

بررسی همبستگی خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش های داخلی قلب بیمارستان توحید سنجندج وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان

محمد ایرج باقری ساوه^۱، دکتر طاهره اشک تراب^{۲*}، زیبا برزآبادی فراهانی^۳، دکتر فرید زایری^۴، سیما زهری انبوهی^۵

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: نارسایی قلبی بیماری مزمنی است که به رفتارهای خود مراقبتی ویژه ای تا پایان عمر نیاز دارد. بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، برای مواجهه با مشکلات بیماری، نیاز به رفتارهای خود مراقبتی دارند. خودکارآمدی پایه ای برای تقویت خودمراقبتی در نارسایی قلبی است که نقش زیادی در درمان و کنترل عوارض در این بیماری دارد. مطالعه حاضر با هدف یافتن وضعیت خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در استان کردستان و نیز عوامل مرتبط با آن و چگونگی ارتباط آن با وضعیت خودمراقبتی در این بیماران، طراحی و اجرا شد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی- همبستگی، بر روی ۱۵۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بخش های داخلی قلب بیمارستان توحید سنجندج که به صورت مبتنی بر هدف وارد تحقیق شدند، انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها شامل ۱ پرسشنامه جمعیت شناسی و اطلاعات مربوط به بیماری و ۲ مقیاس خودکارآمدی بیماران قلبی سالیوان و مقیاس اروپایی رفتارهای خودمراقبتی بیماران نارسایی قلب بود که به روش مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. پس از تعیین اعتبار و پایایی ابزارها، داده ها جمع آوری شده و با استفاده از نرم افزار آماری اس پی اس نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سنی بیماران $53/13 \pm 64/97$ سال و $5/3 \pm 55$ درصد نمونه های مورد پژوهش مرد بودند. میزان رعایت رفتارهای خودمراقبتی از سوی بیماران اکثراً متوسط (میانگین نمره $39/54$) بود و با سطح تحصیلات و محل زندگی و آموزش در مورد بیماری ارتباط معنادار داشت. میزان خودکارآمدی اکثر بیماران متوسط (میانگین نمره $26/60$) بود و میزان خودکارآمدی بیماران با سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، کلاس بیماری و مصرف مواد مخدر ارتباط داشت. بین خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی قوی و معنادار وجود داشت ($r=0/623, P<0/001$) به عبارتی خودکارآمدی به تنهایی ۳۹ درصد از واریانس (تغییرات) رفتارهای خودمراقبتی را پیشگویی می کند.

نتیجه گیری: میزان خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در سطح مطلوبی نبوده است و با توجه به اینکه خودکارآمدی به عنوان مهمترین تعیین کننده رفتارهای خودمراقبتی در اشخاص مبتلا به نارسایی قلبی از اهمیت زیادی برخوردار است، بنابراین ضرورت تقویت آن احساس می شود.

کلید واژه ها: خودکارآمدی، رفتارهای خودمراقبتی، نارسایی احتقانی قلب

مقدمه

نارسایی قلبی یکی از شایعترین اختلالات قلبی و عروقی بوده و به عنوان یک اختلال مزمن، پیشرونده و ناتوان کننده مطرح می باشد (Jaarsma و همکاران، ۱۹۹۸). نارسایی قلبی نتیجه مجموعه ای از تظاهرات بالینی گوناگونی شامل: احتقان گردش

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر طاهره اشک تراب، تهران، تقاطع نیایش، ولیعصر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
پست الکترونیک: t_ashktorab@sbmu.ac.ir

خود مراقبتی قسمتی از زندگی روزانه است. خودمراقبتی، مراقبتی است که توسط افراد برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و عافیتشان انجام می‌شود. مراقبت از خود راهی است که به وسیله آن افراد تلاش می‌کنند که از بیماری و ناتوانی پیشگیری کنند و سلامت خود را ارتقا بخشند. بیشترین مراقبت مورد نیاز افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن خود مراقبتی است. در حیطه بیماری‌ها، خود مراقبتی باعث مدیریت بهتر علائم (مثل کاهش درد، اضطراب، افسردگی و خستگی)، احساس تندرستی، افزایش امید به زندگی، بهبود کیفیت زندگی با استقلال بیشتر می‌شود.

رفتارهای مراقبت از خود مناسب سبب ارتقاء توانائی‌ها، انجام بهتر فعالیت‌های روزانه و دستیابی به استقلال در بیماران شده و به این ترتیب آنان در انجام عملکردهای اجتماعی توانا تر و برای زندگی امیدوارتر و نهایتاً از کیفیت زندگی مطلوبتری برخوردار می‌گردند (رفیعی فر و همکاران ۱۳۸۴). خودمراقبتی پایه اصلی درمان برای بیماران مبتلا به نارسایی قلبی محسوب می‌شود. اما هنوز علی‌رغم برنامه‌های آموزشی مدیریت بیماری که خودمراقبتی هسته اصلی این آموزش‌ها می‌باشد، بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در اجرای خودمراقبتی مشکلات بسیاری دارند. دانشمندان و پزشکان هنوز در مورد علت عدم رعایت خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی سردرگم می‌باشند (Dickson و همکاران، ۲۰۰۸؛ Gonzalez و همکاران ۲۰۰۶-).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که عوامل متعددی می‌توانند روی انجام رفتارهای خودمراقبتی توسط این بیماران تأثیر گذار باشند که یکی از این عوامل خودکارآمدی می‌باشد (شجاعی و همکاران، ۱۳۸۸). بنابراین احتمالاً یکی از عوامل روانی اجتماعی تأثیر گذار بر روی رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند خودکارآمدی باشد. خودکارآمدی نیز به عنوان یک مفهوم از مفاهیم اصلی نظریه شناختی اجتماعی (تئوری یادگیری اجتماعی)، اولین بار توسط بندورا در سال ۱۹۷۷ مطرح شد (شکیبازاده و همکاران ۱۳۸۸). و سپس مورد توجه دیگر نظریه پردازان تغییر رفتار قرار گرفت. خودکارآمدی، اطمینان خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می‌نماید. این مفهوم، میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در واقع بر روی رفتارهای خودمراقبتی تأثیر دارد. خودکارآمدی پیش نیاز مهم رفتار محسوب می‌شود، چراکه به عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی فرد عمل می‌نماید. یک فرد با خودکارآمدی پایین، کم‌تر احتمال دارد که در انجام

خون، تنگی نفس، خستگی و ضعف می‌باشد. شدت تظاهرات بالینی آن معمولاً مطابق با معیارهای ارائه شده توسط انجمن قلب آمریکا توصیف می‌شود، نارسایی قلبی از شیوع بالایی هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه برخوردار می‌باشد (Riegel و همکاران، ۲۰۱۰). نزدیک به ۱۵ میلیون نفر در جهان (Heo و همکاران، ۲۰۰۸) و در ایالات متحده آمریکا به تنهایی تقریباً ۵۷۰۰۰۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی تشخیص داده شده است. شیوع و بروز آن با افزایش سن بالا می‌رود، به طوری که در آمریکا تقریباً یک درصد افراد بیشتر از پنجاه سال و حدود ده درصد سالمندان بالای هشتاد سال مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشند. نارسایی قلبی شایع‌ترین علت بستری افراد بالاتر از ۶۵ سال و دومین علت شایع برای رفتن به مطب پزشک در ایالات متحده می‌باشد (Riegel و همکاران، ۲۰۱۰).

در ایران نیز طبق آماري که مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۱۳۸۸ منتشر نمود تعداد مبتلایان به نارسایی احتقانی قلبی در ۱۸ استان کشور در همان سال حدود ۳/۳ نفر در یکصد نفر جمعیت بوده است که از این تعداد حدود ۲/۸ نفر سن بالای ۵۰ سال و حدود ۰/۴ نفر در سنین بین ۴۵-۱۵ سال قرار داشتند و میانگین سن مرگ ۶۵/۷ سال و درصد سال‌های از دست رفته عمر ۱/۷ سال بوده است (حبیب الله زاده و همکاران، ۱۳۸۸).

کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پایین است و هر چه نارسایی قلبی در فرد شدیدتر گردد، کیفیت زندگی پایین تر می‌آید (رضایی لویه و همکاران ۱۳۸۷). در مطالعه‌ای توسط جارسما و همکاران مشخص شد که ارتقاء رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به طور چشمگیری از بروز علائم و شکایات آنها کاسته و منجر به ارتقاء کیفیت زندگی شان گردید (شجاعی و همکاران ۱۳۸۵). بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نیز به علت عواقب بیماری و درمان، با تغییر در نیازهای مراقبت از خود مواجه خواهند بود و جهت مواجهه با مشکلات بیماری، نیازمند رفتارهای مراقبت از خود می‌باشند (Jaarsma و همکاران، ۲۰۰۳). وزن کردن روزانه خود، تماس با پزشک در صورت مشاهده ورم روی پا، قوزک پا، ساق پا و شکم، مصرف منظم داروها طبق دستور پزشک، خودداری از نوشیدن زیاد مایعات، میزان و نحوه ورزش کردن و رعایت رژیم غذایی کم نمک و..... مثال هایی از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می‌باشند. (Grady و Judkins، ۲۰۰۴).

سندج وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان سال ۱۳۹۰ بودند که واجد شرایط معیارهای تعیین شده برای واحدهای پژوهش بودند از جمله اینکه حداقل یک سال از تشخیص بیماری آنها گذشته باشد و فاقد مشکلات جسمی و ذهنی نظیر آلزایمر و عقب ماندگی ذهنی باشند.

تعداد کل نمونه های پژوهش ۱۵۰ نفر بودند به صورت مبتنی بر هدف، از میان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بخش های منتخب و با توجه به معیارهای ورود در پژوهش انتخاب شدند.

جهت گردآوری داده ها در این پژوهش از یک پرسشنامه و دو مقیاس استفاده شد که عبارت بودند از: ۱- پرسشنامه مشخصات جمعیت شناسی و اطلاعات مربوط به بیماری که شامل: ۱۰ سوال مربوط به اطلاعات جمعیت شناسی و ۱۱ سوال مربوط به اطلاعات بیماری می باشد. ۲- مقیاس خودکارآمدی بیماران قلبی سالیوان: جهت تعیین خودکارآمدی بیماران از پرسشنامه خود کارآمدی بیماران قلبی سالیوان استفاده شد. این مقیاس کاملاً مختص بیماران قلبی می باشد که بعد از استخراج از منابع الکترونیکی و ترجمه آن توسط پژوهشگر مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۱۳ سوال می باشد که میزان اطمینان و خودکارآمد بودن بیماران را در زمینه رعایت مراقبت های عمومی، کنترل علائم بیماری و رعایت دستورات دارویی در یک طیف لیکرتی پنج درجه ای مورد ارزیابی قرار می دهد. در استفاده از این مقیاس از واحدهای مورد پژوهش خواسته می شود در مورد هر سوال در یک مقیاس پنج درجه ای، میزان موافقت خود را اعلام کنند. هر سوال دارای چهار امتیاز می باشد که به بیشترین میزان اطمینان (گزینه خیلی زیاد) ۴ امتیاز تعلق می گیرد و به کمترین میزان اطمینان (گزینه اصلاً اطمینان ندارم) صفر امتیاز تعلق می گیرد و در نهایت نمره خودکارآمدی بدست می آید. نمره کل این پرسشنامه بین ۵۲-۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی درک شده بهتر می باشد (طبق نظر طراح ابزار نمرات ۱۹-۰ خودکارآمدی ضعیف، ۳۸-۲۰ خودکارآمدی متوسط، ۵۲-۳۹ خودکارآمدی خوب محسوب می شود). ۳- مقیاس اروپایی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پرسشنامه ترجمه شده علیزاده (۱۳۹۰) و شجاعی و همکاران (۱۳۸۵) شامل سوالاتی در مورد رایج ترین رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلبی می باشد. یک پرسشنامه خودگزارشی است که فعالیت های خود مراقبتی بیماران را بررسی می کند و شامل سوالاتی در رابطه با: وزن کردن روزانه خود، تماس با پزشک در

رفتار جدید بهداشتی یا تغییر در رفتاری که برایش عادت شده، تلاش بکند. لذا در روند درمان بیماری های مزمن، بالابردن خود کارآمدی اهمیت زیادی دارد (Bandura, ۱۹۹۷). خود کارآمدی عامل مهمی در انجام رفتارهای خودمراقبتی توسط بیمار محسوب می شود. نگاهی به مطالعات گذشته نشان می دهد که نتایج متفاوتی از تأثیر خود کارآمدی بر خود مراقبتی در بیماری های دیگر مانند دیابت گزارش شده است. مطالعات متعددی تأثیر مستقیم خودکارآمدی بر رفتار خود مراقبتی در بیماران دیابتی را گزارش کرده اند. در حالی که Chelbowy و Garvin در مطالعه ای در سال ۲۰۰۶ هیچ ارتباطی بین خودکارآمدی و خودمراقبتی در دیابت نیافتند (مروتی شریف آباد و همکاران، ۱۳۸۸). با توجه به اینکه مطالعه پژوهشگر تاکنون حاکی از آن است که در مورد رابطه خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در ایران و سایر کشورهای جهان مطالعه ای انجام نشده است، هدف اصلی از این مطالعه بررسی میزان همبستگی خودکارآمدی با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی می باشد. لذا با توجه به اهمیت بیماری نارسایی قلبی در ایران و با توجه به تناقضات نتایج مطالعات پیشین در دیابت و با توجه به اینکه در محیط های فرهنگی متفاوت، می توان انتظار نتایج متفاوتی از مطالعه سازه های روانی مختلف مانند: خودکارآمدی داشت، مطالعه حاضر طراحی گردید.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی بوده و جهت تعیین همبستگی بین خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب کلاس ۳ و ۲ انجام شد (بر اساس تشخیص پزشک و شواهد موجود در پرونده بیمار از جمله: کسر تخلیه ای و همچنین طبق طبقه بندی انجمن قلب آمریکا)، عدم انتخاب افراد مبتلا به نارسایی در کلاس ۱ و ۴ این بود که بیماران کلاس ۱ ناتوانی خاصی در انجام رفتارهای خودمراقبتی نداشتند (سنجش رعایت رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران بی معنی بود) و افراد مبتلا به کلاس ۴ بیماری، افراد بدحالی بودند که اکثراً در بخش سی سی یو بستری بودند و عملاً توانایی انجام رفتارهای خود مراقبتی و همچنین پاسخ دادن به پرسشنامه و مصاحبه را نداشتند بنابراین از بیماران مبتلا به کلاس ۳ و ۲ استفاده شد. در پژوهش حاضر جامعه پژوهش شامل کلیه زنان و مردان مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش های داخلی قلب بیمارستان توحید

صورت مشاهده ورم روی پا، قوزک پا، ساق پا و شکم، مصرف منظم داروها طبق دستور پزشک، محدودیت مصرف زیاد مایعات، ورزش کردن و رعایت رژیم غذایی کم نمک و..... است (سوالاتی مانند: خودم را هر روز وزن می کنم، داروهایم را مطابق دستور پزشک مصرف می کنم و...) این ابزار که در سال ۲۰۰۳ توسط جارسما و همکارانش برای تعیین رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی طراحی شده است و به ۱۴ زبان ترجمه گردیده است. این پرسشنامه شامل ۱۲ سوال و پاسخ هر سوال بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای از "همیشه" با امتیاز ۱ به منظور مشخص نمودن انجام مناسب رفتار تا "هیچ وقت" با امتیاز ۵ در تغییر است و در مجموع، نمره کل این مقیاس بین ۶۰-۱۲ است و نمرات پایین تر نشان دهنده رعایت بهتر رفتارهای خودمراقبتی از سوی بیماران می باشد (طبق نظر طراح ابزار ۲۸-۱۲ خودمراقبتی خوب، ۴۴-۲۹ خودمراقبتی متوسط، ۶۰-۴۵ خودمراقبتی ضعیف محسوب می شود).

جهت تعیین روایی پرسشنامه های فوق از روش روایی محتوی و اعتبار صوری استفاده شد. بدین ترتیب که پس از مطالعه کتب و مقالات متعدد الکترونیکی، ابزارهای مذکور اخذ و پس از ترجمه و تایید و تصحیح در اختیار ۶ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و ۵ نفر از افراد جامعه پژوهش و ۲ نفر متخصص داخلی قلب شاغل در سنج و ۴ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی سنج قرار داده و مورد بررسی و قضاوت قرار گرفت. پس از جمع آوری نظرات، تغییرات و نظرات اصلاحی لازم در آن لحاظ شد و پس از تایید ابزار مذکور مورد استفاده قرار گرفت. به منظور تعیین روایی صوری سعی شد تا از شیوه نگارش، جمله بندی و ظاهر منطقی و جالب برای ابزار استفاده شود. لازم به ذکر است که در مورد تعیین روایی محتوی و صوری پرسشنامه اروپایی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلبی با عنایت به اینکه روایی محتوای و صوری این پرسشنامه توسط علیزاده (۱۳۹۰) بررسی شده به ۵ نفر از بیماران نارسایی احتقانی قلب بستری در بیمارستان توحید سنج نیز جهت اطمینان از ادراک مطالب داده شد. جهت تعیین پایایی ابزارهای خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و آزمون مجدد استفاده شد. پایایی مقیاس خودکارآمدی بیماران قلبی سالیوان با روش همسانی درونی ۰/۸۵ و با روش آزمون مجدد ۰/۸۰ بدست آمد،

همچنین پایایی مقیاس اروپایی رفتارهای خودمراقبتی با روش همسانی درونی ۰/۸۰ و با روش آزمون مجدد ۰/۸۵ بدست آمد. پس از تصویب طرح پژوهش و تمهیدات لازم برای اجرای آن از قبیل اخذ معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی و کسب اجازه کتبی از مسئول تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و گرفتن معرفی نامه و کسب اجازه از مسئولین مراکز منتخب و گرفتن موافقت نامه از واحدهای مورد پژوهش، پژوهشگر در یک ساعت مشخص بین ۱۰ الی ۱۲ صبح و ۴ تا ۶ عصر (ساعتی که معمولا بیماران خواب نباشند و ویزیت پزشکان انجام شده باشد) به محیط پژوهش مراجعه نمود و بعد از کسب اجازه از سرپرستار بخش های قلب در صورتی که بیمار ویژگی واحد های پژوهش را دارا بود، مصاحبه برای کل پرسشنامه، با بیماران انتخاب شده به منظور جمع آوری اطلاعات انجام شد. برای تحلیل داده ها و بررسی روابط بین متغیرهای مختلف بدلیل نرمال بودن توزیع داده ها بنابر آزمون کولموگروف-اسمیرنوف از آزمون های پارامتری نظیر: آزمون تی مستقل (برای مقایسه میانگین در دو جامعه مستقل)، تحلیل واریانس یک طرفه (برای مقایسه میانگین در چند جامعه مستقل) و ضریب همبستگی پیرسون (برای بررسی ارتباط دو متغیر کمی نرمال) و ضریب همبستگی اسپیرمن (برای بررسی ارتباط دو متغیر کیفی نرمال) و از تحلیل رگرسیون خطی ساده (برای بررسی الگوی ارتباط بین نمرات خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی) استفاده شد.

یافته ها

دامنه سنی بیماران ۸۵-۴۰ سال با میانگین $64/97 \pm 13/53$ سال بود. ۵۵/۳ درصد نمونه های مورد پژوهش مرد، ۷۲/۷ درصد بیماران متأهل، ۴۳/۳ درصد آنها خانه دار، ۳/۳ درصد آنها کارمند و اکثر بیماران (۷۲/۷ درصد) بیسواد بودند. از نظر محل سکونت حدود ۷۴ درصد در شهر زندگی می کنند. همچنین یافته های این مطالعه نشان داد که حدود ۵۶/۷ درصد از بیماران در کلاس ۲ بیماری قرار داشتند. میانگین کسر تخلیه ای بیماران $33/23 \pm 8/11$ بود. تقریباً نیمی از واحدهای مورد پژوهش (۴۲/۷ درصد) سیگاری بودند و اکثر بیماران (۹۲ درصد) سابقه مصرف مواد مخدر و الکل نداشتند. اکثر بیماران (۶۲ درصد) آموزش هایی در مورد بیماری خود و رفتارهای خودمراقبتی دیده بودند که بیشترین این آموزش ها از طرف پرسنل درمانی خصوصاً پزشکان انجام شده بود.

متغیرهای سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، کلاس بیماری و مصرف مواد مخدر ارتباط معنادار داشت ($P < 0/05$). در حالی که با متغیرهای جنس، شغل، محل زندگی، کسر تخلیه ای، مصرف سیگار و الکل و آموزش در مورد بیماری ارتباط معناداری نداشت ($P > 0/05$) (جدول ۲).

از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط نمرات خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی استفاده شد که این شاخص نشان داد همبستگی قوی و معنادار بین این دو متغیر وجود دارد ($r = 0/623$ ، $P < 0/001$). با توجه به این که ضریب همبستگی پیرسون مثبت و بالا می باشد نشاندهنده ارتباط مستقیم و قوی بین دو متغیر خودکارآمدی و رفتارهای خود مراقبتی می باشد (جدول ۳). یعنی بین خودکارآمدی و رفتارهای خود مراقبتی همبستگی وجود دارد و با استفاده از مدل رگرسیون خطی تقریباً ۳۹ درصد از تغییرات خود مراقبتی به تنهایی به وسیله تغییرات خودکارآمدی قابل پیش بینی است و در واقع ۶۱ درصد از تغییرات خودمراقبتی ناشی از عوامل دیگری بجز خودکارآمدی هستند.

میانگین رعایت رفتارهای خودمراقبتی $39/54 \pm 7/22$ به دست آمد به طوری که حدود ۲۶ درصد از بیماران رعایت رفتارهای خودمراقبتی را به خوبی انجام می دادند و نمرات آنها در دامنه ۱۲-۲۸ قرار می گرفت و حدود ۶۶ درصد از نمونه ها به طور متوسط (در دامنه ۲۹-۴۴) و حدود ۸ درصد به طور ضعیف (در دامنه ۴۵-۶۰) رفتارهای خود مراقبتی را انجام می دادند. میزان رعایت رفتارهای خود مراقبتی با متغیرهای سن، جنس، شغل، وضعیت تاهل، کسر تخلیه ای، کلاس بیماری، مصرف سیگار و مواد مخدر و الکل ارتباط معنادار نداشت ($P > 0/05$) اما با متغیرهای سطح تحصیلات، محل زندگی و گذراندن آموزش در مورد بیماری ارتباط معنادار بدست آمد ($P < 0/05$) (جدول ۱).

همچنین در این پژوهش میانگین خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی $26/60 \pm 9/60$ به دست آمد. حدود ۱۲ درصد از بیماران از میزان خودکارآمدی خوبی برخوردار بودند و نمرات آنها در دامنه ۳۹-۵۲ قرار می گرفت و حدود ۶۲/۷ درصد از نمونه ها به طور متوسط (در دامنه ۲۰-۳۸) و حدود ۲۵/۳ درصد به طور ضعیف (در دامنه ۱۹-۰) نمره قابل اکتساب درک شده را به دست آوردند. خودکارآمدی با

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی واحدهای پژوهش بر اساس متغیرهای جمعیت شناسی و اطلاعات بیماری

متغیر	نوع آزمون	مقدار آزمون	سطح معنی داری (P-value)
سن	ANOVA	$F=6/15$	$P=0/542$
جنس	T-Test	$F=1/18$	$P=0/240$
وضعیت تاهل	ANOVA	$F=3/07$	$P=0/736$
شغل	ANOVA	$F=1/64$	$P=0/140$
تحصیلات	ANOVA	$F=6/18$	$P=0/001^*$
محل زندگی	T-Test	$F=4/53$	$P=0/021^*$
کلاس بیماری	T-Test	$F=7/43$	$P=0/318$
کسر تخلیه ای	ANOVA	$F=1/06$	$P=0/368$
مصرف سیگار	T-Test	$F=1/69$	$P=0/675$
مصرف مواد مخدر	T-Test	$F=6/87$	$P=0/237$
مصرف الکل	T-Test	$F=5/19$	$P=0/732$
آموزش در مورد بیماری	T-Test	$F=1/02$	$p=0/008^*$

جدول ۲: مقایسه میانگین نمرات خودکارآمدی واحدهای پژوهش بر اساس متغیرهای جمعیت شناسی و اطلاعات بیماری

متغیر	نوع آزمون	مقدار آزمون	سطح معنی داری (P-value)
سن	ANOVA	F=۳/۲۳	P=۰/۰۴۲*
جنس	T-Test	F=۰/۸۳	P=۰/۰۸۵
وضعیت تاهل	ANOVA	F=۳/۵۱	p=۰/۰۳۲*
شغل	ANOVA	F=۱/۵۲	P=۰/۱۷۴
تحصیلات	ANOVA	F=۴/۳۰	p=۰/۰۰۶*
محل زندگی	T-Test	F=۳/۱۶	P=۰/۴۵۵
کلاس بیماری	T-Test	F=۴/۹۲	p=۰/۰۲۵*
کسر تخلیه ای	ANOVA	F=۲/۱۶	P=۰/۸۴۷
مصرف سیگار	T-Test	F=۲/۹۷	P=۰/۵۰۲
مصرف مواد مخدر	T-Test	F=۱/۱۳	p=۰/۰۰۳*
مصرف الکل	T-Test	F=۱/۲۶	P=۰/۰۸۲
آموزش در مورد بیماری	T-Test	F=۲/۲۷	P=۰/۳۲۳

جدول ۳: ضریب همبستگی خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	r	P
خودکارآمدی	۱۵۰	۲۶/۶۰	۹/۶۰	۰/۶۲۳	<۰/۰۰۱
رفتارهای خودمراقبتی	۱۵۰	۳۹/۵۴	۷/۲۲		

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش میانگین رعایت رفتارهای خود مراقبتی $39/54 \pm 7/22$ به دست آمده نشان دهنده رعایت رفتارهای خودمراقبتی به طور متوسط (نه خوب و نه ضعیف) از جانب بیماران می باشد. در حالی که در مطالعه شجاعی و همکاران که در سال ۱۳۸۸، به منظور تعیین رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان شهید رجائی تهران انجام شد میانگین نمرات رعایت رفتارهای خود مراقبتی $33/91 \pm 9/22$ بود. لازم به توضیح است که نمرات پایین تر نشان دهنده رعایت بهتر رفتارهای خودمراقبتی می باشد. علت بالاتر بودن میانگین نمرات رعایت رفتارهای خودمراقبتی در پژوهش حاضر، می تواند به دلیل میانگین سنی بالای واحدهای پژوهش در این مطالعه باشد. با توجه به نتایج مطالعات، افزایش سن باعث کاهش رعایت رفتارهای خودمراقبتی و شدت بیماری باعث افزایش رعایت رفتارهای خودمراقبتی می شود (شجاعی و همکاران ۱۳۸۸؛ آذریاد ۱۳۸۴؛ Rockwell و Riegel، ۲۰۰۱).

بر اساس یافته های پژوهش، سن با میزان رعایت رفتارهای خودمراقبتی همبستگی معنادار نداشت ($P > 0/05$). در مطالعه محمد حسنی و همکاران (۱۳۸۹) نیز نتیجه مشابهی به دست آمد Riegel و همکاران (۲۰۱۰) در این زمینه می نویسند:

تغییرات ناشی از سالمندی نظیر کاهش بینایی، شنوایی و شناختی بیمار سبب ناتوانی وی در امر خودمراقبتی می شود، از طرفی بیماران مسن تر به علت کاهش بسیاری از توانایی ها در انجام رفتارهای خودمراقبتی به دیگران وابسته می شوند. در مطالعات شجاعی و همکاران (۱۳۸۸)، آذریاد (۱۳۸۴)، نقیب (۱۳۸۹)، علیزاده (۱۳۹۰)، مروتی شریف آباد و همکاران (۱۳۸۸) نتایجی مخالف با نتیجه حاضر به دست آمد، در این مطالعات رفتارهای خودمراقبتی با سن ارتباط معکوس و معناداری داشت یعنی با افزایش سن رعایت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران کاهش می یابد. شاید یکی از دلایل متفاوت بودن نتیجه این مطالعه با اکثر مطالعات این باشد که در مطالعه حاضر بیش از ۶۰ درصد نمونه ها از میانگین سنی بالایی برخوردار بودند (بیشتر از ۶۰ سال) که این خود روی معنادار شدن ارتباط این دو متغیر تاثیر خواهد داشت.

یافته های این پژوهش مشابه تحقیقات دیگر مانند: Rockwell و Riegel (۲۰۰۱)، شجاعی و همکاران (۱۳۸۸)، آذریاد (۱۳۸۴)، نقیب (۱۳۸۹)، مروتی شریف آباد و همکاران (۱۳۸۸)، علیزاده (۱۳۹۰) و شکیبازاده و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد بین سطح تحصیلات و رعایت رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنی دار وجود دارد و رعایت رفتارهای خودمراقبتی در افراد با تحصیلات عالی و دانشگاهی و دیپلم

خودمراقبتی به صورت منظم و کامل بر می‌گردد که منجر به کاهش سطح تحرک این بیماران می‌شود. همین امر به نوبه خود باعث کاهش یافتن سطح خودکارآمدی درک شده بیماران با افزایش سن آنها شده و باعث نا امید شدن بیماران از ادامه انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌شود.

یافته های حاصل از این مطالعه نشان داد که بین مصرف سیگار و الکل با میزان خودکارآمدی ارتباط و همبستگی معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). در حالی که بین مصرف مواد مخدر و میزان خودکارآمدی رابطه معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). بر این اساس میزان خودکارآمدی در بیمارانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند بیشتر از بیمارانی است که مواد مخدر مصرف نمی‌کنند. در مطالعه کاویانی و عقیلی در سال ۱۳۷۶ مشخص شد که بین خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد مخدر رابطه معکوسی وجود دارد یعنی هرچه خودکارآمدی بیشتر باشد افراد گرایش کمتری به مصرف مواد دارند اما طبق نظر کاپلان در افراد معتاد در لحظات اول مصرف مواد احساس اعتماد به نفس و خودکارآمدی افراد به طور کاذب و گذرا افزایش پیدا می‌کند که شاید دلیل متفاوت بودن نتیجه این مطالعه با سایر مطالعات همین باشد.

در مجموع یافته های پژوهش بیانگر آن است که خودکارآمدی درک شده دارای همبستگی مثبت و معناداری با رعایت رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد. بنابراین با توجه به نقش گسترده ای که پرستاران در مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارند می‌توانند با ارائه مداخلات حمایتی مناسب از جمله افزایش خودکارآمدی در جهت افزایش رعایت رفتارهای خودمراقبتی و در نهایت ارتقاء کیفیت زندگی آنها که هدف نهایی می‌باشد قدم بردارند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه آقای محمد ایرج باقری ساوه کارشناسی ارشد آموزش پرستاری به راهنمایی خانم دکتر طاهره اشک تراب و همچنین طرح تحقیقاتی به شماره مصوب ۱۳۹۱/۲/۵/پ مورخ ۱۳۹۱/۲/۵ می‌باشد. بدین وسیله از کلیه اساتید و پرسنل زحماتش دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی و مدیریت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان سپاسگزاریم. از کلیه سرپرستاران بخش های داخلی قلب بیمارستان توحید سمنندج و بیماران بستری قدردانی می‌شود که بی شک بدون همکاری آنان اجرای این پژوهش مقدور نبود.

نسبت به سایر گروه ها مناسب تر است ($P < 0/001$). در حالی که در مطالعه محمدحسینی و همکاران (۱۳۸۹) بین سطح تحصیلات و میزان رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معناداری وجود نداشت. Riegel و Rockwell (۲۰۰۱) بیان می‌کنند که بیماران دارای تحصیلات بیشتر، قدرت قضاوت و تصمیم گیری بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند.

مشابه یافته های مطالعه توماس و همکاران (۲۰۰۱)، رضایی لویه و همکاران (۱۳۸۷)، شجاع فرد و همکاران (۱۳۸۷) و شجاعی و همکاران (۱۳۸۸) بین آموزش و سطح دانش و آگاهی با میزان رعایت رفتارهای خود مراقبتی ارتباط و همبستگی معنادار و مستقیمی وجود دارد ($P < 0/05$). یعنی بیمارانی که در مورد رفتارهای خودمراقبتی آموزش دیده اند نسبت به افرادی که آموزش ندیده اند رعایت رفتارهای خودمراقبتی مناسب تری داشتند.

در این پژوهش میانگین خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی $26/60 \pm 9/60$ به دست آمد در حالی که در مطالعه مروتی شریف آباد و همکاران که در سال ۱۳۸۸، به منظور تعیین خودکارآمدی درک شده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز پژوهش های دیابت یزد انجام شد میانگین نمرات خودکارآمدی $50/39 \pm 10/89$ بود. لازم به توضیح است که نمرات بالاتر نشان دهنده میزان خودکارآمدی بهتر از جانب بیماران می‌باشد. علت پایین تر بودن میانگین نمرات خودکارآمدی در پژوهش حاضر، می‌تواند به دلیل میانگین سنی بالای واحدهای پژوهش در این مطالعه باشد. همچنین می‌تواند به علت متفاوت بودن نوع بیماری و نوع پرسشنامه های به کار برده شده باشد. با توجه به نتایج مطالعات، افزایش سن باعث کاهش میزان خودکارآمدی در افراد می‌شود.

مشابه با یافته های مطالعه مروتی شریف آباد و همکاران (۱۳۸۸) و نقیب (۱۳۸۹) و مخالف با مطالعه شمسی (۱۳۹۰) بین سن و میزان خودکارآمدی رابطه معنادار و معکوسی وجود داشت ($P < 0/05$). یعنی میزان خودکارآمدی در سنین پایین بیشتر بوده و کم کم با افزایش سن این میزان کمتر می‌شود. بنابراین نتایج این مطالعه با اکثر مطالعات قبلی مطابقت دارد و سن یک عامل تاثیرگذار بر روی خودکارآمدی بیماران محسوب می‌شود. به اعتقاد مروتی شریف آباد و همکاران (۱۳۸۸) متغیر سن با خودکارآمدی همبستگی معنادار معکوس داشت کاهش یافتن رفتارهای خود مراقبتی با افزایش سن در مطالعه حاضر احتمالاً به مزمن بودن بیماری و عدم انجام رفتارهای

REFERENCES

- Alizadeh Z (2011). [Correlation between perceived social support and self-care behaviors of patients with heart failure in hospitals affiliated with Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. Master Dissertation of Nursing Education]. Nursing and Midwifery School. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. (Persian).
- Azarpad M (2005). [Examination the correlation between self-care behaviors and self-care needs in patients with CHF referred to Shahid Rajaee hospital. Master Dissertation of Nursing Education]. Nursing and Midwifery school. Iran University of Medical Sciences. (Persian).
- Bandura A (1997). Self-efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman.
- Chlebowy D Garvin B (2006). Social support, self-efficacy, and outcome expectations: impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*. 32 (5) 777-786.
- Dickson V Deatrck J Riegel B (2008). A typology of heart failure self-care management in non- elders. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 7 (3) 171-181.
- Gonzaleza B Lupon J Parajon T et al (2006). Use of the European heart failure self-care behavior scale (EHFSCBS) in a Heart Failure Unit in Spain. *Revista Espanola De Cardiologia* 59 (2) 166-170.
- Habibolahzadeh H et al (2009). [Examination the reasons of CHF and the knowledge and function of patients in self-care]. *Scientific Magazine Of Medicine organization of Islamic Republic of Iran*. 19 (2) 85-89. (Persian).
- Heo S Moser DK Lennie TA et al (2008). Gender diffrences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*. 45 (4) 1807-1815
- Jaarsma T Halfens R Senten M et al (1998). Developing a supportive educative program for patients with advanced HF within orem's general theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*. 11 (2) 79-85.
- Jaarsmaa T Stromberge A Martensson J et al (2003). Development and testing of the European heart failure self-care behaviour scale. *The European Journal of Heart Failure*. 5 (3) 363-370.
- Judkins C, Grady KL (2004) State of the science for cardiovascular nursing outcomes: heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 19 (3) 329-338
- Kaviani A Aghili M (1997) [Psychiatric Diseases]. 1th edition. Tehran. Tabalvor publication. (Persian).
- Mohammad Hassani MR Farahani B Zohouri AR et al (2010). [Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 3 (2) 87-91. (Persian).
- Morowatisharifabad M RohaniTonkaboni N (2008). [Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center]. *Birjand University of Medical Science Joournal*. 15 (4) 91-99. (Persian).
- Naghib S (2010). [Correlation of self-efficiency to compliance in patients suffering from tuberculosis ,who are being trated iv health centers related to kordestan medical university. Master Dissertation of Nursing Education]. Nursing and Midwifery School. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. (Persian).
- Raffeeefar SH Atarzadeh M AhmadzadeAsl M et al (2005). [Educational guiedline in pharhangsara]. 1th editin. Ghom Medical Sciences and Health Services University. (Persian).
- Rezaee Looyeh H Dalvandi A Hosseini M et al (2008). [The effect of self-care education on quality of life in patients with CHF]. *Rehabilitation*. 10 (2) 21-27. (Persian).
- Riegel B Vaughan Dickson V Kuhn L et al (2010). Gender -specific barriers and facilitators to heart failure self-care: A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*. 47 (7) 888-895.
- Rockwell JM Riegel B (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *HEART & LUNG*. 30 (1) 18-25
- Shakibazadeh E Rashidian A Larijani B et al (2009). [Correlation between perceived self-efficacy and barriers with self care in patients diabet type 2]. *Hayat*. 15(4) 69-78. (Persian).
- Shamsi A (2011). [Correlation between dimensions of self-efficacy and dimension of fatigue in faculty members in school of Nursing & midwifery. Master Dissertation of Nursing Education]. Nursing and Midwifery School Shahid Beheshti University of Medical Sciences (Persian).

- Shojafard J Nadrian H Baghiani Moghadam MH et al (2009). Effects of an educational program on self-care behaviors and its perceived benefits and barriers in patients with Heart Failure in Tehran. Payavard Salamat. 2 (4) 43-55
- Shojaee F Asemi S Najaf Yarandi A et al (2006). [Examination the correlation between self-care behaviors with quality of life in patints with CHF]. Iranian Nursing Magazine. 18 (44) 49-56 (Persian).
- Shojaee F Asemi S Najaf Yarandi A et al (2009). [Self-care behaviors in patients with CHF]. Payesh Faslnameh. 8 (4) 361-369. (Persian).
- Thomas LK Sargent RG Michels PC et al (2001). Identification of the factors associated with compliance to therapeutic diet in older adults with end stage renal diseases. Journal of Renal Nutrition. 11(2). 80-89.

The relationship between self-efficacy and self-care behaviors in chronic heart failure

Bagheri saveh MI¹, AshkTorab T², Borz Abadi Farahani Z³, Zayeri F⁴, Zohari Anboohi S⁵

1. Alumnus PhD, Faculty of nursing and midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran Iran
2. Associate professor, Department of nursing, Faculty of nursing and midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Lecturer, Department of nursing, Faculty of nursing and midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Assistant professor, Department of biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aim: Chronic Heart Failure (CHF) as a chronic disease demands special self-care behaviors lifelong. These patients in order to control the problems of this disease need self-care behaviors. So, recognition of these behaviors and encouragement patients to participate and acceptance the responsibility of doing these behaviors lead to control the problems of this disease. Self-efficacy is a basis for promoting self-care behaviors in CHF which play a major role in treatment and control of the complications. Self-efficacy is proposed as a concept of social learning theory and a construct of health belief model, particularly when the model is used for predicting simple lifestyle changes in chronic diseases. This study was designed and carried out to determine the status of this construct and its related factors and also, its correlation with self-care behaviors among patients with CHF.

Materials and Methods: The study had a descriptive, correlational design. The method used for sampling was capitation and the study samples consisted of 150 patients under treatment referring to internal heart wards of Tohid hospital in Sanandaj. Three questionnaires were used in this study including:

1) Demographic and disease information 2) Cardiac self – efficacy Sullivan scale 3) European Heart Failure Self-care behaviors scale

Second and third scales were used to record self-efficacy and self-care behaviors through interviewing each subject into private. After determining content and face validities, the reliability of the cardiac self-efficacy Sullivan scale was figured by internal consistency ($\alpha=0.85$), test-retest ($r=0.80$), and the reliability of the European Heart Failure self-care behaviors scale was figured by internal consistency ($\alpha=0.80$) and test-retest ($r=0.85$). The data were analyzed using the SPSS software (version 16).

Findings: The average age of patients was 64.97 ± 13.53 years old and 55.3 percent of the samples were male. The amount of self-care behaviors by patients was moderate (average scores of 39.54) and correlated to education, place of living and disease education but its relation to age, sex, gob, marital status, disease class, ejection fraction and addiction to smoking, opium and alcohol was not statistically significant. The amount of self-efficiency of the majority of patients was moderate (average scores of 26.60) and it was also related to age, marital status, education, disease class and addiction to opium but its relation to sex, job, place of living, ejection fraction, disease education and addiction to smoking and alcohol was not statistically significant. There was a direct and strong correlation between self-efficiency and self-care behaviors ($P < 0.001$, $r=0.623$). Given that the correlation coefficient of Pearson in this study is positive and close to 1 ($r = 0.623$), it indicates that self-efficacy was positively correlated with self-care behaviors and its respective variance was 39%.

Conclusion: Self-efficacy and self-care behaviors in CHF patients are not at a desirable level which needs to be promoted within self-care programs. Self-efficacy, as the most important CHF-related self-care, has got a high level of importance. Therefore, self-efficacy must be reinforced especially in these patients that seem to be weaker in this domain.

Keywords: Self-efficacy, Self-care behaviors, Congestive heart failure

Corresponding Author: Tahereh Ashketorab. Department of Medical–Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery. Shahid Behshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: t_ashketorab@sbm.ac.ir