

عوامل روانی - اجتماعی و رفتارهای مراقبت از خود در سالمندان با نارسایی قلبی مزمن

مهشید فروغان^۱، احمد علی اکبری کامرانی^۱، زهره ترقی^{۲*}

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، تهران، ایران

^۲ استادیار، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* نویسنده مسئول: زهره ترقی، استادیار، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. ایمیل: ztarair@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۰۷

چکیده

مقدمه: عوامل روانی - اجتماعی بر روی پیش آگهی بیماران نارسایی قلبی نقش قابل توجهی دارد. هدف از این مطالعه، تعیین رابطه بین عوامل روانی - اجتماعی و رفتارهای مراقبت از خود در سالمندان دچار نارسایی قلبی مزمن بود.

روش کار: در این مطالعه ۱۸۴ سالمند مبتلا به نارسایی قلبی مزمن از ۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. علایم افسردگی با استفاده از "مقیاس افسردگی سالمندان"، حمایت اجتماعی با استفاده از "مقیاس چندوجهی ادراک حمایت اجتماعی" و وضعیت شناختی با استفاده از "ابزار مختصر شناختی" ارزیابی شد. جهت بررسی رفتار مراقبت از خود از "پرسشنامه اروپایی رفتار مراقبت از خود در نارسایی قلبی" استفاده شد. معیارهای ورود شامل سابقه حداقل شش ماه ابتلا به نارسایی قلبی، سن بزرگتر یا مساوی ۶۰، تثبیت وضعیت بیمار (۲-۱ روز پس از بستری) بود. معیارهای خروج مشکلات ارتباطی نظیر کم شنوایی شدید و عدم وجود سمعک، مشکلات گفتاری، و آسیب شناختی شدید با استفاده از آزمون مختصر شناختی (نمره زیر ۴) و عدم همکاری بیمار بود. تحلیل آماری با آزمون‌های تی، آنالیز واریانس، دقیق فیشر، گاما و رگرسیون لجستیک با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمره مراقبت از خود $31/86 \pm 8/09$ (حداقل ۱۳ و حداکثر ۵۴) و با ۹۵ در صد فاصله اطمینان بین ۳۰/۸۶ تا ۳۳/۰۴ بود. متغیرهای وضعیت زندگی ($P = 0/001$)، درآمد ($P = 0/003$)، تجارب قبلی ($P < 0/001$) ارتباط معنی داری با رفتار مراقبت از خود داشتند. در بین سالمندانی که از خود خوب مراقبت نمی‌کردند، نسبت شانس علایم افسردگی بالاتر ($P < 0/001$) و میانگین نمره مقیاس چند وجهی ادراک حمایت اجتماعی پایین‌تر ($P < 0/001$) بود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، شناخت عوامل روانی - اجتماعی رفتارهای مراقبت از خود در سالمندان دچار نارسایی قلبی مزمن، ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: عوامل روانی - اجتماعی، مراقبت از خود، سالمندان، نارسایی قلبی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

رفتار شود [۴] و رضایت از مراقبت از دیگر متغیرهایی است که بر توانایی مراقبت از خود تاثیرگذار است [۵]. علایم افسردگی، شایع‌ترین اختلال خلق در بیماران با نارسایی قلبی است که طیف شیوع آن از ۱۳-۴۲٪ متفاوت است [۶]. به نظر می‌رسد افسردگی، علایم نارسایی قلبی نظیر تنگی نفس و خستگی را تشدید می‌کند [۷] و ممکن است در بستری شدن مکرر آنها نقش داشته باشد [۸]. همچنین افسردگی می‌تواند عامل عمده‌ای در عدم تبعیت از رژیم درمانی و برنامه‌های ورزشی باشد [۹]. عامل شایع دیگری که به نظر می‌رسد با تبعیت از رژیم درمانی همراه باشد، حمایت اجتماعی است [۱۰]. کافی بودن

به نظر می‌رسد عوامل روانی - اجتماعی مانند وضعیت شناختی سالمندان، طرز تلقی فرد از دریافت حمایت اجتماعی، و وضعیت اقتصادی - اجتماعی بر روی پیش آگهی بیماری و میزان مرگ و میر بیماران دچار نارسایی قلبی نقش قابل توجهی داشته باشد [۱]. احتمال این که بیمار، رفتاری خاص را در پیش بگیرد یا نگیرد، تحت تأثیر عوامل فرهنگی یا نگرشی نظیر تجارب قبلی آنها است [۲]. آموزش قبل از ترخیص از بیمارستان، عامل مهمی در مراقبت از خود است [۳، ۱]. اما یادگیری وقتی بصورت مطلوب روی می‌دهد که فراگیر، آماده یادگیری باشد. علاوه بر این، بیماران انتظار دارند که با آنان با احترام

و ۹۹ درصد داشته است [۲۰]. حساسیت و ویژگی نقطه برش ۷ در مطالعات مختلف، به ترتیب ۸۱ تا ۹۱/۵ و ۸۲/۴ تا ۸۴ گزارش شده است [۲۱، ۲۲]. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بود. علایم افسردگی بوسیله مقیاس افسردگی سالمندان بررسی شد که اولین بار توسط Yesavage در سال ۱۹۸۳ طراحی شد و در آن نمره ۵ و بالاتر نشان دهنده حالت افسردگی است [۲۳]. حساسیت و ویژگی آن بترتیب ۸۱ تا ۹۷٪ و ۷۸/۴ تا ۸۵٪ گزارش شده است [۲۴، ۲۵]. در کشور ما حساسیت و ویژگی نقطه برش ۶، توسط ملکوتی (۲۰۰۶)، بترتیب ۰/۹ و ۰/۸۳ گزارش شده است [۲۶]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷ بود. حمایت اجتماعی، طرز تلقی بیمار از دریافت حمایت اجتماعی توسط خانواده، دوستان و سایر افراد مهم زندگی تعریف شد و با استفاده از "مقیاس چندوجهی ادراک حمایت اجتماعی" بررسی شد [۲۷]. این پرسشنامه توسط Zimet در سال ۱۹۸۸ طراحی شد و دارای ۱۲ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۵ (کاملاً موافقم) تا ۱ (کاملاً مخالفم) است. جمع نمرات بین ۶۰-۱۲ است و نمره بالاتر نشان دهنده ادراک حمایت اجتماعی بیشتر است. ضریب پایایی این ابزار ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ ذکر شده است [۲۸، ۲۹]. در ایران، در مطالعه ریاحی (۲۰۱۱) آلفای کرونباخ ۰/۹۲ داشته است [۳۰]. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۹ بود. جهت ارزیابی رفتارهای مراقبت از خود از "مقیاس اروپایی رفتارهای مراقبت از خود در نارسایی قلبی" استفاده شد [۳۱]. این پرسشنامه توسط Jaarsma در سال ۲۰۰۳ طراحی شد و دارای ۱۲ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ (قویاً موافقم) تا ۵ (قویاً مخالفم) است. در این پرسشنامه نیز جمع نمرات ملاک قرار داده می‌شود و نمره پایین‌تر نشان دهنده مراقبت بهتر است. در ایران توسط شجاعی و همکاران (۲۰۰۹) با آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تأیید شد [۱۸]. در مطالعه حاضر، "شاخص اعتبار محتوی" (CVI) با استفاده از پانل تخصصی متشکل از ۱۰ پزشک و پرستار متخصص قلب با حداقل ۵ سال سابقه کار، ۰/۹۷ بدست آمد و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ بود. از آمار توصیفی برای توضیح مشخصات نمونه‌ها استفاده شد. برای عواملی که ارتباطشان با رفتار مراقبت از خود، در سایر مطالعات شناخته شده بود از تحلیل تک متغیره استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. از آزمون دقیق فیشر و رگرسیون لجستیک برای مقایسه متغیرهای روانی - اجتماعی در سالمندانی که از خود خوب مراقبت می‌کردند و آنهایی که خوب مراقبت نمی‌کردند، استفاده شد. برای متغیرهای رتبه‌ای که توزیع نرمال نداشتند از آزمون گاما استفاده شد. همه تحلیل‌ها با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها

میانگین نمره رفتارمراقبت از خود $8/09 \pm 31/86$ (حداقل ۱۳ و حداکثر ۵۴) و با ۹۵٪ فاصله اطمینان بین ۳۰/۶۸ تا ۳۳/۰۴ بود. اکثریت سالمندان (۵۶٪) از خودشان در حد متوسط مراقبت می‌کردند (نمره ۲۹-۴۴)، ۳۸٪ (۷۰ نفر) از خودشان خوب مراقبت می‌کردند (نمره ۲۸-۱۲) و ۵/۵٪ (۱۰ نفر) از خودشان خوب مراقبت نمی‌کردند (نمره ۶۰-۴۵). ۶۱/۴٪ از شرکت کنندگان (۱۱۳ نفر) زن بودند و ۳۸/۶٪ (۷۱ نفر) مرد بودند. ۷۰٪ سالمندان (۱۲۸ نفر) در گروه سنی ۶۰-۷۵ سال، و ۲۹٪ (۵۴ نفر) در گروه سنی ۹۰-۷۵ بودند و ۱٪ (۲ نفر) در گروه سنی ۹۴-۹۰ سال بودند. میانگین سنی

حمایت اجتماعی ممکن است تأثیر مثبت در رفتارهای مراقبت از خود نظیر کنترل وزن روانه و دنبال کردن رژیم غذایی کم سدیم [۱۱] و تبعیت از رژیم دارویی داشته باشد [۱۲]. از سوی دیگر، اگر این فعالیت‌ها با عملکرد سایر اعضای خانواده در تضاد باشد، ممکن است اثر منفی بر مراقبت از خود داشته باشد [۵]. برخی مطالعات نشان می‌دهد پایین بودن وضعیت اقتصادی-اجتماعی می‌تواند عامل مهمی در ضعف مراقبت از خود در نارسایی قلبی باشد [۱۰، ۱۳]. افسردگی، حس خصومت، و انزوای اجتماعی همگی در اقشار پایین‌تر جامعه بیشتر دیده می‌شود [۱۴]. گرچه در کشور ما چندین مطالعه در مورد رفتارهای مراقبت از خود صورت گرفته است [۱۵-۱۸]، شواهد کافی برای طراحی استراتژی‌های بهبود رفتارهای مراقبت از خود در سالمندان با نارسایی قلبی وجود ندارد. شناخت نقش هر یک از عوامل مؤثر بر رفتارهای مراقبت از خود در نارسایی قلبی می‌تواند در ارائه مداخلات هدفمند، مفید واقع شود. هدف از مطالعه حاضر تعیین ارتباط بین عوامل روانی - اجتماعی و رفتارهای مراقبت از خود در سالمندان با نارسایی قلبی بود.

روش کار

این مطالعه توصیفی - همبستگی - مقطعی جهت تعیین پیش بینی کننده‌های رفتارهای مراقبت از خود در سالمندان دچار نارسایی قلبی انجام شد. ۱۸۴ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس از ۴ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و $P = 0/74$ ، $\alpha = 0/05$ در مطالعه شجاعی [۱۸] به دست آمد:

$$N = \frac{\left(z \frac{1-\alpha}{2}\right)^2 P(1-P)}{d^2}$$

بیمارانی وارد مطالعه شدند که با تشخیص نارسایی قلبی مزمن توسط پزشک متخصص قلب بستری شده بودند. معیارهای ورود شامل سابقه حداقل شش ماه ابتلا به نارسایی قلبی، سن بزرگتر یا مساوی ۶۰، تثبیت وضعیت بیمار (۲-۱ روز پس از بستری) بود. معیارهای خروج مشکلات ارتباطی نظیر کم شنوایی شدید و عدم وجود سمعک، مشکلات گفتاری، و آسیب شناختی شدید با استفاده از آزمون مختصر شناختی (نمره زیر ۴) [۱۹] و عدم همکاری بیمار بود. پس از کسب رضایت نامه کتبی، اطلاعات هر بیمار، بوسیله فردی که در مراقبت از او نقش نداشت، گردآوری شد. این مطالعه در راستای موازین اخلاقی اعلامیه هلسینکی بود. در این مطالعه، رفتارهای مراقبت از خود قبل از بستری شدن، بررسی شد. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بود. متغیرهای جمعیت شناختی شامل سن، جنس، محل اقامت، وضعیت زندگی، سطح تحصیلات و درآمد بود. تجارب قبلی شامل سابقه بستری شدن به دلیل نارسایی قلبی طی شش ماه گذشته، سابقه آموزش در مورد نارسایی قلبی، رضایت از آموزش و رضایت از درمان بود. وضعیت شناخت با استفاده از آزمون مختصر شناختی [۱۹] اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه اولین بار توسط Hodkinson در سال ۱۹۷۲ طراحی شد و دارای ۱۰ سؤال است و به هر پاسخ صحیح یک نمره تعلق می‌گیرد. نمره ۶ و پایین‌تر نشان دهنده آسیب شناختی است (۳-۰ آسیب شناختی شدید و ۶-۳ آسیب شناختی متوسط). در کشور ما، توسط فروغان، نقطه برش ایده آل آن ۶ تعیین شده و حساسیت و ویژگی ۸۵

متغیرهای سابقه آموزش نارسایی قلبی ($P = < 0/001$)، رضایت از آموزش ($P < 0/001$) و رضایت از درمان ($P < 0/001$) ارتباط معنی داری با رفتار مراقبت از خود داشتند. بین سابقه بستری شدن طی شش ماه قبل و رفتار مراقبت از خود رابطه معنی دار آماری وجود نداشت ($P = 0/929$). (جدول ۲).

زن و مردان $8/35 \pm 7/7$ و $8/99 \pm 7/01$ بود و اختلاف معنی داری نداشت ($P = 0/595$). میانگین نمره مراقبت از خود در سالمندان جوان، بطور معنی داری پایین تر از سالمندان مسن بود ($P = 0/018$). متغیرهای وضعیت زندگی ($P = 0/001$) و درآمد ($P = 0/003$) ارتباط معنی داری با رفتار مراقبت از خود داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین نمره رفتارمراقبت از خود در سالمندان دچار نارسایی قلبی در ارتباط با ویژگی‌های جمعیت شناختی

متغیر	تعداد (%)	نمره مراقبت از خود (انحراف معیار \pm میانگین)	نوع آزمون	نتایج آزمون
سن			آزمون تی مستقل	$P = 0/018$ $t = -2/38$
۶۰-۷۵	۱۲۸ (۷۰)	$30/92 \pm 8/33$		
۷۶-۹۴	۵۶ (۳۰)	$33/96 \pm 7/14$		
جنس			آزمون تی مستقل	$P = 0/095$ $t = 1/68$
زن	۱۱۳ (۶۱/۴)	$32/65 \pm 7/98$		
مرد	۷۱ (۳۸/۶)	$30/6 \pm 8/15$		
محل اقامت			آزمون تی مستقل	$P = 0/274$ $t = -1/9$
شهر	۱۱۱ (۶۰)	$31/33 \pm 8/11$		
روستا	۷۳ (۴۰)	$32/67 \pm 8/05$		
وضعیت زندگی			انالیز واریانس	$P = 0/001$ $F = 4/4$
تنها	۱۱ (۶)	$35/63 \pm 7/03$		
باهمسر	۹۳ (۵۰/۵)	$29/91 \pm 8/02$		
با فرزند	۴۹ (۲۶/۶)	$34/28 \pm 7/27$		
با همسر و فرزند	۲۷ (۱۴/۷)	$32/18 \pm 8/05$		
با یکی از بستگان	۳ (۱/۶)	$28/66 \pm 2/88$		
خانه سالمندان	۱ (۰/۵)			
سطح تحصیلات			انالیز واریانس	$P = 0/215$ $F = 1/54$
بیسواد	۱۳۷ (۷۴/۵)	$32/49 \pm 7/93$		
زیر دیپلم	۳۹ (۲۱/۲)	$29/74 \pm 8/71$		
دیپلم یا بالاتر	۸ (۴/۳)	$32/5 \pm 7/01$		
درآمد			آزمون گاما	$P = 0/003$
کمتر از هزینه کرد	۸۳ (۴۵/۱)	$33/91 \pm 8/07$		
برابر با هزینه کرد	۹۸ (۵۳/۳)	$30/12 \pm 7/73$		
بیشتر از هزینه کرد	۳ (۱/۶)	$32 \pm 9/64$		

جدول ۲: میانگین نمره رفتارمراقبت از خود در سالمندان دچار نارسایی قلبی در ارتباط با تجارب قلبی

متغیر	تعداد (%)	نمره مراقبت از خود انحراف معیار \pm میانگین	نوع آزمون	نتایج آزمون
سابقه بستری نارسایی قلبی طی شش ماه گذشته			تی مستقل	$P = 0/929$ $t = -0/089$
بلی	۱۵۰ (۸۱/۵)	$31/83 \pm 7/54$		
خیر	۳۴ (۱۸/۵)	$32 \pm 10/29$		
سابقه آموزش در مورد نارسایی قلبی			تی مستقل	$P < 0/001$ $t = -4/65$
بلی	۱۱۱ (۶۰)	$29/72 \pm 7/68$		
خیر	۷۳ (۴۰)	$35/1 \pm 7/64$		
رضایت از آموزش			تی مستقل	$P < 0/001$ $t = -4/87$
بلی	۱۱۰ (۵۹/۸)	$29/66 \pm 7/69$		
خیر	۷۱ (۳۸/۶)	$35/3 \pm 7/47$		
بدون پاسخ	۳ (۱/۶)			
رضایت از درمان			تی مستقل	$P = 0/001$ $t = -3/34$
بلی	۱۶۱ (۸۷/۵)	$31/13 \pm 7/96$		
خیر	۲۳ (۱۲/۵)	$37 \pm 7/17$		

جدول ۳: مقایسه مشخصات روانی- اجتماعی در سالمندان با و بدون مراقبت خوب

متغیر (انحراف معیار ± میانگین)	مراقبت خوب (۲۸-۱۲)	عدم مراقبت خوب (۶۰-۲۹)	نوع آزمون	نتایج
نمره آزمون مختصر شناختی	۶/۸۹ ± ۲/۰۱	۵/۷۵ ± ۱/۸۷	تی مستقل	$P < ۰/۰۰۱$ $t = ۳/۸۶$
نمره مقیاس افسردگی سالمندان	۳/۸۶ ± ۳/۵۳	۷/۴۷ ± ۳/۹۸	تی مستقل	$P < ۰/۰۰۱$ $t = -۶/۲۳$
نمره ادراک حمایت اجتماعی	۵۲/۱ ± ۱۰/۰۴	۴۳/۱۸ ± ۱۰/۵۹	تی مستقل	$P < ۰/۰۰۱$ $t = ۵/۶۵$

یافته‌های مرور سیستماتیک Oostrum (۲۰۱۳) در هلند شامل ۱۱ مقاله با کیفیت بالا و متوسط (از بین ۸۷ مقاله مرتبط) بین سالهای ۲۰۱۰-۱۹۹۹ نشان داد همبستگی معنی داری بین تجارب قلبی و تبعیت دارویی وجود داشت [۳۹].

در مطالعه حاضر، نسبت شانس آسیب شناختی در سالمندانی که از خود مراقبت نمی‌کردند، بالاتر بود. شایع‌ترین حوزه‌های شناختی که به نظر می‌رسد آسیب می‌بیند، میزان توجه، حافظه، تمرکز، یادگیری، عملکردهای اجرایی، و سرعت روانی- حرکتی است [۴۰]. اختلال در عملکردهای اجرایی می‌تواند در تصمیم‌گیری در موقعیت‌های پیچیده، مانند تفسیر تغییر علائم بیماری مشکل ایجاد کند [۴۱]. آسیب شناختی احتمالاً با کنترل عوامل خطر قلبی- عروقی [۴۲]، استراتژی‌های توان بخشی [۴۳]، و استفاده از داروهای افزاینده شناخت و انتی‌اکسیدان‌ها [۴۴] قابل تغییر است. یافته‌های این مطالعه نشان داد نسبت شانس علائم افسردگی در سالمندانی که از خود خوب مراقبت نمی‌کردند بالاتر بود. گرچه شدت نارسایی قلبی و ناتوانی می‌تواند بر شروع و حفظ علائم افسردگی اثر بگذارد، نمی‌تواند بطور کامل بحساب آورده شود. عوامل دیگری ممکن است در شیوع بالای علائم افسردگی نقش داشته باشند مانند سبک مقابله با مشکلات، حمایت اجتماعی و خوش بینی [۴۵]. استفاده از سبک‌های انفعالی در برخورد با مشکلات، با علائم افسردگی در ارتباط می‌باشد. در حالی که سبک‌های فعال و پذیرش، معمولاً با شادکامی عاطفی همراه هستند [۴۶]. برخی مطالعات نشان داده‌اند وجود و ماهیت حمایت اجتماعی می‌تواند در کاهش شیوع افسردگی در بیماران نارسایی قلبی نقش داشته باشد [۴۷، ۴۸]. چندین دلیل در مورد نامناسب بودن رفتار مراقبت از خود در بیماران افسرده وجود دارد. اول این که به نظر می‌رسد افسردگی با آسیب شناختی در ارتباط باشد [۴۹]. دوم این که علائم افسردگی می‌تواند منجر به کاهش پردازش اطلاعات شود [۵۰]. دیگر این که بیمارانی که افسرده نیستند، بهتر از خودشان مراقبت می‌کنند و پی‌آمدهای بهتری دارند [۱۳]. نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره ادراک حمایت اجتماعی در سالمندانی که از خود خوب مراقبت نمی‌کردند، پایین‌تر بود. در بیماران نارسایی قلبی، حمایت عاطفی می‌تواند در خنثی کردن خلق افسرده، و حمایت ابزاری در خنثی کردن محدودیت‌های جسمی بیماری مؤثر باشد [۵۱]. تحقیقاتی که همزمان اثر علائم افسردگی و حمایت اجتماعی را در بیماران نارسایی قلبی بررسی کرده‌اند، نشان داده‌اند که ادراک حمایت اجتماعی می‌تواند میزان مرگ و میر ناشی از علائم افسردگی را کاهش دهد [۵۲]. اخیراً مداخلاتی نظیر حمایت توسط گروه‌های هم‌تا جهت بهبود علائم افسردگی و حمایت اجتماعی در بیماران نارسایی قلبی طراحی شده‌اند [۵۳].

محدودیت‌های پژوهش

میانگین نمره وضعیت شناختی $۶/۱۸ ± ۲/۰۲$ (میان ۶، حداقل ۴ و حداکثر ۱۰) با ۹۵٪ فاصله اطمینان بین ۵/۸۹ تا ۶/۴۸ بود. در بین سالمندانی که از خود خوب مراقبت نمی‌کردند، نسبت شانس آسیب شناختی (نمره ۴-۶ آزمون مختصر شناختی) ۵۸٪ با ۹۵٪ فاصله اطمینان بین ۱/۲ تا ۲/۰۷ بود ($P < ۰/۰۰۱$). مقایسه نمرات آزمون شناختی سالمندانی که از خود خوب مراقبت می‌کردند و خوب مراقبت نمی‌کردند، در جدول ۳ آمده است. میانگین نمره مقیاس افسردگی سالمندان $۶/۱ ± ۴/۱۹$ (میان ۶، حداقل صفر و حداکثر ۱۵) با ۹۵٪ فاصله اطمینان بین $۵/۴۹ ± ۶/۷۱$ بود. در بین سالمندانی که از خود خوب مراقبت نمی‌کردند، نسبت شانس علائم افسردگی (نمره مقیاس افسردگی ۱۵-۵) $۱/۹۲ ± ۱/۴۳$ با ۹۵٪ فاصله اطمینان بین ۱/۴۳ تا ۲/۵۸ بود ($P < ۰/۰۰۱$). مقایسه نمرات مقیاس افسردگی سالمندان در دو گروه در جدول ۳ نشان داده شده است. میانگین نمره مقیاس چندوجهی ادراک حمایت اجتماعی $۴۶/۷۵ ± ۱/۱۲$ (میان ۴۸، حداقل ۱۶ و حداکثر ۶۰) با ۹۵٪ فاصله اطمینان بین $۴۴/۹۴ ± ۴۸/۲۱$ بود. میانگین نمره حمایت اجتماعی در سالمندانی که از خود خوب مراقبت می‌کردند، بطور معنی داری بالاتر بود ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۳).

بحث

در مطالعه حاضر، میانگین نمره مراقبت خود در سالمندانی که با همسرانشان زندگی می‌کردند، پایین‌تر و در سالمندانی که تنها زندگی می‌کردند، بالاتر بود. این یافته با نتایج مطالعات Chung (۲۰۰۶) در امریکا و Gallagher (۲۰۱۱) در استرالیا هم خوانی [۳۲، ۳۳] ولی با نتایج Cameron (۲۰۰۹) در استرالیا هم خوانی ندارد [۳۴]. دلیل آن ممکن است این باشد که حمایت عاطفی با تبعیت دارویی و رژیم غذایی رابطه دارد. علاوه بر این، حمایت عاطفی اثرات مفیدی در خنثی کردن موقعیت‌های تنش‌زا دارد [۱۱]. نتایج مطالعه حاضر نشان داد در سالمندانی که موازنه بین درآمد و هزینه‌هایشان وجود داشت، میانگین نمره مراقبت از خود، بطور معنی داری پایین‌تر بود. پایین بودن وضعیت اقتصادی- اجتماعی عامل مهمی در عدم تبعیت و ضعف مراقبت از خود است [۱۳]. این یافته با نتایج مطالعات ابوطالبی (۲۰۱۲) و اکبری کامرانی (۲۰۱۴) در ایران و Macabasco (۲۰۰۸) در امریکا هم خوانی [۱۶، ۱۷، ۳۵]، و با نتایج مطالعات Young-Jung (۲۰۱۱) در کره، Riegel و Rockwell (۲۰۰۱) در امریکا و Huyen (۲۰۱۱) در ویتنام هم خوانی ندارد [۳۶-۳۸]. متفاوت بودن طراحی مطالعات، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزارهای بررسی و روش تحلیل آماری می‌تواند بر روی نتایج یافته‌ها اثر بگذارد. یافته‌های این مطالعه نشان داد ارتباط معنی دار آماری بین تجارب قلبی و رفتارهای مراقبت از خود وجود داشت. تأثیر کیفیت ارتباطات بین بیمار و افراد حرفه‌ای تیم بهداشتی از نظر در اختیار گذاشتن اطلاعات و اطمینان دهی، بر روی تبعیت از رژیم درمانی در برخی مطالعات نشان داده شده است [۵].

نتیجه گیری

تعیین عوامل مؤثر بر رفتارهای مراقبت از خود به کارکنان تیم بهداشتی در هدایت مداخلات آموزشی و پیشگیری از بستری شدن مجدد بیماران کمک می‌کند. پرستاران باید سالمندان در معرض خطر افت مراقبت از خود را مورد توجه قرار دهند. تکیه بر آموزش به بیمار به تنهایی برای ارتقا و حفظ سطح مناسب مراقبت از خود کفایت نمی‌کند.

اول این که این پژوهش، یک مطالعه مقطعی بود و همبستگی‌ها نمی‌تواند نشان دهنده رابطه علی بین پارامترها باشد. دیگر آن که اطلاعات، فقط نماینده افرادی است که موافق شرکت در پژوهش بودند. ویژگی‌های شخصی و سلامتی و معنوی سالمندان، بررسی نشده بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، ارتباط این پارامترها با رفتارهای مراقبت از خود مورد بررسی قرار گیرد.

References

- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2016;69(12):1167. DOI: [10.1016/j.rec.2016.11.005](https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.11.005) PMID: [27894487](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27894487/)
- Williams RB, Barefoot JC, Schneiderman N. Psychosocial risk factors for cardiovascular disease: more than one culprit at work. *JAMA*. 2003;290(16):2190-2. DOI: [10.1001/jama.290.16.2190](https://doi.org/10.1001/jama.290.16.2190) PMID: [14570955](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14570955/)
- Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. *J Heart Lung Transplant*. 2002;21(2):189-203. PMID: [11834347](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11834347/)
- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, Zayeri F. Development and psychometric properties of Inherent Dignity Questionnaire in heart failure patients. *Iranian J Med Ethics Hist Med*. 2014;6(6):33-44.
- Schnell KN, Naimark BJ, McClement SE. Influential factors for self-care in ambulatory care heart failure patients: a qualitative perspective. *Can J Cardiovasc Nurs*. 2006;16(1):13-9. PMID: [16615260](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16615260/)
- Eastwood JA, Moser DK, Riegel BJ, Albert NM, Pressler S, Chung ML, et al. Commonalities and differences in correlates of depressive symptoms in men and women with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2012;11(3):356-65. DOI: [10.1177/1474515112438010](https://doi.org/10.1177/1474515112438010) PMID: [22414584](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22414584/)
- Evangelista LS, Moser DK, Westlake C, Pike N, Ter-Galstanyan A, Dracup K. Correlates of fatigue in patients with heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2008;23(1):12-7. PMID: [18326992](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18326992/)
- Sayers SL, Hanrahan N, Kutney A, Clarke SP, Reis BF, Riegel B. Psychiatric comorbidity and greater hospitalization risk, longer length of stay, and higher hospitalization costs in older adults with heart failure. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(10):1585-91. DOI: [10.1111/j.1532-5415.2007.01368.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01368.x) PMID: [17714458](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17714458/)
- Moser DK, Chung ML, Riegel B, Rayens MK, Lennie TA. Nonadherence is a mediator of the link between depressive symptoms, and rehospitalization or mortality in patients with heart failure. *Circulation*. 2006.
- Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Peden AR, Chen YC, Heo S. Factors influencing medication adherence in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2008;37(1):8-16, e1. DOI: [10.1016/j.hrtlng.2007.02.003](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2007.02.003) PMID: [18206522](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18206522/)
- Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF. Social support and self-care of patients with heart failure. *Ann Behav Med*. 2008;35(1):70-9. DOI: [10.1007/s12160-007-9003-x](https://doi.org/10.1007/s12160-007-9003-x) PMID: [18347906](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18347906/)
- Wu JR, Frazier SK, Rayens MK, Lennie TA, Chung ML, Moser DK. Medication adherence, social support, and event-free survival in patients with heart failure. *Health Psychol*. 2013;32(6):637-46. DOI: [10.1037/a0028527](https://doi.org/10.1037/a0028527) PMID: [22746258](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22746258/)
- van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veeger NJ, van Gilst WH, van Veldhuisen DJ. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J*. 2006;27(4):434-40. DOI: [10.1093/eurheartj/ehi603](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehi603) PMID: [16230302](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16230302/)
- Barefoot JC, Peterson BL, Dahlstrom WG, Siegler IC, Anderson NB, Williams RB, Jr. Hostility patterns and health implications: correlates of Cook-Medley Hostility Scale scores in a national survey. *Health Psychol*. 1991;10(1):18-24. PMID: [2026126](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2026126/)
- Adib-Hajbaghery M, Maghaminejad F, Abbasi A. The role of continuous care in reducing readmission for patients with heart failure. *J Caring Sci*. 2013;2(4):255-67. DOI: [10.5681/jcs.2013.031](https://doi.org/10.5681/jcs.2013.031) PMID: [25276734](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25276734/)
- Abotaleb G, Vosooghi N, Mohammad Nejad E, Namadi M, Akbari Kaji M. Study of the self-care agency in patients with heart failure. *J Crit Care Nurs*. 2012;4(4):203-8.
- Kamrani A-AA, Foroughan M, Taraghi Z, Yazdani J, Kaldi A-r, Ghanei N, et al. Self care behaviors among elderly with chronic heart failure and related factors. *Pakistan J Biol Sci*. 2014;17(11):1161.
- Shojaei F, Asemi S, Najafiarandi A, Hosseini F. [Self-care behaviour of patients with heart failure]. *Q J Payesh*. 2000;14(2):112-9.
- Hodkinson HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age Ageing*. 1972;1(4):233-8. PMID: [4669880](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4669880/)
- Foroughan M, Farahani ZG, Shariatpanahi M, Vaezinejad M, Kamerani AA, Sheikhatpanahi M. Risk factors of Alzheimer's disease among Iranian population. *Curr Alzheimer Res*. 2008;5(1):70-2. PMID: [18288934](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18288934/)
- Villarejo A, Puertas-Martin V. [Usefulness of short tests in dementia screening]. *Neurologia*. 2011;26(7):425-33. DOI: [10.1016/j.nrl.2010.12.002](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2010.12.002) PMID: [21345539](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21345539/)
- Sarasqueta C, Bergareche A, Arce A, Lopez de Munain A, Poza JJ, De La Puente E, et al. The validity of Hodkinson's Abbreviated Mental Test for dementia screening in Guipuzcoa, Spain. *Eur J Neurol*. 2001;8(5):435-40. PMID: [11554906](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11554906/)
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982;17(1):37-49. PMID: [7183759](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183759/)

24. Albinski R, Kleszczewska-Albinska A, Bedynska S. [Geriatric Depression Scale (GDS). Validity and reliability of different versions of the scale--review]. *Psychiatr Pol.* 2011;45(4):555-62. [PMID: 22232981](#)
25. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. *J Affect Disord.* 2010;125(1-3):10-7. [DOI: 10.1016/j.jad.2009.08.019](#) [PMID: 19800132](#)
26. Malakouti K, Fathollahi P, Salavati M, Kahani S. [Validation of geriatric depression scale(GDS 15) in Iran]. *Pejouhesh.* 2006;30(4):361-9.
27. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30-41. [DOI: 10.1207/s15327752jpa5201_2](#)
28. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2011;7:161-6. [DOI: 10.2174/1745017901107010161](#) [PMID: 22114620](#)
29. Chung ML, Lennie TA, Dekker RL, Wu JR, Moser DK. Depressive symptoms and poor social support have a synergistic effect on event-free survival in patients with heart failure. *Heart Lung.* 2011;40(6):492-501. [DOI: 10.1016/j.hrtlng.2010.08.001](#) [PMID: 21453972](#)
30. Riahi ME, Aliverdina A, Pourhossein Z. [Relationship between social support and mental health]. *Soc Welfare Q.* 2011;10(39):85-121.
31. Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail.* 2003;5(3):363-70. [PMID: 12798836](#)
32. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Riegel BJ. Presence of a spouse improves adherence to medication in patients with heart failure. *J Card Fail.* 2006;12(6):S100.
33. Gallagher R, Luttk ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2011;26(6):439-45. [DOI: 10.1097/JCN.0b013e31820984e1](#) [PMID: 21372734](#)
34. Cameron J, Worrall-Carter L, Riegel B, Lo SK, Stewart S. Testing a model of patient characteristics, psychologic status, and cognitive function as predictors of self-care in persons with chronic heart failure. *Heart Lung.* 2009;38(5):410-8. [DOI: 10.1016/j.hrtlng.2008.11.004](#) [PMID: 19755191](#)
35. Macabasco-O'Connell A, Crawford MH, Stotts N, Stewart A, Froelicher ES. Self-care behaviors in indigent patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2008;23(3):223-30. [DOI: 10.1097/01.JCN.0000317427.21716.5f](#) [PMID: 18437064](#)
36. Son Y-J, Kim S-H, Kim G-Y. Factors influencing adherence to self care in patients with chronic heart failure. *Kor J Adult Nurs.* 2011;23(3):244-54.
37. Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung.* 2001;30(1):18-25. [DOI: 10.1067/mhl.2001.112503](#) [PMID: 11174364](#)
38. Huyen N, Jullamate P, Kangchai W, editors. Factors related to self care behaviors among older adults with heart failure in Thai Nguyen General Hospital, Vietnam. The first international conference on interdisciplinary research and development; 2011; Thailand.
39. Oosterom-Calo R, van Ballegooijen AJ, Terwee CB, te Velde SJ, Brouwer IA, Jaarsma T, et al. Determinants of adherence to heart failure medication: a systematic literature review. *Heart Fail Rev.* 2013;18(4):409-27. [DOI: 10.1007/s10741-012-9321-3](#) [PMID: 22723048](#)
40. Bennett SJ, Sauve MJ. Cognitive deficits in patients with heart failure: a review of the literature. *J Cardiovasc Nurs.* 2003;18(3):219-42. [PMID: 12837012](#)
41. Dickson VV, Tkacs N, Riegel B. Cognitive influences on self-care decision making in persons with heart failure. *Am Heart J.* 2007;154(3):424-31. [DOI: 10.1016/j.ahj.2007.04.058](#) [PMID: 17719284](#)
42. Popovic IM, Seric V, Demarin V. Mild cognitive impairment in symptomatic and asymptomatic cerebrovascular disease. *J Neurol Sci.* 2007;257(1-2):185-93. [DOI: 10.1016/j.jns.2007.01.029](#) [PMID: 17328916](#)
43. Kurz A, Pohl C, Ramsenthaler M, Sorg C. Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(2):163-8. [DOI: 10.1002/gps.2086](#) [PMID: 18636436](#)
44. Weinstein AM, Barton C, Ross L, Kramer JH, Yaffe K. Treatment practices of mild cognitive impairment in California Alzheimer's Disease Centers. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(4):686-90. [DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02200.x](#) [PMID: 19392962](#)
45. Trivedi RB, Blumenthal JA, O'Connor C, Adams K, Hinderliter A, Dupree C, et al. Coping styles in heart failure patients with depressive symptoms. *J Psychosom Res.* 2009;67(4):339-46. [DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.05.014](#) [PMID: 19773027](#)
46. Pakenham KI, Rinaldis M. The role of illness, resources, appraisal, and coping strategies in adjustment to HIV/AIDS: the direct and buffering effects. *J Behav Med.* 2001;24(3):259-79. [PMID: 11436546](#)
47. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med.* 2007;22(4):470-7. [DOI: 10.1007/s11606-006-0044-9](#) [PMID: 17372795](#)
48. Scherer M, Himmel W, Stanske B, Scherer F, Koschack J, Kochen MM, et al. Psychological distress in primary care patients with heart failure: a longitudinal study. *Br J Gen Pract.* 2007;57(543):801-7. [PMID: 17925137](#)
49. Gunstad J, Cohen RA, Paul RH, Tate DF, Hoth KF, Poppas A. Understanding reported cognitive dysfunction in older adults with cardiovascular disease. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2006;2(2):213-8. [PMID: 19412466](#)
50. Butters MA, Whyte EM, Nebes RD, Begley AE, Dew MA, Mulsant BH, et al. The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(6):587-95. [DOI: 10.1001/archpsyc.61.6.587](#) [PMID: 15184238](#)
51. Carels RA. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res.* 2004;13(1):63-72. [DOI: 10.1023/B:QURE.0000015301.58054.51](#) [PMID: 15058788](#)
52. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Catellier DJ, Carney RM, Berkman LF, et al. Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health*

- Psychol. 2007;26(4):418-27. [DOI: 10.1037/0278-6133.26.4.418](#) [PMID: 17605561](#)
53. Riegel B, Carlson B. Is individual peer support a promising intervention for persons with heart failure?

J Cardiovasc Nurs. 2004;19(3):174-83. [PMID: 15191260](#)

Psychosocial Factors and Self-Care Behaviors among Elderly with Chronic Heart Failure

Mahshid Foroughan¹, Ahmadali Akbarikamrani^{1,*}, Zohreh Taraghi²

¹ Associate Professor, Research Center on Aging, University of the Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

* **Corresponding author:** Zohreh Taraghi, Assistant Professor, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. E-mail: ztarair@gmail.com

Received: 27 Jun 2016

Accepted: 02 May 2017

Abstract

Introduction: Psychosocial factors have a significant role in prognosis of patients with heart failure. The aim of this study was to determine the relationship between psychosocial factors and self-care behaviors among elderly with HF.

Methods: In this study, 184 elderly with HF were selected using the convenience sampling method from 4 teaching hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences. Depressive symptoms were assessed using the Geriatric Depression Scale (GDS). Social support was assessed using Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). To assess self-care behaviors, the European Heart failure Self Care Behaviors (EHFSCB) questionnaire was used. Statistical analysis was performed using the t test, Analysis of Variance (ANOVA), Fisher's exact test, gamma test, and logistic regression of the SPSS version 16.0 software.

Results: The mean self-care score was 31.86 ± 8.09 (minimum 13 and maximum 54) with 95% CI 30.68 to 33.04. Living status ($P = 0.001$), income ($P = 0.003$), and prior experiences ($P < 0.001$) were found to have significant relationships with self-care behavior. Among elderly, who did not take good care of themselves, odds ratio of depressive symptoms was higher ($P < 0.001$) and the mean of MSPSS score was lower ($P < 0.001$).

Conclusions: Regarding the results of this study, recognition of psychosocial factors of self-care behaviors among elderly with HF seems necessary.

Keywords: Psychosocial Factors, Self-Care, Elderly, HF