

Self-efficacy and Prediction of Associated Factors in Patients with Chronic Diseases

Marzieh Hatef¹
, Hamid Sharif Nia²,
Noroddin Mousavinasab³,
Ravanbakhsh Esmaili⁴,
Vida Shafipour⁵

¹ MSc Student in Critical Care Unit Nursing, Student Research Committee, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Nursing, Amol Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Orthopedic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received September 5, 2017, Accepted April 7, 2018)

Abstract

Background and purpose: Self-efficacy as one of the main concepts of social cognitive theory could play a major role in different dimensions of health behaviors and empowerment of patients with chronic diseases. The aim of this study was to investigate self-efficacy and predict its related factors in patients with chronic diseases.

Materials and methods: This descriptive cross-sectional study was performed in 400 patients with chronic heart and kidney diseases, diabetes, and high blood pressure in three hospitals affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences. This study was carried out using a simple random sampling and applying the Chronic Disease Self-efficacy Scale (CDSSES). SPSS V23 was used to descriptive and analytical data applying multiple linear regression.

Results: The mean score for self-efficacy was 5.17 ± 5.11 . Multiple linear regression analysis showed some variables, including the age (CI95:-1.400, -0.573, $\beta = -0.228$, $P < 0.001$), educational level (CI95: 1.311, 6.000, $\beta = 0.149$, $P = 0.002$), and income level (CI95:12.585, 23.901, $\beta = 0.319$, $P < 0.001$) as the predictors of self-efficacy in chronic patients.

Conclusion: In this study, the majority of patients with chronic diseases had a moderate level of self-efficacy. Chronic diseases are highly prevalent today, therefore, more precise planning is needed to promote self-efficacy which is the main factor in improving self-care and health behaviors of patients with chronic diseases.

Keywords: chronic heart disease, chronic kidney disease, diabetes, hypertension, self-efficacy, chronic condition

J Mazandaran Univ Med Sci 2018; 28 (162): 86-94 (Persian).

* **Corresponding Author: Vida Shafipour-** Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (Email: vidashafipour@yahoo.com)

بررسی خودکارآمدی و پیش بینی عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به بیماری های مزمن

مرضیه هاتف^۱حمید شریف نیا^۲نورالدین موسوی نسب^۳روانبخش اسماعیلی^۴ویدا شفیع پور^۵

چکیده

سابقه و هدف: خودکارآمدی به عنوان یکی از مفاهیم اصلی نظریه شناختی اجتماعی، می تواند روی ابعاد مختلف رفتار های بهداشتی و افزایش توانمند سازی مبتلایان به بیماری های مزمن موثر باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی خودکارآمدی و پیش بینی عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به بیماری های مزمن انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی- مقطعی، بر روی ۴۰۰ بیمار مبتلا به بیماری مزمن قلبی و کلیوی، دیابت و فشار خون بالا بستری در سه بیمارستان آموزشی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران، با شیوه نمونه گیری در دسترس و با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی بیماری های مزمن (Chronic Disease Self-efficacy scale) انجام گرفت. به منظور آنالیز توصیفی و تحلیلی (رگرسیون خطی چندگانه) داده ها، از نرم افزار SPSS 23.0 استفاده شد.

یافته ها: میانگین کلی نمره خودکارآمدی در این مطالعه $5/17 \pm 1/51$ بوده است و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که متغیر سن ($p < 0/001$)، $\beta = -0/573$ ، $CI_{95} = [-1/400, -0/573]$ ، $\beta = -0/228$ ، $CI_{95} = [-0/228, -0/228]$ ، $p = 0/002$ ، $\beta = 0/000$ ، $CI_{95} = [0/000, 0/000]$ و سطح در آمد ($p < 0/001$)، $\beta = 0/149$ ، $CI_{95} = [0/149, 0/149]$ به عنوان متغیر های پیش بینی کننده خودکارآمدی در بیماران مزمن هستند.

استنتاج: با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه اکثر مبتلایان به بیماری های مزمن دارای سطح خودکارآمدی متوسطی بودند. با توجه به شیوع و اهمیت بالای این بیماری ها، برنامه ریزی های دقیق تری جهت ارتقای سطح خودکارآمدی به عنوان عامل اساسی در بهبود خود مراقبتی و رفتار های بهداشتی مبتلایان به بیماری های مزمن نیاز است.

واژه های کلیدی: بیماری مزمن قلبی، بیماری مزمن کلیوی، دیابت، فشار خون بالا، خودکارآمدی، بیماران مزمن

مقدمه

می باشد (۱). این بیماری ها دائمی، ناتوان کننده با پاتولوژی غیر قابل برگشت هستند که درمان آن ها غیر محتمل است (۲). هم اکنون بیماری های مزمن علت ۴۰

بیماری های مزمن به بیماری های همراه با علائم یا معلولیت هایی که مستلزم درمان طولانی باشند گفته می شود که ناشی از بیماری، عوامل ژنتیکی و صدمه

E-mail: vidashafipour@yahoo.com

مؤلف مسئول: ویدا شفیع پور؛ ساری- دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی حضرت زینب (س) آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشیار، گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. استادیار، گروه پرستاری داخلی- جراحی، مرکز تحقیقات ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. استادیار، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۱۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۶/۶/۲۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۷/۲/۱۷

درصد کل مرگ و میرها در سطح دنیا بوده و ۴۷ درصد بار جهانی بیماری ها را به خود اختصاص می دهد (۳). بیماری های مزمن، سبب از کار افتادگی، وابستگی در انجام فعالیت های روزمره، از دست دادن شغل، افزایش خطر بستری شدن در بیمارستان و مرگ و میر مبتلایان می شود (۴،۵). برخی از این مبتلایان فقط محدودیت ها و ناراحتی های جزئی دارند اما مشکلات تعدادی از این بیماران، به حدی شدید است که محدودیت های عمده فعالیتی ایجاد می کنند (۳). مشکلات گوناگون این بیماران بر ابعاد مختلف زندگی آن ها تاثیر می گذارد. به دلیل روند طولانی مدت درمان آن ها، این بیماران نیازمند تغییر در سبک زندگی جهت بهتر کنار آمدن و اداره نمودن بیماری خود هستند. درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و انجام برخی فعالیت های مراقبت از خود نمی تواند به اندازه کافی موثر باشد و نتایج دلخواه درمان حاصل گردد (۶،۷). خود مراقبتی و خودکارآمدی از مفاهیم کلیدی در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن است. خودکارآمدی به معنای اطمینان و باور فرد از توانمندی در انجام رفتارهای مراقبت از خود در شرایط خاص است. خودکارآمدی به عنوان بخش مستقلی از مهارت های اساسی فرد عمل می کند و پیش نیاز مهم رفتار محسوب می شود (۸). افراد دارای سطح خودکارآمدی بالا تر فعالانه در برنامه مراقبت از خود شرکت می کنند و در کنترل بیماری خود موفق تر هستند (۹). از آن جا که بیماری های مزمن قسمت قابل توجهی از بار جهانی بیماری ها را به خود اختصاص می دهند، و با توجه به اهمیت این بیماری ها، به نظر می رسد شناسایی عوامل موثر در ارتقای سطح خودکارآمدی در مبتلایان به بیماری های مزمن می تواند به بهبود کیفیت زندگی، کاهش دفعات بستری و تعدیل رفتارهای پرخطر این بیماران منجر شود. ارتقای سطح خودکارآمدی بدون شناسایی عوامل مرتبط با آن امکان پذیر نمی باشد. از آن جا که در فرهنگ های متفاوت عوامل گوناگونی به عنوان عوامل مرتبط با

خودکارآمدی گزارش شده است، لذا این مطالعه با هدف بررسی خودکارآمدی و عوامل پیش بینی کننده آن در مبتلایان به بیماری های مزمن انجام پذیرفت، تا با توجه به نتایج این مطالعه بتوان به ارتقای سطح خودکارآمدی، خود مراقبتی، کاهش عوارض بیماری و بستری شدن مبتلایان به بیماری های مزمن کمک نمود.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی، بر روی ۴۰۰ بیمار مبتلا به بیماری مزمن قلبی و کلیوی، دیابت و پر فشاری خون مراجعه کننده به سه بیمارستان آموزشی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران، انجام پذیرفت. بعد از کسب مجوز اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه، پژوهشگر به صورت کتبی و رسمی با کسب معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی مازندران به واحدهای مورد مطالعه معرفی شد و اهداف مطالعه به واحدهای مورد مطالعه توضیح داده شد. از تمام بیماران رضایت نامه کتبی دریافت شد. به واحدهای مطالعه اطمینان داده شد اطلاعات محرمانه خواهد ماند و در هر مرحله از مطالعه در صورت عدم رضایت بیماران یا مشاهده هر گونه علائم سوء ناشی از انجام مداخله، مطالعه فوراً قطع خواهد شد. انتخاب نمونه با روش نمونه گیری در دسترس انجام پذیرفت. معیار های ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، مسجل شدن تشخیص بیماری مزمن توسط پزشک معالج، داشتن سابقه بیماری مزمن (پر فشاری خون، دیابت، بیماری قلبی و کلیوی) حداقل ۶ ماه و داشتن توانایی فهم عبارات پرسشنامه بوده است (۱۰،۱۱). در این مطالعه افراد دارای مشکلات شناختی و روان پزشکی در مطالعه شرکت داده نشدند (۱۲-۱۴). مبتلایان به بیماری مزمن پس از تکمیل و امضای فرم رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. جمع آوری اطلاعات به مدت ۳ ماه از اوایل دی تا اسفند ماه سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه

جهت تجزیه و تحلیل توصیفی و تحلیلی داده‌ها، از نرم‌افزار آماری SPSS 23 استفاده شد. جهت تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی، از روش backward در رگرسیون خطی چند متغیره استفاده شد. متغیرهای اسمی چند حالتی در مدل رگرسیون ابتدا به صورت متغیرهای جعلی (dummy variables) در آمدند. جهت بررسی پیش فرض عدم همبستگی باقیمانده‌ها، استقلال خطا، (Independent errors) در رگرسیون خطی، از آزمون دوربین واتسون (Durbin-Watson test)، و جهت بررسی پیش فرض عدم رابطه هم خطی چندگانه (Multicollinearity)، از آماره تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (Variance inflation factor: VIF) استفاده شد. در جدول شماره ۱، ارتباط متغیرهای پیشگو با سطح خودکارآمدی در مبتلایان به بیماری مزمن بر اساس مدل رگرسیون خطی چندگانه بیان شده است. سطح معناداری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۴۰۰ بیمار شرکت‌کننده در این مطالعه، ۵۱/۵ درصد (۲۰۶ نفر) مرد، ۶ درصد مجرد، ۸۳/۸ درصد متأهل بودند. دامنه سنی مبتلایان به بیماری‌های مزمن ۲۴-۵۸ سال، با میانگین سنی ۵۷/۵۷ سال بود. ۴ درصد کارمند، ۲۸/۳ درصد دارای شغل آزاد، ۱۳/۸ درصد بازنشسته، ۸/۵ درصد بیکار و ۴۵/۵ درصد خانه‌دار بودند. ۵۵ درصد از این بیماران مزمن ساکن شهر و ۹۲/۳ درصد دارای سابقه بستری بودند. میانگین مدت ابتلا به بیماری مزمن حدود ۶ سال بوده است. ۱۷/۳ درصد دیابت، ۱۸ درصد فشار خون بالا، ۴۶ درصد

جدول شماره ۱: ارتباط متغیرهای پیشگو با سطح خودکارآمدی در مبتلایان به بیماری مزمن بر اساس مدل رگرسیون خطی چندگانه

متغیرهای پیشگو	B	Beta	p	۹۵CI (درصد)	Tolerance	VIF
سن	-۰/۹۸	-۰/۱۲۸	<۰/۰۰۱	-۱/۴۰۰ -۰/۵۷۳	۰/۸۲۴	۱/۲۰۰
سطح تحصیلات	۳/۶۵	۰/۱۴۹	۰/۰۰۲	۱/۳۱۱ ۶/۰۰۰	۰/۸۳۵	۱/۹۸۵
سطح درآمد	۱۸/۲۴	۰/۳۱۹	<۰/۰۰۱	۱۲/۵۸۵ ۲۳/۹۰۱	۰/۷۷۷	۱/۲۸۷

آماره آزمون دوربین واتسون ۱/۷۴۶ تخمین زده شد.

۳۳ سوالی خودکارآمدی بیماری‌های مزمن (CDSSES: Chronic Disease Self-Efficacy Scale) استفاده شد. بیماران پرسشنامه را مطالعه کرده و پاسخ هر سؤال را علامت زدند. برای پاسخ به هر سؤال پرسشنامه ی CDSSES، فرد باید عددی بین یک تا ده را انتخاب کند. دامنه نمرات از ۱ تا ۱۰ بوده، و عدد ۱ بیانگر اصلاً مطمئن نیستم و عدد ۱۰ به معنی کاملاً مطمئن می‌باشد. این پرسشنامه دارای سه بعد، که هر بعد دارای یک یا چند خرده مقیاس است، می‌باشد. اولین بعد شامل خودکارآمدی در رابطه با مدیریت رفتارهای خود بوده و دارای خرده مقیاس‌های انجام ورزش منظم (سؤالات ۱-۳)، گرفتن اطلاعات در رابطه با بیماری (سؤال ۴)، کمک گرفتن از دوست، خانواده، اجتماع (سؤالات ۵-۸)، برقراری ارتباط با پزشک و کادر درمان (سؤالات ۹-۱۱) می‌باشد. دومین بعد جهت سنجش خودکارآمدی عمومی به کار می‌رود و دارای یک خرده مقیاس مدیریت عمومی بیماری (سؤالات ۱۶-۱۲) است و سومین بعد شامل خودکارآمدی در رابطه با رسیدن به نتیجه مورد نظر می‌باشد که دارای خرده مقیاس‌هایی شامل انجام کارهای روزمره (سؤالات ۱۷-۱۹)، فعالیت‌های تفریحی و اجتماعی (سؤالات ۲۰ و ۲۱)، مدیریت علائم بیماری (سؤالات ۲۲-۲۶)، مدیریت تنگی نفس (سؤال ۲۷) و مدیریت افسردگی (سؤالات ۳۳-۲۸) می‌باشد. نمره در هر سؤال عددی است که بیمار از ۱ تا ۱۰ انتخاب می‌کند. اگر بیماران سهواً دو عدد نزدیک به هم را انتخاب کردند، عدد کم‌تر، امتیاز فرد محسوب می‌گردد و اگر اعداد انتخاب شده به هم نزدیک نباشند به آن سؤال نمره‌ای داده نمی‌شود. نمره بالاتر بیانگر سطح خودکارآمدی بالاتر می‌باشد (۱۲). اعتبار سنجی ابزار پس از ترجمه و باز ترجمه، با استفاده از شیوه اعتبار محتوی تعیین شد و جهت تعیین پایایی علمی نیز شیوه سازگاری درونی با تعیین ضریب الفای کرونباخ مورد استفاده قرار گرفت. این ضریب ۰/۹۳ درصد تخمین زده شد.

جدول شماره ۲: ارتباط خودکارآمدی با متغیرهای جمعیتی شناختی در بیماران مزمن تحت مطالعه (N=۴۰۰)

Sig	میانگین \pm انحراف معیار	متغیرهای فردی
p<۰/۰۰۱	۵/۴۵ \pm ۱/۴۸	جنسیت مرد
	۴/۸۷ \pm ۱/۴۹	زن
p<۰/۰۰۱	۵/۸۹ \pm ۱/۰۰۹	سن زیر ۴۰ سال
	۵/۴۴ \pm ۱/۴۰۷	۴۰-۵۰ سال
	۵/۴۵ \pm ۱/۵۶	۵۰-۶۰ سال
	۵/۰۱ \pm ۱/۴۵	بالای ۶۰ سال
p<۰/۰۰۱	۴/۲۶ \pm ۱/۴۱	تحصیلات بیسواد
	۴/۵۰ \pm ۱/۳۵	ابتدایی
	۵/۰۵ \pm ۱/۴۰	سیکل
	۶/۰۰۶ \pm ۱/۴۵	دیپلم
	۶/۵۱ \pm ۱/۵۹	لیسانس
p<۰/۰۰۱	۵/۷۴ \pm ۱/۲۳	وضعیت تاهل بالاتر لیسانس
	۵/۲۶ \pm ۱/۵۰	متاهل
	۵/۵۰ \pm ۱/۳۵	مجرد
p<۰/۰۰۱	۴/۲۴ \pm ۱/۴۰	شغل مطلقه یا بیوه
	۶/۶۳ \pm ۱/۶۳	کارمند
	۵/۲۶ \pm ۱/۳۸	آزاد
	۵/۶۴ \pm ۱/۴۸	بازنشسته
	۵/۱۵ \pm ۱/۵۱	بیکار
p<۰/۰۰۱	۵/۸۴ \pm ۱/۴۸	خانهدار
	۴/۹۳ \pm ۱/۴۸	سطح درآمد بین ۲-۱ میلیون
	۵/۹۱ \pm ۱/۱۸	بالای ۲ میلیون
p=۰/۰۲۷	۷/۰۰۵ \pm ۱/۷۳	بین ۲-۱ میلیون
	۵/۳۲ \pm ۱/۵۸	محل سکونت شهر
p<۰/۰۰۱	۴/۹۸ \pm ۱/۴۰	روستا
	۵/۵۸ \pm ۱/۴۲	نوع بیماری مزمن دیابت
	۵/۳۷ \pm ۱/۶۳	هایپر تشنش
	۴/۷۷ \pm ۱/۴۳	بیماری مزمن کلیوی
	۵/۷۴ \pm ۱/۴۳	بیماری مزمن قلبی

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی خودکارآمدی و عوامل مرتبط با آن، بر روی ۴۰۰ نفر از مبتلایان به بیماری های مزمن بستری در سه بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که مبتلایان به بیماری های مزمن از سطح خودکارآمدی متوسطی برخوردارند. در همین راستا Molloy و همکاران در مطالعه ای که در مبتلایان به بیماری عروق کرونر انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که سطح خودکارآمدی و تبعیت دارویی در این بیماران از سطح مطلوبی برخوردار نمی باشند (۱۴). مطابق با نتایج مطالعه باقری ساوه و همکاران، که با هدف بررسی همبستگی خودکارآمدی با رفتارهای خود مراقبتی مبتلایان به نارسایی قلبی صورت گرفت، بیش تر شرکت کنندگان، دارای سطح

بیماری مزمن کلیوی، ۱۸ درصد بیماری مزمن قلبی داشتند. ۵۶ درصد از این بیماران عادت به مصرف چای داشتند. میانگین BMI بیماران شرکت کننده در این مطالعه ۲۷/۳۷ \pm ۴/۷۶ بوده است. میانگین کلی نمره خودکارآمدی بیماری های مزمن در این مطالعه ۵/۱۷ \pm ۱/۵۱ بود. میانگین نمرات پرسشنامه CDESES در بعد اول (خودکارآمدی در رابطه با مدیریت رفتارهای خود، سوالات ۱-۱۱) ۴/۹۸ \pm ۱/۴۶، در بعد دوم (خودکارآمدی عمومی، سوالات ۱۲-۱۶) ۵/۳۴ \pm ۱/۶۴ و در بعد سوم (خودکارآمدی در رابطه با رسیدن به نتیجه مورد نظر، سوالات ۱۷-۳۳) ۵/۲۳ \pm ۱/۹۸ بوده است. در میان این سه بعد کم ترین نمره را بعد اول (خودکارآمدی در رابطه با مدیریت رفتارهای خود) و بیش ترین نمره خودکارآمدی را بعد دوم (خودکارآمدی عمومی) کسب نمودند. با توجه به نتایج جدول شماره ۲، ارتباط معنی داری بین نمره خودکارآمدی با جنسیت (p<۰/۰۰۱)، سن (p<۰/۰۰۱)، سطح تحصیلات (p<۰/۰۰۱)، وضعیت تاهل (p<۰/۰۰۱)، اشتغال (p<۰/۰۰۱)، سطح درآمد (p<۰/۰۰۱)، محل سکونت (p=۰/۰۲۷) و نوع بیماری (p<۰/۰۰۱) وجود داشته است.

نتایج رگرسیون خطی ساده نشان می دهد متغیر سن (B = -۱/۰۷۹)، سطح تحصیلات (B = ۳/۵۳۴)، سطح درآمد (B = ۱۸/۰۲۸)، جنس مؤنث (B = -۱۸/۰۲۸)، کارمندان (B = ۴۵/۴۲)، خانه داران (B = -۳۱/۶۴) نسبت به مشاغل آزاد و در نهایت متأهل ها (B = ۱۸/۵۲) و مطلقه/بیوه ها (B = -۳۵/۲۶)، می توانند به طور معناداری واریانس نمرات خودکارآمدی را در بیماران مزمن پیشگویی کند (جدول شماره ۳). با ورود متغیرها به مدل رگرسیون خطی چندگانه پس رونده (backward multiple linear regression)، متغیرهای باقی مانده در مدل، سن (B = -۰/۹۸)، سطح تحصیلات (B = ۳/۶۵) و سطح درآمد (B = ۱۸/۲۴)، ۲۳ درصد (R²=۰/۲۳) واریانس نمرات خودکارآمدی را تبیین کرد (جدول شماره ۱).

خودکارآمدی ضعیف تا متوسط بوده‌اند (۱۵). با این حال نتایج برخی مطالعات برخلاف نتایج مطالعه حاضر است (۱۷، ۱۶). دلایل این تضاد می‌تواند، تفاوت در حجم نمونه‌ها، ابزارهای متفاوت جهت سنجش خودکارآمدی و تفاوت‌های فرهنگی و اقلیمی که در هر جامعه در باورهای خودکارآمدی آن‌ها وجود دارد، باشد. در این مطالعه مردان از سطح خودکارآمدی مطلوب‌تری برخوردار بودند. در همین راستا، نتایج مطالعه پاریاد و همکاران مشخص نمود که مردان از خودکارآمدی بیش‌تری نسبت به زنان برخوردار هستند (۱۶). به نظر می‌رسد خودکارآمدی بیش‌تر مردان نسبت به زنان خصوصاً در جامعه ما، به این دلیل باشد که زنان بیشتر از مردان خود را وقف خانواده، امور منزل و به ویژه فرزندانشان می‌کنند و وقت کم‌تری جهت پرداختن به خود حتی در اوقات بیماری دارند. هم‌چنین زنان نسبت به مردان، در زمان طولانی‌تر و دیرتر با بیماری خود تطبیق می‌یابند و جهت تطابق با شرایط، نیاز به حمایت‌های روحی و عاطفی بیش‌تری دارند (۱۸). در همین رابطه در برخی از مطالعات نشان داده شد که مردان از میزان حمایت‌های اجتماعی - خانوادگی بیش‌تری نسبت به زنان برخوردارند و همین مسأله می‌تواند بر افزایش سطح خودکارآمدی و بهبود رفتارهای بهداشتی و خود مراقبتی تأثیر بگذارد (۱۹). با این حال در مطالعه دیگری بین جنس و سطح خودکارآمدی رابطه‌ای مشاهده نشد (۱۵). از دلایل تضاد در نتایج این مطالعات را می‌توان تفاوت در جامعه مطالعه، تعداد نمونه‌ها و تفاوت‌های فرهنگی موجود در جوامع مختلف دانست. در این مطالعه بین سن و خودکارآمدی رابطه معنی‌دار مشاهده شد به طوری که با افزایش سن میزان خودکارآمدی بیماران کاهش یافت که این نتیجه همسو با نتایج مطالعه پاریاد و همکاران می‌باشد، آن‌ها نشان دادند که با افزایش سن بیش‌تر از ۶۵ سال، میزان خودکارآمدی بیماران قلبی کاهش می‌یابد (۱۶). به نظر می‌رسد با افزایش سن و کاهش توان فیزیکی و همچنین اضافه شدن سایر بیماری‌های مزمن به بیماری اصلی فرد،

اطمینان آن‌ها از توانمندی در انجام رفتارهای مراقبت از خود کاهش می‌یابد. این در حالی است که در مطالعه دیگری هیچ ارتباطی بین سن و خودکارآمدی مشاهده نشده است (۲۰). به نظر می‌رسد محدود بودن جامعه مطالعه ذکر شده به بیماران قلبی از دلایل عدم وجود رابطه معنادار بین سن و خودکارآمدی باشد.

یافته‌های این مطالعه ارتباط مثبت و معناداری بین سطح تحصیلات و خودکارآمدی نشان داده است. افراد دارای تحصیلات بالاتر، خصوصاً افراد دارای لیسانس، از سطح خودکارآمدی مطلوب‌تری برخوردار بودند. نتیجه مطالعه Aalto و همکاران نیز مؤید ارتباط معنی‌دار آماری بین خودکارآمدی و سطح تحصیلات بوده است (۲۱). به نظر می‌رسد افراد دارای تحصیلات بالاتر، درک و باور مطلوب‌تری به توانایی‌های خویش دارند. هم‌چنین در این مطالعه نشان داده شد وضعیت تاهل بر سطح خودکارآمدی بیماران مزمن موثر است. افراد بیوه و مطلقه از کم‌ترین سطح خودکارآمدی برخوردار بودند. به نظر می‌رسد نداشتن حمایت‌های اجتماعی - خانوادگی و همچنین حمایت عاطفی، در دستیابی به سطح مطلوب خودکارآمدی موثر باشد. تأثیر مثبت تاهل بر سطح خودکارآمدی در مقاله Lauck و همکاران نیز گزارش شده است (۲۲). در این مطالعه بیماران کارمند دارای بالاترین سطح خودکارآمدی بودند، در حالی که بیماران بیکار از کم‌ترین سطح خودکارآمدی برخوردار بودند. در همین راستا سطح درآمد نیز با سطح خودکارآمدی رابطه معنادار دارد به طوری که بیماران دارای درآمد بالای دو میلیون تومان به‌طور قابل توجه‌ای از سطح خودکارآمدی مطلوب‌تری برخوردار بودند. بر این اساس می‌توان بیان داشت که بیکاری و کاهش توان مالی در کاهش اطمینان و باور بیماران به توانایی‌های فردی موثر می‌باشد. مطالعات دیگری نیز مؤید ارتباط اشتغال و سطح درآمد با خودکارآمدی هستند (۱۶، ۲۳). در این مطالعه بین نوع بیماری مزمن و خودکارآمدی رابطه معنی‌دار مشاهده شد به گونه‌ای که بیماران مزمن

به متفاوت شدن فرهنگ و ساختار اجتماعی باید با احتیاط انجام پذیرد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیماران مورد مطالعه از سطح خودکارآمدی متوسطی برخوردار بودند. بیماری های مزمن شیوع و اهمیت بالایی دارند و ضرورت ارتقای خودکارآمدی به عنوان پیش نیاز مهم رفتار در بهبود رفتارهای بهداشتی و سطح توانمندسازی این بیماران احساس می شود. به نظر می رسد ارتقای سطح خودکارآمدی در مبتلایان به بیماری های مزمن می تواند به بهبود کیفیت زندگی، کاهش دفعات بستری و تعدیل رفتارهای پرخطر این بیماران منجر شود. پرستاران به عنوان یکی از کلیدی ترین عضو کادر درمان که بیشترین تعامل را بیماران دارند، می توانند با کمک استراتژی های آموزش هدفمند، افزایش تعاملات آموزشی، تداوم پیگیری رفتارهای بهداشتی، انجام رفتار به شکل صحیح و مرحله به مرحله و ترغیب کلامی (دادن بازخورد از اطرافیان بیمار و پزشک و پرستار) جهت ارتقای سطح خودکارآمدی و افزایش توان خود مراقبتی بیماران مزمن گامی موثر بردارند.

سپاسگزاری

از همکاری تمامی بیماران شرکت کننده در مطالعه صمیمانه قدردانی می شود زیرا که بدون مشارکت آنها قطعاً انجام این مطالعه امکان پذیر نبوده است.

References

1. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 13th ed. Hardcover: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
2. Joachim G, Acorn S. Living with chronic illness: The interface of stigma and normalization. *Can J Nurs Res*. 2016; 32(3):37-48.
3. Cumbie SA, Conley VM, Burman ME. Advanced practice nursing model for

قلبی از بیشترین سطح خودکارآمدی و بیماران مزمن کلیوی دارای کمترین سطح خودکارآمدی بودند. به نظر می رسد محدودیت های دریافت کلیه پیوندی و مراجعه هفتگی اغلب بیماران مزمن کلیوی جهت همودیالیز و وابستگی این بیماران به دستگاه های همودیالیز و مراکز درمانی، همگی از دلایلی است که سبب کاهش سطح خودکارآمدی در این بیماران می شود. این درحالی است که در برخی مطالعات بیماران قلبی از سطح خودکارآمدی مطلوبی برخوردار بودند چرا که اکثر بیماری های قلبی با درمان دارویی و رعایت دستورات کادر درمان تحت کنترل قرار می گیرند (۲۳،۱۶). بیماران ساکن شهرها از سطح خودکارآمدی بالاتری نسبت به ساکنین روستاها برخوردار بودند. به نظر می رسد دسترسی بیش تر به کادر بهداشت و درمان و برخورداری از تسهیلات درمانی، باور و اطمینان بیشتر به توانمندی های خویش را به بیماران مزمن القا می کند. از جمله محدودیت های غیر قابل کنترل این مطالعه، پاسخ های فردی و فیزیولوژیکی متفاوت بیماران به شکل خود گزارش دهی بوده است که می تواند مواردی از خطا را به دنبال داشته باشد و همچنین زیاد بودن تعداد سؤالات پرسشنامه CDSES، موجب خستگی و کاهش دقت پاسخگویی بیماران گردید. این مطالعه در مراجعین به بیمارستان های آموزشی در استان مازندران انجام شد لذا تعمیم نتایج آن به سایر مناطق جغرافیایی کشور با توجه

comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *ANS Adv Nurs Sci* 2004; 27(1): 70-80.

4. Altintepe L, Levendoglu F, Okudan N, Guney I, Savas CILLI A, Ugurlu H, et al. Physical disability, psychological status, and health related quality of life in older hemodialysis patients and age matched controls. *Hemodial Int* 2006; 10(3): 260-266.

5. Peng YS, Chiang CK, Hung KY, Chang CH, Lin CY, Yang CS, et al. Are both psychological and physical dimensions in health-related quality of life associated with mortality in hemodialysis patients: a 7-year Taiwan cohort study. *Blood Purif* 2010; 30(2): 98-105.
6. O'Sullivan D, McCarthy G. Exploring the symptom of fatigue in patients with end stage renal disease. *Nephrol Nurs J* 2009; 36(1): 37-39.
7. Cowen PS, Moorhead S. Current issues in nursing. 8th ed. Elsevier Health Sciences; 2014.
8. Royani Z, Rayyani M, Behnampour N, Arab M, Goleij J. The effect of empowerment program on empowerment level and self-care self-efficacy of patients on hemodialysis treatment. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 18(1): 84-87.
9. Rayyani M, Malekyan L, Forouzi MA, Razban AHF. Self-care self-efficacy and quality of life among patients receiving hemodialysis in South-East of Iran. *Asian J Nurs Edu Res* 2014; 4(2): 165-171.
10. Kim JC, Shapiro BB, Zhang M, Li Y, Porszasz J, Bross R, et al. Daily physical activity and physical function in adult maintenance hemodialysis patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2014; 5(3): 209-220.
11. Chow SK, Wong FK. The reliability and validity of the Chinese version of the Short form Chronic Disease Self Efficacy Scales for older adults. *J Clin Nurs* 2014; 23(7-8): 1095-1104.
12. Lorig K. Outcome measures for health education and other health care interventions. New York: Sage Pub; 1996.
13. Kim CJ, Chae SM, Yoo H. Psychometric Testing of the Chronic Disease Self-Efficacy Scale–Korean Version (CDSSES-K). *J Transcult Nurs* 2012; 23(2):173-180.
14. Molloy GJ, Randall G, Wikman A, Perkins-Porras L, Messerli-Bürge N, Steptoe A. Type D personality, self-efficacy, and medication adherence following an acute coronary syndrome. *Psychosom Med* 2012; 74(1): 100-106.
15. Bagheri saveh Mi, Ashk Torab T, Borz Abadi Farahani Z, Zayeri F, Zohari Anboohi S. The relationship between self-efficacy and self-care behaviors in. *J Shahid Beheshti School Nurs Midwif* 2012; 22(78): 4715.
16. Paryad E, Hosseinzade T, Kazemnejad E, Asiri S. A study of self-efficacy in patients with Coronary Artery disease and Its Predictors. *Qom Univ Med Sci J* 2013; 7(2): 41-48.
17. Hoseinzadeh T, Paryad E, Asiri S, Kazem Nezhad Leili E. Relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients. *J Holist Nurs Midwifery* 2012; 22(1):1-8.
18. Janice L, Brunner HKH. Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lippincott; Williams & Wilkins, 2014.
19. 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. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(7): 888-895.
20. Lau Walker M. Importance of illness beliefs and self efficacy for patients with coronary heart disease. *J Adv Nurs* 2007; 60(2): 187-198.
21. Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro AR. Illness perceptions in coronary heart disease: Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *J Psychosom Res* 2005; 58(5): 393-402.

22. Lauck S, Johnson JL, Ratner PA. Self-care behaviour and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009; 8(3): 190-199.
23. Boroumand S, Shahriari M, Abbasi Jebeli M, Baghersad Z, Baradaranfard F, Ahmadpoori F. Determine the level of self-efficacy and its related factors in patients with ischemic heart disease: A descriptive correlational study. *Iran J Nurs Res* 2015; 7(4): 61-69 (Persian).