

عوامل مرتبط با خودمراقبتی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی

قلبی

نوشین پیمان^۱، محبوبه عبدالهی^۲، زهره زاده احمد^{۳*}

۱. گروه آموزش و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران
۲. گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران
۳. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی قلب بیماری مزمنی است که مبتلایان به آن به رفتارهای خودمراقبتی تا پایان عمر نیاز دارند. لذا شناسایی این رفتارها و تشویق بیمار جهت مشارکت و قبول مسئولیت در انجام صحیح آن‌ها منجر به کنترل عوارض بیماری خواهد شد. مطالعه حاضر با هدف، بررسی عوامل مرتبط با خودمراقبتی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گرفته است.

روش‌ها: این مطالعه توصیفی مقطعی با مشارکت بیماران قلبی بستری در بیمارستان شهید مدرس شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۶ انجام شد. جمع آوری داده‌ها از طریق مصاحبه و با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی و خودمراقبتی روا و پایا انجام گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه و نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و سطح اطمینان ۹۵٪ انجام شد.

نتایج: میانگین سنی افراد شرکت‌کننده $58/73 \pm 8/56$ سال بود. متوسط نمره خودکارآمدی و خودمراقبتی واحدهای پژوهش به ترتیب $16/35 \pm 8/24$ و $31/11 \pm 8/21$ بود. نتایج نشان داد افزایش سن و سیگاری بودن رابطه‌ی معکوس و میزان تحصیلات و شهری نشینی رابطه‌ی مستقیم با خودکارآمدی و خودمراقبتی داشتند ($P < 0/0001$). همچنین بین خودکارآمدی و خودمراقبتی رابطه مستقیم معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/0001$, $r = 0/86$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بیماران در انجام رفتارهای خودمراقبتی از خودکارآمدی بالایی برخوردار نبودند و ضعیف عمل کردند، پیشنهاد می‌شود عوامل موثر بر خودکارآمدی و خودمراقبتی در بیماران مورد بررسی بیشتری قرار گرفته و جهت مقابله با این عوامل اقدامات لازم صورت گیرد.

کلید واژه‌ها:

خودکارآمدی،
خودمراقبتی، نارسایی قلب

تمامی حقوق نشر برای
دانشگاه علوم پزشکی
تربت حیدریه محفوظ
است.

مقدمه

نارسایی قلبی از شایع‌ترین اختلالات قلبی و عروقی بوده و به عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده مطرح می‌باشد (۱). نارسایی قلبی از شیوع بالایی هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه برخوردار می‌باشد (۲). بر طبق آمار بدست آمده از انجمن قلب و عروق آمریکا سالانه حدود ۲۵۰۰۰۰ بیمار از عوارض مستقیم و یا غیر مستقیم ناشی از نارسایی قلبی جان خود را از دست می‌دهند و مرگ و میر ناشی از نارسایی قلبی در ۴۰ سال گذشته ۶ برابر افزایش یافته است (۳). در ایران طبق آمارهای موجود هر ساله بیماری‌های قلبی سبب فوت حدود ۱۵۰ هزار نفر می‌شود (۴). تعداد مبتلایان به نارسایی احتقانی قلبی در سال ۱۳۸۸ در ۱۸ استان کشور در حدود ۳/۲ نفر در یکصد نفر جمعیت بوده که

نارسایی قلبی از شایع‌ترین اختلالات قلبی و عروقی بوده و به عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده مطرح می‌باشد (۱). نارسایی قلبی از شیوع بالایی هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه برخوردار می‌باشد (۲). بر طبق آمار بدست آمده از انجمن قلب و عروق آمریکا سالانه حدود ۲۵۰۰۰۰ بیمار از عوارض مستقیم و یا غیر مستقیم ناشی از نارسایی قلبی جان خود را از دست می‌دهند و مرگ و میر ناشی از نارسایی قلبی در ۴۰ سال گذشته ۶ برابر افزایش یافته است (۳). در ایران طبق آمارهای موجود هر ساله بیماری‌های قلبی سبب فوت حدود ۱۵۰ هزار نفر می‌شود (۴). تعداد مبتلایان به نارسایی احتقانی قلبی در سال ۱۳۸۸ در ۱۸ استان کشور در حدود ۳/۲ نفر در یکصد نفر جمعیت بوده که

*آدرس نویسنده مسئول: تربت حیدریه، خ رازی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی

آدرس پست الکترونیک: Zadehahmadz1396@gmail.com

با توجه به مسایل پیشگفت، مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با خودمراقبتی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام گرفته است.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی مقطعی با مشارکت بیماران قلبی بستری در بیمارستان شهید مدرس شهرستان کاشمر در سال ۱۳۹۶ انجام شد. برای برآورد حجم نمونه از اطلاعات یک مطالعه ی پایلوت با حجم اولیه ۱۰ نفر استفاده شد. در مطالعه پایلوت میانگین نمره ی خودکارآمدی $8/85 \pm 17/77$ به دست آمد. با استفاده از فرمول حجم نمونه برای برآورد میانگین و با در نظر گرفتن خطای مطلق ۱/۱، حجم نمونه ۲۵۰ نفر برآورد شد.

نمونه گیری به روش آسان انجام شد. مبتلایان به نارسایی قلب و حداقل یک سال ابتلاء به بیماری از جمله معیارهای ورود به مطالعه و عدم تمایل به مشارکت در مطالعه و عدم هوشیاری در پاسخدهی به سوالات را معیار های خروج تشکیل می دادند. جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه با مشارکت کنندگان و با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی و خود مراقبتی روا و پایا انجام گردید. فرم اطلاعات دموگرافیک حاوی متغیر های سن و جنس بود.

پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی سالیوان در ایران از نظر روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفته است (۱۳). این پرسشنامه مشتمل بر ۱۳ بیانیه می باشد که میزان خودکارآمدی بیمار را در طیف لیکرت پنج درجه ای از ۰ تا ۴؛ ۰ (اصلاً اطمینان ندارم)، ۱ (کم)، ۲ (متوسط)، ۳ (زیاد) و ۴ (خیلی زیاد) مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره کل این پرسشنامه بین ۰-۵۲ است و نمرات بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی درک شده بهتر می باشد. در این ابزار ۱۹-۰ نمرات خودکارآمدی ضعیف، ۲۸-۲۰ خودکارآمدی متوسط، ۵۲-۳۹ خودکارآمدی خوب محسوب می شود.

پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی که در ایران و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است، حاوی ۱۲ سوال و پاسخ هر سوال را براساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای از ۱ تا ۵، (هیچ

این تعداد حدود ۲/۸ نفر سن بالای ۵۰ سال و حدود ۰/۴ نفر در سنین بین ۴۵-۱۵ سال قرار داشتند و میانگین سن مرگ ۶۵/۷ سال و درصد سال های از دست رفته عمر ۱/۷ بوده است (۵).

تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به بیماری های مزمن از اهمیت بسزایی برخوردار است و بیماران می توانند، با کسب مهارت های مراقبت از خود، بر آسایش، توانایی های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تاثیر گذار باشند (۶). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مزمن نیز، به علت عواقب بیماری و درمان، با تغییر در نیازهای خود مراقبتی مواجه خواهند بود و برای مواجهه با مشکلات بیماری نیاز به رفتارهای خود مراقبتی دارند (۷).

خود مراقبتی در نارسایی قلبی بر مواردی چون مدیریت رژیم غذایی و دارویی، محدودیت دریافت سدیم و مایعات، توزین روزانه، ورزش منظم، پایش علائم، نشانه های تشدید بیماری و جستجو و تصمیم گیری جهت اقدامات مناسب درمانی دلالت می کند (۸). خودمراقبتی منجر به بهبود سلامت عمومی بیمار، شرکت فعالانه در روند مراقبت، ارتقای کیفیت زندگی و درنهایت کاهش هزینه های درمانی می شود (۹). عوامل مختلفی از قبیل: خودکارآمدی، آگاهی، نگرش، اعتقادات فردی، هنجارهای اجتماعی و اعتماد به نفس پیشگویی کننده های رفتارهای خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی می باشد. برخی عوامل از جمله، خودکارآمدی، اعتماد و اطمینان به توانایی های فردی در انجام عملی خاص پیش نیاز مهم تغییر رفتار است (۱۰) و در پیش بینی حوادث و خلق ابزار مناسب جهت کنترل آنها نقش اساسی ایفا می کند (۱۱). در صورتی که شخص از سطح خودکارآمدی بالایی برخوردار باشد، می تواند بیماری مزمن خود را کنترل نموده و در نتیجه، به احتمال موفقیت بیشتری دست یابد (۱۲).

نتایج مطالعه باقری و همکاران بر روی بیماران نارسایی قلب نشان می دهد که هرچه خودکارآمدی بیماران در سطح بالاتری باشد کنترل بیماری نارسایی قلب در بین آنان بیشتر است (۱۳).

با سطح تحصیلی دیپلم و بالاتر، متوسط نمره خودمراقبتی، ۶/۷۳ بیشتر از گروه مقابل بود. در مقایسه بین محل سکونت شهری نسبت به روستایی، متوسط نمره خودمراقبتی ۷/۲۸ واحد و در گروه سیگاری نسبت به غیر سیگاری متوسط نمره خودمراقبتی ۲/۷۱ واحد کمتر بود.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
سن	کمتر از ۵۰ سال ۱۲۴ (۵۰/۴) ۵۰ سال و بیشتر ۱۲۲ (۴۹/۶)
جنسیت	زن ۱۳۰ (۵۲/۸) مرد ۱۱۶ (۴۷/۲)
سطح تحصیلات	پایین تر از دیپلم ۱۸۸ (۷۶/۴) دیپلم و بالاتر ۵۸ (۲۳/۶)
شغل	بازنشسته ۴۶ (۱۸/۷) شاغل ۱۰۱ (۴۱/۱) خانه دار ۹۹ (۴۰/۲)
محل سکونت	شهر ۱۴۸ (۶۰/۲) روستا ۹۷ (۳۹/۴)
وضعیت سیگار	سیگاری ۵۴ (۲۲) غیرسیگاری ۱۹۲ (۷۸)
وضعیت اعتیاد	معتاد ۷ (۲/۸) سالم ۲۳۹ (۹۷/۲)

نتایج حاصل از برازش مدل رگرسیون خطی برای خودکارآمدی هم نشان داد که متوسط نمره خودکارآمدی در گروه مسن تر نسبت به جوان تر، ۵/۷۹ واحد کمتر بود. همچنین در افراد با سطح تحصیلی بالاتر، متوسط نمره خودکارآمدی ۸/۲۸ بیشتر از گروه مقابل بود. در منطقه‌ی سکونت شهری، متوسط نمره خودکارآمدی ۵/۳۱ واحد بیشتر از روستایی و در افراد سیگاری متوسط نمره، ۱/۶۶ واحد کمتر از گروه سیگاری بود. بین متغیرهای شغل، وضعیت اعتیاد با خودکارآمدی و خودمراقبتی، ارتباط معنی‌داری به دست نیامد. نتایج حاصل از رگرسیون خطی چندگانه در جدول ۲ گزارش شده است.

وقت (، ۲) (خیلی کم)، ۳) (گاهی اوقات)، ۴) (بیشتر اوقات)، ۵) (همیشه) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مجموع نمره کل این مقیاس بین ۱۲-۶۰ است و نمرات پایین تر نشان دهنده رعایت ضعیف رفتارهای خود مراقبتی از سوی بیماران می باشد (۱۴). (طبق نظر ۱۲-۲۸ خودمراقبتی ضعیف، ۲۹-۴۴ خودمراقبتی متوسط، ۴۵-۶۰ خود مراقبتی خوب محسوب می شود).

این پرسشنامه‌ها در مطالعه باقری و همکاران مورد استفاده قرار گرفته و روایی و همبستگی پایایی آن به روش آلفا کرونباخ = ۰/۸۹ تایید شده است (۱۳). در این مطالعه، پایایی درونی بعد خودمراقبتی ابزار، ۰/۹۴، پایایی درونی بعد خودکارآمدی ابزار، ۰/۹۵ و پایایی درونی کل ابزار، ۰/۹۷ به دست آمد. تحلیل داده ها با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه و نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و سطح اطمینان ۹۵٪ انجام شد.

نتایج

در این مطالعه ۲۵۰ نفر از بیماران نارسایی قلب در بیمارستان شهید مدرس شهرستان کاشمر مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد شرکت کننده $58/73 \pm 8/56$ سال بود. ویژگیهای دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول ۱ گزارش شده است.

به منظور تعیین رابطه بین خودمراقبتی و خودکارآمدی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج همبستگی مستقیم و معنی‌داری بین خودکارآمدی و خودمراقبتی بیماران نشان داد ($P < 0/0001$, $r = 0/86$).

جهت بررسی عوامل مرتبط با خودمراقبتی و خودکارآمدی از رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. نتایج حاصل از رگرسیون خطی نشان داد که عوامل سن، سطح تحصیلات، محل سکونت و مصرف یا عدم مصرف سیگار بر خودمراقبتی و خودکارآمدی تاثیر داشتند ($P < 0/0001$). به طوری که در گروه سنی ۵۰ سال و بالاتر، متوسط نمره خودمراقبتی، ۲/۷۳ واحد کمتر از گروه سنی کمتر از ۵۰ سال بود. همچنین در گروه

جدول ۲. نتایج حاصل از برازش مدل رگرسیون خطی چندگانه

متغیر	ضریب رگرسیونی	P	فاصله اطمینان ۹۵٪
گروه سنی	-۳/۷۳	< ۰/۰۰۰۱	(-۲/۱۱، -۵/۳۵)
خودمراقبتی	۶/۷۳	< ۰/۰۰۰۱	(۴/۷۱، ۸/۷۵)
سطح تحصیلات	۷/۲۸	< ۰/۰۰۰۱	(۵/۸۵، ۸/۷۱)
محل سکونت	-۳/۷۱	< ۰/۰۰۰۱	-
وضعیت سیگار	-۵/۷۹	< ۰/۰۰۰۱	(-۲/۰۹، -۵/۳۳)
گروه سنی	۸/۲۸	< ۰/۰۰۰۱	(۶/۴۳، ۱۰/۱۳)
خودکارآمدی	۵/۳۱	< ۰/۰۰۰۱	-
سطح تحصیلات	-۱/۶۶	< ۰/۰۰۰۱	(-۳/۱۳، -۰/۱۸)
محل سکونت	-	< ۰/۰۰۰۱	-
وضعیت سیگار	-	< ۰/۰۰۰۱	-

مناسب نیست (۱۵). نتایج تحقیق باقری و همکاران (۱۳۹۲) با

نتیجه پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۳).

شکلیازاده و همکاران (۱۳۹۰) نیز در مطالعه ای تحت عنوان ارتباط بین خودکارآمدی و موانع درک شده با عملکرد رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی دریافتند که بین خودکارآمدی با خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنی داری وجود دارد (۱۶). اما در مطالعه Chlebowy و همکاران (۲۰۰۶) معنی داری بین خود مراقبتی و خودکارآمدی مشاهده نگردید (۱۷). به نظر می‌رسد تفاوتی که در نتایج این مطالعات وجود دارد به دلیل استفاده از ابزارهای سنجش متفاوت و جامعه پژوهش مختلف

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که بین میانگین نمره خودکارآمدی با میانگین نمره خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد. چرا که یکی از مهمترین عوامل پیشگویی کننده رفتار، خودکارآمدی درک شده است. عقاید مرتبط با خودکارآمدی، بر اهداف و آرزوها اثر می‌گذارند و تشکیل دهنده پیامدهای رفتار انسان می‌باشند. افرادی که دارای خودکارآمدی بیشتری باشند، اهداف بالاتری را در نظر گرفته و متعهدتر گشته و در نتیجه رفتار آنها مطلوب تر می‌شود. در حالی که افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند، نتیجه رفتار آنها

به مراکز ارایه دهنده‌ی خدمات بهداشتی و سلامتی، فرصت بیشتری برای کنترل و درمان بیماری داشته و سطح توان خود مراقبتی در آنها نسبت به ساکنین روستا بهتر خواهد بود (۲۲). از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به وضعیت روحی روانی واحدهای مورد پژوهش اشاره کرد که می‌توانست بر نحوه پاسخگویی آنان تاثیرگذار باشد که این شرایط توسط پژوهشگر قابل کنترل نبود. همچنین نحوه جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه با بیمار بوده است. بر اساس تحقیقات، روش خودگزارش‌دهی همیشه روش قابل اعتمادی برای بررسی خود مراقبتی نیست، اما با توجه به اینکه در این پژوهش، پژوهشگر عضو گروه درمانی نبوده است، همین امر سبب می‌شود تا بیماران تا حد زیادی پاسخ صادقانه‌ای به سوالات بدهند (۲).

نتیجه‌گیری

از آنجایی که توان خود مراقبتی و خودکارآمدی بیماران نارسایی قلب در حد متوسط بود. پیشنهاد می‌شود تیم ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، رفتارهای مراقبت از خود بیماران را ارزیابی کرده، موانع اجرای رفتار مناسب را جستجو نموده و جهت مقابله با این موانع اقدامات لازم صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

در پایان مراتب تشکر و قدردانی از نمونه‌های پژوهش به دلیل همکاری و شرکت در پژوهش و از مسئولین محترم به دلیل همراهی و مساعدت در زمینه انجام این تحقیق، اعلام می‌گردد.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Jaarsma T, Arestedt KF, Martensson J, Dracup K, Stromberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *European journal of heart failure*. 2009;11(1):99-105.

با فرهنگ‌های خاص خود باشد. عوامل متعددی خودکارآمدی و خودمراقبتی بیماران را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد، از جمله تحصیلات که در تحقیق حاضر مشخص گردید که نمره خودکارآمدی ضعیف در افراد با تحصیلات کمتر است. نتیجه تحقیق Sullivan و همکاران (۲۰۰۶)، همچنین نیز موید ارتباط آماری معنادار بین خودکارآمدی و سطح تحصیلات می‌باشد. همچنین بین خود مراقبتی و سطح تحصیلات در این تحقیق رابطه معناداری وجود داشت. این به نوبه خود می‌تواند موجب پیامدهای نامطلوب از جهت سلامتی و خدمات دریافت شده و به اطمینان و اعتماد مددجو به ارایه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی، خلل وارد نماید و تعامل و ارتباط دو سویه کارکنان بهداشتی درمانی و بیمار را مختل سازد (۱۸). به علاوه متغیر سن می‌تواند به عنوان یک متغیر زمینه‌ای، سطح خودکارآمدی و توان خود مراقبتی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد. در این پژوهش بهترین سطح خودکارآمدی در بیماران با سنین کمتر مشاهده شد. در این رابطه مطالعه King و همکاران (۲۰۰۱) با عنوان " بررسی ارتباط عوامل فردی، اجتماعی و روانی با گرایش به توانبخشی قلبی " نشان داد بیماران زیر ۶۵ سال خودکارآمدی بالاتری نسبت به بیماران بالای ۶۵ سال دارند (۱۹). Rieg معتقد است که توانمندی‌ها و نیازهای مراقبت از خود در یک فرد سالم، متناسب با سطح رشد سنی متفاوت است (۲۰).

همچنین بین محل سکونت با نمرات خودکارآمدی و خود مراقبتی ارتباط معناداری وجود داشت. در مطالعه Artinian (۲۰۰۲) نیز نتایج مشابه بود (۲۱). Dashiff (۲۰۰۷) در مطالعه خود اظهار می‌کند که ساکنین روستا، به علت دسترسی راحتتر

2. Shojafard J, Nadrian H, Baghiani Moghadam M, Mazlumi Mahmudabad S, Sanati H, Asgar Shahi M. Effects of an educational program on self-care behaviors and its perceived benefits and barriers in patients with Heart Failure in Tehran. *Journal of Payavard Salamat*. 2009;2(4):43-55.

3. Riegel B, Carlson B. Facilitators and barriers to heart failure self-care. *Patient education and counseling*. 2002;46(4):287-95.
4. Riegel B, Dickson VV, 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.
5. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *Journal of clinical nursing*. 2001;10(5):618-27.
6. Jaarsma T, Halfens R, Senten M, Saad HHA, Dracup K. Developing a supportive-educative program for patients with advanced heart failure within Orem's general theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 1998;11(2):79-85.
7. Gonzalez B, Lupon J, Herreros J, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Patient's education by nurse: what we really do achieve? *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2005;4(2):107-11.
8. Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan MM, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. *JHPM*. 2014; 3 (1) :27-34.
9. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977;84(2):191-215.
11. Shabibi P, Zavareh MSA, Sayehmiri K, Qorbani M, Safari O, Rastegarimehr B, et al. Effect of educational intervention based on the Health Belief Model on promoting self-care behaviors of type-2 diabetes patients. *Electronic physician*. 2017; 9(12):5960.
11. Alijany-Renany H, Tamaddoni A, Haghighizadeh M, Pourhosein S. The effect of using partnership care model on the quality of life in the school-age children with β -thalassemia. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2012;14(1):49-1.
12. Connors AF, Dawson NV, Desbiens NA, Fulkerson WJ, Goldman L, Knaus WA, et al. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *Jama*. 1995;274(20):1591-8.
13. Bagheri-Saweh MI, Lotfi A, Salawati Ghasemi S. Self-care behaviors and related factors in chronic heart failure patients. *International Journal of Biomedicine and Public Health*. 2018;1(1):42-7.
14. Jaarsma T, Strömberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *European journal of heart failure*. 2003;5(3):363-70.
15. Tehrani Banihashemi S.A, Amirkhani M.A, Haghdost A.A, Alavian S.M, Asgharifard, H, Baradaran, H, et al. Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *Journal of Medical Education Development Center*. 2007;4(1):1-9.
16. Aljaseem LI, Peyrot M, Wissow L, Rubin RR. The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 2001;27(3):393-404.
17. Chlebwoy DO, Garvin BJ. Social support, self-efficacy, and outcome expectations: impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2006;32(5):777-86.
18. Hall MA. Researching medical trust in the United States. *Journal of health organization and management*. 2006;20(5):456-67.
19. King KM, Humen DP, Smith HL, Phan CL, Teo KK. Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance. *Heart (British Cardiac Society)*. 2001;85(3):290-4.
20. Rieg LC. Information Retrieval of Self-care and Dependent-care Agents Using NetWellness, a Consumer Health Information Network: University of Cincinnati; 2000.
21. Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange MP. Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2002;31(3):161-72.
22. Dashiff CJ, McCaleb A, Cull V. Self-care of young adolescents with type 1 diabetes. *Journal of pediatric nursing*. 2006;21(3):222-32.

The study of related factors with self-care and self-efficacy in heart failure patients

Nooshin Peyman¹, Mahbubeh Abdollahi², Zohre Zadehahmad^{3*}

1. Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Science, Mashhad, Iran

2. Department of Public Health, Torbat Heydaryeh University of Medical Sciences, Torbat Heydaryeh, Iran

3. Department of Public Health, School of Health, Torbat Heydaryeh University of Medical Sciences, Torbat Heydaryeh, Iran

Corresponding author: Zadehahmadz1396@gmail.com

Abstract

Background & Aim: Heart failure is a chronic disease that requires self-care behaviors until the end of life. Therefore, identifying these behaviors and encouraging the patient to participate and have the responsibility for doing them rightly, will lead to control of the disease complications. This study is designed to investigate related factors with self-care and self-efficacy in patients with heart failure.

Methods: This is a cross-sectional descriptive-analytic study that was done in Shahid Modarres hospital in Kashmar in 2016. Data collection was conducted through an interview using three-part questioner: demographic information, self-efficacy and self-care in patients with heart failure. Multiple linear regression was used to examine the factors affected on self-efficacy and self-care. Data analysis was done in 95% confidence level using SPSS version 16.

Results: The mean of age was 57.83 ± 8.56 . Mean score of self-efficacy and self-care was 16.35 ± 8.24 and 31.11 ± 8.21 , respectively. The results show age increasing and being a smoker, had negative relationship and higher education and being urban had positive effect on self-care and self-efficacy ($P < 0.0001$). Also, there was a significant direct relationship between self-care and self-efficacy ($r = 0.86$, $P < 0.0001$).

Conclusion: Considering that patients did not have high self-efficacy in performing their self-care behaviors and poorly performed, it is recommended that the factors affecting self-efficacy and self-care in the examined patients are further investigated and measures are taken to deal with these factors.

Keywords:

Self-efficacy,
Self-care,
Heart Failure