بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد^(۵). به طوری که تخمین زده می‌شود، ۸۰ درصد افراد سالمند حداقل به یک بیماری مزمن و (۵۰٪) به دو بیماری مزمن مبتلا هستند^(۶).

یکی از بیماری‌های شایع در این دوره سنی، بیماری‌های قلبی عروقی است. بیماری‌های قلبی عروقی تا به امروز یکی از سه علت اصلی مرگ و ناتوانی در جهان بوده است^(۷). نارسایی قلبی دلیل اصلی مرگ، بیماری، بستری شدن در بیمارستان و کیفیت پایین زندگی است^(۸). نارسایی مزمن قلبی (CHF: Chronic Heart Failure) سندرم بالینی پیچیده‌ای است که به عنوان اختلالی مزمن پیش رونده و ناتوان کننده مطرح می‌شود که باعث تنگی نفس، خستگی، تحمل نکردن فعالیت، گیجی، ضعف، ادم ریوی اندام‌ها، درد قفسه سینه و تپش قلب در بیمار شده در نهایت منجر به کیفیت زندگی نامناسب و هزینه‌های گزاف برای فرد و جامعه می‌شود^(۹). نارسایی قلبی یک مشکل عمده در سلامت عمومی است. عامل اصلی نارسایی قلبی، فشار خون حاد است و با فشار خون سیستمیک ناگهانی و ادم ریوی مشخص می‌شود. پاتوفیزیولوژی فشارخون بالا در نارسایی حاد قلبی در درجه اول توسط یک رابطه بطنی-عروقی ایجاد می‌شود^(۱۰). در ایران نیز نارسایی قلبی از علل عمده ناتوانی و مرگ به شمار می‌رود و با تغییر هرم سنی

توان با شناسایی این رفتارها مداخلات برنامه ریزی شده ای برای ارتقاء سطح رفتارهای خودمراقبتی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تدوین نمود^(۲۲).

با وجود مطالعات انجام شده در زمینه وضعیت خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، مروری بر متون حکایت از آن دارد که مطالعه‌ای که بررسی این موضوع در جامعه سالمندان استان گیلان به عنوان سالمندترین استان کشور پردازد، انجام نشده است و با توجه به روند صعودی افزایش جمعیت سالمندان در کشور و شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی و خصوصاً نارسایی قلبی و با در نظر داشتن این که با شناسایی وضعیت خود مراقبتی و ابعاد آن، به گونه‌ای سازمان یافته‌تر می‌توان به طراحی مداخلات پیشگیرانه مؤثر برای این گروه سنی پرداخت، پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت خودمراقبتی در ابعاد استمرار رفتار، مدیریت و اطمینان به انجام خودمراقبتی صورت گرفت.

روش بررسی

این مقاله بخشی از نتایج یک مطالعه مقطعی بزرگتر در سال ۱۳۹۹ را گزارش می‌نماید. جامعه پژوهش شامل سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی (ccu و post-ccu) بیمارستان‌های دولتی شرق گیلان (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان) بود که از مجموع پنج بیمارستان دارای این بخش‌ها، سه بیمارستان (پیروز لاهیجان، کوثرآستانه و شهید حسین پور لنگرود) به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و سپس از این جامعه نمونه‌ای به حجم ۱۲۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شد.

برای تعیین حجم نمونه، با استناد به مطالعه Uchmanowicz و همکاران^(۲۴) و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، حجم نمونه ۱۱۴ نفر محاسبه گردید که با احتساب ۱۰ درصد

با وجود اهمیت خودمراقبتی در نتایج مثبت سلامتی، بسیاری از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی رفتارهای خودمراقبتی ناکافی دارند^(۲۱-۱۹،۱۷) و به سختی می‌توانند توصیه‌های مراقبت از خود را دنبال کنند. این فقدان پایبندی ممکن است به علت پیچیدگی خودمراقبتی، عدم نیاز درک شده به خودمراقبتی، تغییرات رفتاری طولانی مدت و یا نداشتن انگیزه باشد^(۱۸).

مطالعات متعددی به بررسی وضعیت خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی پرداخته‌اند^(۲۳-۱۹). یافته‌ها در مطالعه خوش تراش و همکاران^(۲۲)، فرقدانی و همکاران^(۲۰) و باقری ساوه^(۲۱) نشان داد وضعیت خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در سطح متوسط است. در برخی از مطالعات ذکر شده است که حداقل ۵۰ درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از توصیه‌های درمانی خود تبعیت نمی‌کنند و همین امر منجر به بستری شدن مجدد آنها می‌شود^(۲۲، ۱۹، ۱۵). اصل مهم در خودمراقبتی، پذیرش و مشارکت بیمار جهت پیروی از رژیم مراقبتی مناسب با شرایط مزمن بیماری و انجام رفتارهای خودمراقبتی است^(۲۲). از بیمار انتظار می‌رود مصرف سدیم روزانه را محدود کند؛ در برنامه‌های فعالیتی روزانه شرکت کند؛ از مصرف الکل و سیگار پرهیز کند و در صورت بروز هر گونه علائم غیر طبیعی به مرکز درمانی مراجعه کند^(۲۳). رعایت رژیم دارویی و غذایی، استراحت، ارتقای کیفیت خواب و کیفیت زندگی، شناخت نحوه‌ی کنترل هیجانانگیز و شیوه خودمراقبتی از جمله مواردی است که در کنترل عوارض و مشکلات این بیماری کمک کننده است که در این میان شناخت نحوه مراقبت از خود از اهمیت بسزایی برخوردار است^(۱۹). بسیاری از دلایلی که منتهی به تبعیت نکردن از درمان و تشدید نارسایی قلبی می‌شود با استفاده از مداخلات آموزشی قابل پیشگیری است^(۲۲). برای طراحی بهینه مداخلات آموزشی و حمایتی برای بهبود نتایج، دانش بیشتری در مورد رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی لازم است^(۲۳). با توجه به نقش پرستاران در ارتقاء سطح سلامت و آموزش رفتارهای خود مراقبتی، می

احتمال ریزش، حجم نمونه نهایی ۱۲۵ نفر در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن سن ۶۰ سال و بالاتر، ابتلا به بیماری نارسایی قلبی بر اساس علائم بالینی، الکتروکاردیوگرافی (ECG) و اکوکاردیوگرافی که نشان دهنده کسر تخلیه کمتر از ۴۰٪ و کلاس عملکردی II تا IV با استناد به پرونده بیمار و با تأیید متخصص قلب، برخوردار از حال عمومی مناسب، توانایی برقراری ارتباط و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه. معیارهای وارد نشدن به مطالعه شامل بیماران با اختلالات شدید ذهنی یا شناختی (کسب نمره کمتر از ۲۲ در پرسشنامه معاینه مختصر وضعیت شناختی MMSE: Mini-Mental State Examination)، داشتن مشکلات عصبی (مانند تشنج، پارکینسون، سندروم گیلن-باره، ام اس) در سابقه پزشکی، حوادث عروق مغزی، حمله ایسکمیک گذرا، اختلال در حافظه کوتاه مدت یا دمانس و نداشتن ثبات روانی (مانند اسکیزوفرنی، اسکیزوفکتیو، اختلالات هذیانی و ... با استناد به پرونده پزشکی)، ناتوانی در تکلم و وجود اختلالات شنوایی و بینایی، کسب امتیاز بیش از ۱-۲ از شاخص بیماری‌های همراه چارلسون و معیارهای خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسشنامه و نداشتن تمایل به تداوم همکاری در پژوهش بودند.

ابزارهای پژوهش شامل مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی (SCHFI: Self-care Heart failure Index) بود که در ادامه در مورد آن توضیح داده می‌شود.

- پرسشنامه مشخصات دموگرافیک: شامل عوامل فردی اجتماعی و خصوصیات دموگرافیک که توسط پژوهشگر تنظیم شده و مشتمل بر سؤالاتی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، میزان درآمد می‌باشد.

- پرسشنامه معاینه مختصر وضعیت شناختی (MMSE: Mini-Mental State Examination): این پرسشنامه یک ابزار غربالگری است که شدت نقص شناختی و تغییرات شناختی را در شش زمینه جهت‌یابی زمانی و

مکانی، ثبت سه کلمه، توجه و محاسبه، یادآوری سه کلمه، زبان و مهارت‌های آن و مهارت‌های مربوط به ساختار بینایی بررسی می‌کند^(۲۵). این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است و هر پاسخ درست یک امتیاز داشته و دامنه نمرات هر آزمودنی بین صفر تا ۳۰ متغیر است. کل امتیاز حاصل از آن، ۳۰ نمره است که نمره‌ی کمتر از ۲۳ به احتمال وجود اختلال شناختی اشاره می‌کند^(۲۶).

- پرسشنامه سنجش وضعیت خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی: این پرسشنامه توسط Riegel و همکاران طراحی شده است و شامل ۲۲ سؤال در سه زیر مقیاس استمرار رفتارهای خودمراقبتی (با ۱۰ سؤال)، مدیریت خودمراقبتی (با ۶ سؤال) و اطمینان به انجام خودمراقبتی (با ۶ سؤال) در طیف لیکرت با پاسخ‌های ۴ و ۵ گزینه‌ای (به ترتیب با امتیاز ۴-۱ و ۴-۰) می‌باشد. به این ترتیب محدوده نمرات در زیر مقیاس استمرار خودمراقبتی (حداقل ۱۰ و حداکثر ۴۰)، در زیر مقیاس مدیریت خودمراقبتی و اطمینان به انجام خودمراقبتی (حداقل ۶ و حداکثر ۲۴) و خودمراقبتی کل (حداقل ۲۲ و حداکثر ۸۸) می‌باشد. نمرات در هر زیر مقیاس به ۱۰۰ تبدیل می‌شود که نمره‌های بالاتر نشان دهنده خودمراقبتی بهتر می‌باشد. کسب نمره بیشتر از ۷۰ نشان دهنده خودمراقبتی مطلوب می‌باشد^(۲۷). پایایی این پرسشنامه در مطالعه مؤدب و همکاران با استفاده از روش همبستگی درونی و ضریب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸۰ بود^(۲۸). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با استفاده از شیوه همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) ۰/۸۲ بدست آمد. جهت نمونه‌گیری، پژوهشگر بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان (شناسه اخلاق IR.GUMS.REC.1398.400) و مسئولین ذیربط، با مراجعه به مراکز درمانی مذکور و انتخاب واحدهای مورد پژوهش و معرفی خود و ارائه توضیحات کافی در مورد هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت کتبی آنان، پرسشنامه‌ها را در طی مصاحبه با آنها تکمیل نمود. همچنین به مشارکت کنندگان یادآور شد اطلاعات کسب شده از

نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی (جدول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) تحلیل شد.

آنها کاملاً به صورت محرمانه خواهد ماند و هر زمانی که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. روش تکمیل پرسشنامه به این صورت بود که مددجویانی که سواد خواندن و نوشتن داشتند، پرسشنامه را به صورت خود گزارش دهی تکمیل می‌کردند و برای مددجویانی که سواد نداشتند، سؤالات توسط محقق پرسیده می‌شد و پاسخ آنها توسط محقق در پرسشنامه ثبت می‌شد. نمونه‌گیری در بازه زمانی اواخر اردیبهشت لغایت آذر ماه ۱۳۹۹ و به مدت شش ماه به طول انجامید. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS

یافته‌ها

نتایج در ارتباط با ویژگی‌های دموگرافیک سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان‌های شرق گیلان نشان داد بیشتر بیماران (۵۵/۲٪) مرد، در گروه سنی ۷۵-۹۰ سال (۵۴/۴٪)، متأهل (۵۷/۶٪)، دارای درآمد متوسط (۶۰٪) و بی‌سواد (۷۲٪) بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان‌های شرق گیلان در سال ۱۳۹۸ (n=۱۲۵)

متغیر	تعداد	درصد	متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)	۶۰-۷۴	۵۷	سطح	بیسواد	۹۰
	۷۵-۹۰	۶۸	تحصیلات	ابتدایی	۱۹
جنسیت	مرد	۶۹	سیکل	دانشگاهی	۷
	زن	۵۶	میزان درآمد	کم	۷۵
	متأهل با همسر	۷۲	ماهانه	متوسط	۴۹
	متأهل جدا از همسر	۱	کافی		۱
	مطلقه	۱			
	همسر فوت شده	۵۱			

در خصوص میانگین نمرات خودمراقبتی کل و زیرمقیاس‌های آن در بیماران شرکت کننده در مطالعه، نتایج نشان داد که میانگین نمره کل خودمراقبتی بیماران $10/96 \pm$ ، استمرار خودمراقبتی با میانگین و انحراف معیار $67/16$ ، مدیریت خودمراقبتی با میانگین و انحراف معیار $3/96 \pm$ و اطمینان به انجام خودمراقبتی با میانگین و انحراف معیار $4/05 \pm$ بود (جدول شماره ۲).

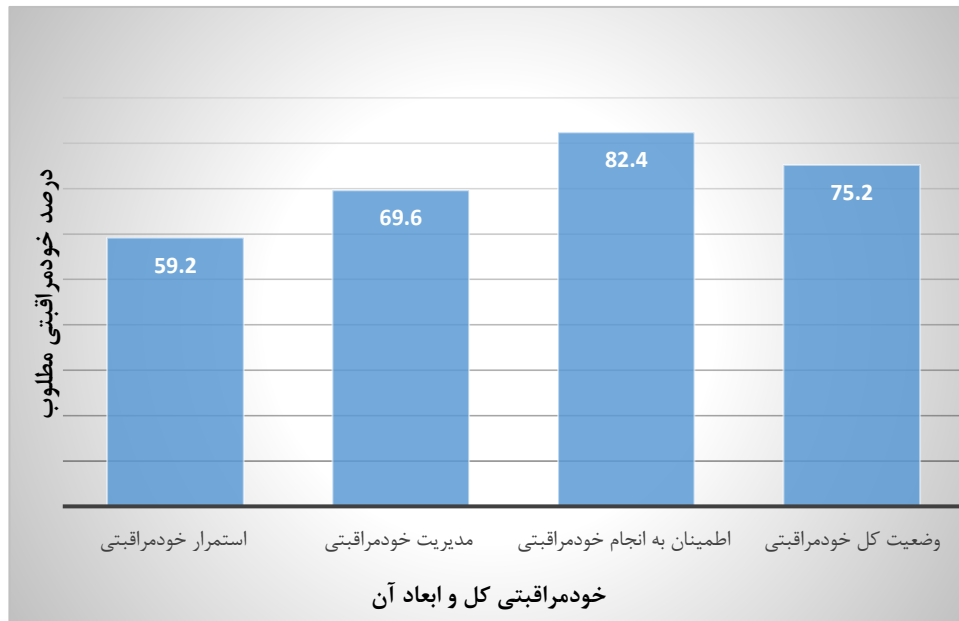
مدیریت خودمراقبتی با میانگین $28/94 \pm$ ، مدیریت خودمراقبتی با میانگین و انحراف معیار $4/39$ ، استمرار خودمراقبتی کل و زیرمقیاس‌های آن در بیماران شرکت کننده در مطالعه، نتایج نشان داد که میانگین نمره کل خودمراقبتی بیماران $10/96 \pm$ ، استمرار خودمراقبتی با میانگین و انحراف معیار $67/16$ ،

جدول شماره ۲: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی امتیازات خودمراقبتی کل و زیرمقیاس‌های آن در واحدهای مورد پژوهش

نمره خودمراقبتی	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	نمره بر مبنای ۰ تا ۱۰۰
			حداقل	حداکثر	انحراف معیار
استمرار خودمراقبتی (۱۰-۴۰)	۲۸/۲۴	۴/۳۹	۱۷	۳۸	۱۰/۹۹
مدیریت خودمراقبتی (۶-۲۴)	۱۷/۹۸	۳/۹۶	۶	۲۴	۱۶/۵۲
اطمینان به انجام خودمراقبتی (۶-۲۴)	۲۰/۴۹	۴/۰۵	۶	۲۴	۱۶/۹۱
خودمراقبتی کل (۲۲-۸۸)	۶۷/۱۶	۱۰/۹۶	۳۱	۸۷	۱۱/۷۱

بهترین وضعیت خودمراقبتی مطلوب به ترتیب در بعد اطمینان به انجام خودمراقبتی، مدیریت خودمراقبتی و استمرار خودمراقبتی بود (نمودار شماره ۱).

بیشتر واحدهای پژوهش (۷۵/۲٪) از نظر خودمراقبتی کل و زیرمقیاس‌های آن شامل استمرار خودمراقبتی (۵۹/۲٪)، مدیریت خودمراقبتی (۶۹/۶٪) و اطمینان به انجام خودمراقبتی (۸۲/۴٪) دارای وضعیت مطلوب بودند.



نمودار شماره ۱: درصد خودمراقبتی مطلوب بطور کلی و به تفکیک زیرمقیاس‌ها در واحدهای مورد پژوهش

اول (آیا روزانه خودت را وزن می‌کنی؟) بود. نکته قابل توجه در بررسی گویه‌ها در این زیرمقیاس آن بود که با وجود آنکه بیشتر این بیماران (۷۲/۸٪) روشی برای یادآوری زمان خوردن داروهای قلبی داشتند، درصد قابل توجهی (۳۱/۲٪) نیز به گویه هشتم (آیا فراموش می‌کنید که یک یا چند تا از داروهای قلبی را بخورید؟) پاسخ همیشه را ذکر نمودند (جدول شماره ۳).

در ارتباط با بررسی گویه‌ها در زیرمقیاس مدیریت خودمراقبتی، مشارکت کنندگان به بیشتر گویه‌ها پاسخ مناسب که دلالت بر مدیریت مطلوب برای خودمراقبتی آنان دارد، دادند (جدول شماره ۴).

در ارتباط با بررسی گویه‌ها در زیرمقیاس استمرار خودمراقبتی، بهترین رفتارهای خودمراقبتی به ترتیب مربوط به گویه‌های سوم (آیا از خودتان محافظت می‌کنید تا مریض نشوید؟ مثلاً از بیماران سرماخورده دوری می‌کنید؟)، گویه دهم (آیا روشی برای یادآوری زمان خوردن داروهای قلبی دارید؟)، گویه ششم (آیا رژیم غذایی کم نمک را رعایت می‌کنید؟) و گویه پنجم (آیا به صورت مرتب به پزشک یا مرکز درمانی قلب برای بررسی وضعیت قلب مراجعه می‌کنید؟) و نامناسب‌ترین رفتارهای خودمراقبتی به ترتیب مربوط به گویه‌های هفتم (آیا حداقل نیم ساعت در روز ورزش می‌کنید؟) و گویه

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی پاسخ به گویه‌های زیرمقیاس استمرار خودمراقبتی

ردیف	گویه	هرگز یا به ندرت تعداد (درصد)	بعضی وقتها تعداد (درصد)	اغلب تعداد (درصد)	همیشه تعداد (درصد)
۱	آیا روزانه خود را وزن می‌کنید؟	۴۱ (۳۲/۸)	۵۹ (۴۷/۲)	۱۷ (۱۳/۶)	۸ (۶/۴)
۲	آیا قوزک پای خود را برای وجود ورم نگاه می‌کنید؟	۲۹ (۲۳/۲)	۲۶ (۲۰/۸)	۲۰ (۱۶/۰)	۵۰ (۴۰/۰)
۳	آیا از خودتان محافظت می‌کنید تا مریض نشوید؟ مثلاً از بیماران سرماخورده دوری می‌کنید؟	۳ (۲/۴)	۸ (۶/۴)	۲۷ (۲۱/۶)	۸۷ (۹۶/۶)
۴	آیا فعالیت‌های بدنی روزمره عادی مثل انجام امور منزل را انجام می‌دهید؟	۱۳ (۱۰/۴)	۴۱ (۳۲/۸)	۱۹ (۱۵/۲)	۵۲ (۴۱/۶)
۵	آیا به صورت مرتب به پزشک یا مرکز درمانی قلب برای بررسی وضعیت قلب مراجعه می‌کنید؟	۸ (۶/۴)	۱۳ (۱۰/۴)	۲۱ (۱۶/۸)	۸۳ (۶۶/۴)
۶	آیا رژیم غذایی کم نمک را رعایت می‌کنید؟	۱۴ (۱۱/۲)	۷ (۵/۶)	۱۷ (۱۳/۶)	۸۷ (۶۹/۶)
۷	آیا حداقل نیم ساعت در روز ورزش می‌کنید؟	۷۸ (۶۲/۴)	۳۴ (۲۷/۲)	۱۰ (۸/۰)	۳ (۲/۴)
۸	آیا فراموش می‌کنید که یک یا چند تا از داروهای قلبی را بخورید؟	۷۲ (۵۷/۶)	۸ (۶/۴)	۶ (۴/۸)	۳۹ (۳۱/۲)
۹	آیا مواقع مهمانی یا رفتن به رستوران یا مسافرت از میزبان می‌خواهید که غذای کم نمک برای شما فراهم کند؟	۱۹ (۱۵/۲)	۱۵ (۱۲/۰)	۳۰ (۲۴/۰)	۶۱ (۴۸/۸)
۱۰	آیا روشی برای یادآوری زمان خوردن داروهای قلبی دارید؟	۴ (۳/۲)	۸ (۶/۴)	۲۲ (۱۷/۶)	۹۱ (۷۲/۸)

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی پاسخ به گویه‌های زیرمقیاس مدیریت خودمراقبتی

ردیف	گویه	اصلاً احتمال ندارد		تا حدی احتمال دارد	احتمال دارد	خیلی احتمال دارد
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)			
۱۱	کم کردن نمک غذا	۶ (۴/۸)	۱۳ (۱۰/۴)	۱۹ (۱۵/۲)	۸۷ (۶۹/۶)	
۱۲	کم کردن مایعات دریافتی	۱۲ (۹/۶)	۳۶ (۲۸/۸)	۳۲ (۲۵/۶)	۴۵ (۳۶)	
۱۳	مصرف یک قرص اضافی ادرار آور	۴۱ (۳۲/۸)	۱۲ (۹/۶)	۱۷ (۱۳/۶)	۵۵ (۴۴)	
۱۴	تماس با پزشک یا مرکز درمانی	۵ (۴)	۱۴ (۱۱/۲)	۳۳ (۲۶/۴)	۷۳ (۵۸/۴)	
۱۵	با چه سرعتی تشخیص دادید که تنگی نفس یا ورم پای شما به علت بیماری نارسایی قلبی است؟	علامتی نداشتیم	تشخیص ندادیم	دیر تشخیص دادیم	تقریباً سریع تشخیص دادیم	سریع تشخیص دادیم
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
		۲۵ (۲۰)	۲۵ (۲۰)	۳ (۲/۴)	۱۶ (۱۲/۸)	۲۳ (۱۸/۴)
۱۶	- در مورد آخرین باری که دچار مشکل تنفسی یا ورم قوزک پا شدید و اقدامی که انجام دادید فکر کنید و بگویید اقدام شما تا چه حد به بهبود علائم کمک کرد؟	هیچ کاری نکردم	مطمئن نیستم مفید بوده باشد	تا حدی مطمئن مفید بود	مطمئنم که مفید بود	خیلی مطمئنم که مفید بود
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
		۱۱ (۸/۸)	۱۴ (۱۱/۲)	۱۶ (۱۲/۸)	۲۷ (۲۱/۶)	۵۷ (۴۵/۶)

در ارتباط با بررسی گویه‌ها در زیرمقیاس اطمینان به انجام خودمراقبتی، مشارکت کنندگان به بیشتر گویه‌ها پاسخ "کاملاً مطمئن هستم" دادند که دلالت بر اطمینان بالای آنها به انجام خودمراقبتی داشت (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی پاسخ به گویه‌های زیرمقیاس اطمینان به انجام خودمراقبتی

ردیف	گویه	مطمئن نیستم	تا حدی مطمئن هستم	خیلی مطمئن هستم	کاملاً مطمئن هستم
	در کل تا چه حد مطمئنید که شما می‌توانید...	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱۷	همیشه علائم نارسایی قلبی را کنترل کنید؟	۱۲ (۹/۶)	۱۹ (۱۵/۲)	۲۹ (۲۳/۳)	۶۵ (۵۲)
۱۸	از دستورات پزشکی پیروی کنید؟	۳ (۲/۴)	۸ (۶/۴)	۲۱ (۱۶/۸)	۹۳ (۷۴/۴)
۱۹	میزان اهمیت علائم نارسایی قلبی را ارزیابی کنید؟	۳ (۲/۴)	۱۱ (۸/۸)	۲۹ (۲۳/۲)	۸۲ (۶۵/۶)
۲۰	تغییرات ایجاد شده در وضعیت سلامتیتان را تشخیص دهید؟	۵ (۴)	۱۱ (۸/۸)	۲۶ (۲۰/۸)	۸۳ (۶۶/۴)
۲۱	اقدامات درمانی لازم برای بهبود علائم نارسایی قلبی مثل ورم قوزک پا یا تنگی نفس را انجام دهید؟	۸ (۶/۴)	۱۵ (۱۲)	۲۷ (۲۱/۶)	۷۵ (۶۰)
۲۲	ارزیابی کنید که یک اقدام درمانی تا چه حد برای شما مفید است؟	۵ (۴)	۲۱ (۱۶/۸)	۲۹ (۲۳/۲)	۷۰ (۵۶)

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین وضعیت خودمراقبتی در ابعاد استمرار رفتار، مدیریت و اطمینان به انجام خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان‌های دولتی شرق گیلان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بیشتر واحدهای پژوهش از نظر خودمراقبتی کل و زیر مقیاس‌های آن دارای وضعیت مطلوب بودند.

یافته‌های مطالعه Peters-Klimm و همکاران نشان داد که وضعیت خودمراقبتی در واحدهای مورد پژوهش خوب بود^(۲۹). در مطالعه باقری نسامی و همکاران که با هدف تعیین رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان ساکن منازل شهرستان ساری انجام شد نیز وضعیت کلی خود مراقبتی در سطح خوب بود^(۳۰) که نشان دهنده همسویی نتایج مطالعه حاضر با این مطالعات است. بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، یافته‌ها در مطالعه Eimer و همکاران، وضعیت خودمراقبتی سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی در حد نامطلوب بود^(۳۱). نتایج مطالعه خوش تراش و همکاران، مؤدب و همکاران، شجاعی و همکاران، Vidán و همکاران نا همسو با نتایج مطالعه حاضر بیانگر نامطلوب بودن وضعیت خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی بود^(۲۲،۲۸،۳۲،۳۳). مطالعه فرقدانی و همکاران و ضیغمی

محمدی و همکاران نیز نشان داد وضعیت خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در سطح متوسط است^(۲۰،۳۴). به نظر می‌رسد علت تفاوت در یافته‌های مطالعات فوق‌الذکر با مطالعه حاضر ناشی از تفاوت‌های سنی و به تبع آن تفاوت‌های مرتبط با سبک زندگی از قبیل نوع تغذیه و عادات غذایی، ورزش و فعالیت‌های روزمره، فعالیت‌های اجتماعی و معاشرت با دیگران و ... در سالمندان با سایر گروه‌های سنی باشد. زیرا مطالعات داخلی فوق‌الذکر به بررسی خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بطور کلی پرداخته‌اند ولی مطالعه حاضر اختصاصاً در جامعه سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده است. همچنین این تفاوت‌ها می‌تواند بدلیل تفاوت در ابزارهای بررسی خودمراقبتی باشد؛ زیرا در مطالعات مذکور از پرسشنامه مقیاس اروپایی رفتار خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی (EHFSCB: European Heart Failure Self-Care Behavior Index) استفاده شده است در حالیکه در مطالعه حاضر از ابزار (Failure Index) استفاده شده است و اگر چه هر دو ابزار خودمراقبتی را مورد سنجش قرار می‌دهند، ولی طراحی، روانسنجی و نحوه نمره‌گذاری آنها با هم متفاوت هست که می‌تواند تفسیر نتایج را تحت تأثیر قرار دهد.

انجام شد و نشان داد تنها ۳۳ درصد بیماران از برنامه رژیم غذایی کم سدیم پیروی می‌کردند^(۳۷) همسو نیست.

در مطالعه حاضر کمترین رفتارهای خود مراقبتی مربوط به انجام ورزش و توزین روزانه بود که با نتایج مطالعه ضیغمی محمدی و همکاران، خوش تراش و ابوطالبی^(۲۲،۳۶،۳۴) مطابقت دارد. مطالعه شجاعی و همکاران نیز نشان داد که درصد قابل توجهی از بیماران نارسایی قلبی هیچ نوع فعالیت بدنی انجام نمی‌دهند^(۳۲). در رابطه با توجیه تبعیت کمتر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نسبت به انجام منظم ورزش و فعالیت بدنی به نظر می‌رسد احتمالاً این یافته مربوط به تنگی نفس و احساس خستگی در بیماران نارسایی قلبی است که فعالیت جسمی آنان را محدود می‌کند^(۳۴). در حالیکه بر اساس نظر انجمن قلب نیویورک (NYHA: New York Heart Association) از طبقه بندی CHF، غیر از بیماران کلاس IV که علائم در آنها با هر گونه فعالیتی ایجاد می‌شوند و حتی در طی استراحت هم ممکن است علائم داشته باشند و نیاز به استراحت مطلق دارند، بقیه بیماران می‌توانند فعالیت عادی (کلاس I و II) و یا فعالیتهای مختصر جسمانی (کلاس III) را داشته باشند^(۳۳).

با وجود این که توزین روزانه از برنامه‌های خود مراقبتی توصیه شده در بیماران نارسایی قلبی است اما این رفتار حتی در بیماران دارای علائم شدید، کمتر انجام می‌شود. یکی از دلایل بی‌توجهی به توزین روزانه تصور اشتباه بیماران در این زمینه است که کنترل وزن را تنها برای بررسی چاقی در نظر می‌گیرند و از کاربرد آن در بررسی وضعیت بیماری خود آگاهی کافی ندارند^(۳۴). این یافته بر ضرورت توجه به توزین روزانه در برنامه‌های آموزشی خود مراقبتی بیماران تأکید می‌نماید.

نکته قابل توجه در مطالعه حاضر آن بود که بیشتر مشارکت کنندگان فعالیت‌های بدنی روزمره عادی مثل انجام امور منزل را انجام می‌دادند ولی ورزش روزانه را انجام نمی‌دادند. به نظر می‌رسد موضوع ورزش نکردن افراد یک مسئله فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است که الزاماً

یافته‌ها در مطالعه حاضر بیانگر آن بود که بهترین وضعیت خودمراقبتی مطلوب به ترتیب در بعد اطمینان به انجام خودمراقبتی، مدیریت خودمراقبتی و استمرار خودمراقبتی بود. نتایج مطالعه Tung و همکاران در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در تایوان بیانگر سطح پایین استمرار و مدیریت خودمراقبتی و سطح مطلوب اطمینان مراقبت از خود بود^(۳۵) که نشان دهنده همراستایی نتایج مطالعه حاضر از نظر مطلوب‌ترین وضعیت خودمراقبتی در بعد اطمینان با نتایج این مطالعه است. در مطالعه منصوری و همکاران، مطلوب‌ترین وضعیت خودمراقبتی مربوط به زیرمقیاس مدیریت خودمراقبتی و کمترین میانگین در زیرمقیاس اعتماد به انجام خودمراقبتی بود^(۱۹) که بیانگر فقدان همخوانی نتایج مطالعه حاضر با نتایج این مطالعه است. علت تفاوت در نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت در نمونه‌های تحقیق باشد. زیرا جامعه آماری در مطالعه منصوری و همکاران شامل تمامی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بودند ولی مطالعه حاضر صرفاً روی سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده است. به نظر می‌رسد درگیری طولانی مدت با این بیماری در طی سال‌های عمر در سالمندان باعث شده است که آنها تأثیرات روش‌های مراقبتی را در خود آزموده و به اعتماد و اطمینان کافی از روش‌های خود مراقبتی دست یافته‌اند.

در ارتباط با بررسی گویه‌ها در زیرمقیاس استمرار خودمراقبتی، بهترین رفتارهای خودمراقبتی به ترتیب مربوط به محافظت از خود برای جلوگیری از بیمار شدن، رعایت رژیم غذایی کم نمک و مراجعه مرتب به پزشک یا مرکز درمانی برای بررسی وضعیت قلب بود. همراستا به نتایج مطالعه حاضر یافته‌ها در مطالعه ضیغمی محمدی و همکاران نیز نشان داد بهترین تابعیت رفتارهای خود مراقبتی مربوط به رژیم دارویی و غذایی بود^(۳۴). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات خوش تراش و ابوطالبی^(۲۲،۳۶) نیز مطابقت دارد. اما با نتایج مطالعه Frediani که در مورد متابعت از رژیم غذایی کم نمک

اطلاعات، محدودیت‌های جسمی، ناسازگاری 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^(۳۲).

اعتقاد بر این است که نداشتن آگاهی و دانش کم در مورد نارسایی قلبی و کمبود اطلاعات در مورد رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با این بیماری و فقدان آموزش به بیماران می‌تواند یکی از علل نامطلوب بودن وضعیت خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی باشد^(۴۴). از آنجاکه افراد با سطح سواد سلامت بالاتر رفتارهای خودمراقبتی بهتری از خود نشان می‌دهند، بنابراین فرآیند یاد دهی و یادگیری فعالیت‌های خود مراقبتی می‌تواند فرد را به سمت سلامتی، افزایش توان مراقبت از خود، کاهش از کارافتادگی و روند تسریع و بهبودی سوق دهد^(۴۲).

بنابراین پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها کلاس‌های آموزشی برای این بیماران فراهم شود تا بینش و نگرش آنها نسبت به بیماری خود و اصول خود مراقبتی افزایش یابد. همچنین، با توجه به اینکه امروزه بیشتر قشر جامعه دسترسی به رسانه‌های گروهی را دارند، بنابراین برنامه‌های آموزشی از طریق این رسانه‌ها می‌تواند نقش به‌سزایی در بالا بردن آگاهی این افراد داشته باشد. تهیه جزوات آموزشی مصور و ارائه آن به افرادی که هر گونه بیماری قلبی شناخته شده و به ویژه نارسایی قلبی دارند نیز می‌تواند باعث افزایش آگاهی آنان گردد. در مورد بیماران سالخورده مبتلا به نارسایی قلبی متوسط و شدید، مداخلات تیمی چند رشته‌ای باید بر حمایت ویژه در مراقبت از خود و خودکنترلی این بیماران متمرکز باشند. این اقدامات باعث بهینه‌سازی وضعیت جسمی و بالینی بیمار می‌شود. در این میان نقش خانواده نیز جهت ایجاد انگیزه و مراقبت از سالمندان ملموس است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی است که ممکن است در ارزیابی نتایج، تورش خودگزارشی (Self-reporting bias)

اختصاص به سالمندان ندارد و در سایر گروه‌های سنی نیز به نوعی مشاهده می‌شود. بیشتر افراد بر این باور هستند که انجام ورزش باید در باشگاه ورزشی و تحت نظر مربیان امر صورت گیرد و نداشتن وقت و هزینه زیاد عضویت در باشگاه را به عنوان موانع ورزشی اعلام می‌نمایند. برخی نیز تصور می‌نمایند که ورزش کردن اختصاص به گروه‌های جوان دارد و با افزایش سن انگیزه‌ای برای انجام آن ندارند. مطالعات کمی و کیفی پیشین دلایل مشارکت کم این جمعیت در فعالیتهای بدنی برای بهبود سلامت آنها را نشان داده است^(۴۱-۳۹). این درحالی است که افزایش فعالیت بدنی در بیماران نارسایی قلبی با شدت متوسط سبب بهبود تهویه، تغییر پذیری سرعت ضربان قلب و افزایش جریان خون می‌شود به بیماران نارسایی قلبی توصیه می‌شود که ۱۰ تا ۱۲ ماه بعد از ابتلا به نارسایی قلبی ۱۲۰ دقیقه در هفته فعالیت داشته باشند^(۳۴).

نکته قابل توجه در یافته‌های مطالعه حاضر در زیرمقیاس استمرار خودمراقبتی آن بود که با وجود آنکه بیشتر این بیماران روشی برای یادآوری زمان خوردن داروهای قلبی داشتند، درصد قابل توجهی نیز استفاده از یک یا چند داروی قلبی خود را فراموش می‌کردند. به طور کلی وضعیت شناختی طبیعی وابسته به کارکرد کامل سیستم های مختلف مغز می‌باشد با افزایش سن تغییراتی در وضعیت عملکردی مغز اتفاق می‌افتد که باعث اختلال در کارکرد آن شده و اشکالات شناختی را در فرد ایجاد می‌نماید^(۲۵).

در کل عوامل زیادی بر انجام رفتارهای خودمراقبتی مؤثر هستند^(۴۲). افزایش سن از یک طرف می‌تواند باعث کاهش رفتارهای خودمراقبتی و از طرفی شدت بیماری باعث کاهش رعایت رفتارهای خودمراقبتی شود^(۳۲). با افزایش سن عملکرد جسمی و روانی سالمندان رو به وخامت می‌گذارد^(۲۴). افزایش سن به دلایلی نظیر فراموشی، ناتوانی و ابتلا به عوارض بیشتر، فرد را با موانع بیشتری مواجه می‌سازد^(۴۳). از سوی دیگر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، در انجام رفتارهای خودمراقبتی، با موانع متعددی نظیر کمبود

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب کمیته اخلاق معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان است و بدینوسیله پژوهشگران لازم می دانند مراتب سپاس و قدردانی خود را از آن معاونت جهت تصویب این طرح تحقیقاتی اعلام نمایند. همچنین از تمامی مددجویان عزیزی که در پژوهش حاضر مشارکت نموده اند، تقدیر و تشکر می شود.

ایجاد کرده باشد. محدودیت دیگر آن بود که این مطالعه به بررسی وضعیت خودمراقبتی در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی در بخشهای CCU و post CCU مراکز درمانی دولتی شرق گیلان پرداخته است و بنابراین نمی توان نتایج آن را به وضعیت خودمراقبتی سالمندان به طور کلی و یا سالمندان مبتلا به سایر بیماریها در سایر شهرها و مکانهای دیگر تعمیم داد. از این رو پیشنهاد می شود در پژوهشهای جداگانه وضعیت خودمراقبتی سالمندان مبتلا به سایر بیماریها نیز انجام شده و نتایج آنها با یکدیگر مقایسه شود.

References

1. Ramtin S, Nikpeyma N. Investigating the happiness promotion Strategies in Iranian older adults: a review article. *Journal of Gerontology(joge)*. 2020;4(3):40-55. [Persian]
2. Ramezankhani A, Mohammadi G, Akrami F, Zeinali M. Knowledge, attitude and practice of the elder residents of Tehran city about healthy lifestyle. *Journal of Health in the Field*. 2013; 1(1):1-5. [Persian]
3. World Health Organisation. Ageing and health. 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=By%202050%2C%20the%20world's%20population,in%20this%20age%20group%20worldwide>.
4. Baladi Mousavi S. Country's Elderly Status. Available from: URL: <https://www.amar.org.ir/Portals/0/News/1396/salmandan.pdf>
5. Sargazi M, Salehi S, Sargazi V. Status screening examinations of elderly people admitted to hospital in zahedan. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2014;24(3):20-6. [Persian]
6. Centers for disease control and merck company foundation. The state of aging and health in America. 2007. Available from https://www.cdc.gov/aging/pdf/saha_2007.pdf
7. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, Thapa-Chhetri N, Fornaro M, Gallicchio D, Collantoni E, Pigato G. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*. 2017;16(2):163-80.
8. Tomasoni D, Adamo M, Lombardi CM, Metra M. Highlights in heart failure. *ESC heart failure*. 2019;6(6):1105-27.
9. Jain S, Kaware AC, Doibale MK, Shaikh S, Radhey BK, Madhuri PM. Morbidity pattern among geriatric population in urban field practice area of district of Maharashtra: a cross sectional study. *Int J Comm Medic Public Health*. 2016;3(2):523-9.
10. Navidian A, Moradgholi M, Kykhaee A, Saeedinegad F. Relationship between attachment styles and self-care behaviors in patients with heart failure. *Hayat*. 2015;21(2):6-17. [Persian]
11. Moradi Y, Rahmani A, Aghakarimi K, Sheikhy N. Effect of applying follow-up care model on self-care management in heart failure patients: a randomized clinical trial. *Nursing And Midwifery Journal*. 2017;15(3):208-17. [Persian]
12. Shahbaz A, Hemmati-Maslakpak M. Relationship of self-care behaviors with hospital readmission in people with heart failure. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;6(2):24-33. [Persian]

13. Ghods R, Gorji N, Moeini R, Ghorbani F. Semiology and management of heart failure according to Traditional Persian Medicine views. *Complementary Medicine Journal of Faculty of Nursing & Midwifery*. 2017;(22)1:1791-804. [Persian]
14. Navidian A, Mobaraki H, Shakiba M. The effect of education through motivational interviewing compared with conventional education on self-care behaviors in heart failure patients with depression. *Patient education and counseling*. 2017;100(8):1499-504. [Persian]
15. Mansouriyeh N, POURSHARIFI H, TABAN SM, SEIRAFI M. The relationship between socioeconomic status and self-care in patients with heart failure: The role of illness related worries mediator. *Journal of Nurse and Physician within War*. 2018;5(17):5-12. [Persian]
16. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Adv Nurs Sci*. 2012;35(3):194-204.
17. Sedlar N, Lainscak M, Mårtensson J, Strömberg A, Jaarsma T, Farkas J. Factors related to self-care behaviours in heart failure: A systematic review of European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale studies. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(4):272-82.
18. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: a literature update. *Curr Heart Fail Reports*. 2017;14(2):71-7.
19. Mansouri KH, Hasavari F, Kazemnejad LE, 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]
20. 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]
21. Bagheri-Saweh MI, Lotfi A, Salawati Ghasemi S. Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients. *Int J Biomed Public Health*. 2018;1(1):42-7.
22. 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]
23. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 14th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
24. Uchmanowicz I, Wleklík M, Gobbens RJ. Frailty syndrome and self-care ability in elderly patients with heart failure. *Clin Interv Aging*. 2015;10:871.
25. Rahmani M, Darvishpour A, Pourghane P. Application of MoCA, MMSE and AMTs tests in diagnosing the cognitive status of the elderly under hemodialysis in Medical centers of Guilan University of Medical Sciences in 2019. *Journal of Gerontology (JOGE)*. 2020;5(3):64-76. [Persian]
26. Narimani M, Sharbati A. Comparison of anxiety sensitivity and cognitive function in students with and without dysgraphia. *Journal of Learning Disabilities*. 2015;4(4):85-100. [Persian]
27. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *Journal of cardiac failure*. 2004;10(4):350-60.
28. Fatemeh M, Atefeh G, Arsalan S, Ehsan K, Mitra SS, Ezzat P. Study Status Of Self-Care Behaviors And Gender Differences In Patients With Heart Failure. *Payavard Salamat*. 2014;8(3):220-34. [Persian]
29. Peters-Klimm F, Freund T, Kunz CU, Laux G, Frankenstein L, Müller-Tasch T, Szecsenyi J. Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013;12(2):167-76.
30. Bagheri Nesami M, Ardeshiri M, Holari B. Self-care behavior and its related factors in the community-dwelling elderlies in Sari, 2014. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016;4(4):48-56. [Persian]
31. Eimer S, Mahmoodi-Shan GR. Self-care Behaviour of the Elderly with Heart Failure and its Associated Factors in Hospitals of Gonbad Kavus in 2018. *Journal of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2020;17(1):12-21. [Persian]
32. Shojaei F, Asemi S, NAJAF YA, Hosseini F. Self-care behaviors in patients with heart failure. *Payesh*. 2009;8(4):361-9. [Persian]
33. Vidán MT, Sánchez E, Fernández-Avilés F, Serra-Rexach JA, Ortiz J, Bueno H. FRAIL-HF, a study to evaluate the clinical complexity of heart failure in nondependent older patients: rationale, methods and baseline characteristics. *Clinical cardiology*. 2014;37(12):725-32.

34. Zeighami Mohamadi S, Alhani F, Shakoor M, Farmani P, Mohseni B, Fallah Taherpazir E. Self-care behaviors in patients with systolic heart failure. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2015;2(1):46-54. [Persian]
35. Tung HH, Chen SC, Yin WH, Cheng CH, Wang TJ, Wu SF. Self care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *Eur J Cardiov Nurs*. 2012;11(2):175-82.
36. Daryasari GA, Karkezloo NV, Mohammadnejad E, Vosooghi MN, Kagi MA. Study of the self-care agency in patients with heart failure. *Iran J Crit Care Nurs*. 2012;4:203-8. [Persian]
37. Frediani JK, Reilly CM, Higgins M, Clark PC, Gary RA, Dunbar SB. Quality and adequacy of dietary intake in a southern urban heart failure population. *J Cardiov Nurs*. 2013;28(2):119-28.
38. Fletcher B, Magyari P, Prussak K, Churilla J. Physical training in patients with heart failure. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012;23(6):748-55.
39. Lattimore D, Wilcox S, Saunders R, Griffin S, Fallon E, Hooker S, Durstine JL. Self-reported barriers of middle-aged and older adults entering a home-based physical activity program. *Califor J Health Prom*. 2011;9(2):15-28.
40. Gothe NP, Kendall BJ. Barriers, motivations, and preferences for physical activity among female African American older adults. *Gerontol Geriat Medic*. 2016;(2)2:1-8.
41. Moschny A, Platen P, Klaaßen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Physical Activ*. 2011;8(1):1-10.
42. Sabourian Jouybari S, Jafari H, Mirani SH, Motlagh F, Goudarzian AH. Investigating Self-care behavior in patients with heart failure. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;25(130):200-1. [Persian]
43. Fallah Tafti B, Vaezi AA, Moshtagh Z, Shamsi F. The assessment of barriers to the self-care behaviors in type 2 diabetic patients of Yazd province in 2014. *Toloobehdasht*. 2016;15(3):115-29. [Persian]
44. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Jamshidi F, Namdar H, Maleki A. Self-care behaviors among patients with heart failure in Iran. *Journal of caring sciences*. 2012;1(4):209-14. [Persian]