

## بررسی وضعیت خودمراقبتی و تفاوت‌های جنسیتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

فاطمه مؤدب<sup>۱</sup>، دکتر عاطفه قنبری<sup>۲</sup>، دکتر ارسلان سالاری<sup>۳</sup>، دکتر احسان کاظم نژاد<sup>۴</sup>

میترا صدقی ثابت<sup>۵</sup>، عزت پاریداد<sup>۵</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** جنس عاملی غیرقابل تعدیل در انجام رفتارهای خودمراقبتی است. با وجود این عقیده که زنان در خودمراقبتی بهتر از مردان هستند، شواهد بسیار اندکی برای به چالش کشیدن این دیدگاه وجود دارد. هدف از این مطالعه تعیین وضعیت خودمراقبتی در مردان و زنان مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد.

**روش بررسی:** این مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی-تحلیلی بر روی ۲۳۹ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی صورت گرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه شاخص خودمراقبتی نارسایی قلبی (SCHFI)، سنجش افسردگی اختصاصی بیماران قلبی (CDS)، سنجش وضعیت عملکرد شناختی (MMSE) استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماري V.19 SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی (کای اسکور، من ویتنی، کروسکال والیس، تی تست و رگرسیون لجستیک) استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره‌ی خودمراقبتی در زنان  $39/71 \pm 9/88$  و در مردان  $44/60 \pm 12/05$  از ۱۰۰ بود. در مدل رگرسیونی، جنسیت در همه حیطه‌های خودمراقبتی به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم خودمراقبتی مطرح نشد، فقط در حیطه‌ی اعتماد به خود معنی دار شد که نشان داد زنان نسبت به مردان از لحاظ وضعیت اعتماد به خود در زمینه‌ی خودمراقبتی از شانس کمتری برخوردار بودند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اینکه در تمامی ابعاد، زنان وضعیت خودمراقبتی بدتری داشتند، پیشنهاد می‌شود که در شناسایی این نوع بیماران در معرض خطر خود مراقبتی ضعیف و طراحی برنامه‌های درمانی و مراقبتی آنان، با توجه به آسیب‌پذیری و اثرات روحی-روانی بیشتر بیماری بر زنان، به جنس به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده توجه شود.

**واژه‌های کلیدی:** جنسیت، خودمراقبتی، نارسایی قلبی

\* نویسنده مسئول :

دکتر عاطفه قنبری ؛

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی

مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم

پزشکی گیلان

Email: At-ghanbari@

gums.ac.ir

- پذیرش مقاله : تیر ۱۳۹۳

- دریافت مقاله : فروردین ۱۳۹۳

### مقدمه

نارسایی قلبی (Heart Failure) یکی از شایعترین اختلالات قلبی-عروقی است که به عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده مطرح می‌باشد (۱) و شیوع و بروز آن با افزایش سن بالا می‌رود (۵-۱). در طی ۲-۳ دهه گذشته شیوع نارسایی قلبی سه برابر شده (۲۶) و هم‌اکنون میلیون‌ها نفر از مردم جهان از آن رنج می‌برند (۷). طبق آماري که مرکز مدیریت

<sup>۱</sup> مربی هیئت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری- مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری- مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

<sup>۴</sup> استادیار گروه آمار حیاتی، دانشکده پرستاری- مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

<sup>۵</sup> مربی هیئت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری- مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

حمایت و به چالش کشیدن این دیدگاه در جمعیت افراد دچار نارسایی قلبی وجود دارد (۱۲ و ۱۴). اگرچه مطالعات اخیر بر روی خود مراقبتی و عوامل تعیین کننده آن، تعدادی از عوامل تاثیرگذار (مانند سن، دانش، مهارت‌های تطابقی، اعتماد به نفس) را مشخص نموده است، اما تاثیر جنس بر خود مراقبتی در نارسایی قلبی به خوبی شناخته نشده است (۱۶). محققان اندکی به بررسی ارتباط بین جنس و رفتارهای خود مراقبتی در نارسایی قلبی پرداخته‌اند و نتایج ضد و نقیضی بدست آورده‌اند (۱۱). بنابراین هنوز یک تصویر واضح از وسعت و اهمیت تفاوت‌های جنسیتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی وجود ندارد (۱۶)؛ همچنین تا به امروز، هیچ مطالعه‌ای وجود نداشته است تا بتواند تفاوت جنسیتی را در هر سه جنبه‌ی خود مراقبتی در نارسایی قلبی (حفظ، مدیریت و اعتماد به نفس) بررسی نماید (۱۴). بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت خود مراقبتی در مردان و زنان مبتلا به نارسایی قلبی و شناسایی تاثیر جنس بر وضعیت خود مراقبتی و ابعاد آن صورت گرفته است.

### روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی و تحلیلی بود که در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان دکتر حشمت رشت در طی مدت ۳ ماه و نیم از اواسط شهریور تا آخر آذر ۱۳۹۱ صورت گرفت. در این مطالعه، حجم نمونه براساس نتایج مطالعه کامرون و همکاران (۱۷)، و  $r=0/32$  و با اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آزمون ۹۰ درصد با

$$n = \frac{(Z_1 - \frac{\alpha}{2} + Z_1 - \beta)^2}{(C(r))^2} + 3$$

استفاده از فرمول

بیماری‌ها در سال ۱۳۸۰ منتشر کرده است، در ایران تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است (۱۰۸). براساس آمار کسب شده از بیمارستان دکتر حشمت رشت توسط محقق تعداد ۶۳۴ بیمار از ۹۵۵۵ بیمار بستری شده در سال ۱۳۸۹ را بیماران مبتلا به نارسایی قلبی تشکیل داده‌اند. همچنین طبق آمارهای موجود هر ساله بیماری‌های قلبی سبب فوت حدود ۱۵۰ هزار نفر در ایران می‌شود (۹). این آمار در بیمارستان دکتر حشمت رشت در سال ۱۳۹۰، ۵۰ مورد از ۴۱۵ موارد فوتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گزارش شده است.

سالانه هزینه‌ی هنگفتی صرف مراقبت از این بیماران می‌شود که قسمت اعظم آن ناشی از افزایش بازگشت بیماری، بستری مجدد در بیمارستان و استفاده از مراقبت‌های ویژه است (۶). تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن از اهمیت بسزایی برخوردار است و بیماران می‌توانند با کسب مهارت‌های خود مراقبتی، بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تاثیر بگذارند (۷ و ۱۰).

یک عامل غیر قابل تعدیل عمده که ممکن است با رفتارهای خود مراقبتی مرتبط باشد، جنس است (۱۱). تقریباً نیمی از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی زنان هستند (۱۲)، اما در عین حال مطالعات نسبتاً کمی در مورد تفاوت‌های جنسیتی گزارش شده است (۱۲ و ۱۳). زنان مبتلا به نارسایی قلبی به احتمال بیشتری در معرض دیسترس‌های روانی- اجتماعی هستند که این عامل می‌تواند با خود مراقبتی ضعیف‌تر در ارتباط باشد (۱۱). از طرفی این عقیده نیز وجود دارد که زنان در مراقبت از خود بهتر از مردان هستند (۱۴ و ۱۵). شواهد بسیار اندکی برای

بودن اطلاعات بیماران به آنها اطمینان داده شد. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل چهار بخش می‌شد: بخش اول شامل عوامل فردی-اجتماعی و مرتبط با بیماری، بخش دوم مربوط به سنجش وضعیت خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که از پرسش نامه شاخص مراقبت از خود نارسایی قلبی (SCHFI یا Self Care Heart Failure Index) که توسط Riegel و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شده بود، استفاده گردید (۱۸)؛ بخش سوم مربوط به سنجش افسردگی در بیماران قلبی توسط ابزار مقیاس افسردگی ناشی از بیماری قلبی (CDS یا Cardiac Depression Scale) و بخش چهارم جهت سنجش عملکرد شناختی توسط ابزار معاینه مختصر وضعیت شناختی (MMSE یا Mini Mental Status Examination) در این بیماران مورد استفاده قرار گرفت.

پرسش نامه SCHFI شامل ۱۵ سوال در ۳ زیر مقیاس: (۱) حفظ خود مراقبتی (۵ سوال)، (۲) مدیریت خود مراقبتی (۶ سوال)، و (۳) اعتماد به خود در زمینه خود مراقبتی (۴ سوال)، با پاسخهای ۴ و ۵ گزینه‌ای (به ترتیب با امتیاز ۴-۱ و ۴-۰) در طیف لیکرت می‌شد. این ابزار در هر زیرمقیاس به ۱۰۰ نمره تبدیل می‌شود که نمره‌های بالاتر نشان دهنده‌ی خود مراقبتی بهتر بوده است، نمره‌های بیشتر از ۷۰ نشان دهنده‌ی خود مراقبتی مناسب می‌باشد (۱۸).

جهت کسب اعتبار علمی ابزار در این پژوهش از روش روایی محتوی استفاده گردید. بدین صورت که پرسش نامه در اختیار ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان قرار داده شد و پس از جمع آوری پیشنهادها و انجام اصلاحات لازم پرسش نامه نهایی اصلاح و

تعیین گردید. محیط پژوهش در این مطالعه بخش داخلی قلب و درمانگاه تخصصی بیمارستان دکتر حشمت رشت بود. در طی این مدت ۲۴۸ نمونه‌ی واجد شرایط، وارد محیط پژوهش شدند که ۹ نفر از آنها تمایل به همکاری نداشتند و از مطالعه خارج شدند. جامعه‌ی پژوهش شامل بیماران مبتلا با تشخیص نارسایی قلبی تایید شده توسط پزشک متخصص، شواهد اختلال عملکرد قلبی ثبت شده در گزارش اکوکاردیوگرافی، داشتن کسر تخلیه بیشتر و مساوی ۲۵ درصد، کلاس نارسایی قلبی I, II, III براساس سیستم دسته بندی انجمن قلب نیویورک (NYHA یا Newyork Heart Association)، سنین ۴۵ سال و بالاتر با حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند که برای پیگیری‌های درمانی خود به صورت سرپایی یا بستری به مرکز آموزشی-درمانی دکتر حشمت رشت مراجعه می‌کردند. تعداد کل نمونه‌های پژوهش ۲۳۹ نفر بودند که بیماران در صورت داشتن مشکلات عصبی در سابقه پزشکی (حوادث عروق مغزی، حمله ایسکمیک گذرا، اختلال در حافظه کوتاه مدت یا دمانس)، عدم ثبات روانی (با استناد به پرونده پزشکی)، ناتوانی در تکلم به زبان فارسی، وجود اختلالات شنوایی و بینایی، و بیماران با سابقه کار در مراکز آموزشی-درمانی و یا دریافت اطلاعات در مورد مراقبت از خود در مورد نارسایی قلبی، از مطالعه حذف شدند.

انجام این پژوهش به تایید کمیته اخلاق در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان رسید. رضایت نامه آگاهانه به صورت کتبی در ابتدای ورود به مطالعه از هر یک از شرکت کنندگان در تحقیق گرفته شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که در هر مرحله از مطالعه قادر هستند آزادانه مطالعه را ترک کنند. همچنین در مورد حفظ محرمانه

هنجاریایی این ابزار در ایران توسط فروغان و همکاران در سال ۱۳۸۵ (۲۲)، و همچنین سیدیان و همکاران در سال ۱۳۸۶ (۲۴) استاندارد شده است.

جهت بررسی بیماری‌های همراه نیز از شاخص بیماری‌های همراه چارلسون (Charlson's Comorbidity Index) استفاده شد. این شاخص در سال ۱۹۸۷ براساس طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها (ویرایش نهم) ICD-9 بوسیله چارلسون طراحی شد. این شاخص شامل ۱۹ شرایط بیماری است که به هر بیماری با توجه به تأثیر بالقوه‌ی آن بر مورتالیتی امتیاز ۱، ۲، ۳، و یا ۶ داده می‌شود. در نهایت، امتیازات بصورت چهار درجه ناخوشی صفر، ۱-۲، ۳-۴، ۵ $\geq$  رتبه بندی شدند و امتیازات بالاتر، بیانگر تعداد بیشتر بیماری‌های همراه و تأثیر همراه آن بیماری‌ها بود. بیماری‌های ثبت شده در پرونده بیماران یا بیماری‌های تحت درمان به عنوان بیماری همراه در نظر گرفته شدند و بیماری‌های کاملاً درمان شده به عنوان بیماری همراه در نظر گرفته نشدند (۲۵).

کلیه اطلاعات بوسیله پژوهشگر از طریق مصاحبه با بیماران و مرور پرونده‌های پزشکی آنان گردآوری شد. داده‌های جمع آوری شده پس از کد گذاری وارد نرم افزار آماری SPSS V.19 گردید و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون Kolmogorov-Smirnov test جهت تعیین توزیع نرمال داده‌ها، Chi-Square، Mann-Whitney، Kruskal-Wallis، t-test و Logistic regression) با در نظر گرفتن سطح معنی داری  $P < 0.05$ ، فاصله اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

تنظیم گردید. در بررسی روایی این پرسش نامه، CVI (Content Validity Index) آن از ۰/۸۳ بالاتر بود. جهت تعیین پایایی پرسش نامه از روش همبستگی درونی استفاده شد. بدین منظور پرسش نامه در اختیار ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که دارای معیارهای ورود به تحقیق بودند، قرار داده شد. پس از تکمیل پرسش نامه با استفاده از روش همبستگی درونی، ضریب آلفا کرونباخ بالاتر از ۰/۸۰ به دست آمد.

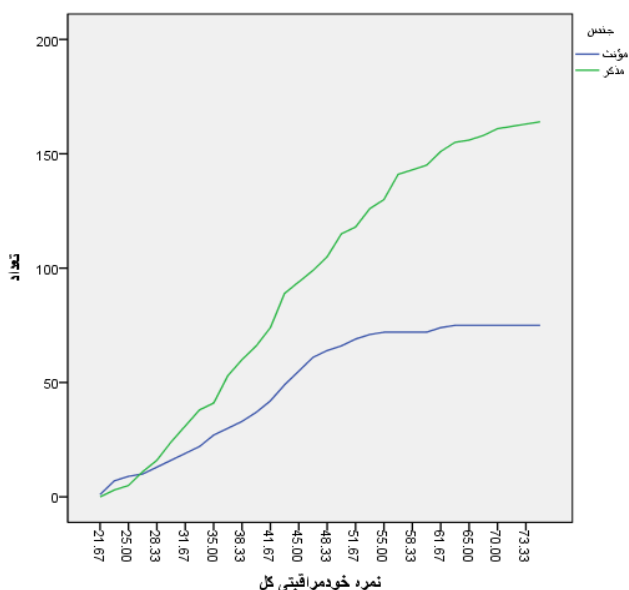
پرسش نامه CDS که اولین بار توسط Hare و همکاران در سال ۱۹۹۲ طراحی گردید (۱۹ و ۲۰)، مشتمل بر ۲۶ سوال به صورت مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) در هفت بعد (اختلال خواب، عدم لذت بردن، عدم اطمینان یا بی ثباتی، خلق، ادراک، ناامیدی، و عدم فعالیت) بود. پژوهشگر در این مطالعه با توجه به مطالعات انجام شده در این زمینه (۱۹ و ۲۱) که نقطه برش ۹۰ را محاسبه کرده‌اند، ۹۰ را بعنوان نقطه برش در نظر گرفت. کمترین نمره بدست آمده ۲۶ و بیشترین نمره ۱۸۲ می‌باشد که نمره بالاتر نشان دهنده‌ی شدت بیشتر افسردگی است (۱۹). در بررسی روایی این پرسش نامه، CVI آن از ۰/۸۳ بالاتر بود و همچنین در بررسی پایایی این پرسش نامه، ضریب آلفای آن بیشتر از ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسش نامه‌ی معاینه مختصر وضعیت شناختی (MMSE)، که برای اولین بار در سال ۱۹۷۵ توسط Folstein و همکاران طراحی و تدوین گردید (۲۳ و ۲۲)، شامل ۲۰ سوال است که حافظه کوتاه مدت، آگاهی، توجه، محاسبه و مهارت‌های حرکتی و زبانی را ارزیابی می‌کند. هر پاسخ صحیح یک امتیاز دارد، حداکثر نمره ۳۰ می‌باشد که امتیاز کمتر از ۲۲ نشان دهنده‌ی اختلال شناختی است (۲۴).

## یافته‌ها

بودن، طول مدت ابتلا به بیماری، میزان هموگلوبین، میزان فشارخون سیستولیک، وجود اختلالات بطنی، وضعیت عملکرد شناختی، وضعیت افسردگی، و وضعیت حفظ، مدیریت، اعتماد به خود و خود مراقبتی کل متأثر از جنس بودند و ارتباط معنی داری را با نوع جنسیت نشان دادند ( $P < 0/05$ ).

مشخصات فردی-اجتماعی و مرتبط با بیماری واحدهای مورد پژوهش در جدول ۱ آمده است. در زمینه‌ی ارتباط متغیرها با جنس، نتایج نشان داد که سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، شرایط زندگی، وضعیت اشتغال، سطح درآمد ماهانه، سرپرست خانوار



نمودار ۱: ارتباط بین جنسیت و نمره‌ی خودمراقبتی

هم چنین نتایج نشان داد که وضعیت خود مراقبتی واحدهای مورد پژوهش در مردان بهتر از زنان است (نمودار ۱).

جدول ۱: مقایسه ویژگیهای فردی- اجتماعی و مرتبط با بیماری در واحدهای مورد پژوهش به تفکیک جنس

متغیرها	زن	مرد	آزمون فرضیه	P
جنس، تعداد (درصد):	۷۵ (۳۱/۴)	۱۶۴ (۶۸/۶)		
سن (سال)، میانگین (انحراف معیار):	۵۷/۸۱ (۹/۱۴)	۵۹/۶۰ (۱۰/۲۲)	تی تست	۰/۲۴۳
وضعیت تاهل، تعداد (درصد):				
- متاهل	۵۸ (۷۷/۳)	۱۵۶ (۹۵/۱)	کای اسکوتر	*۰/۰۰۱
- غیرمتاهل (مجرد، مطلقه، بیوه)	۱۷ (۲۲/۷)	۸ (۴/۹)		
سطح تحصیلات، تعداد (درصد):				
- خواندن و نوشتن	۶۵ (۸۶/۷)	۱۰۱ (۶۱/۶)	کای اسکوتر	*۰/۰۰۱
- زیر دیپلم	۴ (۵/۳)	۱۳ (۷/۹)		

		۵۰ (۳۰/۵)	۶ (۸)	- دیپلم و بالاتر
				وضعیت اشتغال، تعداد(درصد) :
		۵۸ (۳۵/۴)	۱ (۱/۳)	- کارمند - پازنشسته
*۰/۰۰۱	کای اسکوتر	۲۸ (۱۷/۱)	۲ (۲/۷)	- کارگر - بیکار
		۷۸ (۴۷/۶)	۵ (۶/۷)	- آزاد
		۰	۶۷ (۸۹/۳)	- خانه دار
*۰/۰۰۶	من وینتی	۴۵۱ (۳/۹۹)	۳۰۵ (۲/۷۲)	سطح درآمد ماهانه(۱۰۰هزار تومان)، میانگین (انحراف معیار)
				محل سکونت، تعداد(درصد) :
۰/۱۷۵	کای اسکوتر	۱۱۱ (۶۷/۷)	۴۴ (۵۸/۷)	- شهر
		۵۳ (۳۲/۳)	۳۱ (۴۱/۳)	- روستا
				بیمه بهداشتی، تعداد(درصد) :
۰/۳۷۳	آزمون دقیق فیشر	۱۶۲ (۹۸/۸)	۷۳ (۹۷/۳)	- بله
		۲ (۱/۲)	۲ (۲/۷)	- خیر
*۰/۰۱۹	تی تست	۳۴۷ (۵/۳۰)	۴/۸۹ (۶/۷۶)	طول مدت ابتلا(سال)، میانگین(انحراف معیار)
				تعداد دفعات بستری، تعداد(درصد) :
		۲۲ (۱۳/۴)	۴ (۵/۳)	۰ -
۰/۲۱۷	کای اسکوتر	۱۰۳ (۶۲/۸)	۴۹ (۶۵/۳)	۱-۲ -
		۲۷ (۱۶/۵)	۱۳ (۱۷/۳)	۳-۴ -
		۱۲ (۷/۳)	۹ (۱۲)	۵ و بیشتر -
				سابقه ی کسب آموزش، تعداد(درصد) :
۰/۵۱	کای اسکوتر	۸۴ (۵۱/۲)	۴۲ (۵۶)	- توسط پزشک
		۳۱ (۱۸/۹)	۱۶ (۲۱/۳)	- توسط پرستار
		۴۹ (۲۹/۹)	۱۷ (۲۲/۷)	- بدون سابقه ی کسب آموزش
				کلاس عملکردی NYHA، تعداد(درصد) :
۰/۵۹۴	کای اسکوتر	۶۷ (۴۰/۹)	۲۸ (۳۷/۳)	I -
		۳۶ (۲۲)	۲۱ (۲۸)	II -
		۶۱ (۳۷/۲)	۲۶ (۳۴/۷)	III -
۰/۰۹۷	تی تست	۳۶/۰۱ (۸/۰۱)	۳۶/۸۷ (۷/۵۷)	میزان کسر تخلیه(درصد)، میانگین(انحراف معیار)
*۰/۰۱۴	تی تست	۱۱۶/۳۱ (۱۶/۶۲)	۱۲۲/۳۳ (۲۱/۹۱)	میزان فشارخون سیستولیک(mmHg)، میانگین(انحراف معیار)
۰/۰۶۰	تی تست	۷۳/۰۲ (۱۱/۷۲)	۷۶/۳۳ (۱۵/۰۵)	میزان فشارخون دیاستولیک(mmHg)، میانگین(انحراف معیار)
				بیماری های همراه، تعداد(درصد) :
۰/۷۲	کای اسکوتر	۷۳ (۴۴/۵)	۳۲ (۴۲/۷)	۰ -
		۳۹ (۲۳/۸)	۱۷ (۲۲/۷)	۱-۲ -
		۴۱ (۲۵)	۲۳ (۳۰/۷)	۳-۴ -
		۱۱ (۶/۷)	۳ (۴)	۵ و بیشتر -
*۰/۰۰۱	من وینتی	۲۲/۴۷ (۴/۴۰)	۱۹/۹۳ (۴/۲۷)	وضعیت عملکرد شناختی، میانگین(انحراف معیار)
*۰/۰۰۱	من وینتی	۹۲/۱۰ (۲۰/۷۵)	۱۰۷/۱۷ (۲۳/۲۸)	وضعیت افسردگی، میانگین(انحراف معیار)
*۰/۰۱۱	تی تست	۴۴/۸۵ (۱۳/۱۲)	۴۲/۴۰ (۱۰/۰۱)	وضعیت حفظ خود مراقبتی، میانگین(انحراف معیار)
*۰/۰۲۵	من وینتی	۴۴/۱۳ (۱۶/۳۵)	۳۹ (۱۴/۸۰)	وضعیت مدیریت خود مراقبتی، میانگین(انحراف معیار)
*۰/۰۰۱	من وینتی	۴۵/۰۱ (۱۵/۴۵)	۳۷/۴۲ (۱۱/۵۶)	وضعیت اعتماد به خود در زمینه خود مراقبتی، میانگین(انحراف معیار)
*۰/۰۰۷	من وینتی	۴۴/۶۰ (۱۲/۰۵)	۳۹/۷۱ (۹/۸۸)	وضعیت خود مراقبتی کل، میانگین(انحراف معیار)

داشتند (OR=۵/۵۱ و CI=۱/۲۳-۲۴/۵۸)، آموزش توسط پزشک و پرستار به ترتیب شانس حفظ خود مراقبتی را در آنها به طور متوسط ۲/۵ و ۲/۲۸ برابر خواهد کرد (OR=۳/۲۸ و CI=۱/۲۳-۸/۷۱)؛ و به ازای یک واحد افزایش در نمره وضعیت عملکرد شناختی، شانس حفظ خود مراقبتی مردان ۱/۱۵ برابر افزایش پیدا می‌کند (OR=۱/۱۵ و CI=۱/۰۲-۱/۳).

در حیطه‌ی مدیریت خود مراقبتی، تجزیه و تحلیل رگرسیونی سطح درآمد ماهانه را در زنان و سابقه کسب آموزش را در مردان به عنوان پیش بینی کننده‌های خطی وضعیت مدیریت خود مراقبتی مشخص نمود؛ به طوری که در زنان، به ازای یک واحد افزایش درآمد ماهانه (۱۰۰ هزار تومان)، شانس مدیریت خود مراقبتی به طور متوسط ۱/۲ برابر افزایش می‌یابد (OR=۱/۲ و CI=۱-۱/۴۴)، و در مردان، آموزش توسط پزشک و پرستار به ترتیب شانس مدیریت خود مراقبتی را در آنها به طور متوسط ۲/۸ و ۲/۵ برابر خواهد کرد (OR=۲/۸ و CI=۱/۳۱-۵/۹).

ضرایب رگرسیونی در حیطه‌ی اعتماد به خود، سطح درآمد ماهانه و سابقه‌ی بستری را در زنان و سطح درآمد ماهانه و محل سکونت را در مردان به عنوان پیش بینی کننده‌های خطی وضعیت اعتماد به خود در زمینه‌ی خود مراقبتی مشخص نمود؛ به طوری که در زنان، به ازای یک واحد افزایش درآمد ماهانه (۱۰۰ هزار تومان)، شانس اعتماد به خود به طور متوسط ۱/۳۳ برابر افزایش می‌یابد (OR=۱/۳۳ و CI=۱/۰۵-۱/۶۷)؛ و افراد با سابقه ۱-۲ بار بستری نسبت به افراد با سابقه ۵ بار و بیشتر ۰/۰۷ برابر شانس خود مراقبتی کمتری دارند (OR=۰/۰۷ و CI=۰/۰۱-۰/۴۵)؛ و در مردان نیز، به ازای یک واحد افزایش درآمد

هم چنین، میانگین نمره‌ی خود مراقبتی در بیماران برابر  $11/62 \pm 43/07$  از  $100$  نمره بدست آمد که این نمره در زنان  $9/88 \pm 39/71$  و در مردان  $12/05 \pm 44/60$  بود. در حیطه‌ی حفظ میانگین، نمره‌ی خود مراقبتی در زنان و مردان به ترتیب  $10/01 \pm 42/40$  و  $13/12 \pm 44/85$ ، حیطه‌ی مدیریت  $14/80 \pm 39$  و  $16/35 \pm 44/13$ ، و در حیطه‌ی اعتماد به خود  $11/56 \pm 37/42$  و  $15/45 \pm 45/01$  بود (جدول ۱).

در تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک به روش Backward، در هیچ یک از حیطه‌ها، جنس به عنوان یک پیش بینی کننده‌ی معنی دار خود مراقبتی، شناخته نشد، فقط در حیطه‌ی اعتماد به خود نزدیک به معنی داری بود ( $P=0/06$ )، که در این حیطه زنان نسبت به مردان از لحاظ وضعیت اعتماد به خود در زمینه خود مراقبتی از شانس کمتری برخوردار بودند ( $OR=0/27-1/03$  و  $CI=0/52$ )، یا به بیان دیگر مردان نسبت به زنان به طور متوسط  $1/92$  برابر ( $1 \pm 0/52$ ) شانس اعتماد به خود بیشتری داشتند.

ضرایب رگرسیونی در حیطه‌ی حفظ خود مراقبتی، سطح درآمد ماهانه و وضعیت افسردگی را در زنان و سطح تحصیلات، سابقه‌ی کسب آموزش و وضعیت عملکرد شناختی را در مردان به عنوان پیش بینی کننده‌های خطی وضعیت حفظ خود مراقبتی مشخص نمود؛ به طوری که در زنان، به ازای یک واحد افزایش درآمد ماهانه (۱۰۰ هزار تومان)، شانس حفظ خود مراقبتی به طور متوسط  $1/55$  برابر افزایش می‌یابد ( $OR=1/55$  و  $CI=1/2-2/01$ )، و با افزایش میزان افسردگی شانس حفظ خود مراقبتی کاهش می‌یابد ( $OR=0/97$  و  $CI=0/94-1$ )؛ همچنین در مردان، افراد زیر دیپلم نسبت به افراد دیپلم و بالاتر شانس بیشتری در حفظ خود مراقبتی

اعتماد به خود را در آنها افزایش می‌دهد  
(OR=۲/۲ و CI=۱/۱-۴/۴۶).

ماهانه (۱۰۰ هزار تومان)، شانس اعتماد به خود به طور  
متوسط ۱/۱۶ برابر افزایش می‌یابد (CI=۱/۰۴-۱/۳۰) و  
OR=۱/۱۶ و سکونت در شهر ۲/۲ برابر شانس

**جدول ۲: ضرایب رگرسیونی عوامل پیش بینی کننده خود مراقبتی کل به تفکیک جنس  
بر اساس مدل لوژیستیک رگرسیونی به روش LR**

P	فاصله اطمینان ±۹۵٪ OR برای		OR†	خطای معیار	ضریب بنا	عامل پیش بینی کننده
	حداقل	حداکثر				
*۰/۰۰۵	۱/۷۴	۱/۱	۱/۳۸	۰/۱۱۷	۰/۳۲۵	سطح درآمد ماهانه
*۰/۰۴۷	۳۲/۷	۱/۰۲	۵/۸	۰/۸۸	۱/۷۵	سابقه‌ی کسب توسط پزشک
۰/۳۳	۱۹/۵	۰/۳۷	۲/۷	۱/۰۱	۰/۹۹	آموزش توسط پرستار
-	-	-	۱	-	-	بدون سابقه‌ی کسب آموزش
۰/۲۷	۰/۶۵	۰/۰۱	۰/۱۶	۱/۶۶	-۱/۸۴	۰
*۰/۰۱۸	۰/۶۵	۰/۰۱	۰/۰۸	۱/۰۵	-۲/۴۸	تعداد دفعات ۱-۲ بار
۰/۰۷۳	۱/۲	۰/۰۱	۰/۱۳	۱/۱۵	-۲/۰۵	بستری ۳-۴ بار
-	-	-	۱	-	-	۵ بار و بیشتر
*۰/۰۰۴	۶/۸	۱/۴	۳/۱۲	۰/۳۹	۱/۱۴	سابقه‌ی کسب توسط پزشک
۰/۰۶۴	۶/۴۳	۰/۹۵	۲/۴۷	۰/۴۹	۰/۹۰	آموزش توسط پرستار
-	-	-	۱	-	-	بدون سابقه‌ی کسب آموزش

†Odds Ratio (OR)

‡Confidence Interval (CI)

۱-۲ بار بستری نسبت به افراد با سابقه ۵ بار و بیشتر  
۰/۰۸ برابر شانس خود مراقبتی کمتری دارند  
(OR=۰/۰۸ و CI=۰/۰۱-۰/۶۵) و آموزش توسط  
پزشک شانس خود مراقبتی را در آنها به طور متوسط  
۵/۸ برابر خواهد نمود (CI=۱/۰۲-۳۲/۷ و OR=۵/۸)؛  
همچنین در مردان، آموزش توسط پزشک و پرستار به  
ترتیب شانس خود مراقبتی را در آنها به طور متوسط  
۳/۱۲ و ۲/۴۷ برابر خواهد نمود (CI=۰/۹۵-۶/۴۳ و  
OR=۲/۴۷؛ CI=۱/۴۴-۶/۷۶ و OR=۳/۱۲).

جدول ۲ نشان می‌دهد که تجزیه و تحلیل  
رگرسیونی در خود مراقبتی کل، سطح درآمد ماهانه،  
سابقه‌ی بستری و سابقه‌ی کسب آموزش را در زنان  
و سابقه کسب آموزش را در مردان به عنوان پیش  
بینی کننده‌های خطی وضعیت خود مراقبتی کل  
مشخص نمود؛ به طوری که در زنان، به ازای یک  
واحد افزایش درآمد ماهانه (۱۰۰ هزار تومان)، شانس  
خود مراقبتی به طور متوسط ۱/۳۸ برابر افزایش  
می‌یابد (CI=۱/۱-۱/۷۴ و OR=۱/۳۸)، افراد با سابقه



## بحث

بیماران نارسایی قلبی (EHFSCB) یا (European Heart Failure Self-Care Behavior) انجام شد، نشان داد که نمره‌ی کلی خود مراقبتی در واحدهای مورد پژوهش خوب بود (۲۷)؛ که این تناقض شاید به علت استفاده از ابزارهای مختلف در بررسی خود مراقبتی باشد.

همچنین نتایج نشان داد که وضعیت خود مراقبتی واحدهای مورد پژوهش در مردان بهتر از زنان است (میانگین نمره زنان و مردان به ترتیب،  $39.71 \pm 9.88$  و  $44.60 \pm 12.05$ )، این نتیجه نیز با توجه به سطح درآمد پایین‌تر، طول مدت بیشتر ابتلا به بیماری، اکثریت بیشتر دارای سطح تحصیلات پایین، و وضعیت عملکرد شناختی و افسردگی زنان که دارای نمره افسردگی بالاتر و عملکرد شناختی پایین‌تری بودند، می‌تواند قابل توجیه باشد. همچنین با توجه به اینکه بیشتر زنان خانه دار بودند شاید به علت مشغولیت در انجام امور منزل و خانه داری فرصت کمتری برای انجام رفتارهای خود مراقبتی داشتند.

سطح درآمد نیز از آنجایی که می‌تواند بر استقلال، توانایی فردی و اعتماد به نفس فرد تاثیر داشته باشد، در نهایت می‌تواند بر وضعیت حیطة‌های مختلف خود مراقبتی به ویژه حیطة‌ی اعتماد به خود تاثیر داشته باشد، که این مسئله می‌تواند توجیهی برای وضعیت خود مراقبتی ضعیف‌تر زنان با توجه به سطح درآمد پایین‌تر آنها باشد.

از طرفی افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر به میزان کمتری در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌های درمانی و مراقبتی خود مشارکت می‌نمایند و به دلیل کمبود آگاهی از بیماری و درمان و همچنین نحوه مراقبت از خود، ناتوانی‌های جسمی و دیسترس روانی اجتماعی

خود مراقبتی مفهوم بسیار مهم در بیماری‌های مزمن به ویژه نارسایی قلبی است، که سنجش آن ارزیابی حقیقی از عملکرد و توانایی مراقبت از خود این بیماران را نشان می‌دهد.

در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که خود مراقبتی در اکثریت واحدهای مورد پژوهش در وضعیت نامطلوب است (به ترتیب در حیطة حفظ، مدیریت، اعتماد و خود مراقبتی کل، ۹۵٪، ۹۵٪/۴، ۹۲٪/۵ و ۹۷٪/۵)، که این نتایج با توجه به اینکه محیط پژوهش یک مرکز دولتی است و مراجعان اکثراً دارای سنین بالا، سطح تحصیلات پایین، و وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین بودند، بدیهی می‌باشد.

در این رابطه نتایج مطالعه Heo و همکاران که با هدف شناسایی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در آمریکا انجام شد موافق با نتایج مطالعه حاضر است و نشان می‌دهد که میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در واحدهای مورد پژوهش کمتر از ۷۰ بوده که بیان می‌کند اکثریت زنان و مردان مبتلا به نارسایی قلبی به طور پایدار رفتارهای خودمراقبتی را بکار نمی‌برند (۱۱). همچنین نتایج مطالعه Jaarsma و همکاران نیز که به منظور مقایسه رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در ۱۵ کشور جهان انجام شد نیز نشان داد که رفتارهای خود مراقبتی در این بیماران کمتر از حد مطلوب بوده و این وضعیت نیاز به برنامه ریزی و بهبود جهانی دارد (۲۶). برخلاف نتایج حاصل از مطالعه‌ی حاضر، مطالعه Klimm و همکاران که با هدف شناسایی عوامل بالقوه‌ی تعیین کننده خود مراقبتی نارسایی قلبی در بیماران سرپایی مبتلا به نارسایی قلبی سیستمیک پایدار با استفاده از ابزار اروپایی توان خود مراقبتی

در هر دو جنس مشابه بود. در تایلند وضعیت حیظه حفظ و مدیریت خود مراقبتی در هر دو جنس مشابه اما در حیظه‌ی اعتماد، وضعیت خود مراقبتی زنان بهتر از مردان بود. در ایالات متحده نیز وضعیت حیظه‌ی حفظ و مدیریت خود مراقبتی در مردان بهتر از زنان و در حیظه‌ی اعتماد هر دو جنس مشابه بودند. همچنین یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که جنس، یک تعیین کننده‌ی معنی دار در همه جنبه‌های خود مراقبتی نبوده است (۱۴).

یافته‌های مدل رگرسیونی در زنان، سطح درآمد ماهانه را در تمامی حیظه‌ها یک پیش بینی کننده معنی دار خود مراقبتی نشان داد. علاوه بر این در حیظه حفظ وضعیت افسردگی، در حیظه اعتماد سابقه بستری و در خود مراقبتی کل سابقه کسب آموزش و سابقه بستری نیز به عنوان پیش بینی کننده‌های معنی دار خود مراقبتی نمایان شدند. در حالی که در مردان، سابقه‌ی کسب آموزش در تمامی حیظه‌ها بجز حیظه اعتماد به خود یک پیش بینی کننده‌ی معنی دار خود مراقبتی شناخته شد. علاوه بر این در حیظه‌ی حفظ سطح تحصیلات و وضعیت عملکرد شناختی، و در حیظه‌ی اعتماد، سطح درآمد ماهانه و محل سکونت نیز به عنوان پیش بینی کننده‌های معنی دار خود مراقبتی نمایان شدند.

در این راستا مطالعه‌ی Heo و همکاران نشان داد که کنترل درک شده و آگاهی بالاتر با رفتارهای خود مراقبتی بهتر در مردان در ارتباط بود ( $P=0/001$ ) و ( $r^2=0/18$ )؛ در حالی که اطمینان از خودمراقبتی بالاتر و وضعیت عملکردی ضعیف‌تر با رفتارهای خود مراقبتی بهتر در زنان در ارتباط بود ( $P=0/001$ ) و ( $r^2=0/35$ ). همچنین مردان وضعیت عملکردی بهتری نسبت به زنان داشتند (۱۱). نتایج مطالعه Riegel و همکاران، اعتماد به نفس، عملکرد خانواده، اضطراب

بیشتری را تجربه نمایند، که در مطالعه حاضر درصد بیشتری از زنان از سطح تحصیلات پایین‌تر برخوردار بودند که می‌تواند با وضعیت خود مراقبتی ضعیف‌تر در آنان مرتبط باشد.

عملکرد شناختی و افسردگی نیز دو عامل تاثیرگذار بسیار مهم بر وضعیت خود مراقبتی می‌باشند. از آنجاییکه خود مراقبتی متاثر از توانایی تفکر و فرآیند تصمیم‌گیری و فرآیند تصمیم‌گیری نیز متاثر از وضعیت عملکرد شناختی و افسردگی است، لذا اختلال عملکرد شناختی و وجود علائم افسردگی می‌تواند منجر به کاهش توانایی مراقبت از خود گردد. بنابراین وضعیت خود مراقبتی ضعیف‌تر زنان با توجه به نمرات این دو عامل نیز در آنان می‌تواند توجیه پذیر باشد.

مطالعات و تحقیقات انجام شده توسط دیگر پژوهشگران نیز حاکی از نتایج مشابهی مبنی بر وضعیت خود مراقبتی بهتر در مردان نسبت به زنان است. در پژوهش شجاعی و همکاران، مردان نسبت به زنان، رفتار خود مراقبتی مناسب‌تری داشتند؛ البته آذرباد در تحقیق خود، ارتباطی بین این دو متغیر نیافت (۷). همچنین مطالعه‌ی Riegel و همکاران، Lee و همکاران، و Chriss و همکاران، نیز موافق با نتایج این مطالعه بوده و خود مراقبتی بهتر را در مردان گزارش می‌کند (۲۸ و ۱۴ و ۱۲). نتایج مطالعه Yancy و همکاران و Thomas & Clark نیز حاکی از آن است که زنان بیشتر در معرض خطر هستند و نیاز به پیگیری و حمایت‌های روانی-اجتماعی بیشتر جهت خوب بودن و انجام رفتارهای خود مراقبتی دارند (۲۹ و ۱۶).

در مطالعه‌ای دیگر که Lee و همکاران در ۳ کشور استرالیا، تایلند و ایالات متحده انجام دادند، یافته‌ها نشان داد که در استرالیا وضعیت خود مراقبتی

آموزش، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهانه، محل سکونت و وضعیت عملکرد شناختی را به عنوان پیش بینی کننده‌های خودمراقبتی مد نظر قرار داد. پیشنهاد می‌شود که در شناسایی بیماران در معرض خطر خود مراقبتی ضعیف و فرآیند ارائه مراقبت و برنامه ریزی‌های درمانی برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به عوامل پیش بینی کننده، به ویژه جنس که یک پیش بینی کننده مهم بخصوص در حیطه اعتماد به خود بوده و با توجه به آسیب پذیری بیشتر زنان نسبت به مردان و اثرات روحی-روانی بیشتر بیماری بر زنان، توجه خاص شود و در طراحی برنامه‌های درمانی و مراقبتی توسط پزشک و سایر تیم‌های درمانی آنها لحاظ گردند. در نظر گرفتن این پیش بینی کننده‌ها، اعضای تیم درمانی را قادر خواهد ساخت تا روند بهبودی و سازگاری بیمار را تسریع نموده و ارائه امر مراقبت به نحوی مطلوب‌تر صورت گیرد و در نهایت بیمار ابراز رضایت بیشتری از کیفیت زندگی خود خواهد نمود.

همچنین پیشنهاد می‌شود که مشابه این کار در نمونه‌های بیشتری از زنان و مردان در جوامع مختلف با طراحی‌های متفاوت بر مبنای همسان سازی واحدهای مورد پژوهش صورت گیرد تا شاید یافته‌های متفاوتی در زمینه خود مراقبتی در زنان و مردان به دست آید. از طرف دیگر شاید بتوان با استفاده از سایر ابزارهایی که قادر به بررسی دقیق‌تر خودمراقبتی در مردان و زنان مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشد، به یافته‌های متفاوتی دست یافت.

### تشکر و قدردانی

این مقاله، بخشی از پایان نامه‌ی مصوب معاونت محترم تحقیقات و فناوری (به شماره ۲۹۱۰۱۸۲۹۱۰، مورخ ۹۱/۶/۱۱) است، در پایان مراتب سپاس فراوان

و عصبانیت را به عنوان عوامل تعیین کننده‌ی خود مراقبتی در مردان و حمایت عاطفی، افسردگی و انزوای اجتماعی را به عنوان عوامل تعیین کننده‌ی خود مراقبتی در زنان نشان داد (۱۲). همچنین در مطالعه Lee و همکاران از عوامل مورد بررسی در مردان طول مدت ابتلا به بیماری و سن در حیطه‌ی حفظ، بیماری‌های همراه و طول مدت ابتلا به بیماری در حیطه‌ی مدیریت و سطح تحصیلات، بیماری‌های همراه، طول مدت ابتلا به بیماری و کلاس عملکردی NYHA در حیطه‌ی اعتماد به خود به عنوان عوامل پیش بینی کننده‌ی خود مراقبتی شناخته شدند؛ درحالی که در زنان کشور محل زندگی و وضعیت تاهل در حیطه حفظ، نوع نارسایی قلبی و سطح تحصیلات در حیطه مدیریت و نوع نارسایی قلبی در حیطه اعتماد به خود به عنوان عوامل پیش بینی کننده‌ی خود مراقبتی شناخته شدند (۱۴). شاید بتوان تا حدودی تفاوت در عوامل پیش بینی کننده‌ی خود مراقبتی را در مطالعه حاضر با سایر مطالعات با توجه به تفاوت‌های قومی، نژادی، فرهنگی و اجتماعی توجیه نمود.

### نتیجه گیری

در نتیجه گیری نهایی این مطالعه به نظر می‌رسد با توجه به نقش تفاوت‌های جنسیتی در حیطه‌های خودمراقبتی از جمله حیطه‌ی اعتماد به خود، باید در بررسی‌ها و برنامه ریزی‌های مراقبتی، تفاوت‌های جنسیتی به عنوان یک عامل مهم و تاثیرگذار بر خودمراقبتی در نظر گرفته شود.

همچنین با توجه به نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیونی باید در برنامه ریزی‌های مراقبتی زنان، سطح درآمد ماهانه، سابقه‌ی کسب آموزش، سابقه‌ی بستری و وضعیت افسردگی؛ و در مردان سابقه کسب

خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری، ریاست  
محترم مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت و همهی  
کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند،  
ابراز می‌داریم.

## منابع

1. Rezaee H, Dalvandi A, Hoseini MA & Rahgozar M. The effect of self-care education on quality of life in patients with heart failure. *Rehabilitation* 2009; 10(2): 21-6[Article in Persian].
2. Bonow RO, Mann DL, Zipes DP & Libby P. Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Saunders Co; 2012: 487-578.
3. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J & Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. 18<sup>th</sup> ed. Newyork: The MC Graw-Hill Co; 2012: 1901-6.
4. Fuster V, Walsh R & Harrington R. Hurst's the heart. 13<sup>th</sup> ed. Newyork: The MC Graw-Hill Co; 2011: 717-65.
5. Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SA & Bridges EJ. Cardiac nursing. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Williams & Wilkins; 2010: 555-69.
6. Riegel B, Dickson W, Johnson JC, Bunker S, Page K, Cameron J, et al. Symptom recognition in elders with heart failure. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42(1): 92-100.
7. Shojaei F, Asemi S, Najaf Yarandi A & Hoseini F. Self-care behaviors among patients with Heart Failure. *Payesh* 2009; 8(4): 361-9[Article in Persian].
8. Abbasi A, Asayesh H, Hoseini SA, Ghorbani M, Ruhi GH, Abdollahi AA, et al. The relationship between functional ability and quality of life in patient with heart failure. *Southern Medical Journal* 2010; 13(1): 31-40[Article in Persian].
9. Davoodvand SHM, Elahi N & Haghighizadeh MH. Effectiveness of short-term cardiac rehabilitation on clinical manifestations in Post-MI patients. *Hayat* 2009; 15(3): 66-73[Article in Persian].
10. Mohammad Hassani MR, Farahani B, Zohour AR & Panahi Azar SH. Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010; 3(2): 87-91[Article in Persian].
11. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B & Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies* 2008; 45(12): 1807-15.
12. Riegel B, Dickson W, Kuhn L, Page K & Worrall Carter L. Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self-care: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47(7): 888-95.

13. Siabani S, Leeder SR & Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: A meta-synthesis of qualitative studies. *Springer Plus* 2013; 2(1): 320.
14. Lee CS, Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, et al. Gender differences in heart failure self-care: A multinational cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46(11): 1485-95.
15. Dickson VV, Worrall-Carter L, Kuhn L & Riegel B. Whose job is it? Gender differences in perceived role in heart failure self-care. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* 2011; 3(2): 99-108.
16. Thomas JR & Clark AM. Women with heart failure are at high psychosocial risk: A systematic review of how sex and gender influence heart failure self-care. *Cardiology Research and Practice* 2011; 2011(1): 1-6.
17. Cameron J, Worrall Carter L, Page K, Riegel B, Lo SK & Stewart S. Dose cognitive impairment predict poor self-care in patients with heart failure? *Eur J Heart Fail* 2010; 12(5): 508-15.
18. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD & Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J Card Fail* 2004; 10(4): 350-60.
19. Wise FM, Harris DW & Carter LM. Validation of the cardiac depression scale in a cardiac rehabilitation population. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 60(2): 177-83.
20. Sabzmakan L, Hazavehei SMM, Hassanzadeh A & Rabiee K. Effect of health education program on the depression of patients after coronary artery bypass surgery. *Journal of Mental Health* 2009; 11(1): 61-8 [Article in Persian].
21. Kiropoulos LA, Meredith I, Tonkin A, Clarke D, Antonis P & Plunkett J. Psychometric properties of the cardiac depression scale in patients with coronary heart disease. *BMC Psychiatry* 2012; 12(1): 1-8.
22. Foroughan M, Jafari Z, Shirin Bayan P, Ghaemmagham Farahani Z & Rahgozar M. Standardization of mini mental status examination in elderly people in Tehran. *Advances in Cognitive Science* 2006; 10(2): 29-37 [Article in Persian].
23. Chehrehnegar N, Shams F, Zarshenas S & Kazemi F. Evaluating the reliability of the montreal cognitive assessment test and its agreement with mini mental state examination among healthy elderly. *Research in Rehabilitation Sciences* 2011; 7(5): 674-80 [Article in Persian].
24. Seyedian M, Falah M, Nourouzian M, Nejat S, Delavar A & Ghasemzadeh H. Validity of the farsi version of the mini-mental state examination. *Journal of Medical Council of IRI* 2008; 25(4): 408-14 [Article in Persian].
25. Hall WH, Ramachandran R, Narayan S, Jani AB & Vijayakumar S. An electronic application for rapidly calculating Charlson comorbidity score. *BMC Cancer* 2004; 4(1): 94.
26. Jaarsma T, Strömberg A, Ben Gal T, Cameron J, Driscoll A, Duengen HD, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Educ Couns* 2013; 92(1): 114-20.

27. Peters-Klimm F, Freund T, Kunz C, Laux G, Frankenstein L, Müller-Tasch T & et al. Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: A cross-sectional study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2013; 12(2): 167-76.
28. Chriss PM, Sheposh J, Carlson B & Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart Lung* 2004; 33(6): 345-53.
29. Yancy CW, Fonarow GC, Albert NM, Curtis AB, Stough WG, Gheorghiade M & et al. Influence of patient age and sex on delivery of guideline-recommended heart failure care in the outpatient cardiology practice setting: Findings from improve HF. *Am Heart J* 2009; 157(4): 754-62.

## Study Status Of Self-Care Behaviors And Gender Differences In Patients With Heart Failure

Moadab Fatemeh<sup>1</sup>(MSc.) – Ghanbari Atefeh<sup>2</sup>(Ph.D) – Salari Arsalan<sup>3</sup>(M.D.)  
Kazemnejad Ehsan<sup>4</sup>(Ph.D) – Sadaghi Sabet Mitra<sup>5</sup>(MSc.) – Pariad Ezzat<sup>5</sup>(MSc.)

1 Instructor, Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Social Determinants of Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2 Associate Professor, Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Social Determinants of Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

3 Assistant Professor, Cardiovascular Department, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

4 Assistant Professor, Biostatistics Department, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

5 Instructor, Nursing Department, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

### Abstract

Received : Apr 2014  
Accepted : Jul 2014

**Background and Aim:** Gender in performing self-care behaviors is a non-modifiable factor. Despite the belief that women are better than men in self-care, there is little evidence to challenge this view. The purpose of this study was to determine the status of self-care behaviors in men and women with heart failure.

**Materials and Methods:** In this analytical cross-sectional study, 239 patients with heart failure were assessed. Data were collected by Self-Care Heart Failure Index, Cardiac Depression scale, and Mini Mental status Examination questionnaires. Data were analyzed using SPSS version 19, descriptive and inferential statistics (Chi-Square, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, t-test and Logistic regression).

**Results:** Mean score of self-care behaviors in men and women was  $44/60 \pm 12/05$  and  $39/71 \pm 9/88$  from 100 total score, respectively. In the regression model, gender was not a significant predictor of self-care in any dimensions but, there was a significant relationship between sex and self-care confidence (OR=0/52, CI=0/27-1/03), which indicated that women as compared to men have less chance of self-care behaviors due to their status of self-confidence.

**Conclusion:** In attention to the point that women had worse self-care behaviors in all dimensions, it is suggested more attention be paid in identifying patients at risk of poor self-care behaviors while planning care and treatment for them, since they are more vulnerable and have more emotional effects of disease and gender should be regarded as a predictive factor.

**Key words:** Gender, Self-Care Behaviors, Heart Failure

\* Corresponding  
Author:  
Ghanbari A;  
E-mail:  
At-ghanbari@gums.  
ac.ir