

بررسی خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن

طوبی حسین‌زاده^۱، عزت پاریاد^{۲*}، احسان کاظم‌نژاد^۳، شهلا اسیری^۴

چکیده

زمینه و هدف: افزایش توانمندسازی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر در جهت ارتقای رفتارهای بهداشتی آنان، نقشی اساسی دارد. یکی از راههای افزایش این مهارت، ارتقای خودکارآمدی بیماران است که می‌تواند در بهبود وضعیت بیماری، پیشگیری از عوارض و بستری شدن مجدد تأثیر به‌سزایی داشته باشد. هدف از این مطالعه تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی عمومی، فعالیت جسمانی و رفتار تغذیه‌ای بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، ۱۹۵ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به درمانگاه مرکز آموزشی، درمانی قلب دکتر حشمت رشت به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسشنامه‌های درک از بیماری، خودکارآمدی عمومی، خودکارآمدی فعالیت جسمانی و رفتار تغذیه‌ای بررسی شدند. جهت تعیین روابط بین متغیرها از آزمون کای‌دو و تعیین پیش‌بینی‌کننده‌ها از رگرسیون لجستیک استفاده شد. سطح معنی‌داری مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۷۴/۹٪ واحدها دارای خودکارآمدی عمومی مطلوب، ۸۶/۲٪ دارای خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای مطلوب و ۲۸/۲٪ دارای خودکارآمدی جسمانی مطلوب بودند. به‌علاوه متغیرهای سن، جنس، تشخیص بیماری قلبی و درک از بیماری بیش از سایر عوامل، پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی عمومی بود. متغیرهای وضعیت اشتغال و درک از بیماری؛ پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی فعالیت جسمانی و متغیر درک از بیماری؛ پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی رفتارهای تغذیه‌ای را تشکیل می‌داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این تحقیق به‌نظر می‌رسد برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تری جهت ارتقای خودکارآمدی فعالیت جسمانی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مورد نیاز است.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی؛ بیماری عروق کرونر؛ عروق کرونر.

^۱ مربی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شهید بهشتی رشت، گیلان، ایران.
^۲ کارشناس ارشد آموزش داخلی و جراحی پرستاری، عضو مرکز تحقیقات تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.
^۳ دکتری آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.
^۴ کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

عزت پاریاد، عضو مرکز تحقیقات تعیین‌گرهای اجتماعی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

e_paryad@gums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۶

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۱/۱۷

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Paryad E, Hosseinzade T, Kazemnejad E, Asiri Sh. A Study of Self-efficacy in Patients with Coronary Artery Disease and Its Predictors. Qom Univ Med Sci J 2013;7(2):41-48. [Full Text in Persian]

مقدمه

امروزه، یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی که به‌عنوان عامل اصلی ناتوانی و مرگ در انسانها شناخته می‌شود، ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب است (۱). آمار جهانی مؤید آن است که ۲۳٪ از موارد مرگ و میر به‌علت ابتلا به بیماری عروق کرونر روی می‌دهد، و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ ابتلا به این بیماری، علت اصلی کاهش ناکارآمدی افراد باشد (۲). این بیماری علاوه بر اینکه با گسترش وسیع موجب بروز عوارضی مانند نارسایی احتقانی قلب، ادم حاد ریه، شوک کاردیوژنیک و مرگ و میر بسیار می‌شود، هزینه‌های زیادی را نیز برای مراقبت و درمان به بیمار تحمیل می‌کند (۳).

به‌طوری‌که هزینه‌های مستقیم (درمان) و غیرمستقیم (غیبت از کار و اشتغال) ناشی از بیماری عروق کرونر، ۲۶/۷۷ میلیارد ریال در سال برآورد شده است (۴). یکی از عواملی که می‌تواند موجب افزایش احتمال بروز عوارض، افزایش مرگ و میر، ناتوانی و بالارفتن هزینه‌های خدمات بهداشتی، درمانی شود؛ عدم پیگیری رژیم‌های درمانی و مراقبتی است. در این میان، ارتقای کیفیت مراقبت و درمان از طریق مشارکت بیمار در برنامه‌های مراقبتی با بهبود وضعیت جسمی بیماران موجب کاهش میزان مرگ و میر، ناتوانی، همچنین کاهش هزینه‌ها می‌شود (۵). همچنین توانمندسازی فرد مبتلا به بیماری عروق کرونر جهت مراقبت از خود می‌تواند از عوارض این بیماری پیشگیری نموده و یا بروز آن را به تعویق بیندازد. به عبارت دیگر، افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر به افزایش مهارت‌های توانمندی خود نیاز دارند تا بتوانند به‌طور مؤثر علائم و نشانه‌های بیماری خود را کنترل نموده و مانع به‌وجود آمدن عوارض ناشی از بیماری شوند (۶). یکی از راههای افزایش توانمندی افراد، ارتقای خودکارآمدی است.

خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان فرد از توانا بودن در انجام کارهای مراقبت از خود به‌صورت مطلوب است، به‌طوری‌که از این طریق فرد به نتایج مطلوب‌تری از مراقبت از خود دست می‌یابد (۷). به‌نظر می‌رسد ارتقای رفتارهای مراقبت از خود در بیماران قلبی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و کاهش دفعات بستری آنان منجر شود. بدین ترتیب می‌توان انتظار داشت که از بروز عوارض پیشگیری شده و یا زمان آن به تعویق بیفتد (۸).

بر این اساس افرادی که سطح خودکارآمدی بالاتری دارند، فعالانه‌تر در برنامه مراقبت از خود شرکت می‌کنند (۹). به عبارت دیگر، بیمارانی که به توانایی‌های خود جهت کنترل وضعیت قلبی اعتقاد دارند با احتمال بیشتری برنامه‌های فعالیت جسمانی و رژیم غذایی را دنبال می‌کنند (۱۰)، که در نتیجه به تعدیل رفتارهای پرخطر آنان کمک نموده و حتی می‌تواند موجب به تعویق افتادن عمل جراحی پیوند عروق کرونر شود (۱۱). ارتقای خودکارآمدی بیماران بدون شناسایی عواملی که به ایجاد آن منجر می‌شود، امکان‌پذیر نیست.

تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده مؤثر بر خودکارآمدی می‌تواند جهت ارائه مراقبت بهتر از خود و در نتیجه پیشگیری از عوارض، کمک‌کننده باشد (۱۲) برخی از مطالعات ویژگی‌های فردی و اجتماعی را نیز از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده گرایش افراد جهت شرکت در فرآیندهای مراقبت از خود اعلام کرده‌اند (۱۳). علاوه بر این ویژگی‌ها، درک از بیماری نیز عاملی مهم در پیش‌بینی توانمندی افراد برای انجام رفتارهای سازگارانه محسوب می‌شود (۱۲).

درگیری همیشگی بیماران قلبی با علائم و نشانه‌های بیماری خود، انجام مطالعات وسیع را در مورد راهکارهای مؤثر بر کاهش عوارض بیماری ضروری می‌سازد.

به‌منظور پیشگیری از عود نشانگان بیماری لازم است مداخلات درمانی و مراقبتی مناسب به‌موقع اجرا شوند و در این میان تداوم انجام این اقدامات توسط خود بیمار، مستلزم درک درست وی از بیماری و ارتقای خودکارآمدی وی در اجرای اقدامات مراقبتی است.

با توجه به آنکه در فرهنگ‌های متفاوت عوامل گوناگونی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی گزارش شده است، لذا محققین بر آن شدند تا پژوهشی با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی عمومی، فعالیت جسمانی و رفتارهای تغذیه‌ای در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام دهند. به‌نظر می‌رسد با دستیابی به نتایج این تحقیق بتوان به طراحی برنامه‌های درمانی - مراقبتی مناسب و کاهش احتمالی دفعات بستری در این بیماران کمک نمود.

روش بررسی

این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی روی ۱۹۵ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب مرکز آموزشی، درمانی دکتر حشمت رشت انجام شد. نمونه‌ها با توجه به تشخیص ثبت‌شده در پرونده پزشکی در این مرکز که قبل از حضور بیمار در اتاق ویزیت درمانگاه از بایگانی خارج شده بود، انتخاب شدند. انتخاب نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به مشخصات واحدهای پژوهش انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ثبت تشخیص پزشکی ابتلا به آنژین صدری، انفارکتوس میوکارد و عدم ابتلا به عوارض ناشی از بیماری عروق کرونر مانند ادم حاد ریه و نارسایی احتقانی قلب بود. شرایط خروج از مطالعه نیز عبارت بود از: عدم ابتلا به بیماری تیروئید و بیماری‌های زمینه‌ای مانند اختلالات خواب و گوارشی، کاهش عملکرد مفاصل و عضلات.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش بود: بخش اول حاوی مشخصه‌های فردی و اجتماعی واحدها، و بخش دوم نیز از ۳۳ سؤال در ارتباط با پیش‌بینی‌کننده‌های خودکارآمدی مرتبط با بیماری شامل ۸ سؤال مربوط به علائم و نشانه‌های بیماری و ۲۵ سؤال مربوط به درک از بیماری IPQ (Illness Perception Questionnaire) تشکیل شده بود. در این مطالعه IPQ برگرفته از ابزار درک از بیماری Veinmann و همکاران بود که پیش از این نیز در مطالعات متعددی از آن استفاده شده بود (۱۲، ۱۴، ۱۷)، بخش سوم ابزار نیز خود شامل ۳ بخش و حاوی ۳۰ عبارت بود.

بخش اول پرسشنامه از ۱۰ عبارت در ارتباط با خودکارآمدی عمومی واحدها (GSES (Generalized Self-Efficacy Scale) تشکیل می‌شد. این بخش برگرفته از سنجش خودکارآمدی Law walker و همکاران بود (۱۲، ۱۵)، که در مطالعات متعدد نیز کاربرد داشته است (۱۸، ۱۹)، و دارای ۱۰ عبارت در ارتباط با سنجش اعتقاد بیماران به توانایی‌های خود در وضعیت‌های مشکل بوده که پاسخ‌های آنان براساس مقیاس لیکرت تنظیم شده است. دامنه نمرات این ابزار ۵۰-۱۰ بود، و نمرات کسب‌شده از پاسخ به سؤالات آن نیز بر مبنای مقایسه مجموع نمرات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جهت سنجش خودکارآمدی فعالیت جسمانی و رفتارهای تغذیه‌ای از پرسشنامه خودکارآمدی فعالیت جسمانی و رفتارهای تغذیه‌ای (ESEI (Cardiac Exercise Self Efficacy Instrument) و (CDSEI (Cardiac Diet Self Efficacy Instrument) و تهیه‌شده به وسیله Hicki و همکاران (۲۰) استفاده شد که شامل ۲۰ عبارت در مورد ارزیابی اعتقاد بیماران به توانایی‌های خود در انجام فعالیت‌های جسمانی و دنبال نمودن رژیم غذایی بعد از رویداد قلبی بود. اعتبار ابزار پس از ترجمه و بازترجمه، 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 جهت بخش‌های علائم و نشانه‌های بیماری، درک از بیماری، خودکارآمدی عمومی، فعالیت جسمانی و خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای به ترتیب ۷۷، ۸۸، ۸۵ و ۹۰٪ برآورد شد.

پس از تأیید اعتبار و پایایی ابزار، ابتدا مطالعه آزمایشی با استفاده از ۳۰ نفر بیمار واجد شرایط ورود به مطالعه انجام شد، و پس از تکمیل ابزار توسط این افراد؛ ۱۹۵ نفر با فرض توان ۹۰٪، حدود اطمینان ۹۵٪، نسبت شانس ۱/۱ و فراوانی ۲۵٪ انتخاب شدند که پس از تکمیل و امضای فرم رضایت آگاهانه وارد تحقیق شدند. شرکت‌کنندگان حین پاسخ‌دادن به سؤالات هیچ گونه تبادل نظری با یکدیگر نداشتند. جمع‌آوری اطلاعات به مدت ۶۰ روز از اوایل شهریورماه تا اواسط آذرماه سال ۱۳۸۸ انجام گرفت. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

جهت تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی، ارتباط خطی مشخصه‌های فردی، اجتماعی و پیش‌بینی‌کننده‌های مرتبط با بیماری و متغیرهای اصلی با استفاده از آزمون کای‌دو بررسی شد. متغیرهایی که دارای ارتباط معنی‌دار با متغیرهای اصلی؛ یعنی خودکارآمدی عمومی، فعالیت جسمانی و رفتار تغذیه‌ای بودند در گام اول وارد مدل رگرسیون لجستیک چندگانه شدند. سطح معنی‌داری برای آزمون‌های آماری مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اکثریت واحدهای مورد تحقیق در دامنه سنی ۴۶-۶۵ سال (۶۵/۶٪) قرار داشتند و افراد مذکر ۵۳/۸٪، متأهل ۷/۸۷٪، دارای تحصیلات زیردپلم ۳۷/۴٪، مبتلا به آئزین صدی ۶۸/۲٪، دارای سابقه ابتلا اعضای خانواده به بیماری قلبی ۶۳/۱٪، دارای سابقه ابتلا به بیماری مزمن مانند دیابت و پرفشاری خون ۹۵/۴٪، داشتن حداقل یک‌بار سابقه بستری ۵۱/۳٪، زندگی با همسر و فرزندان ۲/۶۶٪، خانه‌دار ۳۳/۳٪، دارای سابقه کسب آموزش در مورد نحوه مراقبت از خود ۵/۷۹٪، داشتن علائم و نشانه‌های خفیف بیماری ۵۹٪ و درک از بیماری مطلوب ۸/۷۳٪ بود، درحالی‌که ۷۴/۹٪ واحدها خودکارآمدی عمومی مطلوب، ۸۶/۲٪ خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای مطلوب و تنها ۲۸/۲٪ آنها

خودکارآمدی جسمانی مطلوب داشتند. بین متغیرهایی مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، تشخیص بیماری قلبی، شرایط زندگی (زندگی به تنهایی، با همسر، با همسر و فرزندان، با فرزندان)، شغل، سابقه کسب آموزش در مورد مراقبت از خود و درک از بیماری با خودکارآمدی عمومی ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت. بین خودکارآمدی فعالیت جسمانی نیز با متغیرهای سطح تحصیلات، سابقه ابتلای اعضای خانواده به بیماری قلبی و درک از بیماری ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت که در گام اول وارد مدل شدند. در مورد متغیر خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای نیز تنها دو متغیر علائم و نشانه‌های بیماری و درک از بیماری با این متغیر دارای ارتباط آماری معنی‌دار بودند. نتایج آزمون در جداول شماره ۱، ۲ و ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۱: عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی عمومی براساس مشخصه‌های فردی،

اجتماعی و عوامل مرتبط با بیماری به روش مدل رگرسیون لجستیک چندگانه

ردیف	متغیرها	B	S.E	Wald	df	sig	Exp(B)=OR	CI
۱	سن	-۲/۷۱۲	۱/۱۰۴	۶/۰۳۰	۱	۰/۰۱۴	۰/۰۶۶	۰/۰۰۸-۰/۵۷۸
۲	جنس (مرد)	۱/۸۲۲	۰/۷۵۷	۵/۷۹۷	۱	۰/۰۱۶	۶/۱۸۲	۱/۴۰۳-۲۷/۲۳
۳	تشخیص بیماری قلبی (آئزین صدی)	۲/۱۲۱	۰/۷۹۷	۷/۰۷۴	۱	۰/۰۰۸	۸/۳۳۹	۱/۷۴-۳۹/۷۹
۴	درک از بیماری	۰/۲۳۸	۰/۰۴۷	۲۵/۲۵۲	۱	۰/۰۰۰	۱/۲۶۸	۱/۱۵-۱/۳۹

جدول شماره ۲: عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی فعالیت جسمانی براساس مشخصه‌های فردی،

اجتماعی و عوامل مرتبط با بیماری به روش مدل رگرسیون لجستیک چندگانه

ردیف	متغیرها	B	S.E	Wald	df	sig	Exp(B)=OR	CI
۱	شغل ۳ (خانه‌دار)	۱۲/۰۲۲	۰/۰۰۷	۱۲/۰۲۲	۳	۰/۰۰۷	۳/۸۷۳	۱/۱۸۹-۱۲/۶۱
۲	شغل ۳ (۱: کارگر - کارمند)	۱/۳۵۴	۰/۶۰۲	۵/۰۵۱	۱	۰/۰۲۵	۱/۵۱۹	۰/۴۸۵-۴/۷۶۲
۳	شغل ۳ (۲: شغل آزاد)	۰/۴۱۸	۰/۵۸۳	۰/۵۱۵	۱	۰/۴۷۳	۷/۱۶۴	۱/۹۹-۲۵/۷۵
۴	شغل ۳ (۳: بازنشسته)	۱/۹۶۹	۰/۶۵۳	۹/۰۹۸	۱	۰/۰۰۳	۱/۱۴۰	۱/۰۹۱-۱/۱۹۲
۵	درک از بیماری	۰/۱۳۱	۰/۰۲۲	۳۴/۲۵۰	۱	۰/۰۰۰		

جدول شماره ۳: عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای براساس مشخصه‌های فردی،

اجتماعی و عوامل مرتبط با بیماری به روش مدل رگرسیون لجستیک چندگانه

ردیف	متغیرها	B	S.E	Wald	df	sig	Exp(B)=OR	CI
۱	درک از بیماری	۰/۰۵۳	۰/۰۱۵	۱۲/۱۳۶	۱	۰/۰۰۰	۱/۰۵۵	۱/۰۸۷-۱/۰۲۴

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت خودکارآمدی عمومی، فعالیت جسمانی، رفتار تغذیه‌ای و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب یکی از مراکز آموزشی، درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد اکثریت بیماران دارای علائم و نشانه‌های خفیف بیماری و دارای درک مطلوب از بیماری بوده‌اند. در این رابطه نتایج تحقیق Cherrington و همکاران که با هدف تعیین درک از بیماری بعد از وقوع انفارکتوس میوکارد و تأثیر آن بر بهبودی انجام گرفت، نشان داد بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد شرکت‌کننده دارای درک مطلوبی از بیماری خود بوده‌اند (۲۱). با توجه به اینکه اکثریت واحدهای شرکت‌کننده در این تحقیق سابقه ابتلا به بیماری عروق کرونر به مدت بیش از ۶ ماه را داشته و دارای سابقه دریافت آموزش در مورد مراقبت از خود نیز بودند، این امکان وجود دارد که هریک از دو متغیر فوق بر مطلوب شدن درک این بیماران تأثیر داشته است. یافته‌های این مطالعه مؤید آن است که اکثریت بیماران مورد بررسی از خودکارآمدی عمومی مطلوبی برخوردار بوده‌اند. در این رابطه تحقیق Law-walker که با هدف تعیین ارتباط بین درک از بیماری و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به آترین صدري و انفارکتوس میوکارد انجام شد، نشان داد خودکارآمدی عمومی اکثر بیماران تحت مطالعه نیز مطلوب بوده است (۱۲). با توجه به آنکه عوامل متعددی ممکن است خودکارآمدی عمومی بیماران را تحت تأثیر خود قرار دهد، لذا به نظر می‌رسد عواملی مانند سابقه دریافت آموزش در مورد چگونگی مراقبت از خود که اکثریت واحدهای مورد پژوهش بر دریافت آن اذعان داشته‌اند، توانسته است موجب ارتقای خودکارآمدی در این بیماران شود. نتیجه تحقیق Sullivan و همکاران، همچنین Aalto و همکاران نیز مؤید ارتباط معنی‌دار آماری بین خودکارآمدی عمومی و سطح تحصیلات می‌باشد (۲۲، ۱۴). همچنین متغیر سن می‌تواند به عنوان یک متغیر زمینه‌ای، سطح خودکارآمدی را تحت تأثیر قرار دهد. در تحقیق حاضر بهترین سطح خودکارآمدی عمومی در بیماران با دامنه سنی ۴۵-۶۵ سال مشاهده شد.

این در حالی است که نتیجه مطالعه King و همکاران با عنوان "بررسی ارتباط عوامل فردی، اجتماعی و روانی با گرایش به توانبخشی قلبی" نشان داد بیماران زیر ۶۵ سال خودکارآمدی عمومی بالاتری نسبت به بیماران بالای ۶۵ سال دارند (۱۳). البته این در حالی است که نتیجه برخی از تحقیقات نیز مبین عدم ارتباط آماری بین خودکارآمدی عمومی و سن می‌باشد (۲۳). به نظر می‌رسد علاوه بر سن، متغیرهای زمینه‌ای دیگری مانند جنس نیز می‌تواند بر خودکارآمدی عمومی تأثیرگذار باشد. چنانچه یافته‌های این تحقیق نیز بیانگر همین نکته است. براساس این نتایج تعداد مردانی که دارای خودکارآمدی عمومی مطلوب بوده‌اند، بیشتر از زنان است. در این مورد برخی از منابع به بررسی تفاوت تطبیق عاطفی پس از بروز رویداد قلبی در مردان نسبت به زنان پرداخته‌اند. برخی از نتایج بیان می‌کند مردان پس از بروز رویداد قلبی، تطبیق عاطفی بهتری نسبت به زنان از خود نشان داده‌اند (۲۴)، که ممکن است همین نکته بر مطلوب شدن خودکارآمدی عمومی مردان در این تحقیق مؤثر باشد. به علاوه، یافته‌های این تحقیق نشان داد تأهل نیز متغیری تأثیرگذار بر خودکارآمدی عمومی است. به طوری که واحدهای با سن بیشتر از ۴۵ سال، جنس مرد، متأهل، دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر، با تشخیص آترین صدري، دارای شرایط زندگی با همسر و فرزندان، بازنشسته و دارای سابقه آموزش در مورد نحوه مراقبت از خود؛ از خودکارآمدی عمومی مطلوب‌تری نسبت به سایر گروه‌ها برخوردار هستند. تأثیر تأهل بر خودکارآمدی در تحقیق Johnson و همکاران نیز گزارش شده است (۲۵). در هر حال به نظر می‌رسد تأهل و شرایط مناسب خانوادگی احتمالاً می‌تواند با ایجاد آرامش در دستیابی به خودکارآمدی مؤثر باشد. این در حالی است که در این تحقیق خودکارآمدی عمومی مطلوب در بیماران بازنشسته بیشتر مشاهده شد. Law-walker نیز با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک نشان داد یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی عمومی در بیماران قلبی، وضعیت اشتغال است (۱۸). همچنین به نظر می‌رسد در پی بازنشستگی از استرس‌های شغلی کاسته شده و این آرامش می‌تواند بر تمرکز فرد جهت حفظ و ارتقای وضعیت سلامتی بیافزاید. یافته‌های این پژوهش نشان داد خودکارآمدی عمومی بیماران دارای علائم و نشانه‌های خفیف

بیماری بیشتر از سایر بیماران است. در نتایج تحقیق Sarkar و همکاران نیز که به بررسی خودکارآمدی و وضعیت سلامت در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر پرداخته بودند بین علائم و نشانه‌های بیماری و خودکارآمدی عمومی اختلاف معنی‌داری وجود داشت (۲۶). این یافته در تحقیق Sarkar و همکاران با عنوان "خودکارآمدی، به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده نارسایی قلب" نیز گزارش شد (۲۷). به‌نظر می‌رسد افزایش شدت علائم و نشانه‌های قلبی می‌تواند بر کاهش اطمینان بیمار به توانمندی‌های خود در سازگاری با وضعیت جدید تأثیرگذار باشد.

در ارتباط با خودکارآمدی فعالیت جسمانی، نتایج این پژوهش مؤید آن بود که اکثر واحدهای مورد تحقیق دارای خودکارآمدی فعالیت جسمانی نامطلوب بوده‌اند. شاید بتوان نامطلوب بودن اطمینان فرد به فعالیت‌های جسمانی را ناشی از آن دانست که اکثریت افراد شرکت‌کننده در این تحقیق بیشتر از ۴۵ سال سن داشتند و بیش از ۹۵٪ آنان علاوه بر بیماری عروق کرونر حداقل به یک بیماری مزمن نیز مبتلا بوده‌اند. این نکته خود می‌تواند بر نامطلوب شدن وضعیت خودکارآمدی فعالیت جسمانی تأثیرگذار باشد. به‌علاوه، متأسفانه به‌نظر می‌رسد بیشتر مردم هنوز به اهمیت فعالیت‌های جسمانی و ورزش پی نبرده و شاید آن را کم‌اهمیت می‌پندارند. البته در همین راستا، منابع معتبر اعلام کرده‌اند که در سطح جهان بیش از ۶۰٪ افراد بزرگسال از فعالیت جسمانی کافی برخوردار نیستند (۲۸). این در حالی است که بروز و شدت علائم بیماری‌های قلبی - عروقی با ورزش همبستگی معکوس دارند؛ یعنی هر قدر افراد بیشتر به فعالیت جسمانی بپردازند میزان ابتلا به بیماری قلبی - عروقی و تلفات ناشی از آن کاهش می‌یابد (۲۹). نتایج این پژوهش در ارتباط با خودکارآمدی رفتارهای تغذیه‌ای نیز نشان داد این رفتار در بیشتر نمونه‌ها مطلوب بوده است. همچنین در نتایج تحقیق Michie و همکاران که به بررسی تأثیر برنامه توانبخشی بر خودکارآمدی پرداخته بودند، مشاهده شد که میانگین نمره خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای بیماران پس از طی برنامه توانبخشی ارتقا یافته و به‌سوی مطلوب‌تر شدن پیش رفته است (۳۰). در این تحقیق اکثر واحدهای مورد پژوهش با خانواده؛ یعنی همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند. شاید تمرکز بر رعایت رژیم غذایی مناسب جهت عضو بیمار خانواده توانسته باشد بر

مطلوب‌شدن خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای در این بیماران تأثیر بگذارد. نتایج این تحقیق در مورد تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نشان داد در صورت ثابت ماندن اثرات سایر متغیرها با یک‌سال افزایش سن؛ شانس خودکارآمدی عمومی در بیماران بالای ۶۵ سال نسبت به بیماران ۴۵-۱۸ سال، به میزان ۱۵ برابر نامطلوب‌تر می‌شود. در این رابطه نتایج تحقیق Lane و همکاران نیز که با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی‌کننده گرایش به برنامه توانبخشی قلبی بعد از انفارکتوس میوکارد انجام گرفت، نشان داد با یک‌سال افزایش سن، شانس خودکارآمدی عمومی به اندازه ۱/۱ برابر نامطلوب‌تر می‌شود، اما در تحقیق وی این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبوده است (۳۱).

به‌نظر می‌رسد با افزایش سن و کاهش توانمندی‌های فیزیکی و ذهنی، همچنین درگیری با بیماری مزمن به‌تدریج توانمندی فرد جهت دستیابی به خودکارآمدی مطلوب کاهش می‌یابد. براساس این یافته‌ها مردان نسبت به زنان ۶/۱ برابر از شانس خودکارآمدی مطلوب‌تری برخوردارند. علت این امر، به‌ویژه در مورد زنان ایرانی شاید آن باشد که آنان بیشتر از مردان درگیر مراقبت از افراد خانواده و امور منزل هستند، و در هر حال از فرصت کمتری جهت پرداختن به خود در تمامی مراحل زندگی و حتی دوران بیماری برخوردارند. در ارتباط با عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی فعالیت جسمانی نیز آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه نشان داد در صورت ثابت ماندن اثر سایر متغیرها به ازای یک واحد افزایش در درک از بیماری، شانس مطلوب‌شدن خودکارآمدی جسمانی ۱/۱ برابر افزایش می‌یابد. در این راستا، Law-walker نیز یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده مؤثر بر خودکارآمدی فعالیت جسمانی را درک از بیماری عنوان کرده است (۱۸). به‌علاوه، براساس این یافته‌ها در صورت ثابت ماندن اثر سایر متغیرها بیماران کارگر و کارمند نسبت به خانه‌دار ۳/۸۷ برابر، بیماران شغل آزاد نسبت به خانه‌دار ۱/۵۱ برابر و بیماران بازنشسته نیز نسبت به خانه‌دار، ۷/۱۶ برابر شانس خودکارآمدی فعالیت جسمانی مطلوب‌تری دارند. به‌نظر می‌رسد ناکافی بودن مراودات اجتماعی و عدم آگاهی کافی در بیماران خانه‌دار دلیل این یافته بوده است.

با توجه به این یافته‌ها به نظر می‌رسد تدوین برنامه‌های منظم تر و دقیق‌تری جهت ارتقای خودکارآمدی فعالیت‌های جسمانی مورد نیاز است. همچنین با توجه به آنکه انجام فعالیت جسمانی مناسب جهت پیشگیری از تشدید علائم و نشانه‌های بیماری‌های قلبی - عروقی می‌تواند با امکانات ساده و در دسترس انجام گیرد، احتمالاً جهت ارتقای آگاهی‌های عمومی در این مورد باید گام‌های مؤثرتری برداشته شود. این مهم ضرورت انجام تحقیقات بعدی در مورد راهکارهای ارتقای خودکارآمدی فعالیت جسمانی را ضروری می‌سازد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند مراتب تقدیر و تشکر خود را به بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی، درمانی تخصصی قلب شهر رشت اعلام دارند. همچنین تحقیق حاضر به صورت طرح تحقیقاتی (به شماره ۴۱۵۰ مورخ ۱۳۸۸/۷/۲۷) اجرا شد، که بدین وسیله از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان جهت تصویب و حمایت از طرح، قدردانی می‌شود.

در ارتباط با عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای نیز نتایج نشان داد مهم‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده این رفتار، درک از بیماری است. همچنین به نظر می‌رسد جهت تداوم رعایت رژیم غذایی مناسب و ایجاد این باور که تداوم رژیم غذایی مناسب می‌تواند بر تسکین و تخفیف علائم بیماری مؤثر باشد، درک مطلوبی از بیماری لازم است. این نکته موجب آن می‌شود تا درک از بیماری به عنوان پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای مورد تأکید قرار گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نحوه دستیابی به نمونه‌های تحقیق نیز اشاره نمود که موجب شده است، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شود. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود جهت تعمیم نتایج به جامعه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر و تدوین راهکارهایی براساس یافته‌ها جهت ارتقای خودکارآمدی، تحقیقاتی با نمونه‌گیری تصادفی انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد اکثریت بیماران دارای خودکارآمدی عمومی مطلوب، خودکارآمدی فعالیت جسمانی نامطلوب و خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای مطلوب بوده‌اند.

References:

- Ahmadi F, et al. The Effect of Continuous Consultation Care Model on Rehospitalization and Chest Pain in Patients with Coronary Artery Disease. J Qazvin Univ Med Sci 2005;9(2):99-103. [Full Text in Persian]
- Azadi F, Mohammadi E. Effects of Partnership Care Model on Quality of Life. Iran Nurs Res 2006;1(2):23-29. [Full Text in Persian]
- Thomes A, et al. Cecil Internal Medicine: Heartdiseases. Arjmand M, Ghorbani M, Khodae M, Translator. Tehran: Arjmand; 2007. p. 17. [Text in Persian]
- Neishaboory M, Ashketorab T. Effect of Change Positioning on Vascular Complication and Comfort in Patients Undergoing Heart Catheterization. J Semnan Univ Med Sci 2007;9(1):53-58. [Full Text in Persian]
- Masoumi M, et al. Epidemiological Evaluation of Coronary Artery Disease (CAD) in Patients Referred to Cardiovascular Centers of Kermanshah. Behbood 2004;8(2):37-46. [Full Text in Persian]
- Sol BG, Graaf Y, Bijl JJ, Goessens NB, Visseren FL. Self-efficacy in Patient with Clinical Manifestations of Vascular Disease. Patient Educ Couns 2006;61:443-448.
- Barnason S, Zimmerman L, Schemaderer M, Carranza S, Reilly S. Impact of a Home Communication Intervention For Coronary Artery By Pass Graft Patients With Ischemic Heart Failure on Self-efficacy, Coronary Disease Risk Factor Modification and Functioning. Heart Lung 2003;32(3):147-158.
- Sethares K, Elliott K. The Effect of a Tahioreed Massage Intervention on Heart Failure Readmission Rate, Quality of Life and Benefite and Barrier in Person with Heart Failure. Heart Lung 2004;33(4):249-260.

9. Morovvati M, Rohani N. Perceived self-Efficacy in Self-care Behaviors among Diabetic Patients Referring to Yazd Diabetes Research Center. *J Birjand Univ Med Sci* 2009;15(4):91-99. [Full Text in Persian]
10. Newman S P, Hirani S. Patients' Beliefs about Their Cardiovascular Disease. *Heart J* 2005;91(9):1235-1239.
11. Watson HE, Holloway A. Role of Self-efficacy and Behaviour Change. *Int J Nurs Pract* 2002;8(2):106-115.
12. Law-walker M. Relationship between Illness Representation and Self-efficacy. *J Adv Nurs* 2004;48(3):216-225.
13. King KM, Humen DP, Smith HL, Phan CL, Teo KK. Psychological Components of Cardiac Recovery and Rehabilitation Attendance. *Heart* 2001;85(3):290-294.
14. 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.
15. Lau-walker M. Predicting Self-efficacy Using Illness Perception Component. *Br J Health Psychol* 2006;11(Pt4):643-661.
16. Petrie KJ, JagL A, Devcich DA. The Role of Illness Perceptions in Patients with Medical Conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(2):163-167.
17. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie KJ. Can an Illness Perception Intervention Reduce Illness Anxiety in Spouses of Myocardial Infarction Patients? A Randomized Controlled Trial. *J Psychosom Res* 2009;67(1):11-15.
18. Lau-Walkers M. The Importance of Illness Belief and Self-efficacy in Patient With Coronary Heart Disease. *J Adv Nurs* 2007;60(2):187-198.
19. Dougherty CM, et al. Reliability and Validity of the Self- Efficacy Expectations and Outcome Expectations after Implantable Cardioverter Defibrillator Implantation Scales. *Appl Nurs Res* 2007;20(3):116-124.
20. Thompson D, De Bono DP. How Valuable Is Cardiac Rehabilitation and who Should Get it? *Heart* 1999;82(5):545-6.
21. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness Representation after Acute Myocardial Infarction: Impact on In-Hospital Recovery. *Am J Crit Care* 2004;13(2):136-145.
22. Sullivan MD, Lacroix AZ, Russo J, Katon WJ. Self-efficacy and Self-Reported Functional Status in Coronary Heart Disease: A Six-Month Prospective Study. *Psychosom Med* 1998;60(4):473-478.
23. Carlson JJ, Norman GJ, Feltz DL, Franklin BA, Johnson JA, Locke SK. Self-efficacy, Psychosocial Factors and Exercise Behavior in Traditional Versus Modified Cardiac Rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil* 2001;21(6):363-373.
24. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott. Williams and Wilkins; 2008. p. 632-633.
25. Johnson JL, Lauck S, 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.
26. Sarkar U, Ali S, Whooley MA. Self-Efficacy and Health Status in Patients with Coronary Heart Disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Psychosom Med* 2007;69(4):306-312.
27. Sarkar U, Ali S, Whooley MA. Self-Efficacy as a Marker of Cardiac Function and Predictor of Heart Failure Hospitalization and Mortality in Patients with Stable Coronary Heart Disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Health Psychol* 2009;28(2):166-173.
28. WHO. Global Strategy on Diet Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2007.
29. World Health Organization Europe. Move for Health: World Health Day. Fact Sheet. Copenhagen: WHO; 2002.
30. Michie S, O'connor D, Bath J, Giles M, Earll L. Cardiac Rehabilitation: The Psychological Changes that Predict Health Outcome and Healthy Behavior. *Psychol Health Med* 2005;10(1):88-95.
31. Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Predictors of Attendance at Cardiac Rehabilitation after Myocardial Infarction. *J Psychosom Res* 2001;51(3):497-501.