



بررسی عوامل مرتبط با خودکارآمدی بیماران، براساس الگوی اورم، پس از جراحی بای پس عروق کرونر مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های منتخب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران ۱۳۹۳

شهناز سلیمیان^۱، رقیه اسمعیلی^{۲*}، اعظم دبیریان^۳، سمانه منصوری^۴، سیما زهری انبوهی^۵

۱. کارشناس ارشد پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. عضو گروه پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. عضو گروه پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. دانشجوی دکتری امار زیستی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. عضو گروه پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول مکاتبات: رقیه اسمعیلی R.Esmaili@sbmu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف:

یافتن عوامل مرتبط با خودکارآمدی و ارتقاء آن در بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر با استفاده از تئوری‌های پرستاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با خودکارآمدی بیماران بر اساس الگوی اورم پس از جراحی بای پس عروق کرونر انجام گرفت.

مواد و روش‌ها:

در مطالعه توصیفی همبستگی حاضر تعداد ۱۵۱ بیمار تحت جراحی بای پس عروق کرونر به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه تعیین میزان خودکارآمدی بر اساس الگوی اورم بود. جهت روایی و پایایی ابزار به ترتیب از روش اعتبار محتوا و آلفای کرونباخ (۰/۹۵) استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۹ صورت گرفت.

یافته‌ها:

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد میزان خودکارآمدی بیماران بعد از جراحی بای پس عروق کرونر ۲٪ در سطح ضعیف، ۴۹٪ در سطح متوسط و در سطح ۴۹٪ خوب است. همچنین ارتباط معنی‌داری بین خودکارآمدی و برخی عوامل وضعیتی پایه (سن، تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، بیمه و کسب آموزش) بر اساس الگوی اورم، مشاهده شد. بیماران در گویه‌های "احتیاط در مصرف نمک"، "محدودیت مصرف چربی"، "معاینات دوره‌ای توسط پزشک" و "مصرف داروهای قلبی" خودکارآمدی بالایی داشتند.

نتیجه‌گیری:

با توجه به این که بیماران اطمینان بیشتری به مصرف دارو و مراجعه به درمانگاه در مقایسه با فعالیت ورزشی، ترک سیگار و حفظ فعالیت جنسی داشتند، این مسئله ممکن است بیانگر این باشد که بیماران به اهمیت جنبه‌های غیر دارویی (سبک زندگی سالم و

تبعیت طولانی مدت از آن) و انجام رفتارهای خود مراقبتی بعد از جراحی بای پس عروق کرونر توجه کمتری داشتند. به نظر می‌رسد پرستاران و پزشکان باید بر اهمیت روش‌های غیردارویی و ارتقاء انگیزش مبتنی بر خودکارآمدی تأکید بیشتری داشته باشند.

کلید واژه‌ها:

خودکارآمدی، جراحی بای پس عروق کرونر، الگوی خود مراقبتی اورم

مقدمه

خودمراقبتی، فرآیندی است که مستلزم پیشرفت فرد به سمت حداکثر استقلال و توانایی برای انجام فعالیت‌های روزانه زندگی می‌باشد (Gao, et al., 2013). مراقبت از خود فعالیت‌هایی هستند که انسان‌ها به طور فردی برای وجود خود آن را تشخیص و انجام می‌دهند تا بدین وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کنند و به طور دائم احساس خوب بودن داشته باشند (Orem, 2001). این تئوری بر بهبود فعالیت‌های مراقبت از خود، کاهش هزینه مراقبت‌های سلامتی و بهبود کیفیت مراقبت تأکید می‌کند (Akyol, et al., 2007). در این راستا بر اساس الگوی اورم برخی عوامل مرتبط (وضعیت دهنده پایه) می‌توانند بر باور افراد در اطمینان به انجام یک نوع رفتار موثر باشند (Sol, et al., 2005). افراد با خودکارآمدی بالا بر این باور هستند که توانایی ایجاد تغییر در رفتارهای خود داشته به طوری که ارتقای سلامتی را در آن‌ها تضمین می‌نماید، در حالی که افراد با خودکارآمدی پایین، به آسانی در روبه‌رو شدن با مشکلات معتقدند رفتار آن‌ها بی‌فایده بوده و دست از تلاش می‌کشند (Bandura and Locke, 2003).

با توجه به افزایش روزافزون شمار مبتلایان به بیماری‌های عرق کرونر و لزوم انجام جراحی بای پس عروق کرونر، طولانی بودن بیماری، بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان، مشکلات اجتماعی و عاطفی تحمیل شده به وسیله بیماری به بیمار و خانواده و بار مالی هنگفتی که این بیماری و عوارض آن بر اقتصاد کشور تحمیل می‌کند، پژوهشگر بر آن شد تا با تأکید بر تجارب شخصی خود در محیط‌های بالینی، مطالعه‌ای را تحت عنوان بررسی عوامل مرتبط با خودکارآمدی بیماران بر اساس الگوی اورم پس از جراحی بای پس عروق کرونر مراجعه کننده به درمانگاه‌های منتخب بیمارستانهای وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر تهران انجام داده تا بتواند عوامل مرتبط با خودکارآمدی بیماران را شناسایی کند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی همبستگی ۱۵۱ بیمار تحت جراحی بای پس عروق کرونر مراجعه کننده به درمانگاه‌های جراحی

بیماری عروق کرونر از بیماری‌های پیشرونده و تهدید کننده حیات است که با ایجاد آترواسکلروزیس در شریان‌های کرونری ایجاد می‌شود (Lawrence, 2012). این بیماری شایعترین علت مرگ در تمام دنیا محسوب می‌شود که علاوه بر صرف هزینه‌های مراقبتی و اقتصادی جهت شناسایی و درمان و مراقبت آن، مهمترین عامل ناتوانی در روابط خانوادگی و از کار افتادگی در جامعه به شمار می‌رود (Suaya, et al., 2009). در آمریکا بیماری‌های عروق کرونر باعث مرگ نیم میلیون نفر در سال می‌شوند و مسئول ۸۶٪ از مرگ و میر افراد بالای ۶۵ سال هستند (Cohn and Edmunds, 2012). طبق اطلاعات به دست آمده بیماری‌های قلبی عروقی در ایران افزایش ۲۰ تا ۴۰ درصدی را داشته است (Gholipour and Tabrizi, 2012).

درمان ایده‌آل بیماری‌های قلبی عروقی علاوه بر تغییر سبک زندگی، مصرف داروها مطابق با دستور پزشک، توقف استعمال سیگار، انتخاب غذاهای سالم، کم کردن وزن، فعالیت مناسب و جراحی بای پس عروق کرونر می‌باشد که یک روش اساسی و حیاتی در درمان بیماری‌های عروق کرونر است (Serruys, et al., 2001). جراحی بای پس عروق کرونر بالاترین آمار مربوط به اعمال جراحی قلب در ایران را به خود اختصاص می‌دهد که تقریباً به ۴۰ هزار عمل در سال می‌رسد (Siavoshi, et al., 2012).

بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند. این عوارض در طولانی مدت می‌تواند باعث کنترل ناموفق بیماری، افزایش هزینه بستری و کاهش کیفیت زندگی گردد (Asgari and Soleymani, 2011). به منظور کنترل روند مزمن و طولانی مدت درمان و مراقبت از بیماری، نیازمند تغییر سبک در زندگی و افزایش خودکارآمدی هستند. خودکارآمدی به عنوان یکی از مفاهیم اساسی که باور و اطمینان شخص برای انجام رفتار خاص را دنبال می‌کند، مطرح می‌باشد.

اورم در الگوی خود مراقبتی به این مساله تأکید دارد که خودمراقبتی ارتباط تنگاتنگی با خودکارآمدی داشته لذا درمان و مراقبت صحیح بیماران بدون مشارکت خود بیمار و انجام فعالیت‌های خودمراقبتی تقریباً غیرممکن خواهد بود.

قلب بیمارستان‌های شهید مدرس، شریعتی و امام خمینی تهران به صورت نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر شرایط ورود به جامعه پژوهش انتخاب شدند. مشخصات واحدهای پژوهش شامل هوشیاری کامل در زمان پژوهش، نداشتن شرایط وخیم و اورژانسی، نداشتن مشکلات گفتاری و شنوایی، عدم ابتلا به معلولیت یا بیماری ذهنی، جسمی و روانی، عدم سابقه مصرف داروهای مؤثر بر روان، تمایل به شرکت در پژوهش، مراجعه به درمانگاه قلب حداقل ده روز بعد از عمل جراحی و سواد خواندن و نوشتن بود.

جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه پژوهشگر ساخته مورد استفاده قرار گرفت و شامل دو بخش بود. بخش اول پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی بر اساس عوامل وضعیت‌دهنده پایه در الگوی خود مراقبتی اورم بود و موارد: سن، جنس، تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، محل درآمد، مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر، شاخص توده بدنی، وضعیت بیمه درمانی، همراهان زندگی، محل زندگی، سابقه بیماری زمینه‌ای، سابقه بیماری قلبی در بستگان، تبعیت از رژیم دارویی خاص، دریافت آموزش، روش کسب آموزش و منابع کسب آموزش در رابطه با جراحی را در برمی‌گرفت.

بخش دوم پرسشنامه، میزان خودکارآمدی بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونر را بررسی می‌کرد. این پرسشنامه شامل ۵۰ سوال بود و میزان اطمینان و خودکارآمد بودن بیماران را در ۳ حیطه نیازهای همگانی (۱۸ سوال)، نیازهای تکاملی (۷ سوال) و نیازهای انحراف از سلامت (۲۵ سوال) می‌سنجید و شامل مواردی مانند مراقبت از محل جراحی و گرفت، تحرک و جابه‌جایی، استحمام و انجام مراقبت‌های روزانه، بهداشت فردی، تغذیه، کنترل رژیم غذایی، رعایت رژیم دارویی، خواب و استراحت، سازگاری با مشکلات بعد از جراحی، کنترل اضطراب و نگرانی، امید به آینده، ارتباطات اجتماعی و فعالیت‌های خانوادگی، فعالیت جنسی، ترک سیگار و ویژگی‌های مجدد بود که بر اساس مقیاس لیکرتی پنج قسمتی مورد ارزیابی قرار گرفت. به هر سوال نمره ۴-۰ داده شد. بیشترین میزان اطمینان (گزینه خیلی زیاد) نمره ۴ و کمترین میزان اطمینان (گزینه اصلاً اطمینان ندارم) صفر داده شد، در نهایت امتیاز خودکارآمدی بدست آمد. هر فرد می‌توانست بین صفر تا حداکثر ۲۰۰ امتیاز از میزان خودکارآمدی را کسب کند و خودکارآمدی در سه سطح کسب امتیاز ۶۶-۰ به صورت خودکارآمدی ضعیف، ۱۳۲-۶۷ به صورت خودکارآمدی متوسط و ۲۰۰-۱۳۳ به صورت خودکارآمدی خوب در نظر گرفته شد.

جهت تعیین روایی ابزارهای گردآوری داده‌ها از روش روایی محتوی استفاده شد؛ بدین صورت که پس از تأیید اساتید راهنما و مشاور، ابزار در اختیار ۱۳ نفر اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی قرار گرفت و تغییرات لازم با نظر اساتید لحاظ گردید. به منظور تعیین پایایی، ابزار توسط ۲۰ نفر از نمونه‌های مورد پژوهش که دارای مشخصات واحدهای پژوهش بودند (هوشیاری کامل در زمان پژوهش، عدم وجود شرایط وخیم و اورژانس، عدم ابتلا به معلولیت ذهنی، جسمی و روانی و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن)، تکمیل گردید. میزان آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های پرسشنامه خودکارآمدی ۰/۹۵، خودکارآمدی حیطه نیازهای همگانی ۰/۸۷، خودکارآمدی حیطه نیازهای تکاملی ۰/۸۷ و خودکارآمدی حیطه نیازهای انحراف از سلامت ۰/۹۴ بدست آمد و پایایی ابزار تأیید شد. مجوز اخلاق مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تاریخ ۱۳۹۴/۲/۲۹ با کد (sbmu1.rec.1394.4) مورد تأیید قرار گرفت. پس از جمع‌آوری اطلاعات از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ جهت تجزیه و تحلیل آمار توصیفی و استنباطی اطلاعات استفاده گردید. در این مطالعه از شاخص‌هایی همچون تعداد، درصد، کمترین، بیشترین برای داده‌های کیفی و میانگین و انحراف معیار برای داده‌های کمی استفاده شده است. به منظور بررسی اهداف پژوهش از آزمون‌های آماری استنباطی و ضریب همبستگی نیز استفاده شده است.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد بر اساس الگوی خودمراقبتی اورم، میانگین سنی نمونه‌ها به عنوان یکی از عوامل وضعیت‌دهنده پایه‌ی مرتبط با خودکارآمدی حدود ۵۹/۶۳ سال با انحراف معیار ۷/۵۴ بود. اکثر نمونه‌ها (۶۶/۲٪) مرد، (۷۷/۵٪) متأهل، (۵۳/۶٪) دارای تحصیلات ابتدایی و (۳۸/۴٪) دارای شغل آزاد بودند. بیشتر افراد تحت مطالعه (۵۳٪) دارای درآمد ۵۰۰ تا یک میلیون تومان و محل درآمد اکثریت نمونه‌ها (۳۴/۴٪) کار آزاد بوده است. ۹۴٪ نمونه‌ها دارای بیمه درمانی بودند. اکثر افراد (۵۷/۶٪) با همسر و فرزند زندگی می‌کردند. اکثر افراد پژوهش حاضر (۵۳/۶٪) سیگاری نبودند. ۶٪ افراد سابقه مصرف الکل و ۱۱/۹٪ افراد سابقه مصرف مواد مخدر داشتند. ۴۵٪ نمونه‌ها بیماری زمینه‌ای همراه با بیماری فعلی خود ذکر کرده بودند. شایع‌ترین بیماری همراه با بیماری فعلی دیابت (۱۸/۵٪) و فشارخون بالا (۱۱/۵٪) بود. در مطالعه حاضر اکثر افراد پژوهش (۶۰/۳٪) در رابطه با

و غیره). " (۲/۸)، "مصرف چربی را محدود نمایم" (۳/۴۵) و "مصرف نمک را محدود نمایم" (۳/۴۵). همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بر اساس الگوی اورم، در بیماران بعد از جراحی بای پس عروق کرونر، ارتباط معنی-داری بین خودکارآمدی و برخی عوامل وضعیتی پایه (سن، تاهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، داشتن بیمه و آموزش) وجود دارد (جدول شماره ۲). بر اساس یافته‌ها می‌توان گفت بین خودکارآمدی بیماران و سن همبستگی وجود دارد به طوری که با افزایش سن میزان خود مراقبتی و به دنبال آن خودکارآمدی نمونه‌ها کاهش می‌یابد.

جدول شماره ۲- ارتباط خودکارآمدی با عوامل وضعیت دهنده پایه بیماران بای پس عروق کرونر مراجعه کننده به درمانگاه‌های منتخب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۳

متغیر (عوامل وضعیت دهنده پایه)	مقدار آزمون U من ویتنی و آزمون کای اسکوتر	p-value
سن	۱۹۰۸	۰/۰۴*
جنس	۲۲۲۴	۰/۲۰
وضعیت تاهل	۶۴/۷	۰/۰۲*
تحصیلات	۱۶/۱۴	۰/۰۰۳*
وضعیت اشتغال	۶۰/۱۰	۰/۰۱*
محل زندگی	۲۶۰۳	۰/۴۱
همراهان زندگی بیمار	۹۴/۷	۰/۰۹۴
مصرف سیگار	۲۴۷۷	۰/۱۸
مصرف مواد مخدر	۶۲۰	۰/۰۰۱*
مصرف الکل	۵۴۱	۰/۴۴۱
وضعیت بیمه	۲۰۵۸	۰/۰۰۸*
سابقه بیماری قلبی بستگان	۲۴۹۵	۰/۱۵
دریافت آموزش	۱۷۷۴	۰/۰۰۱*
روش آموزش	۴۱۲	۰/۴۶۷
منبع آموزش	۱/۴۲	۰/۴۸
میزان درآمد	۷۵/۱۳	۰/۰۰۱*
منبع درآمد	۳۶/۱	۰/۸۵
سطوح BMI	۶۷/۱	۰/۶۴
وجود بیماری زمینه‌ای همراه	۳۰/۵	۰/۲۵
تبعیت از رژیم دارویی خاص	۲۲۰۴	۰/۰۹

* معنی دار شدن آزمون

عمل جراحی و مراقبت‌های پس از جراحی آموزش دیده بودند. اکثر افراد مورد پژوهش (۶۰/۳٪) آموزش‌های خود در ارتباط با عمل جراحی و مراقبت‌های پس از جراحی را از پرستار دریافت کرده و اکثر نمونه‌ها (۸۶/۸٪) مطالب مورد نیاز آموزشی خود را از پمفلت‌های آموزشی کسب کرده بودند.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار میزان خودکارآمدی بیماران بر اساس الگوی اورم پس از بای پس عروق کرونر مراجعه کننده به درمانگاه-های منتخب بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر تهران در سال ۱۳۹۳

متغیر	تعداد	درصد کمترین نمره	درصد بیشترین نمره	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی حیطه نیازهای همگانی	۱۵۱	۲۲/۰	۶۸/۰	۴۶/۷۴	۹/۱۹
خودکارآمدی حیطه نیازهای تکاملی	۱۵۱	۱/۰	۲۸/۰	۱۶/۰۴	۵/۰۵
خودکارآمدی حیطه نیازهای انحراف از سلامت	۱۵۱	۲۶/۰	۱۰۰/۰	۶۵/۸۱	۱۴/۰۱
خودکارآمدی کلی	۱۵۱	۵۵/۰	۱۹۶/۰	۱۲۸/۶۰	۲۵/۰۳

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد خودکارآمدی ۳ نفر (۲٪) ضعیف، ۷۴ نفر (۴۹٪)، متوسط و ۷۴ نفر (۴۹٪) خوب بوده است. همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که میانگین نمره به دست آمده از خودکارآمدی بیماران بر اساس الگوی اورم به ترتیب در گویه‌ها به صورت زیر بوده است: "فعالیت‌های ورزشی هوازی منظم (مانند شنا کردن و پیاده روی) را انجام دهم" (۲/۱)، "در فعالیت‌های اجتماعی (شرکت در مراسم‌ها، عضویت در گروه‌های مختلف و ...) شرکت کنم" (۲/۱)، "از شغل و حرفه خود یا موقعیت فعلی خود (نقش خود) احساس رضایت کنم" (۲/۳)، "فعالیت‌های روزانه خارج از منزل را انجام دهم (رانندگی، خرید و...)". (۲/۴۰)، "با وجود بیماری از زندگی لذت ببرم" (۲/۳۵)، "از داشتن ارتباط اجتماعی با دیگران (دوستان، فامیل، خانواده) احساس رضایت کنم" (۳/۵)، "رژیم‌های غذایی توصیه شده را رعایت کنم" (۳/۲)، "نظافت روزانه خود را رعایت کنم (از قبیل لباس پوشیدن، استحمام، کوتاه کردن ناخن، شانه کردن مو، اصلاح صورت، بهداشت دهان و دندان

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که خودکارآمدی ۳ نفر (۲٪) ضعیف، ۷۴ نفر (۴۹٪) متوسط و ۷۴ نفر (۴۹٪) خوب بوده است که نشان دهنده میزان اطمینان نمونه‌ها به توانایی انجام رفتارهای خود مراقبتی بعد از جراحی بای پس عروق کرونر است. بر اساس گزارش Hosseinzadeh, et al. (2012) شهر رشت نشان داد ۷۴/۹ درصد بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر دارای خودکارآمدی عمومی مطلوبی هستند. در پژوهش Bagheri saveh, et al. (2012) در شهر سنندج ۱۲٪ از بیماران از میزان خودکارآمدی خوب، ۶۲/۷٪ متوسط و ۲۵/۳٪ از خودکارآمدی ضعیف برخوردار بودند. در مطالعه‌ای دیگر Tsay and Healstead (2002) نشان دادند بیماران تحت همودالیاز از سطح متوسط خودکارآمدی برخوردار هستند. مقایسه نتایج حاصل از مطالعه حاضر با سایر مطالعات نشان دهنده اختلاف چشمگیری در میزان خودکارآمدی در شهرها و کشورهای مختلف است. البته این اختلاف می‌تواند نشان دهنده تفاوت در فرهنگ، درک، عقاید و وضعیت اقتصادی افراد در شهرها و کشورهای مختلف مورد پژوهش باشد. از طرفی، با توجه به اینکه اکثریت واحدهای پژوهش دارای سابقه دریافت آموزش مراقبت از خود بعد از جراحی بای پس عروق کرونر بودند، این امکان وجود دارد که متغیر فوق در افزایش نمره خودکارآمدی بیماران تأثیر داشته و توانسته موجب ارتقاء خودکارآمدی در این بیماران گردد. همچنین با توجه به این که در پژوهش حاضر حداقل ۱۰ روز از زمان جراحی بای پس عروق کرونر واحدهای شرکت کننده گذشته بود و بیماران دوره حاد جراحی را سپری نموده و از مرحله پراسترس بعد از جراحی عبور کرده بودند به نظر می‌رسد که کاهش استرس بیماران به مرور زمان موجب ارتقاء خودکارآمدی بیماران شده است.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بالاترین امتیازات خودکارآمدی مربوط به زیر گروه‌های "احتیاط در مصرف نمک"، "محدودیت در مصرف چربی"، "مراجعه به پزشک جهت معاینات دوره‌ای"، "مصرف داروهای قلبی طبق دستور" و کمترین امتیازات خودکارآمدی مربوط به زیر گروه‌های "توقف مصرف سیگار"، "حفظ روابط جنسی با همسر" و "انجام فعالیت‌های ورزشی هوازی منظم (مانند شنا کردن و پیاده روی)" بود. Baljani, et al. (2012) نشان دادند که بالاترین امتیازات خودکارآمدی مربوط به زیر گروه "مراجعه به پزشک جهت معاینات دوره‌ای" و "مصرف داروهای قلبی طبق دستور" و کمترین امتیازات خودکارآمدی مربوط به زیر گروه‌های "توقف مصرف سیگار"، "کنترل بیماری‌های عروقی" و

"انجام تمرین ورزشی زیاد (هر روز ۲۰-۳۰ دقیقه)" بوده است. در پژوهش Soli, et al. (2008) نشان داده شد که مداخله پرستاری بر خودکارآمدی کل بی‌تاثیر بوده ولی باعث بهبودی خودکارآمدی در انتخاب مواد غذایی سالم و انجام بیشتر ورزش شده است.

از نتایج پژوهش حاضر چنین به نظر می‌رسد که بیماران شرکت کننده، در انجام رفتارهایی خود مراقبتی بعد از جراحی بای پس عروق کرونر به جنبه‌های دارو و پزشک بیشتر اطمینان داشتند، در حالی که در زیرگروه‌هایی مثل ترک سیگار، انجام ورزش و رفتارهای صحیح جنسی که نیازمند تغییر رفتار در طول زمان است، اطمینان کمتری داشتند. این مسئله ممکن است بیانگر این باشد که بیماران به اهمیت جنبه‌های غیردارویی (سبک زندگی سالم و تبعیت طولانی مدت از آن) و انجام رفتارهای خود مراقبتی بعد از جراحی بای پس عروق کرونر توجه کمتری دارند و به جنبه‌های درمانی مثل مراجعه به پزشک و مصرف منظم داروهای تجویز شده بیشتر اهمیت می‌دهند.

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری در خودکارآمدی کلی با توجه به وضعیت تأهل وجود دارد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره کسب شده خودکارآمدی در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل بوده است. این یافته با نتایج پژوهش Rafii, et al. (2011) در بررسی بیماران دارای استومی مطابقت دارد. Buck, et al. (2010) در بررسی عوامل مرتبط با خودکارآمدی در بیماران پوستی به این نتیجه رسیدند که افراد متأهل خودکارآمدی بالاتری نسبت به افراد مجرد دارند. البته باید خاطر نشان شد متفاوت بودن جامعه پژوهش و استفاده از ابزار خودکارآمدی متفاوت می‌تواند دلیل مغایرت نتایج پژوهش حاضر با مطالعه‌ی مذکور باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد تفاوت آماری معنی‌داری در نمره خودکارآمدی کلی با میزان تحصیلات به دست آمد؛ بدین معنی که خودکارآمدی با سطح تحصیلات رابطه داشت، به طوری که میانگین نمره خودکارآمدی در بیماران با سطح تحصیلات بالاتر بیشتر گزارش شد. این نتایج با یافته‌های مطالعه (2012) Khezerloo and Feizi و Rambod, et al. (2008) همسو بود. مطالعه Coyle (2000) نشان داد توان و فعالیت مراقبت از خود، رفتارهای آموختنی هستند که شخص از دوران خردسالی تا بزرگسالی باید آن‌ها را بیاموزد و تحصیلات رسمی به عنوان عامل تأثیرگذار پایه، ارتباط مستقیمی با سطوح خود مراقبتی و پیرو آن بر خودکارآمدی دارد. با افزایش سطح تحصیلات در بیماران و سپردن نقش‌های مهم‌تر به آنان و پذیرفتن

(2012) با عنوان بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب انجام گردید یافته های پژوهش ارتباط معنی دار آماری را بین سطح درآمد ماهیانه و توان خود مراقبتی نشان داد اما در مطالعه انجام شده توسط Artinian, et al. (2002) ارتباط معنی داری بین سطح درآمد ماهیانه و توان خودمراقبتی نشان داده نشد.

در پژوهش حاضر تفاوت آماری معنی داری در خودکارآمدی کلی و خودکارآمدی حیطة نیازهای همگانی و سن بیماران مشاهده شده است ($p < 0/001$). سن به عنوان یک عامل وضعیتی پایه می تواند بر خودکارآمدی تاثیر داشته باشد. در پژوهش حاضر، خود کارآمدی واحدهای پژوهش، با سن ارتباط معکوس و معنی داری را از نظر آماری نشان داد. در مطالعه Orem (2001) توانمندی ها و نیازهای مراقبت از خود در یک فرد سالم، متناسب با سطح رشدی که سن معین می کند، متفاوت است. مشابه با یافته های مطالعه Bagheri saveh, et al. (2012) بین سن و میزان خود کارآمدی رابطه معنی دار و معکوسی وجود داشت ($p < 0/05$). این بدان معنا است که میزان خودکارآمدی در سنین پائین بیشتر بوده و کم کم با افزایش سن کمتر می شود. بنابراین نتایج این مطالعه با اکثر مطالعات قبلی مطابقت دارد و سن یک عامل تاثیرگذار بر روی خودکارآمدی بیماران محسوب می شود. کاهش یافتن خودکارآمدی با افزایش سن در مطالعه حاضر احتمالاً به مزمن بودن بیماری و عدم انجام رفتارهای خود مراقبتی به صورت منظم و کامل برمی گردد که منجر به کاهش سطح تحرک این بیماران می شود. همین امر به نوبه خود باعث کاهش یافتن سطح خودکارآمدی بیماران با افزایش سن آنها شده و باعث ناامید شدن بیماران از انجام رفتارهای خودمراقبتی می شود. به نظر می رسد با افزایش سن و کاهش توانمندی های فیزیکی و ذهنی، همچنین درگیری با بیماری مزمن به تدریج توانمندی فرد جهت دستیابی به خودکارآمدی مطلوب کاهش می یابد.

یافته های حاصل از این مطالعه نشان داد که تفاوت آماری معنی داری در خودکارآمدی و حیطة های آن با توجه به مصرف مواد مخدر وجود دارد ($p < 0/05$). بر این اساس میزان خودکارآمدی در بیمارانی که مواد مخدر مصرف می کنند کمتر از بیمارانی است که مواد مخدر مصرف نمی کنند. این در حالی است که در مطالعه باقری ساوه و همکاران (۱۳۹۰) مشخص شد بیمارانی که مواد مخدر مصرف می کردند خودکارآمدی بیشتری نسبت به بیمارانی که مواد مخدر مصرف نمی کردند داشتند و یافته های این دو پژوهش متفاوت با یکدیگر بود.

مسئولیت های مهم تر و وسیع تر به آنان از طرف جامعه، اعتقاد به خودکارآمدی در آنها افزایش می یابد. بنابراین نتایج این مطالعه با اکثر مطالعات قبلی مطابقت دارد و تحصیل به عنوان یک عامل پایه بر روی خودکارآمدی بیماران تاثیر گذار خواهد بود. از طرف دیگر به نظر می رسد که سطح تحصیلات بالاتر می تواند توانمندی فرد جهت دستیابی به آگاهی های لازم در مورد ماهیت مزمن بیماری قلبی-عروقی، علائم و نشانه ها و نحوه کنترل بعد از جراحی را افزایش دهد؛ بنابراین ممکن است بیمارانی که دارای سطح تحصیلات بالاتری می باشند روند شرایط بعد از جراحی قلب را بهتر درک نمایند.

در پژوهش حاضر نشان داده شد که تفاوت آماری معنی داری در خودکارآمدی کلی با توجه به وضعیت اشتغال وجود دارد. برای مشخص شدن تفاوت در وضعیت های مختلف اشتغال از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد و آشکار گردید که میانگین نمره خودکارآمدی بیماران کارمند بالاتر از بیماران خانه دار است. در این رابطه محمد حسینی به نقل از جیرووک و کاسنو معتقد است شغل افراد، ارتباط مستقیمی با سطح خود مراقبتی آنها دارد؛ زیرا وضعیت شغلی بهتر دلالت بر سطوح بالای تحصیلات و درآمد به دست آمده دارد (Mohammad, Hassani, et al., 2013) بر اساس نظر Orem (2001) تحصیل به عنوان یکی دیگر از عوامل وضعیتی پایه موثر بر روی خودکارآمدی بیماران محسوب می شود. در نتایج مطالعه Hosseinzadeh, et al. (2013) در بررسی خود کارآمدی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر و عوامل پیش بینی کننده آن بیماران بازنشسته از خود کارآمدی عمومی مطلوب تری نسبت به سایر گروه ها برخوردار بودند. به نظر می رسد ناکافی بودن مراودات اجتماعی و عدم آگاهی کافی در بیماران خانه دار دلیل این یافته بوده است.

در پژوهش حاضر نشان داده شد که تفاوت آماری معنی داری در خودکارآمدی کلی با توجه به وضعیت درآمد ماهیانه وجود دارد. برای مشخص شدن تفاوت در وضعیت های مختلف درآمد ماهیانه از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد و آشکار گردید که میانگین نمره خودکارآمدی بیماران با درآمد ماهیانه بین ۱ تا ۲ میلیون تومان بالاتر از بیماران با درآمد ماهیانه تا ۵۰۰ هزار تومان است. کوپل معتقد است "عوامل اقتصادی، منعکس کننده منابع در دسترس افراد و خانواده ها، برای تامین مراقبت از خود یا مراقبت وابسته هستند (Coyle, 2000). طبق نظر Orem (2001) عوامل اقتصادی و منابع در دسترس افراد، یکی از عوامل وضعیتی پایه محسوب می شوند که بر رفتارهای خود مراقبتی موثر است. در یافته های مطالعه Abotalebi, et al.

آموزش در مورد چگونگی مراقبت از خود بعد از جراحی، که اکثریت واحدهای مورد پژوهش بر دریافت آن اذعان داشته- اند (۹۱ نفر)، توانسته موجب ارتقاء خودکارآمدی این بیماران شده است. بعلاوه به نظر می‌رسد افزایش سطح آگاهی‌های عمومی جامعه، پیشرفت وسایل ارتباط جمعی و آموزش‌هایی که در مورد این گونه بیماری‌های مزمن در رسانه‌ها ارائه می‌گردد نیز توانسته باشد بر مطلوب شدن خودکارآمدی این بیماران تاثیر گذار باشد.

در پژوهش حاضر ارتباط معنی داری بین عواملی مانند جنس، منبع درآمد، محل زندگی، تبعیت از رژیم دارویی بیماران قبل از عمل جراحی، مصرف سیگار، مصرف الکل، همراهان زندگی بیمار، وضعیت بیماری‌های همراه، سابقه بیماری قلبی بستگان، روش آموزش و منبع آموزش در ارتباط با عمل جراحی با خودکارآمدی کلی و خودکارآمدی حیطه نیازهای همگانی، حیطه نیازهای تکاملی و حیطه نیازهای انحراف از سلامت مشاهده نشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت آماری معنی داری در حیطه نیازهای همگانی با توجه به وضعیت بیمه وجود دارد ($p < 0/05$). طبق نظر Orem (2001) عوامل اقتصادی و منابع در دسترس افراد یکی دیگر از عوامل وضعیتی پایه محسوب می‌شوند که بر روی رفتارهای خود مراقبتی تاثیر گذار هستند. یافته‌های پژوهش ارتباط معنی دار آماری را بین خودکارآمدی با وضعیت بیمه نشان داد.

در پژوهش حاضر نشان داده شد که تفاوت آماری معنی داری در خودکارآمدی کلی با توجه به دریافت آموزش در ارتباط با عمل جراحی وجود دارد ($p < 0/05$). آموزش در مورد بیماری نیز به عنوان یکی دیگر از عوامل وضعیتی پایه می‌تواند بر خودکارآمدی تاثیر گذار باشد چنانچه یافته‌های این تحقیق نیز بیانگر همین نکته می‌باشد. نتایج پژوهش Hosseinzadeh, et al. (2012) در بیماران عروق کرونر، Baljani, et al. (2012) در بیماران قلبی و Sol, et al. (2008) در بیماران عروقی نشان دادند ارتباط معنی دار آماری بین خودکارآمدی و آموزش می‌باشد. این طور به نظر می‌رسد عواملی مانند سابقه دریافت

References

- Abootalebi G, et al. (2012) [Study of the self-care agency in patients with heart failure]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 4(4) 203-208.
- Akyol AD, et al. (2007) Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*. 16(4) 679-687.
- Artinian NT, et al. (2002) Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung*. 31(3) 161-172.
- Asgari M and Soleymani M (2011) [Textbook of Comprehensive Intensive Nursing Care, CCU, ICU & Dialysis]. 19th edition. Tehran, Boshra.(Persian)
- Bagheri saveh M, et al. (2012) [The relationship between self-efficacy and self-care behaviors in chronic heart failure]. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing and Midwifery*. 22(78) 17-26. (Persian)
- Baljani E, et al. (2010). [Factors related to self-efficacy in Cardiovascular Patients]. *Journal Cardiovascular Nursing*. 13(3)18-24 (Persian).
- Bandura A and Locke E A (2003) Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*. 88 (1) 87-99.
- Buck U, Poole J, and Mendelson C (2010) Factors related to self-efficacy in persons with scleroderma. *Musculoskeletal Care*. 8(4) 197-203.
- Cohn L H and Edmunds L H (2012) *Cardiac surgery in the adult*. 4th edition. New York, McGraw-Hill Medical.
- Coyle RL (2000). "Information retrieval of self-care and dependent care agents using net wellness" [dissertation]. Ohio: The College of Nursing of Cincinnati University
- Gao J, et al. (2013) Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*. 14(1) 66.

- Gholipour M and Tabrizi A (2012) Prevalence of cardiovascular disease risk factors among the Sharif University of Technology students. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 1(2) 48-56.
- Hosseinzadeh T, et al. (2012) [Relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients]. *Holistic Nursing and Midwifery Journal*. 22(1) 1-8. (Persian)
- Khezerloo S and Feizi A (2012) [A Survey Of Relationship Between Perceived Self-Efficacy And Self-Care Performance In Diabetic Patients Referring To Urmia Diabetes Center]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 10(3) 369-375. (Persian)
- Lawrence H.(2012) *Cardiac Surgery in The Adult*. 4th edition. McGraw Hill Professional. p:479-480.
- Mohammad Hassani M, et al. (2013). [Self-care ability based on Orem's theory in individuals with coronary artery disease]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 3(2) 87-91.
- Orem D (2001) *Nursing: Concept of Practice* 6th edition. St. Louis, Mosby.
- Rafii F, et al. (2011) [Self-efficacy and the Related Factors in Ostomates]. *Iran Journal of Nursing*. 24 (73) 8-18. (Persian)
- Rambod M, et al. (2008) [Self-efficacy in patients undergoing hemodialysis and related factors]. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 18(62) 29-34. (Persian)
- Serruys P W, et al. (2001) Comparison of coronary-artery bypass surgery and stenting for the treatment of multivessel disease. *New England Journal of Medicine*. 344(15) 1117-1124.
- Siavoshi S, et al. (2012) [The effect of cardiac rehabilitation care plan on the quality of life in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery]. *Cardivascula Nursing Journal*. 1(2) 38-46xxx. (Persian)
- Sol B G, et al. (2005) Vascular risk management through nurse-led self-management programs. *Journal of Vascular Nursing*. 23(1) 20-24.
- Sol B G, et al. (2008) The role of self-efficacy in vascular risk factor management: a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*. 71(2) 191-197.
- Suaya J A, et al. (2009) Cardiac rehabilitation and survival in older coronary patients. *Journal of the American College of Cardiology*. 54(1) 25-33.
- Tsay S-L and Healstead M (2002) Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*. 39(3) 245-251.

The survey of factors related to self-efficacy based on Orem's theory in patients with coronary artery bypass surgery in Tehran in 2014

Salimian SH¹, Esmaili R *2, Dabirian A³, Mansoorin S⁴, Zohari Anboohi S⁵

1. Alumnus MS, Faculty of nursing and midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran Iran
2. Faculty member of Medical Surgical nursing, school of nursing and midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Faculty member of Medical Surgical nursing, school of nursing and midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Alumnus PhD, Department of biostatistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran Iran
5. Faculty member of Medical Surgical nursing, school of nursing and midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: Roghayeh Esmaili -R.Esmaili@sbmu.ac.ir

Abstract

Background & Aim:

Utilization of nursing theories for finding the factors associated with self-efficacy in the patients undergoing coronary artery bypass surgery is very important. This study was conducted to determine the factors associated with self-efficacy based on Orem's theory in these patients after coronary bypass surgery.

Materials and Methods:

This was a descriptive-correlative study. 150 patients undergoing coronary artery bypass surgery were selected with convenience sampling. The data was collected by the demographic questionnaire and the self-efficacy questionnaire. The self-efficacy questionnaire was made based on Orem's theory of self care. Instruments validity and reliability was determined by content validity and Cronbach Alpha(0.095). Data were analyzed using SPSS software ver19.

Findings:

Results of this research showed that self-efficacy in patients after coronary artery bypass surgery was low(2%), medium(49%) and high(49%). Self-efficacy was significantly correlated with some basic conditioning factors based on Orem's theory (marital status, employment, level of education, age, income, health insurance and education about surgery). The highest level of self-efficacy were in regard of medication use, regular physician consultation, and low fat and low salt diet consumption at home.

Conclusion:

Patients after coronary artery bypass surgery were more confident in regard to medication use, regular physician consultation than exercise and stop smoking. This may indicate that Patients have less attention to non-pharmacological aspects (healthy lifestyle and long-term adherence) and self-care behaviors after coronary artery bypass surgery. It seems that nurses and physicians should emphasize on the effects of non-medical cares more clearly and enhance motivation based on self-efficacy of the patients.

Key words:

self-efficacy, coronary artery bypass surgery, Orem's Self Care Model