

Αυτοφροντίδα ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια: Εκτίμηση και παράγοντες επίδρασης

Self-care in heart failure patients: Assessment and influencing factors

Abstract at the end of the article

Ανδρέας Χριστοφής¹, Κωνσταντίνος Γιακουμιδάκης²,
Ηρώ Μποκαλάκη³, Νικόλαος Β. Φώτος⁴

¹Νοσηλεύτης, MSc, PhD(c). Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, Αθήνα.

²Αναπληρωτής Καθηγητής. Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο, Ηράκλειο.

³Ομότιμη Καθηγήτρια. Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, Αθήνα.

⁴Αναπληρωτής Καθηγητής. Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, Αθήνα.

Τμήμα Νοσηλευτικής,
Σχολή Επιστημών Υγείας,
Εθνικών και Καποδιστριακών
Πανεπιστημίων Αθηνών.

Υποβλήθηκε: 04/02/2025
Επανυποβλήθηκε: 06/04/2025
Εγκρίθηκε: 02/09/2025

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Ανδρέας Χριστοφής
Καλλιστράτους 66, 157 71, Ζωγράφου, Αθήνα
τηλ.: +30 6942538685
e-mail: andreaschristofis7@gmail.com

Εισαγωγή: Η Καρδιακή Ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα υγείας, το οποίο σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες των καρδιολογικών εταιρειών μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με την υιοθέτηση συμπεριφορών αυτοφροντίδας. Παρά τα οφέλη της αυτοφροντίδας στη διαχείριση της νόσου, φαίνεται ότι η εκτίμηση και ο καθορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν, τυγχάνουν μειωμένης προσοχής.

Σκοπός: Η ανάδειξη της σπουδαιότητας και της αναγκαιότητας εκτίμησης του επίπεδου αυτοφροντίδας ασθενών με ΚΑ, καθώς και ο εντοπισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, μέσω ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων (PubMed, Google Scholar) με τη χρήση των όρων: «self-care», «tools», «factors», «predictors» και «heart failure», σε διάφορους συνδυασμούς. Τα κριτήρια επιλογής αφορούσαν μελέτες: α) δημοσιευμένες στην αγγλική γλώσσα, β) που δημοσιεύθηκαν την τελευταία δεκαετία και γ) που πραγματοποιήθηκαν σε ενήλικες.

Αποτελέσματα: Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας κατέδειξε τη σπουδαιότητα καθώς και την αναγκαιότητα εκτίμησης της αυτοφροντίδας ασθενών με ΚΑ, η οποία πρέπει να γίνεται με την χρήση εξειδικευμένων εργαλείων. Οι παράγοντες οι οποίοι δύνανται να επηρεάσουν την αυτοφροντίδα διακρίνονται σε 5 κατηγορίες: 1) παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, 2) κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, 3) παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας του ατόμου, 4) παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία και 5) παράγοντες που σχετίζονται με το Σύστημα υγείας. Παράγοντες με θετική επίδραση αποτελούν το κίνητρο, το υψηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, η προσήλωση στις θεραπευτικές οδηγίες, η εκπαίδευση και η γνώση των ασθενών κ.α. Αντίθετα, η κατάθλιψη, η προσωπικότητα Τύπου Δ, το προχωρημένο στάδιο ΚΑ, οι επα-

ναλαμβανόμενες επανεισαγωγές, οι συννοσηρότητες κ.α. λειτουργούν ανασταλτικά στην εφαρμογή συμπεριφορών αυτοφροντίδας.

Συμπεράσματα: Η αυτοφροντίδα ασθενών με ΚΑ μπορεί να εκτιμηθεί με ακρίβεια με τη χρήση εξειδικευμένων εργαλείων. Σημαντικός αριθμός παραγόντων επηρεάζουν (θετικά και αρνητικά) την αυτοφροντίδα. Τόσο η εκτίμηση και ο καθορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν την αυτοφροντίδα, όσο και η εκπαίδευση των ασθενών με ΚΑ συνιστάται να αποτελούν μέρος της καθημερινής κλινικής πράξης, με τον νοσηλευτή να κατέχει κεντρικό ρόλο.

Λέξεις ευρετηριασμού: «αυτοφροντίδα», «εργαλεία», «παραγόντες», «καρδιακή ανεπάρκεια».

Εισαγωγή

Η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) αποτελεί κλινικό σύνδρομο, το οποίο έχει χαρακτηριστεί ως πανδημία, καθώς υπολογίζεται ότι πάσχουν 64,3 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως.¹ Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), υπολογίζεται ότι 6,2–6,7 εκατομμύρια ενήλικες, ηλικίας >20 ετών νοσούν, ενώ εκτιμάται ότι μέχρι το 2030, ο αριθμός των ατόμων, που θα διαγνωστεί με ΚΑ θα αγγίξει τα 8,5 εκατομμύρια, καθώς ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου τα τελευταία χρόνια, έχει αυξηθεί κατά 24%.²⁻⁵ Στην Ευρώπη, υπολογίζεται ότι πάνω από 15 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από ΚΑ, και εμφανίζονται περίπου 3,6 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις ετησίως.⁶⁻⁸ Ακόμη, έχει καταδειχθεί ότι 1 στους 6 ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με συμπτώματα δύσπνοιας στην προσπάθεια, συχνά εντοπίζονται με αδιάγνωστη ΚΑ.⁹ Σχετικά με την Ελλάδα, εκτιμάται ότι υπάρχουν περίπου 200.000 ασθενείς με ΚΑ, ενώ κάθε χρόνο παρατηρούνται 30.000 νέες περιπτώσεις.¹⁰ Επιπλέον, ο επιπολασμός της νόσου στη χώρα μας ανέρχεται στο 0,3-2% στον γενικό πληθυσμό και στο 8-16% σε άτομα ηλικίας >75 ετών.¹¹

Οι ασθενείς με ΚΑ εμφανίζουν ποικίλες κλινικές εκδηλώσεις, τόσο σωματικά (δύσπνοια, κόπωση, οίδημα κάτω άκρων) όσο και συναισθηματικά (κατάθλιψη). Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου δυσχεραίνουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες και σε συνδυασμό με την πολυφαρμακία και τις συχνές επανεισαγωγές στο νοσοκομείο επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, η συχνή έξαρση των συμπτωμάτων, γεγονός οφειλόμενο στη λανθασμένη διαχείριση της νόσου από πλευράς των ασθενών, έχει σχετιστεί με αύξηση της θνητότητας, καθώς και με σημαντική οικονομική επιβάρυνση του ασθενούς και του συστήματος υγείας.¹²

Διεθνείς επιστημονικές καρδιολογικές εταιρείες αναφέρουν ότι η αντιμετώπιση της νόσου είναι περισσότερο αποτελεσματική μέσω της υιοθέτησης συμπεριφοράς αυτοφροντίδας.¹³ Ως αυτοφροντίδα (Self-care), η Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία (ΑΗΑ), ορίζει την διαδικασία διατήρησης της υγείας, την πρόληψη και τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, όπως η ΚΑ. Επίσης, σε πρόσφατες οδηγίες της, η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ΕΣC), επισημαίνει ότι η ολοκληρωμένη αυτοφροντίδα στην ΚΑ περιλαμβάνει τρεις πυλώνες: α) την αυτοδιατήρηση (self-maintenance) (π.χ. καθημερινή άσκηση), β) την αυτοπαρακολούθηση (self-monitoring) (π.χ. καθημερινό ζύγισμα), και γ) την αυτοδιαχείριση (self-management) (π.χ. τροποποίηση δοσολογίας φαρμάκων ως απάντηση σε συγκεκριμένο σύμπτωμα).¹³⁻¹⁴ Αξίζει να αναφερθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ο όρος «αυτοπαρακολούθηση» εντοπίζεται και ως «αυτοπεποίθηση» (self-confidence), εστιάζοντας στο αίσθημα σιγουριάς το οποίο βιώνει το άτομο, σχετικά με τις ικανότητες διαχείρισης και γνώσης γύρω από την νόσο του.¹³

Σύμφωνα με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες, ο καθορισμός του επιπέδου αυτοφροντίδας καθώς και ο εντοπισμός των παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με αυτή, αποτελεί ζωτικής σημασίας παρέμβαση καθώς προσφέρει τη δυνατότητα στους επαγγελματίες υγείας να σχεδιάζουν πλάνα φροντίδας προσαρμοσμένα στις ανάγκες των ασθενών. Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι η δημιουργία ενός σωστά δομημένου πλάνου αυτοφροντίδας, επιφέρει πολυάριθμα οφέλη στους ασθενείς με ΚΑ όπως βελτίωση της ποιότητας ζωής, μείωση επανεισαγωγών στο νοσοκομείο και μείωση του κόστους υγείας.¹⁵ Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι έχουν πραγματοποιηθεί πολυάριθμες μελέτες σχετικά με την εκτίμηση της αυτοφροντίδας

και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, το αντικείμενο αυτό συνεχίζει να αποτελεί στόχο διερεύνησης, καθώς τα αποτελέσματα δεν είναι τελείως ξεκάθαρα και υπάρχει δυσκολία εφαρμογής στην πράξη. Παράλληλα, οι ερευνητές συχνά διατυπώνουν την ανάγκη για διεξαγωγή περαιτέρω μελετών. Με βάση τα ανωτέρω δεδομένα, ευελπιστούμε ότι η παρούσα ανασκόπηση θα οδηγήσει στην εξαγωγή πολύτιμων συμπερασμάτων.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας είναι η ανάδειξη της σπουδαιότητας καθώς και της αναγκαιότητας εκτίμησης του επιπέδου αυτοφροντίδας ασθενών με ΚΑ, καθώς και ο καθορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Μεθοδολογία

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση (Νοέμβριο και Δεκέμβριο 2024) στις ηλεκτρονικές επιστημονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Google Scholar) μελετών που έχουν δημοσιευθεί στην αγγλική γλώσσα τα τελευταία 10 έτη (1-1-2014 έως 31-10-2024) και αφορούσε σε ενήλικες ασθενείς με ΚΑ. Οι λέξεις κλειδιά περιελάμβαναν τους όρους «self-care», «tools», «factors», «predictors» και «heart failure», σε διάφορους συνδυασμούς.

Αποτελέσματα

Εκτίμηση αυτοφροντίδας ασθενών με ΚΑ

Οι Moser et al. αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να κατανοήσουν τη σπουδαιότητα της αυτοφροντίδας στην εξέλιξη της ΚΑ, καθώς επίσης ότι η αξιολόγησή της πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα.¹⁶ Επίσης, οι Gomez et al., υποστηρίζουν ότι χωρίς την εφαρμογή στρατηγικών αυτοφροντίδας, η διαχείριση χρόνιων νόσων είναι αδύνατη.¹⁷ Ωστόσο, παρά το ότι είναι ευρέως γνωστό ότι η αυτοφροντίδα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην διαχείριση της ΚΑ, μελέτες έχουν δείξει ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν συμμερίζονται την σημασία της και τείνουν να αγνοούν την ανάγκη για συστηματική εκτίμηση. Πρόσφατα, οι Muhlare και Downing τόνισαν την αναγκαιότητα εκτίμησης του επιπέδου αυτοφροντίδας, καθώς η γνώση αυτή, καθοδηγεί και επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, προς τους ασθενείς με ΚΑ.¹⁸ Παράλληλα, σύμφωνα με τους Hudiyawati et al., ο καθορισμός των επιπέδων αυτοφροντίδας είναι ζωτικής σημασίας στη διαχείριση της νόσου, καθώς μπορεί να οδηγήσει στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και στη μείωση του

κινδύνου για επανεισαγωγή στο νοσοκομείο.¹⁹ Ακόμη, η αυτοφροντίδα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης τόσο του ασθενή όσο και του Συστήματος υγείας, αλλά και στον περιορισμό της θνητότητας.¹⁵ Επιπρόσθετα, η εκτίμηση των επιπέδων αυτοφροντίδας στην ΚΑ, λειτουργεί και ως ένας δείκτης εκτίμησης της προσήλωσης του ασθενή στις θεραπευτικές οδηγίες, τις οποίες έλαβε από τη διεπιστημονική ομάδα. Ειδικότερα, έχει καταδειχθεί ότι η εκτίμηση της προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή, η οποία θεωρείται μία από τις κυριότερες παραμέτρους αυτοφροντίδας, συμβάλλει στην εκτίμηση του προσδόκιμου επιβίωσης του ατόμου με ΚΑ. Επιπλέον, ο καθορισμός του επιπέδου αυτοφροντίδας, παρέχει τη δυνατότητα για αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας διαφόρων προγραμμάτων ενίσχυσης της αυτοφροντίδας, ενώ ταυτόχρονα συνεισφέρει στην σύγκριση και επανασχεδιασμό των εφαρμοζόμενων πρακτικών φροντίδας υγείας.²⁰

Βάσει των προαναφερθέντων, φαίνεται η τεράστια σημασία της εκτίμησης του επιπέδου αυτοφροντίδας των ασθενών με ΚΑ, ωστόσο σύμφωνα με τους Conceição et al., αυτό πρέπει να πραγματοποιείται μέσω της χρήσης εξειδικευμένων, αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων.²¹ Τα ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία εκτίμησης της αυτοφροντίδας σε ασθενείς με ΚΑ, σύμφωνα με τους Lambrinou et al., είναι τα ακόλουθα:²²

Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI). Αποτελεί αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις και διαιρείται σε 3 υποκλίμακες. Η υποκλίμακα Α (10 ερωτήσεις) επικεντρώνεται στην αυτοδιατήρηση, ενώ η υποκλίμακα Β (6 ερωτήσεις) αφορά την αυτοδιαχείριση της υγείας. Στην υποκλίμακα Γ (6 ερωτήσεις), αξιολογείται η αυτοπεποίθηση ως προς την αυτοφροντίδα. Κάθε υποκλίμακα βαθμολογείται ξεχωριστά και κάθε ερώτηση απαντάται σε μία κλίμακα 4 σημείων. Ο μέσος χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωση της κλίμακας είναι περίπου 5 λεπτά και η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 100, με βαθμολογίες >70 να υποδηλώνουν καλύτερα επίπεδα αυτοφροντίδας.²³

European Heart Failure Self-Care Behavior Scale (EHFScBS). Το εργαλείο αυτό δημιουργήθηκε από τους Jaarsma et al. το 2003 στο Πανεπιστήμιο Linköping της Σουηδίας. Είναι μία αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα, η οποία αποτελείται από 9 ερωτήσεις. Αξιίζει να σημειωθεί ότι ενώ ο αρχικός αριθμός των ερωτήσεων ήταν 12, το 2009 μειώθηκαν σε 9, καθώς φάνηκε ότι, ακόμη και στην πιο σύντομη μορφή του, το εργαλείο αποτυπώνει το ίδιο αξιόπιστο το επίπεδο αυτοφροντίδας ασθενών με ΚΑ. Οι απαντήσεις αξιολογούνται σε μία πεντάβαθμη

Πίνακας 1. Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο αυτοφροντίδας ασθενών με ΚΑ.

Παράγοντες σχετιζόμενοι με τον ασθενή	Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες	Παράγοντες σχετιζόμενοι με την κατάσταση υγείας του ατόμου	Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη θεραπεία	Παράγοντες σχετιζόμενοι με το Σύστημα υγείας
- Φύλο	- Κοινωνική καταξίωση	- Συμπτώματα	- Προσήλωση στις θεραπευτικές οδηγίες	- Υποστήριξη από παρόχους υγείας
- Ηλικία	- Μορφωτικό επίπεδο	- Στάδιο λειτουργικής ταξινόμησης κατά NYHA / Κλάσμα εξώθησης	- Πολύπλοκα φαρμακευτικά σχήματα	- Σχέση επαγγελματία υγείας - ασθενή
- Καταθλιπτικά συμπτώματα	- Οικονομικές δυσκολίες	- Προηγούμενες εισαγωγές		- Γνώσεις επαγγελματία υγείας
- Τύπος προσωπικότητας	- Επαγγελματική κατάσταση	- Συννοσηρότητα		
- Κίνητρο	- Εθνικότητα	- Επίπεδο γνωστικής λειτουργίας – ποιότητα ύπνου		- Εκπαίδευση ασθενών
- Επίπεδο γνώσεων σχετικά με την ΚΑ/Αντιλήψεις	- Υποστηρικτικό δίκτυο/ Οικογενειακή κατάσταση			

ΚΑ: Καρδιακή Ανεπάρκεια, **NYHA**: New York Heart Association.

κλίμακα Likert, από 1 έως 5, στην οποία το 1 αντιστοιχεί σε «συμφωνώ απόλυτα» και το 5 σε «διαφωνώ απόλυτα». Η βαθμολογία της κλίμακας κυμαίνεται από 9 έως 45 και όσο μεγαλύτερο το άθροισμα, τόσο πτωχότερη θεωρείται η ικανότητα για αυτοφροντίδα. Η κλίμακα είναι γραμμένη στην αγγλική γλώσσα, αλλά έχει μεταφραστεί και σε άλλες 13 γλώσσες, μεταξύ αυτών και η ελληνική.²⁴ Επιπρόσθετα, το 2014, οι Vellone et al., είχαν προτείνει μια αναθεωρημένη μορφή του EHFSBs, στην οποία η βαθμολογία κυμαίνεται από το 0-100, με τιμές μεγαλύτερες >70 να υποδηλώνουν ικανοποιητική ικανότητα εφαρμογής συμπεριφοράς αυτοφροντίδας. Σκοπός της αναθεώρησης αυτής ήταν η ευκολότερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων, σε σύγκριση με το εργαλείο SCHFI.²⁵

The Hippocratic heart failure self-care scale (Hippocratic HF-SCS). Σημαντικό θεωρείται και το γεγονός ότι πρόσφατα στη χώρα μας αναπτύχθηκε ειδικά διαμορφωμένο εργαλείο εκτίμησης της αυτοφροντίδας σε ασθενείς με ΚΑ. Η **κλίμακα** δημιουργήθηκε από τους Μπροκαλάκη και συν. και αποτελείται από 22 ερωτήσεις, οι οποίες αξιολογούν τους ακόλουθους τομείς: φαρμακευτική αγωγή,

διατροφή, φυσική δραστηριότητα, κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, έλεγχος συμπτωμάτων, τήρηση προγραμματισμένων συναντήσεων με τη θεραπευτική ομάδα, διενέργεια προγραμματισμένων εργαστηριακών εξετάσεων και ανοσοποίηση. Όλες οι απαντήσεις αποδίδονται με κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων όπου 0: «Καθόλου», 1: «Λίγες φορές», 2: «Μερικές φορές», 3: «Αρκετές φορές» και 4: «Πολλές φορές». Σημειώνεται ότι οι ερωτήσεις 1-4, 6-8, 11, 13-16, και 19-22 έχουν αντίστροφη βαθμολόγηση. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 88. Βαθμολογία >52 καταδεικνύει υψηλή αυτοφροντίδα, 48-52 καλή αυτοφροντίδα, 43-47 ελλιπή αυτοφροντίδα, ενώ βαθμολογία <43 πτωχή αυτοφροντίδα.²⁶

Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο αυτοφροντίδας ασθενών με ΚΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), στις χρόνιες νόσους όπως η ΚΑ, η αυτοφροντίδα καθορίζεται βάσει ενός πολυδιάστατου μοντέλου. Ειδικότερα, η αυτοφροντίδα των ασθενών με ΚΑ, θεωρείται ότι επηρεάζεται από 5 κατηγορίες παραγόντων. Η πρώτη

κατηγορία αφορά στους παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, η δεύτερη, εστιάζει στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, η τρίτη στους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας του ατόμου, η τέταρτη στους παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία και η πέμπτη στους παράγοντες που σχετίζονται με το Σύστημα υγείας. Στον Πίνακα 1 γίνεται σύνοψη των παραγόντων που επηρεάζουν την αυτοφροντίδα στην ΚΑ. Ακολουθεί η επεξήγηση κάθε κατηγορίας παραγόντων, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία.

1) Παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή

Τα ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη συμπεριφορά αυτοφροντίδας. Το φύλο και η ηλικία φαίνεται ότι συσχετίζονται με το επίπεδο αυτοφροντίδας. Επίσης, συναισθηματικοί παράγοντες όπως η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων επιδρούν στις συμπεριφορές αυτοφροντίδας. Ακόμη, σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ψυχολογικοί παράγοντες όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (τύπος προσωπικότητας) του ατόμου, καθώς επίσης και η ύπαρξη κινήτρου φάνηκε να συσχετίζονται με το επίπεδο αυτοφροντίδας. Επιπρόσθετα, σημαντική επίδραση στο επίπεδο αυτοφροντίδας φάνηκε να διαδραματίζει το επίπεδο γνώσεων και οι αντιλήψεις του ασθενή σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία της ΚΑ.

Το φύλο αποτελεί ένα πολυσυζητημένο παράγοντα, καθώς τα αποτελέσματα των μελετών σχετικά με την επίδρασή του στην εφαρμογή πρακτικών αυτοφροντίδας, είναι διφορούμενα. Σύμφωνα με τις μελέτες των Abe et al., και των Lyons et al., οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με σκοπό να εντοπίσουν πιθανές διαφορές, στο επίπεδο αυτοφροντίδας, μεταξύ των δύο φύλων, έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας έναντι των ανδρών.²⁷⁻²⁸ Ωστόσο, αντίθετα ευρήματα είχαν στις μελέτες τους, οι Seid et al., και Graven et al., αφού σε συνολικό δείγμα 310 (35,8%, άνδρες) και 107 (54,2% άνδρες) ασθενών με ΚΑ, αντίστοιχα, φάνηκε ότι οι άνδρες παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας, διότι ακολουθούσαν πιο πιστά τις οδηγίες σχετικά με τη λήψη της φαρμακευτικής τους αγωγής.²⁹⁻³⁰ Αξίζει, επίσης, να τονιστεί ότι υπάρχουν μελέτες, όπως αυτή των Mei et al., η οποία πραγματοποιήθηκε το 2019 στην Κίνα, στην οποία το επίπεδο αυτοφροντίδας και για τα δύο φύλα, ήταν ίδιο.³¹ Παρά το γεγονός ότι υπάρχει διάσταση, μεταξύ των ερευνητών ως προς το φύλο, εντούτοις, οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι το επίπεδο αυτοφροντίδας και στα δύο φύλα, είναι χαμηλό.²⁷⁻³¹ Επιπρόσθετα, δεν έχει δοθεί κάποια ερμηνεία σχετικά με

την αντιφατικότητα που παρουσιάζουν τα αποτελέσματα όσον αφορά στο φύλο.

Η ηλικία όπως και το φύλο είναι ένας ακόμη παράγοντας που δεν είναι ξεκάθαρο με ποιο τρόπο επηρεάζει τα επίπεδα αυτοφροντίδας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η μελέτη των Gebru et al., στην οποία σε δείγμα 408 ασθενών, τα άτομα τα οποία ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 18-27 ετών παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας, σε σύγκριση με ασθενείς ηλικίας ≥ 55 ετών. Ειδικότερα, το 31% των νέων παρουσίαζε ικανοποιητική αυτοφροντίδα, σε σύγκριση με το 23,5% στους ασθενείς ηλικίας >50 ετών.³² Το ανωτέρω εύρημα ενισχύεται και από μελέτη η οποία διεξήχθη στη Πολωνία, στην οποία τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αυξημένη ηλικία σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας.³³ Αντίθετα, στην μελέτη των Kamrani et al., η οποία πραγματοποιήθηκε στο Πακιστάν, έδειξε ότι υψηλά επίπεδα αυτοφροντίδας, παρουσίαζαν τα ηλικιωμένα άτομα.³⁴ Μελέτες, αναφέρουν ότι η διαφορά αυτή των αποτελεσμάτων μεταξύ νέων και ηλικιωμένων, οφείλεται στο γεγονός ότι η αύξηση της ηλικίας συχνά επιφέρει μεταβολές στον οργανισμό (μειωμένη όραση, κινητικά, ακουστικά προβλήματα, δυσκολίες στη λεκτική επικοινωνία), που μπορούν σε μεγάλο βαθμό να περιορίσουν την ικανότητα για αυτοφροντίδα (π.χ. δυσκολία στην ανάγνωση του φαρμάκου, στην επικοινωνία με τον επαγγελματία υγείας).³² Επίσης, σύμφωνα με του Ryou et al., οι νεότεροι ασθενείς λόγω της μεγαλύτερης εξοικείωσής τους με την τεχνολογία (όπως οι εφαρμογές παρακολούθησης, υπενθύμισης, κτλ), παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας.³⁵ Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι σε ορισμένες παραδοσιακές κοινωνίες, σύμφωνα με μελέτη που έγινε στο Πακιστάν, η οικογένεια φαίνεται ότι εξακολουθεί να εκπληρώνει λειτουργίες που σχετίζονται με την υγεία και την ασθένεια των ηλικιωμένων. Αυτό ερμηνεύει και τα καλύτερα επίπεδα αυτοφροντίδας στους ηλικιωμένους ως αποτέλεσμα βοήθειας από συγγενείς (π.χ. υπενθύμιση λήψης φαρμάκου).

Η συναισθηματική κατάσταση που διακατέχει ένα άτομο μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο στην προσήλωση στην αυτοφροντίδα. Το 2017, οι Lee et al., στις ΗΠΑ, μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της παρουσίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων (π.χ. άγχος, αίσθημα ενοχής) και αυτοφροντίδας σε 206 ασθενείς με ΚΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ύπαρξη τέτοιων συμπτωμάτων έχει αρνητική συσχέτιση με την αυτοφροντίδα, ιδιαίτερα στα άτομα τα οποία διέμεναν μόνα τους. Ακόμη, αναφέρουν ότι οι τομείς της αυτοφροντίδας οι οποίοι δέχονται τη

μεγαλύτερη επιρροή από την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν αυτοί της αυτοδιατήρησης και της αυτοπαρακολούθησης.³⁶ Σε παρόμοια συμπεράσματα οδηγήθηκαν και οι Freedland et al., σε μελέτη με δείγμα 400 ατόμων με ΚΑ, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε δομημένη συνέντευξη. Διαπιστώθηκε ότι, όσοι παρουσιάζαν κατάθλιψη και είχαν έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, είχαν δυσκολίες στην εφαρμογή πρακτικών αυτοφροντίδας. Ωστόσο, τόνισαν ότι η κατάθλιψη είναι μόνο ένας από τους πολλούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την αυτοφροντίδα σε ασθενείς με ΚΑ και ως εκ τούτου, παρεμβάσεις αντιμετώπισης της κατάθλιψης δεν οδηγούν αυτόματα και σε βελτίωση της συμπεριφοράς αυτοφροντίδας.³⁷

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο τύπος προσωπικότητας του ατόμου και η σχέση του με την αυτοφροντίδα. Σε δύο μελέτες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν, η μία στη Κίνα και η άλλη στη Νότιο Κορέα, σε 127 και 90 ασθενείς με ΚΑ αντίστοιχα, οι ερευνητές μελέτησαν τη σχέση χαρακτηριστικών προσωπικότητας και αυτοφροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με Τύπου Δ προσωπικότητα ή αλλιώς «distressed personality» παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοπαρακολούθησης και αυτοδιατήρησης. Η επεξήγηση που δόθηκε από τους ερευνητές ήταν ότι τα άτομα με Τύπου Δ προσωπικότητα είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές, όπως είναι η άρνηση διακοπής καπνίσματος και η αδυναμία προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή, οι οποίες αποτελούν σημαντικές πρακτικές αυτοφροντίδας.³⁸⁻³⁹ Επιπρόσθετα, σχετικά με το κίνητρο, σε μια πρόσφατη ανασκόπηση 12 μελετών, των Siregar et al., η οποία είχε ως σκοπό να αναδείξει τους παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα στην ΚΑ, διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη κινήτρου (π.χ. θέληση για ζωή) συνεπάγεται με υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας. Φάνηκε επίσης, ότι το κίνητρο, ιδιαίτερα το αίσθημα ελπίδας, ενισχύει τους αμυντικούς μηχανισμούς (κυρίως ψυχολογικούς) του ασθενή με ΚΑ.⁴⁰

Η υιοθέτηση συμπεριφορών αυτοφροντίδας, φαίνεται να συνδέεται άμεσα με την ευρυμάθεια των ασθενών σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία της ΚΑ. Το 2015, οι Ok et al., σε μία προσπάθειά τους να καθορίσουν τους παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αποτελεσματική εφαρμογή πρακτικών αυτοφροντίδας σε 280 ασθενείς με ΚΑ, εκτίμησαν το επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη νόσο και την ικανότητα στην αυτοφροντίδα. Φάνηκε ότι ασθενείς με περισσότερες γνώσεις γύρω από την ΚΑ, είχαν υψηλότερο επίπεδο αυτοφροντίδας και ήταν περισσότερο πρόθυμοι να παραμείνουν προσηλωμένοι

στο πλάνο φροντίδας τους.⁴¹ Σε παρόμοια συμπεράσματα, κατέληξαν και οι Massouh et al., στη συγχρονική τους μελέτη, το 2020.⁴² Αντίθετα, οι Sedlar et al., σε μία σύνθετη μελέτη που διεξήγαγαν το 2021, παρατήρησαν ότι οι ασθενείς με ελλειπίες γνώσεις σχετικά με την ΚΑ είχαν μειωμένη προσήλωση σε πρακτικές αυτοφροντίδας, ιδιαίτερα στο κομμάτι της επικοινωνίας με κάποιον επαγγελματία υγείας σε περίπτωση έξαρσης της νόσου. Επιπρόσθετα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ασθενείς παρουσίαζαν εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης της ΚΑ. Αναλυτικότερα, ανέφεραν ότι συχνά οι ασθενείς εφαρμόζαν λανθασμένες πρακτικών αυτοφροντίδας, τις οποίες πολλές φορές μάλιστα, πίστευαν και ως σωστές. Χαρακτηριστικό ήταν το παράδειγμα της εκτίμησης του σωματικού βάρους, όπου αντί να πραγματοποιείται με τη χρήση ζυγαριάς, γινόταν σύμφωνα με το πόσο στενό ή φαρδύ ήταν το παντελόνι στους ασθενείς όταν το φόραγαν.⁴³

2) Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Η κοινωνική καταξίωση, το μορφωτικό επίπεδο, οι οικονομικές δυσκολίες, η επαγγελματική κατάσταση, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου έχει καταδειχθεί ότι αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά αυτοφροντίδας ασθενών με ΚΑ. Μελέτες όπως αυτές των Dickens et al., και Uchmanowicz et al., οι οποίες διεξήχθησαν στις ΗΠΑ και Πολωνία, αντίστοιχα, υποστήριξαν ότι ασθενείς με υψηλή κοινωνική καταξίωση και μορφωτικό επίπεδο παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα συμπεριφορών αυτοφροντίδας.^{44,45} Το εύρημα αυτό ενισχύεται και από τους Koirala et al., οι οποίοι στη συγχρονική τους μελέτη το 2020, έδειξαν ότι οι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν σε θέση να αντιλαμβάνονται καλύτερα μεταβολές στα συμπτώματα της νόσου και ως εκ τούτου να εφαρμόζουν και τις κατάλληλες πρακτικές αυτοφροντίδας.⁴⁶

Το 2018, οι Cavalcante et al., κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το υψηλό μηνιαίο εισόδημα μπορεί να θεωρηθεί ως ένας δείκτης χαμηλού κινδύνου για τη μη προσήλωση στις πρακτικές αυτοφροντίδας, καθώς δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν πρόσβαση σε προγράμματα αυτοφροντίδας, επιτρέποντάς τους να ενημερωθούν περαιτέρω για τη νόσο και τις διάφορες θεραπείες (φαρμακευτικές και μη).⁴⁷ Ωστόσο, ο Rohatgi et al., υπογραμμίζουν ότι σε περιπτώσεις οικονομικών δυσκολιών, μία από τις πιο κρίσιμες παραμέτρους της αυτοφροντίδας, η προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή, συχνά επηρεάζεται πρώτη, καθώς ο ασθενής ενδέχε-

ται να μην μπορεί να προμηθευτεί την αναγκαία φαρμακευτική αγωγή.⁴⁸ Αξίζει να σημειωθεί ότι η συγκεκριμένη μελέτη διεξήχθη στο Μιζούρι των ΗΠΑ, όπου καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η ύπαρξη ασφάλειας υγείας. Ως εκ τούτου, απαραίτητη είναι η διεξαγωγή μελετών σε χώρες με δωρεάν σύστημα υγείας (π.χ. Ελλάδα), ώστε να διαπιστωθεί εάν και κατά πόσο οι οικονομικές δυσκολίες επηρεάζουν την προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή και κατ' επέκταση, τη συνολική αυτοφροντίδα ατόμων με ΚΑ.

Ελάχιστες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό να καθορίσουν την επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στην αυτοφροντίδα. Στη μελέτη των Ryou et al., διαπιστώθηκε ότι οι συνταξιούχοι παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας σε σχέση με τους εργαζόμενους. Παρόλο που οι λόγοι δεν ήταν απολύτως ξεκάθαροι, οι ερευνητές υποθέτουν, με επιφύλαξη, ότι οι εργαζόμενοι ασθενείς ενδέχεται να δυσκολεύονται να διατηρήσουν ισορροπία ανάμεσα στις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις και την προσήλωση στις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας.³⁵

Περιορισμένος αριθμός μελετών υπάρχει, επίσης, και για τη συσχέτιση της εθνικότητας με την αυτοφροντίδα. Οι Dickson et al., πραγματοποίησαν μελέτη όπου συνέκριναν τον βαθμό εφαρμογής συμπεριφορών αυτοφροντίδας μεταξύ αφροαμερικανών και λευκών ασθενών με ΚΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αφροαμερικανοί παρουσίαζαν σημαντικότερο έλλειμμα γνώσεων σχετικά με τη νόσο της ΚΑ καθώς και μειωμένη προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή, συγκριτικά με τους λευκούς. Οι ερευνητές απέδωσαν το γεγονός αυτό σε φυλετικές διακρίσεις οι οποίες μπορεί να γίνονται από πλευράς των επαγγελματιών υγείας. Ακόμη, δεν μπορεί να αποκλειστεί και η πιθανότητα ότι αυτό μπορεί να συμβαίνει ως αποτέλεσμα εμποδίων επικοινωνίας που προκύπτουν λόγω διαφορετικής γλώσσας.⁴⁹

Η θετική επίδραση, που έχει η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου στην προσήλωση στην αυτοφροντίδα, υποστηρίζεται από αρκετές μελέτες. Ειδικότερα, οι Cavalcante et al., και Sugebo et al., στις μελέτες τους, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν το 2024 και 2018, αντίστοιχα επισήμαναν ότι οι ασθενείς χωρίς υποστηρικτικό δίκτυο ήταν πιθανότερο να παρουσιάσουν χειρότερα επίπεδα αυτοφροντίδας. Οι ερευνητές, συμπέραναν ότι πιθανότατα η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να συμβάλλει στην ενθάρρυνση των ασθενών με ΚΑ να υιοθετήσουν συμπεριφορά αυτοφροντίδας.^{47,50} Αξίζει να σημειωθεί, όμως, ότι το ανωτέρω εύρημα δεν επιβεβαιώθηκε σε μελέτη η οποία διεξήχθη στο Ιράν, από τους Asadi et

al., καθώς έδειξαν ότι οι ανύπαντροι ασθενείς ήταν πιθανότερο να έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας έναντι των παντρεμένων, με τους ερευνητές να κάνουν λόγο για λιγότερες οικογενειακές υποχρεώσεις, οπότε και περισσότερο χρόνο για την ανάπτυξη συμπεριφοράς αυτοφροντίδας.⁵¹

3) Παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας του ατόμου

Στη βιβλιογραφία περιγράφονται αρκετοί παράγοντες που σχετίζονται με την κατάσταση υγείας του ατόμου με ΚΑ και το επίπεδο αυτοφροντίδας. Μερικοί εξ' αυτών είναι η ύπαρξη συμπτωμάτων, το στάδιο λειτουργικής ταξινόμησης κατά NYHA, το κλάσμα εξώθησης, ο αριθμός επανεισαγωγών, η ύπαρξη συννοσηρότητας, το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας και η ποιότητα ύπνου.

Η ύπαρξη συμπτωμάτων, αποτελεί ένα από τους παράγοντες με αμφιλεγόμενη επίδραση στην αυτοφροντίδα. Αναλυτικότερα, ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι η ύπαρξη συμπτωμάτων επιδρά θετικά, καθώς αποτελεί κίνητρο για τον ασθενή να παραμείνει περισσότερο προσηλωμένος στις στρατηγικές αυτοφροντίδας, με στόχο τη γρηγορότερη ανάρρωσή του. Εντούτοις, σε άλλες περιπτώσεις, η παρουσία συμπτωμάτων έχει συνδεθεί με αρνητική επίδραση στην αυτοφροντίδα, καθώς λόγω της χρονιότητας της νόσου, αλλά και της δύσκολης διαχείρισής της, το άτομο αποθαρρύνεται. Ακόμη, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα των Auld et al., που αναφέρουν ότι η ύπαρξη αυξημένου αριθμού συμπτωμάτων για μεγάλο χρονικό διάστημα οδηγούσε σε βελτίωση των επιπέδων αυτοφροντίδας, καθώς τα άτομα μαθαίνουν να τα διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τη νόσο τους.⁵² Ωστόσο, το 2018 στη συγχρονική μελέτη των Yang και Kang, δεν παρατηρήθηκε κάτι αντίστοιχο.⁵³

Η αρνητική επίδραση του προχωρημένου σταδίου λειτουργικής ταξινόμησης της ΚΑ κατά NYHA και του μειωμένου κλάσματος εξώθησης, έχει καταδειχθεί μέσω αρκετών μελετών. Στις μελέτες των Gebru et al., και Prochota et al., φάνηκε ότι ασθενείς με τελικού σταδίου ΚΑ (στάδιο IV κατά NYHA) είχαν χειρότερα επίπεδα αυτοφροντίδας, σε σύγκριση με ασθενείς με καλύτερη λειτουργική κατάσταση.³²⁻³³ Ακόμη, οι Conceição et al. έδειξαν ότι το μειωμένο κλάσμα εξώθησης αποτελούσε επιβαρυντικό παράγοντα στην εφαρμογή πρακτικών αυτοφροντίδας.²¹ Οι Koirla et al., στη συγχρονική μελέτη τους, ανέφεραν αντίστοιχα ευρήματα, σημειώνοντας ότι η έντονα διαταραγμένη λειτουργία της καρδιάς, ως αντλία, έχει ως αποτέλεσμα λιγότερο οξυγονωμένο αίμα να προωθείται προς το υπόλοιπο σώμα και ως εκ

τούτο η εφαρμογή ορισμένων συμπεριφορών αυτοφροντίδας (π.χ. σωματική άσκηση) να καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη.⁴⁶

Κοινώς αποδεκτό είναι το γεγονός ότι οι συχνές επανεισαγωγές είναι αποτέλεσμα απουσίας ή λανθασμένης εφαρμογής συμπεριφορών αυτοφροντίδας. Στις πρόσφατες μελέτες των Niriayo et al., και Robrotyn et al. τα άτομα με αυξημένο αριθμό επανεισαγωγών, ήταν πιθανότερο να έχουν πτωχότερα επίπεδα αυτοφροντίδας, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν νοσηλευτεί το προηγούμενο έτος.⁵⁴⁻⁵⁵ Σύμφωνα με τους Ogbemudia και Asekham, οι συχνές επανεισαγωγές συχνά συνοδεύονται και με οικονομική επιβάρυνση του ατόμου (κάλυψη εξόδων περίθαλψης), κάτι το οποίο όπως ήδη έχει προηγουμένως συζητηθεί δύναται να επηρεάσει αρνητικά τη συμπεριφορά αυτοφροντίδας.⁵⁶

Η παρουσία συννοσηρότητας φαίνεται να έχει σημαντικά αρνητική επίδραση στη εφαρμογή πρακτικών αυτοφροντίδας, διότι καθιστά δύσκολη την αναγνώριση προέλευσης των συμπτωμάτων, αλλά και τη μετέπειτα διαχείρισή τους (π.χ. επιλογή σωστού φαρμάκου). Επιπλέον, αρκετές φορές οι ασθενείς μπορεί να επικεντρωθούν στη διαχείριση μόνο μίας νόσου, παραμελώντας τις υπόλοιπες. Εντύπωση, ακόμη προκαλεί και το εύρημα των Lee et al., που αναφέρουν ότι ο αριθμός των συνυπαρχόντων νοσημάτων, αλλά και το είδος τους, ιδιαίτερα εκείνων που δεν έχουν καρδιολογική προέλευση, μπορούν να αποτελέσουν σημαντικούς παράγοντες επηρεασμού της συμπεριφοράς αυτοφροντίδας.⁵⁷

Καθόλη τη διάρκεια της νόσου, όλοι οι ασθενείς με ΚΑ, απαιτείται να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη διαχείριση των συμπτωμάτων, την τροποποίηση της δόσης των φαρμάκων (κυρίως διουρητικών), κ.α. Ωστόσο, η ύπαρξη γνωστικών διαταραχών, πέραν του ότι έχει μελετηθεί επαρκώς, αποτελεί και ένα κοινότυπο χαρακτηριστικών αρκετών ασθενών με ΚΑ, καθώς υπολογίζεται ότι το 20-80% των ατόμων με ΚΑ, παρουσιάζουν κάποια γνωστική διαταραχή μνήμης, προσοχής, κ.α. Σύμφωνα με τους Hjelm et al., οι γνωστικές διαταραχές οι οποίες δύναται να επηρεάσουν την εκτελεστική ικανότητα αλλά και την ταχύτητα λήψης αποφάσεων, έχουν συσχετιστεί αρνητικά με την αυτοφροντίδα ασθενών.⁵⁸ Επίσης, σε μελέτη των Vellone et al., βρέθηκε ότι οι γνωστικές διαταραχές επηρεάζουν έμμεσα την ικανότητα για ανάπτυξη συμπεριφοράς αυτοφροντίδας, καθώς το τμήμα, το οποίο φάνηκε να πληττείται κυρίως, είναι εκείνο της αυτοπαρακολούθησης, δηλαδή της δυνατότητας του ατόμου να παρακολουθεί τα συμπτώματά του.⁵⁹ Επιπρόσθετα, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση του

2019, από τους Tang et al., φάνηκε ότι η κακή ποιότητα ύπνου συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης γνωστικών διαταραχών.⁶⁰ Παράλληλα, ενδιαφέρον είναι το εύρημα της μελέτης των Ryou et al., οι οποίοι αναφέρουν ότι η κακή ποιότητα ύπνου σχετίζεται και με αναποτελεσματική εφαρμογή συμπεριφοράς αυτοφροντίδας.³⁵ Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, είναι ξεκάθαρη η ύπαρξη σύνδεσης μεταξύ ποιότητας ύπνου - γνωστικών λειτουργιών - επιπέδου αυτοφροντίδας, καθώς η διαταραχή του ενός παράγοντα, επηρεάζει και τους υπόλοιπους. Σε παρόμοιο εύρημα κατέληξαν και οι Kamrani et al., το 2014, στη συγχρονική τους μελέτη.³⁴

4) Παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ένας από τους κύριους παράγοντες που σχετίζονται με τη θεραπεία ο οποίος επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα εφαρμογής πρακτικών αυτοφροντίδας στους ασθενείς με ΚΑ είναι η πτωχή προσήλωση στις θεραπευτικές οδηγίες. Ειδικότερα, σε πρόσφατες μελέτες (2022) από τους Mulugeta et al., και Baymot et al., οι ερευνητές ανέφεραν ότι οι οδηγίες οι οποίες εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά παραβλεψιμότητας είναι αυτές οι οποίες ζητούν από τους συμμετέχοντες να επικοινωνήσουν με έναν επαγγελματία υγείας σε περίπτωση εμφάνισης οιδήματος στα κάτω άκρα (87,2%) και της καθημερινής παρακολούθησης του σωματικού βάρους (79,9%).⁶¹⁻⁶²

Ένας ακόμη παράγοντας σχετιζόμενος με τη θεραπεία, ο οποίος φαίνεται ότι επηρεάζει την αυτοφροντίδα είναι τα πολύπλοκα φαρμακευτικά σχήματα που πρέπει να ακολουθεί ο ασθενής. Αποτελεί γεγονός ότι η θεραπεία της ΚΑ περιλαμβάνει τη λήψη μεγάλου αριθμού φαρμάκων (συνήθως ≥ 5). Στη μελέτη τους, οι Kwak et al., ανέφεραν ότι τα άτομα με ΚΑ, λαμβάνουν καθημερινά κατά μέσο όρο 6,8 φάρμακα. Επίσης, οι ερευνητές επεσήμαναν ότι η αυξημένη λήψη φαρμάκων συνοδεύεται και με αυξημένο κίνδυνο επανεισαγωγών, λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως επίσης και με μειωμένη προσήλωση στην αγωγή εξαιτίας πιθανής σύγχυσης σχετικά με τις δόσεις, το είδος ή και τον τρόπο λήψης του φαρμάκου. Παράλληλα, καθιστούν σαφές ότι προκύπτουν οικονομικές επιβαρύνσεις, όπως είναι το κόστος αγοράς των φαρμάκων.⁶³

5) Παράγοντες που σχετίζονται με το Σύστημα υγείας

Η βιβλιογραφία, όσον αφορά στους παράγοντες που σχετίζονται με το Σύστημα υγείας είναι περιορισμένη, ωστόσο μέσω μελετών οι οποίες έχουν διεξαχθεί, γίνεται

λόγος για την ύπαρξη παραμέτρων οι οποίες φαίνεται να επηρεάζουν την αυτοφροντίδα των ασθενών. Ειδικότερα, αναφέρονται στην υποστήριξη από τους παρόχους υγείας, τη σχέση μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή, τις γνώσεις του επαγγελματία υγείας, καθώς και τον χρόνο τον οποίο αφιερώνει στην εκπαίδευση των ασθενών.

Η υποστήριξη του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας, έχει αναφερθεί ως παράγοντας βελτίωσης πρακτικών αυτοφροντίδας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η δημιουργία καινούργιων κατευθυντήριων οδηγιών σχετικά με την αυτοφροντίδα στην ΚΑ από διεθνείς Καρδιολογικές εταιρείες, όπως επίσης και η σύνταξη των πρόσφατων οδηγιών (2019) από τον ΠΟΥ, οι οποίες αφορούν επιπλέον πτυχές της ζωής του ασθενή με ΚΑ (π.χ. σεξουαλικότητα, αναπαραγωγικά δικαιώματα).⁶⁴ Το 2017, σε μία μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στο Ιατρικό κέντρο των ΗΠΑ και στην κλινική Mayo, οι Eton et al., σε δείγμα 332 ασθενών με χρόνιες παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων και ατόμων με ΚΑ, έδειξαν ότι η ύπαρξη διαδραστικής επικοινωνίας και η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας παίζει καθοριστικό ρόλο στη αυτοφροντίδα.⁶⁵ Οι συγκεκριμένες πρακτικές συμβάλλουν στον περιορισμό των αρνητικών συναισθημάτων (π.χ. κατάθλιψη, αίσθηματος ενοχής) και ενισχύουν άλλα θετικά συναισθήματα όπως είναι το αίσθημα σιγουριάς σχετικά με τη διαχείριση της νόσου, τα οποία βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Επιπρόσθετα, το 2020, σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση των Son et al., φάνηκε ότι η εκπαίδευση του ασθενή αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα ενίσχυσης της ικανότητας για αυτοφροντίδα. Επιπλέον, οι ερευνητές επισήμαναν ότι η εκπαίδευση είναι μια καθαρά αυτόνομη νοσηλευτική πράξη κατά την οποία ο νοσηλευτής χρειάζεται να εκπαιδεύει τον ασθενή σε θέματα γύρω από την ΚΑ τα οποία αφορούν την εξέλιξη της νόσου, τους πιθανούς κινδύνους αλλά και τις θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν. Επίσης, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται ότι οι ασθενείς θα λαμβάνουν σωστότερες αποφάσεις σχετικά με την διαχείριση της νόσου.⁶⁶

Σχετικά με τις γνώσεις, μελέτες έχουν δείξει, ότι οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν σημαντικό έλλειμμα όσον αφορά την έννοια της αυτοφροντίδας στη ΚΑ. Μελέτη όπως αυτή των Otter et al., έδειξαν ότι μεγάλη μερίδα των επαγγελματιών υγείας, δεν αντιλαμβάνονται πλήρως τι ακριβώς χρειάζεται να κάνουν σχετικά με την εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα αυτοφροντίδας καθώς δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις.⁶⁷ Σύμφωνα

με τους Negarandeh et al., οι κυριότεροι λόγοι ύπαρξης της πιο πάνω κατάστασης είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας και ο περιορισμένος χρόνος που έχουν στη διάθεση τους οι επαγγελματίες υγείας, καθιστώντας δύσκολη την προσωπική τους ενημέρωση και εκπαίδευση στον τομέα της αυτοφροντίδας. Ακόμη, οι ερευνητές ανέφεραν ότι η κατάσταση αυτή εντείνεται και από το γεγονός ότι μεταξύ των επαγγελματιών υγείας επικρατεί η λανθασμένη αντίληψη ότι δεν αποτελεί δική τους ευθύνη η εκπαίδευση των ασθενών με ΚΑ.⁶⁸ Δυστυχώς, όλα αυτά έχουν ως τελικό αποδέκτη τον ασθενή με ΚΑ καθώς η απουσία εκπαίδευσης και καθοδήγησης οδηγεί τελικά σε καθόλου ή λανθασμένη εφαρμογή συμπεριφορών αυτοφροντίδας.

Συμπεράσματα

Τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας, έδειξαν την τεράστια σημασία και την αναγκαιότητα της εκτίμησης του επίπεδου αυτοφροντίδας των ασθενών με ΚΑ, με τη χρήση εξειδικευμένων εργαλείων όπως είναι το SCHFI, το EHFScBS και το Hippocratic HF-SCS. Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι η αυτοφροντίδα, επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων. Ειδικότερα, καταδείχθηκε ότι το κίνητρο, το υψηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι), το υποστηρικτικό δίκτυο, η προσήλωση στις θεραπευτικές οδηγίες, η εκπαίδευση και η γνώση των ασθενών, η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών συμβάλλουν θετικά στην ενίσχυση της αυτοφροντίδας. Αντίθετα, η κατάθλιψη, η προσωπικότητα Τύπου Δ, το προχωρημένο στάδιο λειτουργικής ταξινόμησης κατά NYHA – μειωμένο κλάσμα εξώθησης, οι επαναλαμβανόμενες επανεισαγωγές, η ύπαρξη συννοσηροτήτων καθώς και τα πολύπλοκα φαρμακευτικά σχήματα συνδράμουν αρνητικά στην εφαρμογή πρακτικών αυτοφροντίδας. Ωστόσο, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται σε αμφιλεγόμενους παράγοντες όπως είναι το φύλο, η ηλικία και η παρουσία συμπτωμάτων, καθώς δεν είναι τελείως ξεκάθαρος ο τρόπος επίδρασής τους.

Προτείνεται, επομένως, η εφαρμογή συστηματικής αξιολόγησης της αυτοφροντίδας και των παραγόντων οι οποίοι την επηρεάζουν. Σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της κατάστασης διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές. Ο αυτόνομος εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή του δίνει τη δυνατότητα όχι μόνον να εκτιμήσει το επίπεδο αυτοφροντίδας των ασθενών με ΚΑ, αλλά μέσω της εκπαίδευσης, να βοηθήσει στην τροποποί-

ηση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Επομένως υπάρχει, επιτακτική ανάγκη οι νοσηλευτές να δώσουν έμφαση στη χρήση ειδικών εργαλείων εκτίμησης της αυτοφροντίδας, στον εξατομικευμένο σχεδιασμό

φροντίδας και στη διεξαγωγή μελετών επί του συγκεκριμένου θέματος, ιδιαίτερα στη χώρα μας, καθώς παρατηρείται σημαντικό έλλειμμα γύρω από το συγκεκριμένο ερευνητικό θέμα.

ABSTRACT

Self-care in heart failure patients: Assessment and influencing factors

Andreas Christofi¹, Konstantinos Giakoumidakis², Hero Brokalaki³, Nikolaos V. Fotos⁴

¹RN, MSc, PhD(c). Department of Nursing, School of Health Sciences,
National and Kapodistrian University of Athens, Athens.

²Assistant Professor. Department of Nursing, School of Health Sciences, Hellenic Mediterranean University, Heraklion.

³Emeritus Professor. Department of Nursing, School of Health Sciences,
National and Kapodistrian University of Athens, Athens.

⁴Assistant Professor. Department of Nursing, School of Health Sciences,
National and Kapodistrian University of Athens, Athens.

Introduction: Heart failure (HF) is a global health problem which, according to the guidelines of cardiology societies, can be effectively treated by adopting self-care behaviors. Despite the benefits of self-care in disease management, it appears that assessing and defining factors that influence it receive less attention.

Aim: Highlighting the importance of assessing the level of self-care of patients with HF, as well as identifying the factors that influence it.

Material and Methods: The literature was searched through electronic databases (PubMed, Google Scholar) using the terms: «self-care», «tools», «factors», «predictors» and «heart failure», in various combinations. Inclusion criteria were studies: a) published in the English language, b) published in the last decade, and c) conducted in adults.

Results: The review of the international literature showed the importance of assessing the self-care of patients with HF, which should be done using specialized tools. The factors that can influence self-care are divided into 5 categories: 1) Factors related to the patient, 2) Socioeconomic factors, 3) Factors related to the individual's health status, 4) Factors related to treatment and 5) Factors related to the health system. Factors with a positive effect are motivation, high educational and economic level, adherence to treatment instructions, patient education and knowledge of disease, etc. On the contrary, depression, Type D personality, advanced HF stage, repeated readmissions, comorbidities etc. act as inhibitors to the implementation of self-care behaviors.

Conclusions: Self-care of HF patients can be accurately assessed using specialized tools. A significant number of factors influence (positively and negatively) self-care. Both the assessment and determination of factors influencing self-care and the education of patients with HF are recommended to be part of daily clinical practice, with the nurse playing a central role

Keywords: «self-care», «tools», «factors», «predictors», «heart failure».

✉ **Corresponding Author:** Andreas Christofis

E-mail:andreaschristofi7@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. Murray CJL. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 November; 392: p. 1789–858.
2. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2020 Mar 3;141(9):e139–596.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, Das SR, de Ferranti S., et al. Heart Disease and Stroke Statistics - 2016 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2015 Dec 16; 133(4): e38–e360.
4. Bozkurt B, Ahmad T, Alexander KM, Baker WL, et al. Heart Failure Epidemiology and Outcomes Statistics: A Report of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail*. 2023 Oct; 29(10): 1412 - 1451
5. Fraser M, Barnes SG, Barsness C, Beavers C, Bither CJ, Boettger S, et al. Nursing care of the patient hospitalized with heart failure: A scientific statement from the American Association of Heart Failure Nurses. *Heart Lung*. 2024;64:e1–16.
6. Steiner B, Neumann A, Pelz Y, Ski CF, Hill L, Thompson DR, et al. Challenges in heart failure care in four European countries: a comparative study. *European Journal of Public Health*. 2023 Jun 1;33(3):448–54.
7. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2012 Jul;33(14):1787–847.
8. Cook C, Cole G, Asaria P, Jabbour R, Francis DP. The annual global economic burden of heart failure. *Int J Cardiol*. 2014 Feb 15;171(3):368–76.
9. Filippatos G, Parissis JT. Heart failure diagnosis and prognosis in the elderly: the proof of the pudding is in the eating. *European Journal of Heart Failure*. 2011;13(5):467–71.
10. Athanasakis K, Linardos S, Lionis C, Richter D, Stafylas P. Heart failure policy and practice in Europe. Athens: Heart Failure Policy Network; 2020.
11. Λαμπρινού Α, Καλογήρου Φ. Προγράμματα μη Φαρμακολογικής Διαχείρισης Ασθενών με Καρδιακή Ανεπάρκεια και η Επίδρασή τους στην Έκβαση της Νόσου. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*. 2010; 49(4): 355–364.
12. Λιόγκα Ε, Μαρβάκη Χ, Τουλιά Γ, Καδδά Ό. Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Μια συστηματική ανασκόπηση. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2022 Απρίλιος - Ιούνιος; 21(2): p. 270–287
13. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, Brunner La Rocca HP, Castiello T, Čelutkienė J. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*. 2021 January; 23(1): p. 157–174.
14. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Vaughan Dickson V, Dunbar SB. Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke. *Journal of the American Heart Association*. 2017 August 31; 6(9).
15. Liljeroos M, Kato NP, van der Wal MHL, Brons M, Luttik ML, van Veldhuisen DJ, et al. Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2020 Jun 1;19(5):421–32.
16. Moser DK, Dickson V, Jaarsma T, Lee C, Stromberg A, Riegel B. Role of Self-Care in the Patient with Heart Failure. *Curr Cardiol Rep*. 2012 Jun 1;14(3):265–75
17. Durán-Gómez N, López-Jurado CF, Martín-Parrilla MÁ, Montanero-Fernández J, Pérez-Civantos D, Cáceres MC. Self-care nursing assessment: cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Self-care of chronic illness inventory. *BMC Nurs*. 2023 Nov 22;22:442.
18. Muhlare ML, Downing C. Self-care behaviours and practices of professional nurses working in primary health care clinics. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2023 Nov 8;15(1):4188.
19. Hudiawati D, Ainunnisa K, Riskamala G. Self-Care and Its Related Factors among Patients with Congestive Heart Failure in Surakarta, Indonesia. *Journal of Medicinal and Chemical Sciences*. 2021; 4(4): p.364–373.
20. El-Osta A, Sasco ER, Barbanti E, Webber I, Alaa A, Karki M, et al. Tools for measuring individual self-care capability: a scoping review. *BMC Public Health*. 2023 Jul 8;23:1312.
21. Conceição AP da, Santos MA dos, Santos B dos, Cruz D de ALM da. Self-care in heart failure patients. *Rev*

- Latino-Am Enfermagem. 2015 Aug;23:578–86.
22. Lambrinou E, Thodi M, Samara A, Philippou K, Paikousis L, Sentouxi P, et al. Development and Validation of the Greek version of Self-Care Heart Failure Index (Gr-SCHF) in Patients with Heart Failure. *Medical Research Archives* [Internet]. 2022 Nov 28; 10 (10): 1- 11.
23. 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 Aug;10(4):350–60.
24. 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 June; 5(3): p. 363-370.
25. Vellone E, Jaarsma T, Strömberg A, Fida R, Årestedt K, Rocco G, et al. The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: new insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. *Patient Educ Couns*. 2014 Jan;94(1):97–102.
26. Brokalaki H, Chatziefstratiou AA, Fotos NV, Patelarou A, Giakoumidakis K. The Development and Testing of the Hippocratic Heart Failure Self-Care Scale. *Healthcare (Basel)*. 2024 Apr 11;12(8):820.
27. Abe R, Sakata Y, Nochioka K, Miura M, Oikawa T, Kasahara S, et al. Gender differences in prognostic relevance of self-care behaviors on mortality and hospitalization in patients with heart failure – A report from the CHART-2 Study. *Journal of Cardiology*. 2019 May 1;73(5):370–8.
28. Lyons KS, Gelow JM, Hiatt SO, Mudd JO, Auld J, Chien CV, et al. The Role of Dyadic Confidence on Engagement in Heart Failure Care Behaviors. *The Gerontologist*. 2018 Jul 13;58(4):635–43.
29. Seid MA, Abdela OA, Zeleke EG. Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients. From the patients' point of view. *PLoS One*. 2019;14(2):e0211768.
30. Graven LJ, Abbott L, Dickey SL, Schluck G. The influence of gender and race on heart failure self-care. *Sage Journals*. 2021 April 19; 17(2).
31. Mei J, Tian Y, Chai X, Fan X. Gender differences in self-care maintenance and its associations among patients with chronic heart failure. *International Journal of Nursing Sciences*. 2019 Jan 10; 6(1): p 58-64.
32. Gebru TH, Mekonen HH, Kiros KG. Knowledge about self-care and associated factors among heart-failure patients in Ayder Referral Hospital, Ethiopia, 2018: A cross-sectional study. *Sage Journals*. 2020 Oct 5; 30(3):185-192.
33. Prochota B, Szwamel K, Uchmanowicz I. Socio-clinical variables affecting the level of self-care in elderly patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2019 Oct 1;18(7):628–36.
34. Kamrani AA, Foroughan M, Taraghi Z, Yazdani J, et al. Self Care Behaviors among Elderly with Chronic Heart Failure and Related Factors. *Pakistan Journal of Biological Sciences*. 2014 Nov; 17(11): 1161-1169.
35. Ryou C, Min Kang S, Jang Y. Factors associated with self-care behaviours among Koreans with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2021 May 21; 20: 64–70.
36. Lee KS, Lennie TA, Yoon JY, Wu JR, Moser DK. Living Arrangements Modify the Relationship Between Depressive Symptoms and Self-care in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017 Apr;32(2):171.
37. Freedland KE, Skala JA, Steinmeyer BC, Carney RM, Rich MW. Effects of Depression on Heart Failure Self-Care. *Journal of Cardiac Failure*. 2021 May 1;27(5):522–32.
38. Cao X, Wang XH, Wong EM, Chow CK, Chair SY. Type D personality negatively associated with self-care in Chinese heart failure patients. *J Geriatr Cardiol*. 2016 Jul;13(5):401–7.
39. Heo JM, Kim CG. The mediating effect of resilience on the relationship between Type D personality and self-care behavior in patients with heart failure. *Jpn J Nurs Sci*. 2020 Oct;17(4):e12359.
40. Siregar L, Trisyani Y, Nuraeni A. ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO SELF CARE MANAGEMENT IN HEART FAILURE PATIENTS SCOPING REVIEW. 2024 Semp; 9(2):p. 666-679.
41. Ok JS, Choi H. Factors Affecting Adherence to Self-care Behaviors among Outpatients with Heart Failure in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2015 Apr 1;27(2):242–50.
42. Massouh A, Abu Saad Huijjer H, Meek P, Skouri H. Determinants of Self-Care in Patients With Heart Failure: Observations From a Developing Country in the Middle East. *J Transcult Nurs*. 2020 May 1;31(3):294–303.
43. Sedlar N, Lainscak M, Mårtensson J, Strömberg A, Jaarsma T, Farkas J. Factors related to self-care behaviours in heart failure: A systematic review of European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale studies. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017 Apr; 16(4):272–

- 82.
44. Dickens C, Vaughan-Dickson V, Piano MR. Factors Associated with Heart Failure Self-Care in a Low Socioeconomic Status, Urban Patient Population. *Journal of Cardiac Failure*. 2018 Aug 1;24(8):S7.
45. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Mazur G, Froelicher ES. Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *CIA*. 2017 Oct 3;12:1565–72.
46. Koirala B, Dennison Himmelfarb CR, Budhathoki C, Davidson PM. Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. *Heliyon*. 2020 Feb 1;6(2):e03412.
47. Cavalcante LM, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SKP de, Meneses LST de, Oliveira ASS de, et al. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. *Rev Bras Enferm*. 2018;71:2604–11.
48. Rohatgi KW, Humble S, McQueen A, Hunleth J, Chang SH, Herrick C, et al. Medication adherence and characteristics of patients who spend less on basic needs to afford medications. *J Am Board Fam Med*. 2021;34(3):561–70.
49. Dickson VV, Knafl GJ, Wald J, Riegel B. Racial differences in clinical treatment and self-care behaviors of adults with chronic heart failure. *J Am Heart Assoc*. 2015 Apr 13;4(4):e001561.
50. Sugebo ES, Kassie TW, Gobena T, Tibore TK, Sebro SF, Ermolo TL. Self-care behavior and associated factors among adult heart failure patients in outpatient cardiac follow-up unit at Wachemo University Nigist Eleni Comprehensive Specialized Hospital, Southern Ethiopia. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2024 May 7;24(1):238
51. Asadi P, Ahmadi S, Abdi A, Shareef OH, Mohamadyari T, Miri J. Relationship between self-care behaviors and quality of life in patients with heart failure. *Heliyon*. 2019 Sep 1;5(9):e02493.
52. Auld JP, Mudd JO, Gelow JM, Lyons KS, Hiatt SO, Lee CS. Patterns of heart failure symptoms are associated with self-care behaviors over 6 months. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2018 Aug 1;17(6):543–51.
53. Yang IS, Kang Y. Self-care model based on the theory of unpleasant symptoms in patients with heart failure. *Applied Nursing Research*. 2018 Oct 1;43:10–7.
54. Niriayo YL, Yemane B, Asgedom SW, Teklay G, Gidey K. Prevalence and predictors of poor self-care behaviors in patients with chronic heart failure. *Sci Rep*. 2024 Jan 23;14(1):1984.
55. Pobrotyn P, Mazur G, Kałużna-Oleksy M, Uchmanowicz B, Lomper K. The Level of Self-Care among Patients with Chronic Heart Failure. *Healthcare*. 2021 Sep;9(9):1179.
56. Ogbemudia EJ, Asekhome J. Rehospitalization for heart failure in the elderly. *Saudi Med J*. 2016 Oct;37(10):1144–7.
57. Lee KS, Moser DK, Dracup K. The association between comorbidities and self-care of heart failure: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2023 Mar 27;23:157.
58. Hjelm CM, Broström A, Riegel B, Årestedt K, Strömberg A. The association between cognitive function and self-care in patients with chronic heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*. 2015 Mar 1;44(2):113–9.
59. Vellone E, Fida R, D'Agostino F, Mottola A, Juarez-Vela R, Alvaro R, et al. Self-care confidence may be the key: A cross-sectional study on the association between cognition and self-care behaviors in adults with heart failure. *Int J Nurs Stud*. 2015 Nov;52(11):1705–13.
60. Tang L, Liu W, Yang Y, Han W, Li K. Relationship between sleep and cognitive function in patients with heart failure: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2020 Mar;130:109913.
61. Mulugeta T, Duguna D, Bekele A, Umata B. Adherence to Self-Care Behaviors and Associated Factors among Adult Heart Failure Patients Attending Chronic Follow-Up Care at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *The open Nursing Journal*. 2022 Feb 08; 16
62. Baymot A, Gela D, Bedada T. Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients in public hospitals, Addis Ababa, Ethiopia, 2021: cross-sectional study. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2022 Jun 17;22(1):275.
63. Kwak MJ, Cheng MA, Goyal P, Kim DH, Hummel SL, Dhoble A, et al. Medication Complexity among Older Adults with Heart Failure – How Can We Assess Better? *Drugs Aging*. 2022 Nov;39(11):851–61.
64. Narasimhan M, Kapila M. Implications of self-care for health service provision. *Bull World Health Organ*. 2019 Feb 1;97(2):76–76A.
65. Eton DT, Ridgeway JL, Linzer M, Boehm DH, Rogers

- EA, Yost KJ, et al. Healthcare provider relational quality is associated with better self-management and less treatment burden in people with multiple chronic conditions. *PPA*. 2017 Sep 26;11:1635–46.
66. Son YJ, Choi J, Lee HJ. Effectiveness of Nurse-Led Heart Failure Self-Care Education on Health Outcomes of Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Jan;17(18):6559.
67. Otter CEM, Smit J, Hagedoorn EI, Keers JC, de Man-van Ginkel JM, Schoonhoven L. Nurses' perceptions of self-management and self-management support of older patients during hospitalization. *Geriatric Nursing*. 2021 Jan 1;42(1):159–66.
68. Negarandeh R, Aghajanloo A, Seylani K. Barriers to Self-care Among Patients with Heart Failure: A Qualitative Study. *J Caring Sci*. 2020 Oct 20;10(4):196–204.