

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 (CDSES). 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^۱
حمید شریف نیا^۲
نورالدین موسوی نسب^۳
روانبخش اسماعیلی^۴
ویدا 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 51.17 ± 5 بوده است و آنالیز رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که متغیر سن ($p < 0.001$ ، $\beta = -0.005$ ، $CI_{95\%} [-0.014, -0.001]$)، سطح تحصیلات ($p = 0.002$ ، $\beta = 0.006$ ، $CI_{95\%} [0.001, 0.011]$) و سطح درآمد ($p < 0.001$ ، $\beta = 0.014$ ، $CI_{95\%} [0.001, 0.027]$) 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

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 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

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 توجه ای 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 ی 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

۳۳ سوالی خودکارآمدی بیماری های مزمن (CDSSE: 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 CDSSE، 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 مطمئنم می باشد. این پرسشنامه دارای سه بعد، که هر بعد دارای یک یا چند خرده مقیاس است، می باشد. اولین بعد شامل خودکارآمدی در رابطه با مدیریت رفتارهای خود بوده و دارای خرده مقیاس های 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) می باشد. دومین بعد جهت سنجش خودکارآمدی عمومی به کار می رود 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 می باشد که دارای خرده مقیاس هایی شامل انجام کارهای روزمره (سؤالات ۱۹-۱۷)، فعالیت های تفریحی و اجتماعی (سؤالات ۲۰ و ۲۱)، مدیریت علائم بیماری (سؤالات ۲۶-۲۲)، مدیریت تنگی نفس (سؤال ۲۷) و مدیریت افسردگی (سؤالات ۳۳-۲۸) می باشد. نمره در هر سؤال عددی است که بیمار از ۱ تا ۱۰ انتخاب می کند. اگر بیماران سهوا دو عدد نزدیک به هم را انتخاب کردند، عدد کم تر، امتیاز فرد محسوب می گردد و اگر اعداد انتخاب شده به هم نزدیک نباشند به آن سؤال نمره ای داده نمی شود. نمره بالاتر بیانگر سطح خودکارآمدی بالاتر می باشد (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.

جهت تجزیه و تحلیل توصیفی و تحلیلی داده ها، از نرم افزار آماری SPSS 23 استفاده شد. جهت تعیین عوامل پیش بینی کننده 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 باقیمانده ها، استقلال خطا، (Independent errors) در رگرسیون خطی، از آزمون دوربین واتسون (Durbin-Watson test)، و جهت بررسی پیش فرض عدم رابطه هم خطی چند گانه (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 چند گانه بیان شده است. سطح معناداری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

از ۴۰۰ بیمار شرکت کننده در این مطالعه، ۵۱/۵ درصد (۲۰۶ نفر) مرد، ۶ درصد مجرد، ۸۳/۸ درصد متأهل بودند. دامنه سنی مبتلایان به بیماری های 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 خانه دار 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 چند گانه

متغیرهای پیشگو	B	Beta	p	۹۵CI (درصد)	Tolerance	VIF
سن	-۰/۹۸	-۰/۲۲۸	<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	۱۲/۵۵۵ ۲۳/۹۰۱	۰/۷۷۷	۱/۲۸۷

آماره آزمون دوربین واتسون ۱/۷۴۶ 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	جنسیت
$p<0/001$	۵/۴۵ $\pm$ ۱/۴۸	مرد	جنسیت
	۴/۸۷ $\pm$ ۱/۴۹	زن	
$p<0/001$	۵/۸۹ $\pm$ ۱/۰۰۹	زیر ۴۰ سال	سن
	۵/۴۴ $\pm$ ۱/۴۰۷	۴۰-۴۹ سال	
	۵/۴۵ $\pm$ ۱/۵۶	۵۰-۵۹ سال	
	۵/۰۱ $\pm$ ۱/۴۵	۶۰-۶۹ سال	
$p<0/001$	۴/۲۶ $\pm$ ۱/۴۱	بالای ۷۰ سال	تحصیلات
	۴/۵۰ $\pm$ ۱/۳۵	پیشود	
	۵/۰۵ $\pm$ ۱/۴۰	ابتدایی	
	۵/۵۳ $\pm$ ۱/۲۷	سیکل	
	۶/۰۰۶ $\pm$ ۱/۴۵	دیپلم	
	۶/۵۱ $\pm$ ۱/۵۹	لیسانس	وضعیت تاهل
$p<0/001$	۵/۷۴ $\pm$ ۱/۲۳	بالای لیسانس	
	۵/۲۶ $\pm$ ۱/۵۰	متاهل	
	۵/۵۰ $\pm$ ۱/۳۵	مجرد	شغل
$p<0/001$	۴/۲۴ $\pm$ ۱/۴۰	مطلقه یا بیوه	
	۶/۶۳ $\pm$ ۱/۶۳	کارمند	
	۵/۲۶ $\pm$ ۱/۳۸	آزاد	
	۵/۶۴ $\pm$ ۱/۴۸	بازنشسته	سطح درآمد
	۵/۱۵ $\pm$ ۱/۵۱	پیکار	
	۵/۸۴ $\pm$ ۱/۴۸	خانه‌دار	
$p<0/001$	۴/۹۳ $\pm$ ۱/۴۸	بین ۲-۱ میلیون	
	۵/۹۱ $\pm$ ۱/۱۸	بالای ۲ میلیون	محل سکونت
$p=0/027$	۷/۰۰۵ $\pm$ ۱/۷۳	بین ۲-۱ میلیون	
	۵/۳۲ $\pm$ ۱/۵۸	شهر	
	۴/۹۸ $\pm$ ۱/۴۰	روستا	نوع بیماری مزمن
$p<0/001$	۵/۵۸ $\pm$ ۱/۴۲	دیابت	
	۵/۳۷ $\pm$ ۱/۶۳	هایپر تانسیون	
	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 CDSES 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 ($p<0/001$)، سن ($p<0/001$)، سطح تحصیلات ($p<0/001$)، وضعیت تاهل ($p<0/001$)، اشتغال ($p<0/001$)، سطح درآمد ($p<0/001$)، محل سکونت ($p=0/027$) و نوع بیماری مزمن ($p<0/001$) وجود داشته است.

نتایج رگرسیون خطی ساده نشان می دهد متغیر سن ($B = -1/079$)، سطح تحصیلات ($B = 3/534$)، سطح درآمد ($B = 18/028$)، جنس مؤنث ($B = -18/028$)، کارمندان ($B = 45/42$)، خانه داران ($B = -31/64$) نسبت به مشاغل آزاد و در نهایت متأهل ها ($B = 18/52$) و مطلقه/بیوه ها ($B = -35/26$)، 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 ($B = -0/98$)، سطح تحصیلات ($B = 3/65$) و سطح درآمد ($B = 18/24$)، ۲۳ درصد ($R^2 = 0/23$) واریانس نمرات خودکارآمدی را تبیین کرد (جدول شماره ۱).

خود کارآمدی ضعیف تا متوسط بوده‌اند (۱۵). با این حال نتایج برخی مطالعات برخلاف نتایج مطالعه حاضر است (۱۶، ۱۷). دلایل این تضاد می‌تواند، تفاوت در حجم نمونه‌ها، ابزارهای متفاوت جهت سنجش خود کارآمدی و تفاوت‌های فرهنگی و اقلیمی که در هر جامعه در باورهای خود کارآمدی آن‌ها وجود دارد، باشد. در این مطالعه مردان از سطح خود کارآمدی مطلوب‌تری برخوردار بودند. در همین راستا، نتایج مطالعه پاریاد و همکاران مشخص نمود که مردان از خود کارآمدی بیش‌تری نسبت به زنان برخوردار هستند (۱۶). به نظر می‌رسد خود کارآمدی 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 خود کارآمدی و بهبود رفتارهای بهداشتی و خود مراقبتی تأثیر بگذارد (۱۹). با این حال در مطالعه دیگری بین جنس و سطح خود کارآمدی 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 خود کارآمدی رابطه معنی‌دار مشاهده شد به طوری که با افزایش سن میزان خود کارآمدی 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 خود کارآمدی 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 خود کارآمدی 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 خود کارآمدی باشد.

یافته‌های این مطالعه ارتباط مثبت و معناداری بین سطح تحصیلات و خود کارآمدی نشان داده است. افراد دارای تحصیلات بالاتر، خصوصاً افراد دارای لیسانس، از سطح خود کارآمدی مطلوب‌تری برخوردار بودند. نتیجه مطالعه Aalto و همکاران نیز مؤید ارتباط معنی‌دار آماری بین خود کارآمدی 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 خود کارآمدی بیماران مزمن موثر است. افراد بیوه و مطلقه از کم‌ترین سطح خود کارآمدی برخوردار بودند. به نظر می‌رسد نداشتن حمایت‌های اجتماعی- خانوادگی و هم‌چنین حمایت عاطفی، در دستیابی به سطح مطلوب خود کارآمدی موثر باشد. تأثیر مثبت تاهل بر سطح خود کارآمدی در مقاله Lauck و همکاران نیز گزارش شده است (۲۲). در این مطالعه بیماران کارمند دارای بالاترین سطح خود کارآمدی بودند، در حالی که بیماران بیکار از کم‌ترین سطح خود کارآمدی برخوردار بودند. در همین راستا سطح درآمد نیز با سطح خود کارآمدی رابطه معنادار دارد به طوری که بیماران دارای درآمد بالای دو میلیون تومان به‌طور قابل توجه‌ای از سطح خود کارآمدی 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 خود کارآمدی هستند (۱۶، ۲۳). در این مطالعه بین نوع بیماری مزمن و خود کارآمدی رابطه معنی‌دار مشاهده شد به گونه‌ای که بیماران مزمن

قلبی از بیشترین سطح خودکارآمدی و بیماران مزمن کلیوی دارای کمترین سطح خودکارآمدی بودند. به نظر می‌رسد محدودیت‌های دریافت کلیه پیوندی و مراجعه هفتگی اغلب بیماران مزمن کلیوی جهت همودیالیز و وابستگی این بیماران به دستگاه‌های همودیالیز و مراکز درمانی، همگی از دلایلی است که سبب کاهش سطح خودکارآمدی در این بیماران می‌شود. این درحالی است که در برخی مطالعات بیماران قلبی از سطح خودکارآمدی مطلوبی برخوردار بودند چرا که اکثر بیماری‌های قلبی با درمان دارویی و رعایت دستورات کادر درمان تحت کنترل قرار می‌گیرند (۲۳، ۱۶). بیماران ساکن شهرها از سطح خودکارآمدی بالاتری نسبت به ساکنین روستاها برخوردار بودند. به نظر می‌رسد دسترسی بیش‌تر به کادر بهداشت و درمان و برخورداری از تسهیلات درمانی، باور و اطمینان بیشتر به توانمندی‌های خویش را به بیماران مزمن القا می‌کند. از جمله محدودیت‌های غیر قابل کنترل این مطالعه، پاسخ‌های فردی و فیزیولوژیکی متفاوت بیماران به شکل خود گزارش‌دهی بوده است که می‌تواند 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 بیمارستان‌های آموزشی در استان مازندران انجام شد لذا تعمیم نتایج آن به سایر مناطق جغرافیایی کشور با توجه

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. بیماری‌های مزمن شیوع و اهمیت بالایی دارند و ضرورت ارتقای خودکارآمدی به عنوان پیش‌نیاز مهم رفتار در بهبود رفتارهای بهداشتی و سطح توانمندسازی این بیماران احساس می‌شود. به نظر می‌رسد ارتقای سطح خودکارآمدی در مبتلایان به بیماری‌های مزمن می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی، کاهش دفعات بستری و تعدیل رفتارهای پرخطر این بیماران منجر شود. پرستاران به عنوان یکی از کلیدی‌ترین عضو کادر درمان که بیش‌ترین تعامل را بیماران دارند، می‌توانند با کمک استراتژی‌های 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 شرکت‌کننده در مطالعه صمیمانه قدردانی می‌شود 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 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, Malekian 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).