رابطه وضعیت اجتماعی – اقتصادی با خود مراقبتی دربیماران نارسایی قلبی: نقش میانجی نگرانی های مرتبط با بیماری

نسترن منصوریه[۱]، حمید پور شریفی[۲]، محمد رضا تابان صادقی[۳]، محمد رضا صیرفی[۴]

۱-گروه روانشناسی سلامت، ، دانشگاه ازاد اسلامی، تبریز، باشگاه پژوهشگران جوان ونخبگان، واحد تبریز ، نویسنده مسئول. ۲-گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی وتوانبخشی، تهران، ایران.۳-گروه قلب، دانشکده پزشکی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.۴-گروه روانشاسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۹۶/۱۱/۷
پذیرش : ۹۷/۱/۲۸

کلید واژگان
نارسایی قلبی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، خودمراقبتی، نگرانی های مرتبط با بیماری.

نویسنده مسئول
Email:
n.mansoreye1984@gmail.com

چکیده

مقدمه: نارسایی قلبی به عنوان یک بیماری مزمن یک مشکل رو به رشد در جوامع می باشد. وضعیت اجتماعی اقتصادی و نگرانی های مرتبط با بیماری دو متغیر مهم درخودمراقبتی است. بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین همبستگی وضعیت اجتماعی اقتصادی و خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی با نقش میانجی نگرانی‌های مرتبط با بیماری است.

روش کار: این مطالعه توصیفی- همبستگی می‌باشد که درسال ۱۳۹۵ دربیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام شده است. ۱۴۹ بیمار ازطریق روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. جمع آوری داده ها با پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی،"مقیاس اروپایی رفتا ر خودمراقبتی نارسایی قلبی" ،"پرسشنامه نگرانی‌های مرتبط با بیماری" و"مقیاس وضعیت اجتماعی اقتصادی" انجام شد. روایی وپایایی ابزارهادر مطالعات قبلی تایید شده است. تحلیل داده‌ها با ورژن ۲۱نرم SPSS وآزمون سوبل انجام شد.

یافته ها: بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خود مراقبتی همبستگی معنی داری (r= -۰/۷۲۹، P<۰/۰۱)مشاهده شد. نگرانی‌های مرتبط با بیماری در رابطه بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خود مراقبتی با استفاده از آزمون سوبل نقش میانجی داشت(Sobel test=-۴/۸۹، P < ۰/۰۱)

بحث و نتیجه گیری: نگرانی‌های مرتبط با بیماری به عنوان میانجی وهمچنین پلی میان وضعیت اجتماعی اقتصادی وخودمراقبتی می‌باشد. پیشنهاد می شود پرستاران، روان شناسان سلامت و پزشکان این متغیرها را شناسایی کرده و آن‌ها را دراولویت‌های آموزش خود مراقبتی قرار دهند.

مقدمه

نارسایی قلبی یکی از شایعترین اختلالات قلبی عروقی است که به عنوان یک اختلال مزمن، پیش رونده و ناتوان کننده مطرح می‌باشد، شیوع و بروز آن با افزایش سن بالا می رود[۱]. در طول ۲ یا ۳ دهه گذشته شیوع نارسایی قلبی سه برابرشده و هم اکنون میلیون‌ها نفر از مردم جهان از آن رنج می برند[۲]. یافتن روش درمان این بیماری بسیار ناتوان کننده و پر هزینه است، به نحوی که ۲۹ تا ۴۷ درصد بیماران طی ۳ تا ۶ ماه پس از ترخیص اولیه دوباره بستری می شوند و این در حالی است که پنجاه درصد از بستری شدن های مکرربیماران[۳] قابل پیشگیری هستند. در ایران هزینه این بیماری برابر با ۴۰۰ میلیارد ریال در سال بر آورد شده است، که باید هشداری باشد در راستای یافتن راهکارهای پیشگیرانه، که بتوان با صرف هزینه‌های کمتر، بهره وری بیشتری را بوجود آورد[۴]. نکته مهم این که آگاهی کمی دربارۀعواملی که منجر به بستری مجدد پس از ترخیص بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی می شود، وجود دارد[۵] به همین دلیل، یافتن روش‌های کنترل کننده بیماری نارسایی قلب و عوارض ناشی از آن مثل بستری مجدد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. تاکنون به منظور کنترل بیماری نارسایی قلب (کاهش دفعات بستری شدن مجدد، رفع مشکلات جسمی، روحی روانی، اقتصادی و اجتماعی بیماران، تدابیر مختلفی در غالب مطالعات تجربی و غیره، انجام شده است.

گزینه‌های زیادی برای کنترل نارسایی قلبی وجود دارد که خود مراقبتی یکی از آن‌ها است[۶] وتبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به این بیماری از اهمیت به سزایی برخوردار است[۷]. خودمراقبتی، توانایی افراد برای کاهش یا مدیریت علایم، درمان مشکلات جسمی، روانی، تغییر سبک زندگی و در نهایت زندگی مطلوب با یک بیماری مزمن تعریف می شود[۸]. خودمراقبتی فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می‌شود.

این فرایند شامل فعالیت ها و مهارت‌ها ی پایش رفتاری در زمینه ارتقاء سلامت و بهزیستی، پیشگیری از عوارض بیماری، تعامل با ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی در تصمیم گیری مشارکتی، مقابله با حالات هیجانی منفی و ایجاد و تداوم نقش های سازنده اجتماعی در روابط بین فردی و موقعیت های شغلی به منظور دستیابی به اهداف خود مراقبتی بیماری است[۹،۱۰]. مطالعات نشان داده اند که حداقل پنجاه درصدازبیماران مبتلا به نارسایی قلبی از توصیه های درمانی خود تبعیت نمی کنندوهمین امر منجر به بستری شدن مجدد آن‌ها می‌شود [۱۱]. خود مراقبتی نارسایی قلبی، پیچیده ومشکل است زیرا بیمار باید به پایش نشانه ها ورعایت رژیم های درمانی متعهد باشد. تغییرات وضعیتی خود را بشناسد وآن‌هارا ارزیابی کند، گزینه درمانی مناسب را انتخاب کرده واثربخشی آن را ارزیابی کند. اصل مهم در خود مراقبتی، پذیرش و مشارکت بیمارجهت پیروی ازرژیم مراقبتی رفتارهای سازگاری مناسب با شرایط مزمن بیماری و انجام رفتار های خودمراقبتی است[۱۲].

یکی از متغیرهای مهم دخیل در خودمراقبتی نگرانی‌های مرتبط با بیماری می‌باشد. نگرانی، احساسات منفی فرد نسبت به وضعیت جسمی، شناختی و رفتاری و توانمندی خود و پیش بینی و انتظار حوادث و وقایع ناخوشایند احتمالی آینده است[۱۳]. مطالعات نشان داده ا ند که نگرانیهای مرتبط با بیماری دارای دو بعد استقلال (دقت شناختی و ظرفیت عملکردی) و نگرانی مربوط به علائم (نگرانی جسمی و نگرانی روانی) می‌باشد[۱۴]. در پژوهشی با بررسی تجربیات بیماران نارسایی قلبی از محدودیت های جسمی ایجاد شده در فعالیت های زندگی روزانه، به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا نارسایی قلبی ادراکاتی چون وجود یک نوع ترس تعریف نشده از تلاش برای انجام فعالیت های روزانه وهمچنین وجود تردید و نامعلومی در ارتباط با آینده را گزارش نمودند. در همین راستا بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نگران تغییرات ناخواسته در زندگی آینده خود به دلیل شرایط بیماری نارسایی قلبی می‌شوند[۱۵]. نگرانی‌ها و مشکلات بیماران مبتلا به نارسایی قلبی شبیه نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد وتجربه زندگی با بیماری نارسایی قلبی از طرف بیماران به عنوان یک نوع زندگی خسته کننده وترس آوراست که با افزایش پلکانی ناتوانی و ضعف و وابستگی بیان می‌گردد. این بیماران علائم جسمی و ناتوانی علائم روانی ونگرانی‌های مربوط به مرگ و زندگی را از مشخصات بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در زندگی خود می‌دانند[۱۶].

وضعیت اجتماعی-اقتصادی[۱] به موقعیت اجتماعی و اقتصادی اشاره دارد که یک شخص در یک ساختار اجتماعی خاص اشغال می‌کند[۱۷]. در سلسله مراتب اجتماعی، افراد بر اساس وضعیت شغلی، سطح تحصیلی و درآمد، موقعیت‌های مختلفی را تصاحب می کنند وموقعیت آن‌ها در این سیستم به صورت وضعیت اجتماعی اقتصادی آن‌ها خلاصه می‌شود. اگر چه شغل، سطح تحصیلات و درآمد با یکدیگر موقعیت فرد را در سلسله مراتب اجتماعی تعیین می‌کنند، به طور کلی این عوامل از یکدیگر مجزا نیستند و در عین حال باید به صورت جداگانه در ارتباط با سلامتی مطالعه شوند. سطح تحصیلات تفاوت هایی را از نظر دسترسی به اطلاعات و سطح تخصص در بهره بری از دانش جدید ایجاد می‌کند؛ در حالی که شغل، تفاوت هایی را در دسترسی به کالا های مادی کم یاب ایجاد می کند. وضعیت شغلی شامل هر دو این جنبه‌ها بوده به آن‌ها فواید منتج از اشتغال به شغل‌های خاص، مانند تشخص، امتیاز، قدرت و مهارت های فنی و اجتماعی را می‌افزاید[۱۸]. وضعیت اجتماعی اقتصادی دارای ابعاد گسترده ای است و یک عنصر ضروری است که نابرابری‌های سلامت را شکل می دهد مثلا افراد با درآمد بالاتر سلامت بهتر و افراد با درآمد پایین تر بهداشت ضعیف تر و سلامت کمتری دارند. همچنین افراد با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین بیشتر مستعد ابتلا به بیماری‌ها هستند[۱۹]. نابرابریهای وضعیت اجتماعی اقتصادی در بیماریهای قلبی عروقی یک چالش عمده و ماندگار برای سلامت عمومی در بین کشورها است و پیش بینی کننده قدرتمند نارسایی قلب است [۲۰]. نارسایی قلبی موجبات از کارافتادگی فرد را فراهم می کند و این مسئله از نظراقتصادی و اجتماعی حایزاهمیت بالا است. وضعیت اجتماعی اقتصادی یکی از شاخصه های مهم بیماری نارسایی قلبی است که ممکن است الگوی رفتاری بیماری، عوامل محیطی ودسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی را تحت تاثیر قرار دهد. مطالعات دیگری نشان داد که وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین ریسک فاکتور قوی برای بستری مجدد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی است . به عبارت دیگر سطح پایین تحصیلات، درامد پایین تر و شغل پایین تر شانس بستری شدن مجدد را افزایش می دهد[۲۱].

با توجه به پیشینه و اهمیت متغیر های نام برده شده در خودمراقبتی بیماری نارسایی قلبی مطالعه حاضر با هدف پژوهش تعیین همبستگی بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی با نقش میانجی نگرانی های مرتبط با بیماری انجام شد.

روش کار

در این مطالعه توصیفی-همبستگی، جامعه مورد مطالعه بیماران نارسایی قلبی می باشد که از بین آن ها کل نمونه انتخاب شده۱۴۹ نفر بودند که در بیمارستان و مرکز تحقیقاتی و درمانی شیخ الریس شهر تبریز با استفاده از نمونه گیری در

۱– Socioeconomic status (SES)

دسترس بر اساس جدول کرجیسی[1] انتخاب شدند. نمونه گیری تقریبا دو ماه طول کشید. اغلب بیماران در تبریز زندگی می کردند، اما تعدادی از آن ها از دیگر شهرهای کشور به این درمانگاه‌ها مراجعه می کردند. معیارهای ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از ۱) تشخیص بیماری نارسایی قلبی توسط متخصص قلب ۲)انجام اکوکاردیوگرافی وبیماران مبتلا به نارسایی قلبی با ۳EF≤ ۳۵)توانمندی در درک زبان فارسی ۴) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش ۵) عدم وجود عقب ماندگی ذهنی و یا تشخیص اختلالات روانشناختی شدید. معیارهای خروج به پژوهش حاضر عبارت بود از:۱)تجربه کردن عوارض حاد مرتبط با بیماری.

در این پژوهش داده‌ها با ا ستفاده از پرسشنامه‌های زیر جمع آوری شد.

۱)پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن (سال)، جنس (مردان یا زنان) و ازدواج (مجرد، متاهل، طلاق گرفته، یا بیوه) که در این مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفته است.

۲)"مقیاس اروپایی رفتار خودمراقبتی نارسایی قلبی"[2] این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط جاراسما[3] و همکاران برای تعیین رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی و به ۱۴زبان ترجمه شده است ۲۲[. پرسشنامه شامل ۱۲ سئوال است که پاسخ هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای از کاملا اینطور نیست با ۱ نمره اصلا این طور نیست با نمره ۵ در تغییر است ودر مجموع نمره به دست امده از ۱۲-۶۰ متغیر می باشدو نمرات کمتر به معنای مراقبت بهتر محسوب می شود. نمره ۱۲-۲۸نشانه خود مراقبتی خوب۲۹-۴۴ خود مراقبتی متوسط و ۴۵-۶۰خود مراقبتی ضعیف می باشد]۲۳[. این ابزار در مطالعات بسیاری جهت اندازه گیری رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی استفاده شده و دارای روایی محتوا و پایایی بالایی است. در مطالعه یو[4] و همکاران]۲۳[روایی ابزار با روش شاخص روایی محتوا ۰/۹۳ و در مطالعه گالاگر[5] و همکاران میزان پایایی با روش الفای کرونباخ ۰/۷۱ را در ۳۳۳ بیمار نارسایی قلبی در انجمن قلب نیویورک گزارش شده است]۲۴[. در مطالعه شجاعی وهمکاران روی ۲۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی در مراکز آموزش درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران وایران در سال۱۳۸۵، آلفای کرونباخ۰/۶۸ به دست امده است وروایی آن با روش روایی محتوا بررسی شده]۲۵[. همچنین علیزاده وهمکاران پایایی این پرسشنامه روی ۱۰ نفر بیمار نارسایی قلبی به روش همسانی درونی و آزمون بازآزمون در بیمارستان های وابسته به دانشگاه شهید بهشتی در سال ۱۳۹۱رابرابر ۰/۸۴ ذکر کردند[۲۶]

۳)"پرسشنامه نگرانی های مرتبط با بیماری"[6]: این پرسش نامه یک پرسش نامه ۲۳ سوالی است شامل دو بعد استقلال (شناختی –عملکردی)ونگرانی (عوارض جسمی-روانی ونگرانی از آینده بیماری)می باشد. تمامی عبارات دارای امتیاز دهی منفی می باشد. از امتیاز ۱ برای کاملا موافقم تا ۶ برای گزینه کاملا مخالفم متغیر می‌باشد میانگین نمره عبارات پرسش نامه نمره کل پرسش نامه محسوب می‌شود ونمره بالاتر نشان دهنده نگرانی های مرتبط با بیماری کمتر می‌باشد. پایایی پرسش نامه نگرانی های مرتبط با بیماری با استفاده از ضریب الفای کرونباخ ۰/۹۰ =αو با استفاده از روش دو نیمه کردن ۰/۸۹=rدر مطالعات گذشته براورد گردید. شاخص روایی محتوای هر یک از عبارات نگرانیهای مرتبط با بیماری در کل مقیاس بالای۰/۹۵بود که این مقدار بسیار مناسب به نظر میرسد. پرسشنامه شامل چهار عامل استقلال شناختی، نگرانی جسمی-روانی، واستقلال عملکردی ونگرانی از آینده بیماری می‌باشد[۲۷].

۴)"مقیاس وضعیت اجتماعی اقتصادی"[7]: مقیاس اصلاح یافته وضعیت اجتماعی اقتصادی کوپوس وامی[8] برای اندازه گیری وضعیت اجتماعی اقتصادی یک فرد استفاده می شود. این مقیاس اولین بار در سال۱۹۷۶ ارایه شده است که در طی سالهای بعد بازبینی واصلاحاتی درآن انجام شده است. این مقیاس بر اساس شغل، تحصیلات و درآمد خانواده وضعیت اجتماعی اقتصادی را به سه طبقه بندی بالا، متوسط و پایین تقسیم می کند. نمره کل ۲۶-۲۹ وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا،۱۱-۲۵ وضعیت اجتماعی اقتصادی متوسط وزیر ۱۰ وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین می‌باشد. هر کدام از آیتم‌های تحصیلات و شغل و درآمد خانواده در مقیاس ۷ درجه ای با نمرات مختلف سنجیده می‌شود[۲۸].جهت جمع آوری داده‌ها، تمامی مشارکت کنندگان فرم رضایت از شرکت در پژوهش را امضا کرده، هیچ مداخله ای انجام نشده و تمامی ملاحظات اخلاقی رعایت شده است. در مراحل اجرا و جمع آوری داده های پژوهش سعی شد تمامی اطلاعات مشارکت کنندگان محرمانه بماند و این اطمینان به مشارکت کنندگان داده شد که اطلاعات آن ها محرمانه بوده و فقط به صورت گروهی و بدون ذکر نام تحلیل خواهند شد. در همین راستا، در زمان ارائه مقیاس ها و قبل از تکمیل آن ها رضایت نامه ای مبنی بر استفاده از اطلاعات افراد به صورت فردی در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفت و مقیاس‌ها توسط افرادی تکمیل شدند که مایل بودند در پژوهش شرکت کنند. بنابراین، رضایت نامه را

۱-Krejcie
۲-European Heart Failure Self-Care Behavior Scale
۳-Jaarasma
۴-Yu
۵-Gallagher
۶-(IRWQ) illness related Worries Question
۷-Kuppuswamy's socio-economic status scale
۸-Modified Kuppuswamy scale

تکمیل کرده بودند. بر اساس این رضایت نامه، شرکت کنندگان در پژوهش مختار بودند طی مراحل پژوهش هر زمان تمایل داشتند به همکاری خود پایان دهند. دراین پژوهش برای تجزیه وتحلیل آماری داده‌ها از شاخص ها و روشهای تحلیل توصیفی از جمله تحلیل توصیفی اطلاعات جمعیت شناختی و نمرات مشارکت کنندگان در مقیاس‌ها، روش همبستگی برای بررسی رابطه بین متغیرها با نرم افزاراس پی اس۲۱، روش آزمون سوبل برای تحلیل مسیر با متغیر میانجی استفاده شد.

یافته ها

نتایج به دست آمده از جمعیت مورد مطالعه۴۷ زن (۳۲درصد) و ۱۰۱ مرد(۶۸درصد) بودند. تعداد ۱۲۲ مشارکت کننده متاهل (۸۲درصد) بودند. میانگین وانحراف معیار سنی نمونه مورد نظر (۱۰/۳۲± ۶۴/۴) بود. (جداول ۱ و ۲)

جدول ۱- جدول توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
وضعیت اجتماعی اقتصادی	۱۴۹	۳	۲۷	۹/۶۷	۶/۸۳۵
نگرانی های مرتبط با بیماری	۱۴۹	۱۵	۹۵	۵۰/۷۹	۲۷/۵۴۶
خود مراقبتی	۱۴۹	۵	۵۸	۴۰/۶۶	۱۳/۱۶۰

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای موردنظر

	خود مراقبتی	نگرانی های مرتبط با بیماری	وضعیت اجتماعی اقتصادی	P-value
خود مراقبتی	۱/۰۰۰			۰/۰۰۱
نگرانی های مرتبط با بیماری	-۰/۷۱	۱/۰۰۰		۰/۰۰۱
وضعیت اجتماعی اقتصادی	-۰/۷۲۹	۰/۷۰۱	۱/۰۰۰	۰/۰۰۱

نتایج به دست آمده از آماره سوبل برای میانجی گری نگرانی های مرتبط با بیماری در ارتباط بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خود مراقبتی برابر (۴/۸۹-) بود (جدول ۳).

جدول ۳- نتایج بررسی نقش میانجی نگرانی‌های مرتبط با بیماری در رابطه بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خود مراقبتی

ضریب مسیر a (وضعیت اجتماعی اقتصادی-نگرانی های مرتبط با بیماری)	خطای استاندار ضریب مسیر a	ضریب مسیر (نگرانی های مرتبط با بیماری - خودمراقبتی) b	خطای استاندار ضریب مسیر b	آماره سوبل	سطح معنی داری
۲/۸۲۳	۰/۲۳۷	-۰/۱۸۸	۰/۰۳۵	-۴/۸۹	P<۰/۰۱

بحث ونتیجه گیری

طبق نتایج به دست آمده میانگین وضعیت اجتماعی اقتصادی در بین بیماران نارسایی قلبی جامعه ایرانی پایین بود که همسو با یافته‌های راهنورد و همکاران در سال ۲۰۰۶[۲۹] و درتضاد با یافته اوانگلیستا[۱] وهمکاران وعباسی و همکاران [۳۰و۳۱]بود که در مطالعات آنها وضعیت اجتماعی اقتصادی بیماران نارسایی قلبی مطلوب گزارش شده بود. همچنین نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان از بالا بودن نگرانی‌های مرتبط با بیماری بود. کارلسون و همکاران[۳۲] نشان دادند ۴۱٪ بیماران نارسایی قلبی نگرانی و مشکلات روانی دارند. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نگرانی‌های متعددی را تجربه مینمایندکه مواجهه با تشخیص بیماری و شدت گرفتن علائم و نشانه‌های ناشی از آن در گذر زمان نگرانی‌هایی را با ابعاد و ویژگیهای متفاوت برای بیماران ایجاد کرده بود بررسی منابع بالقوه ترس، نگرانی، وضعیت عاطفی (شک، انکار، پرخاشگری وانزواطلبی) اغلب به عنوان یک واکنش کلی به بیماری اهمیت دارد[۳۳]. همچنین میانگین خودمراقبتی در بین بیماران نارسایی قلبی در مطالعه حاضرمتوسط بود. در پژوهش هایی که بر پایه بررسی خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی انجام شده، خودمراقبتی در بین بیماران نارسایی قلبی ضعیف گزارش شده بود[۳۴]. طبق نتایج به دست آمده همبستگی منفی معنادار بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خودمراقبتی به دست آمد. بدین معنی که با کاهش وضعیت اجتماعی اقتصادی نمره خودمراقبتی درپرسشنامه افزایش می‌یابد و این به معنی عدم خودمراقبتی می‌باشد. این یافته پژوهشی همسو با پژوهش های

۱- Evangelista

پیشین [۳۵،۳۴،۲۱] مبنی برارتباط بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خود مراقبتی بود. در تبیین یافته های به دست آمده می توان گفت در واقع بین وضعیت اقتصادی اجتماعی نامناسب و به بیان دیگر فقر با سلامتی، علیتی دو جهته وجود دارد: وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، سلامتی نامناسب را ایجاد می کند؛ سلامتی نامناسب نیز به نوبه ی خود سبب تثبیت و پایداری فقر و به عبارت دیگر وضعیت نامناسب اقتصادی اجتماعی میشود [۱۸]. نتایج تحقیقات نشان داده است که افرادی که از وضعیت اقتصادی اجتماعی پایینی برخوردار هستند، رفتار و نگرش مطلوبی نسبت به مسائل مربوط به سلامتی ندارند. افراد دارای تحصیلات بیشتر قدرت قضاوت و تصمیم گیری های بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند وافراد با تحصیلات پایین در بیماران نارسایی قلبی نمی توانند از آموزش و مداخلات اموزشی لازم بهره گیرند[۳۶]. هنگامی که بیماری نارسایی قلبی در بین گروه اجتماعی اقتصادی پایین مشاهده می‌شود خود مراقبتی در این گروه با چالش های زیادی روبرو می‌باشد از جمله دسترسی محدود به مراقبین بهداشتی، هزینه حمل ونقل، در دسترس بودن داروها وتبعیت از رژیم دارویی، نابرابری در درمان، عوارض بیشتر، تکیه بر مراقبت های ثانویه، سواد سلامت پایین ، حمایت اجتماعی پایین، رژیم غذایی نادرست ومحدودیت در شیوه زندگی[۳۷].

بر اساس یافته‌های به دست آمده از این مطالعه معنی داری مقدار آماره بدست آمده، نقش میانجی نگرانی‌های مرتبط با بیماری در رابطه بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خود مراقبتی از لحاظ پژوهشی (فرضیه مورد نظر) تایید می گردد. زمانی که نسبت آزمون سوبل برای بررسی نقش میانجی نگرانی‌های مرتبط با بیماری در رابطه بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خودمراقبتی، بزرگتر از ۱/۹۶± باشد منجر به رد فرض صفر می‌گردد و فرضیه مورد نظر تایید می‌گردد. بنابراین، بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خود مراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی با توجه به نقش میانجی نگرانی‌های مرتبط با بیماری از لحاظ پژوهشی رابطه وجود دارد. در نقش میانجی نگرانی‌های مرتبط با بیماری در رابطه بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خودمراقبتی که اصطلاحا به آن یک مدل میانجی گر ساده گفته می شود، اثر متغیروضعیت اجتماعی اقتصادی بر متغییر خود مراقبتی به صورت مستقیم و علاوه بر آن از طریق متغییر نگرانی‌های مرتبط با بیماری مدنظراست. نگرانی مالی ناشی از بیماری[۳۸]در بین بیماران مزمن ومن جمله بیماران نارسایی قلبی از شاخه های اساسی نگرانی‌های مرتبط با بیماری می باشد. از جمله مشکلات و نگرانی‌های بیماران "بار مالی بیماری" بیماری بر فرد و مراقبین خانوادگی بود. بار مالی با دو ویژگی مهم شامل "تحمیل هزینه های تشخیصی و درمانی بر پیکره خانواده" و "عدم وجود حمایت مالی از سوی سازمانهای بیمه ای" مشخص شده است. اگرچه بار مالی بیماری برای همه بیماران یکسان نبود و بر حسب میزان تمکن مالی بیماران، طول مدت ابتلا به بیماری، میزان ناتوانیهایی ناشی از بیماری و همراه بودن بیماری با سایر بیماریهای مزمن از بسیار کم تا بسیار زیاد متفاوت بود. فرایند تشخیص، درمان و کنترل بیماریهای مزمن مستلزم انجام معاینات روتین و ویزیت های دوره ای بود. فقدان هرگونه پوشش بیمه ای برای برخی از بیماران از یک سو و عدم قبول برخی از سازمانهای بیمه ای برای پرداخت تمام یا بخشی از هزینه های تشخیصی، درمانی و حتی بستری از سوی دیگر موجب شده بود تا سهم زیادی از این هزینه ها از جیب بیماران و یا سایر اعضای خانواده آنان پرداخت شود. در اکثر مواقع فشارهای مالی ناشی از بیماریهای مزمن دست کم گرفته می شود[۳۹]. حال با توجه به موارد گفته شده ونقش اساسی وضعیت اجتماعی اقتصادی و بار مالی تحمیل شده به بیماران نارسایی قلبی و تاثیر بدیهی آن بر خود مراقبتی بیماران نارسایی قلبی نقش نگرانی های مرتبط با بیماری به عنوان میانجی مشخص می شود. در این مطالعه با نقش میانجی نگرانی‌های مرتبط با بیماری بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خود مراقبتی چندین نتیجه به دست آمد. اول رابطه بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و نگرانی‌های مرتبط با بیماری رابطه دوجهته است. دوم نگرانی‌های مرتبط با بیماری به عنوان میانجی، منجر به کاهش خودمراقبتی در طی وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا می‌شود. این مطالعه نشان داد که نگرانی‌های مرتبط بابیماری کمکی برای توضیح ارتباط بین وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین و خود مراقبتی می‌باشد. از آنجا که نگرانی‌های مرتبط با بیماری قابل تغییر است، نتایج به دست آمده از این پژوهش در جهت شناسایی متغیر نگرانی‌های مرتبط با بیماری به عنوان متغیر میانجی و آشکارکردن نقش کلیدی آن در ارتباط بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و خودمراقبتی بوده و بدین ترتیب می‌توان گام بزرگی با هدف بهبودی خودمراقبتی و بیماری نارسایی قلبی برداشت.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت بود از استفاده از پرسشنامه خود گزارش دهی و نمونه انتخاب شده محدود به شهر تبریز که امید است پژوهشگران آتی به موارد ذکر شده دقت کنند. پیشنهاد می شود مشابه این مطالعه در سایر شهر ها و بیماری های مزمن دیگر بررسی شود. شناسایی و اهمیت دادن به این متغیرها توسط پرستاران، روان شناسان سلامت و پزشکان و قرار دادن آن ها در اولویت های آموزش خودمراقبتی پیشنهاد می شود.

تشکر وقدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه دکتری نویسنده اول می‌باشد. به منظور رعایت ملاحظات از کلیه شرکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش رضایتنامه کتبی گرفته شده و اطلاعات شخصی افراد به صورت کاملامحرمانه حفظ گردید. بدین وسیله از پرستاران بیمارستان مدنی تبریز و بیمارانی که

References

1- Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, Cowie MR, Force TL, Hu S, Jaarsma T, Krum H, Rastogi V, Rohde LE, Samal UC. Heart failure: preventing disease and death worldwide. ESC Heart Failure. 2014 Sep 1;1(1):4-25.

2-Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Libby P. Braunwald's heart disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 9th ed. Philadelphia, PA: Saunders Co; 2012: 487-578.

3-Eliaszadeh P, Yarmohammadi H, Haq Nawaz, Boukhalil J, Katz DL. Congestive heart failure case management: A fiscal analysis. Dis Manag. 2001; 9(1): 25-32.

4-Dabagh A, Sarafzadegan N, Banifatemi V, Habibi HR, Rafiei M. Costs of therapeutic modalities of cardiovascular patients in Isfahan University hospitals. Hakim; 2003. 6(2):19-25.

5- Hellerbach M, Francoeur A, Pomerantz SC, Oliner C, Morris DL, Eiger G, et al. Patterns and predictors of early hospital readmission in patients with congestive heart failure. Am J Med Qual. 2008. 23: 18-23.

6- Albert N M. Promoting self-care in heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing. 2008; 23(3): 277-284.

7- Shojaee F, Asemi S, Najaf Yarandi A, Hosseini F. [Self – care behaviors in patient with heart failure]. Payesh Journal; 2009; 8(4): 361-369.

8- Dean SC, Kerry SM, Cappuccio FP, Oakeshott P. Pilot study of potential barriers to blood pressure control in patients with inadequately controlled hypertension. Fam Prac. 2007; 24(3): 259-262. https://doi.org/10.1093/fampra/cmm005

9- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA. 2002; 288:2469–2475.

10- Scheiner G, Boyer B A. Characteristics of basal insulin requirements by age and gender in patients with Type-I diabetes. Diabetes Research and Clinical Practice. 2005; 69, 14–21.

11- Venner GH, Seelbinder JS. Team management of congestive heart failure across the continuum. J Cardiovascular Nursing. 1996; 10(2): 71- 84.

12- Bennett SJ, Cordes DK, Westmoreland G, Castro R, Donnelly E. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. Nurse Res. 2000; 49(3):139—45.

13- Khawaja NG, Chapman D. Cognitive predictors of worry in a non-clinical population. Clinical Psychologist. 2007 Mar 1;11(1):24-32.

14- Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. Jama. 2002 May 1;287 (17):2253-60.

15- Pihl E, Fridlund B, Mårtensson J. Patients' experiences of physical limitations in daily life activities when suffering from chronic heart failure; a phenomenographic analysis. Scandinavian journal of caring sciences. 2011 Mar 1;25(1):3-11.

16- Ryan M, Farrelly M. Living with an unfixable heart: a qualitative study exploring the experience of living with advanced heart failure. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2009 Aug;8(3):223-31.

17- Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. International journal of epidemiology. 2011 Feb 19;40(3):804-18.

18-Vahdaninia M, Montazeri A. Health inequality with socio-economic origin and its measurement indicators in epidemiologic studies. iranian journal of Epidemiology.2001;1 (3):53-58.

19-Chaurasia N, Pathela S. Socio economic differential dimensions on health and education -A comparative study. International Journal of Humanities and Social Science Invention. 2015 August 8(4): 11-14.

20-Cleland JG, Swedberg K, Follath F, Komajda M, Cohen-Solal A, Aguilar JC, Dietz R, Gavazzi A, Hobbs R, Korewicki J, Madeira HC. The EuroHeart Failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe: Part 1: patient characteristics and diagnosis. European heart journal. 2003 Mar 1;24(5):442-63.

21- Noori A, Shokoohi M, Baneshi MR, Naderi N, Bakhshandeh H, Haghdoost AA. Impact of socio-economic status on the hospital readmission of Congestive Heart Failure patients: a prospective cohort study. International journal of health policy and management. 2014 Oct;3(5):251.
22-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.
23-Yu DS, Lee DT, Thompson DR, Woo J, Leung E. Assessing self-care behaviour of heart failure patients: cross-cultural adaptation of two heart failure self-care instruments. Hong Kong Med J. 2010;16 Suppl 3:13-6
24- Gallagher R, Luttik ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. J Cardiovasc Nurs2011;26(6):439-45.
25- Shojaei F, Asemi M, Najaf Yarandi A, Hosseini F. Self-care behaviors, Quality of life among patients with heart failure. Iranian J Nurs. 2006;18(44):49-55.
26- Alizadeh Z, Ashktorab T, Nikravan Mofrad M, Zayeri F. Correlation between perceived social support and self-care behaviors among patients with heart failure. J Health Promot Manage. 2014;3(1):27-34.
27- Bagheri H, Yaghmaei F, Ashktorab T, et al. Relationship between illness-related worries and social dignity in patients with heart failure. Nursing Ethics2016.1-10.
29- Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad AN, Hatamipour K. An investigation of quality of life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure. Journal of hayat. 2006 May 15;12(1):77-86. (Persian)
30- Evangelista LS, Lombardo D, Malik S, Ballard-Hernandez J, Motie M, Liao S. Examining the effects of an outpatient palliative care consultation on symptom burden, depression, and quality of life in patients with symptomatic heart failure. Journal of cardiac failure. 2012 Dec 31;18(12):894-9.
31- Abbasi K, Mohammadi E, Sadeghian H, Gholami Fesharaki M. Quality of Life in Patients with Heart Failure. IJNR. 2016; 11 (2) :10-23
32- Karlsson AK, Johansson M, Lidell E. Fragility—the price of renewed life. Patients experiences of open heart surgery. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2005 Dec;4 (4):290-7.
33- Wartella JE, Auerbach SM, Ward KR. Emotional distress, coping and adjustment in family members of neuroscience intensive care unit patients. Journal of psychosomatic research. 2009 Jun 30;66(6):503-9.
34- Abootalebi G, Vosooghi N, Mohammadnejad E, Namadi M, Akbari M. Study of the self-care agency in patients with heart failure. Iranian J Crit Care Nurs. 2012;4(4):203-8.
35- Ahmed SM, Tomson G, Petzold M, Kabir ZN. Socioeconomic status overrides age and gender in determining health-seeking behaviour in rural Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization. 2005;83:109-17.
36- Smeulders ES, van Haastregt JC, Ambergen T, Stoffers HE, Janssen-Boyne JJ, Uszko-Lencer NH, Gorgels AP, Lodewijks-van der Bolt CL, van Eijk JT, Kempen GI. Heart failure patients with a lower educational level and better cognitive status benefit most from a self-management group programme. Patient education and counseling. 2010 Nov 1;81 (2):214-21.
37- Hawkins NM, Jhund PS, McMurray JJ, Capewell S. Heart failure and socioeconomic status: accumulating evidence of inequality. European journal of heart failure. 2012 Feb 1;14(2):138-46.
38- Anderson H, Ward C, Eardley A, Gomm SA, Connolly M, Coppinger T, Corgie D, Williams JL, Makin WP. The concerns of patients under palliative care and a heart failure clinic are not being met. Palliative medicine. 2001 Jun;15(4):279-86.
39- Soleimani MA, Negarandeh R, Bastani F. Exploring for self-care process in patients with parkinson's disease: a grounded theory study. Journal of hayat. 2015 Jun 15;21(1):6-22.

The relationship between socioeconomic status and self-care in patients with heart failure: The role of illness related worries mediator

Mansouriyeh N (Ph.D)*, PoursharifIi H (Ph.D), Taban Sadeghi MR (MD), Seirafi MR (Ph.D)

Abstract

Introduction: Heart failure as a chronic disease is a growing problem in communities. Socioeconomic status and illness related worries are two important factors in the self-care of patients. So the aim of this study is to determine the correlation between socioeconomic status and self-care in patients with heart failure: The role of illness related worries mediator**.**

Methods: This descriptive - correlational study is conducted on heart failure patients in Tabriz, Iran in 2016. 149 patients are selected through convince sampling method. For data collection, a demographic information questionnaire, "European Heart Failure Self-Care Behavior Scale", "Illness-Related Worries Questionnaire (IRWQ)", and "Kuppuswamy's socio-economic status scale" are used. The validity and reliability are measured in previous study. Data is analyzed by SPSS 21and Sobel test.

Results: There is a significant correlation between socioeconomic status and self-care ($r=-0.729$, $p <0.01$). Illness related worries in the relationship between socioeconomic status and self-care were mediated through Soubel's test (Sobel test= -4.89, $p <0.01$).

Discussion: Illness related worries is as a mediator and also a bridge between socioeconomic status and self-care. It is suggested that nurses, health psychologists and doctors consider these variables in primary priorities of self-care education.

---

*Corresponding author: PhD in Health Psychology ,Young Researchers and Elite Club,Tabriz Branch, Islamic Azad University,Tabriz,Iran