

Predictive Factors of Self-Efficacy in Patients Receiving Hemodialysis

Baghaie-Lakeh M^{1,2}, Bozorgzadeh M*¹, Paryad E^{1,2}, Kazemnejad-Leili E^{2,3}, Sefati A¹

1. Department of Medical-Surgical, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran.

2. Social Determinants of Health Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran.

3. Department of Bio-Statistics, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +981333555056 E-mail: mojhganzadeh@gmail.com

Received: Feb 1, 2016 Accepted: Sep 21, 2016

ABSTRACT

Background & Aim: Self-efficacy improvement of patients receiving hemodialysis is valuable for their self-care and achieving to the expected outcomes. Thus, this study was conducted by the aim of determining the predictive factors of self-efficacy in patients receiving hemodialysis in educational-therapeutic center of Razi in Rasht.

Methods: This analytical-cross sectional study was performed on 73 patients under treatment with hemodialysis referring to Razi educational-therapeutic center in Rasht city, 2014. The sample was selected randomly from eligible patients who had inclusion criteria of the study. The data were collected by a tool in two parts consisting personal information (including Charlson index and self-care) and Chronic Renal Patient's Self-efficacy Questionnaires. The data were analyzed by descriptive (frequency, mean and SD) and analytic (Independent t-test, ANOVA and linear regression) statistics tests in SPSS, version-22. Significant level in this study was less than 0.05.

Results: The findings showed that the mean and SD of total self-efficacy of sample was 5.9 ± 1.4 that had significant direct relationship with living in rental homes ($p=0.049$) and no-comorbidities ($p=0.043$). Linear regression analysis revealed that comorbidities was only variable that can be as a predictive factor for lower score in self-efficacy ($\beta = -0.18$ and $p=0.022$).

Conclusion: Poor self-efficacy in patients receiving hemodialysis with comorbidity highlights the special need of these patients to nursing attention on self-efficacy promotion thorough holistic assessment and also specific educational plans.

Keyword: Chronic Renal Failure, Self-efficacy, Hemodialysis

عوامل پیشگویی‌کننده خودکارآمدی در بیماران تحت همودیالیز

مژگان بقایی لاکه¹، مژگان بزرگزاده^{1*}، عزت پاریاد²، احسان کاظم نژاد لیلی³، عارفه صفتی¹

1. گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
2. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

3. گروه آمار حیاتی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: 01333555056 ایمیل: mojghanbozorgzadeh@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: تقویت خودکارآمدی بیماران دیالیزی در امر مراقبت از خود برای دستیابی به برآیندهای مورد انتظار پرستاران ارزشمند است. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل پیش‌گویی‌کننده خودکارآمدی در بیماران همودیالیزی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی در رشت صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی- تحلیلی بر روی 73 بیمار تحت همودیالیز مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی شهرستان رشت در سال 1394 انجام شد. نمونه‌ها از میان بیماران دارای معیارهای ورود به مطالعه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از ابزاری 2 بخشی شامل پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و خودکارآمدی بیماران کلیوی مزمن از طریق مصاحبه جمع‌آوری شده و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تی مستقل، آنوا و رگرسیون خطی) در SPSS-22 تحلیل شد. سطح معنی‌داری مورد قبول این مطالعه کمتر از 0/05 بود.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی کل نمونه‌ها $5/9 \pm 1/4$ بود که ارتباط معناداری با سکونت در منزل استیجاری ($p=0/049$) و عدم ابتلا به بیماریهای دیگر ($p=0/043$) داشت. تحلیل رگرسیون خطی نشان داد که ابتلا به بیماریهای همزمان تنها متغیر پیشگویی‌کننده نمره کمتر خودکارآمدی می‌باشد ($\beta=-0/18$ و $p=0/022$).

نتیجه‌گیری: خودکارآمدی ضعیف در بیماران تحت درمان با دیالیز مبتلا به بیماری همزمان نیاز ویژه این گروه از بیماران به توجه خاص پرستاری جهت ارتقای خودکارآمدی از طریق بررسی کل‌گرایانه بیماران و همچنین برنامه‌ریزی آموزشی خاص را برجسته می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: نارسایی مزمن کلیه، خودکارآمدی، همودیالیز

پذیرش: 95/6/31

دریافت: 94/11/12

مقدمه

تا سال 2020 تعداد بیماران مبتلا به بیماری مرحله آخر کلیه نزدیک به 60 درصد در مقایسه با سال 2005 افزایش یابد (3). ایران نیز بر اساس آخرین آمار ارائه شده توسط مرکز مدیریت پیوند و بیماریهای خاص کشور دارای همین میزان شیوع بوده و 25000 بیمار مبتلا به نارسایی پیشرفته کلیوی در کشور تشخیص داده شده است (4). مرحله نهایی این بیماری در سراسر جهان نیاز به درمان جایگزین کلیه دارد (5). در این میان درمان با دیالیز برای نجات زندگی این بیماران، به علت

نارسایی مزمن کلیه با کاهش توانایی کلیه در دفع مواد زائد متابولیکی و حفظ مایع و الکترولیت‌ها و تجمع اوره و دیگر سموم در خون همراه است (1) و از جمله بیماریهای مزمنی است که با سیر پیشرونده و غیرقابل بازگشت خود اغلب موجب ناتوانی مبتلایان می‌شود (2). این موضوع با وجود شیوع نارسایی مزمن در جهان که طبق تخمین 242 مورد در یک میلیون نفر بوده و افزایش 8 درصدی آن در هر سال اهمیت خاصی می‌یابد (1). بدین ترتیب انتظار می‌رود

بدین ترتیب بیمار دیالیزی نیازمند تغییر در سبک زندگی و کسب توانایی در انجام فعالیتها و خودکارآمدی در دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب است. خودکارآمدی که بر اساس تئوری بندورا¹ به معنای اعتماد و اطمینان فرد از توانمندی در انجام مطلوب رفتارهای مراقبت از خود و کسب نتایج مطلوب میباشد (4)، نقش مهمی در تعدیل رابطه میان دانش و رفتار فرد ایفا میکند (9). این مفهوم به عنوان عاملی موثر بر رفتار سازگار و انتخاب محیط و شرایط مناسب در بیماران همودیالیزی شناخته شده است (10). نتایج تحقیقات انجام شده نیز نشانگر تمایل بیشتر افراد با خودکارآمدی بالاتر به مشارکت در رفتارهای چالش‌زا و تفسیر بهتر آنان از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی (9) و باور داشتن به کنترل موثر رویدادهای زندگی خود بوده است. این شرایط با اثر مستقیم بر رفتار بیماران موجب موفقیت آنان در سراسر زندگی میشود (10). در مقابل، خودکارآمدی پایین با کاهش کارکرد شناختی - رفتاری همراه است (4).

اما نتایج مطالعات به طور نگران کننده‌ای نشانگر خودکارآمدی ضعیف در بیماران دیالیزی بوده است (10, 11). از اینرو توجه برخی از محققان به شناسایی عوامل مرتبط با خودکارآمدی این بیماران به ویژه در زمینه عوامل فردی مرتبط با آن جلب شده است (9, 11-13). در این راستا، بسیاری از مطالعات انجام شده عواملی چون سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی اجتماعی (10, 6)، شغل (14)، درآمد، تاهل، علت اولیه بیماری، زندگی در خانواده گسترده، نوع بیماری همراه، طول مدت بیماری و دفعات دیالیز در هفته (6, 15) را به عنوان عوامل فردی موثر بر خودکارآمدی این بیماران مورد

کمبود دهنده‌های کلیه، رایج‌ترین روش درمانی است (6, 7)، بطوری که تقریباً بیش از 50 درصد از این بیماران تحت درمان با همودیالیز میباشند (5). تعداد بیماران تحت همودیالیز در ایران نیز در سال 1391، 15448 نفر اعلام شده است (6) که سالانه 15 درصد به آمار آن افزوده میشود (5). استان گیلان نیز طبق آمار گردآوری شده از انجمن بیماران دیالیزی استان در سال 1388، دارای 747 بیمار تحت درمان با همودیالیز بوده و روزانه 2 بیمار دیالیزی به این تعداد افزوده میشود (6).

اهمیت این آمارها از آن جهت است که همودیالیز قادر به درمان بیماری و جبران تمامی عملکردهای متابولیکی و آندوکرینی کلیه نیست (6). بدین ترتیب بیماران همودیالیزی با مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی نظیر فشارخون بالا، کمبود اشتها، کم خونی، کاهش میل جنسی، مشکلات شغلی، مالی، تغذیه‌ای خاصی مواجه میباشند (2). علاوه بر آن درمان با دیالیز با بروز عوارض حادی مانند کاهش فشار خون یا کرامپ عضلانی و عوارض مزمنی نظیر آنمی و هیپاتیت ویروسی B و C در بیماران همراه است (6). بنابراین احساس فقدان آزادی (2)، وابستگی به مراقبت دهنده‌ها، کمبود امنیت (7)، اختلال در زندگی خانوادگی و اجتماعی، کاهش و یا فقدان درآمد در این بیماران دیده میشود (2, 7). خستگی، لتارژی و حتی افسردگی شدید همراه با دیالیزی وقت گیر و طاقت فرسا نیز میتواند حس خوب بودن را در بیمار کاهش دهد (2).

وجود این مشکلات لزوم توجه بیماران به پیگیری درمانی خاص در زمینه محدودیت مایعات، رعایت رژیم غذایی (کم نمک، کم پتاسیم، کم فسفر و...)، پیگیری داروهای تجویز شده و شرکت منظم در جلسات دیالیز را ایجاب میکند (1, 8).

¹ Bandura

استفاده از فرمول حجم نمونه با اطمینان (95%) به تعداد 73 نفر تعیین شد. مقدار d با مرور مطالعات مشابه به میزان 0/43 برآورد شد. جامعه آماری این مطالعه 356 بیمار همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی شهر رشت بود. نمونه ها به روش نمونه گیری تصادفی ساده از میان بیماران دارای معیارهای ورود به مطالعه (ابتلا به بیماری مرحله نهایی کلیه و تحت همودیالیز بودن در مرکز آموزشی درمانی رازی و بیماران غیر بستری در بخش، سن بالای 18 سال، سابقه برنامه دیالیز حداقل به مدت 3 ماه و حداقل دو بار در هفته به مدت حداقل 3 تا 4 ساعت دیالیز در هر جلسه، عدم وجود سابقه بیماری اعصاب و روان و نواقص دیداری و شنیداری طبق گزارش بیمار یا خانواده، توانایی برقراری ارتباط کلامی و درک زبان فارسی و امضای رضایت نامه کتبی) انتخاب شدند. جهت جلوگیری از هرگونه تکرار در نمونه گیری از بیماران مورد بررسی، پژوهشگر در کنار امضای پرستار مسئول همودیالیز بیمار در نوبت کاری امضای خود را ثبت میکرد.

گردآوری داده ها با استفاده از ابزاری 2 بخشی شامل پرسشنامه اطلاعات فردی همراه با شاخص بیماریهای همزمان چارلسون³ و تعیین وضعیت خودمراقبتی (16) و پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی خاص بیماران مزمن کلیوی⁴ اعتباردهی شده توسط لین⁵ و همکاران (17) انجام گرفت. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل 22 سوال در زمینه های سن، جنس، سابقه ابتلا به بیماری دیگر، نوع بیماری زمینه ای، بیماری های همزمان (شاخص بیماری های همراه چارلسون)، میزان تحصیلات، وضعیت

توجه قرار داده اند. هرچند که نتایج کسب شده از مطالعات مختلف در بسیاری از موارد متناقض می باشد. برای مثال، خوش نظر و همکاران، رایی¹ و همکاران، اسماعیلی و همکاران، رحیمی و همکاران و همچنین بگ² و همکاران در مطالعه خود ارتباط معناداری را بین سن بالاتر و تحصیلات بالاتر با خودکارآمدی بیماران دیالیزی نشان دادند (4, 7, 10, 11, 15). ارتباط معنادار ابتلا به دیگر بیماریها با خودکارآمدی بیماران نیز در مطالعه رحیمی و همکاران گزارش شده است (11). در مقابل، مطالعه برومند و همکاران و رفیعی و همکاران ارتباط معناداری را بین این عوامل با خودکارآمدی بیماران همودیالیزی نشان ندادند (9, 13).

با توجه به ارزشمندی خودکارآمدی بیماران برای پرستاران مراکز بهداشتی درمانی در زمینه افزایش انگیزه بیماران در امر مراقبت از خود (9) و همچنین تاثیر آن در دستیابی به برآوردهای مورد انتظار در بیماران دیالیزی لزوم انجام مطالعه ای با هدف تعیین عوامل پیش گویی کننده موثر بر خودکارآمدی در بیماران همودیالیزی به منظور اجرای به موقع مداخلات درمانی و مراقبتی مناسب ضروری به نظر می رسد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی-تحلیلی است که با هدف تعیین عوامل پیشگویی کننده خودکارآمدی بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رازی شهر رشت در سال 1394 انجام شد. حجم نمونه در این مطالعه پس از انجام یک مطالعه مقدماتی بر روی 20 بیمار دارای مشخصات تعیین شده و کسب میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی (7/02±1/8)، با

⁴ CKD-SE=Chronic Kidney Disease- Self Efficacy

⁵ Lin

¹ Rayyani

² Bag

³ Charlson Comorbidity Index

تاهل، شغل قبل از بیماری، وضعیت شغلی فعلی، میزان درآمد ماهیانه، نوع زندگی، نوع مسکن، محل اسکان، مدت زمان ابتلا به بیماری کلیه، مدت زمان درمان با همودیالیز، دفعات دیالیز در هفته، وجود بیمار همودیالیزی در خانواده، وجود بیمار همودیالیزی در دوستان، سابقه ابتلا به بیماری کلیه در خانواده، متوسط هزینه درمان در ماه، وضعیت بیمه، نوع بیمه و وضعیت بیمه تکمیلی بود.

شاخص بیماری‌های همراه چارلسون ابتلا فرد به 19 بیماری مختلف با تأثیر بالقوه بر مرگ و میر را مورد بررسی قرار داده و امتیاز خاصی برای موارد ابتلا به انفارکتوس میوکارد، نارسایی احتقانی قلب، بیماری عروق محیطی، بیماری انسدادی مزمن ریوی، بیماری بافت همبند، بیماری زخم پپتیک، بیماری کبدی خفیف، دیابت بدون عوارض (امتیاز 1)، همی پلژی، بیماری کلیوی متوسط - شدید، دیابت همراه با آسیب به ارگان‌های انتهایی، ابتلا به هر نوع تومور در طی 5 سال گذشته، لنفوما، لوکمی (امتیاز 2)، بیماری کبدی متوسط - شدید (امتیاز 3) و همچنین تومورهای جامد متاستاتیک و ایدز (امتیاز 6) در نظر می‌گیرد. امتیازات حاصل از شاخص چارلسون را می‌توان با سن منطبق نمود، بطوری که هر دهه سنی (شروع از 40 سالگی) به عنوان یک امتیاز اضافی در نظر گرفته شد. بنابراین نمونه‌های با سن 40-49 سال با 1 امتیاز، 50-59 سال با 2 امتیاز، 60-69 سال با 3 امتیاز، 70-79 سال با 4 امتیاز و 80-89 سال با 5 امتیاز اضافی ارزیابی شدند. مجموع امتیازات در صورت عدم تطابق سنی از صفر تا 37 و در صورت تطابق سنی از صفر تا 43 می‌باشد. در نهایت امتیازات در چهار درجه ناخوشی صفر (با 12 درصد خطر میرایی در 10 سال)، 1-2 (با 26 درصد خطر

میرایی در 10 سال)، 3-4 (با 52 درصد خطر میرایی در 10 سال) و برابر یا بیشتر از 5 (با 85 درصد خطر میرایی در 10 سال) رتبه بندی شدند. همچنین وضعیت خودمراقبتی بیماران در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی (در 5 حیطه تغذیه، فعالیت‌های دفعی، آراستگی، استحمام و حرکت) با پرسشنامه 5 گزینه‌ای شامل کاملاً مستقل (با امتیاز 5)، استقلال به کمک وسایل (امتیاز 4)، استقلال با کمک فرد (امتیاز 3)، استقلال به کمک وسایل و افراد (امتیاز 2) و کاملاً وابسته (با امتیاز 1) ارزیابی شد. البته بیماران کاملاً وابسته در پژوهش شرکت داده نشدند. در انتها نمونه‌ها در دو گروه کاملاً مستقل و نیمه مستقل (مجموع نمونه‌های وابسته به فرد، وسایل و یا هر دو) قرار گرفته و تجزیه و تحلیل شدند.

پرسشنامه خودکارآمدی خاص بیماران مزمن کلیوی شامل 25 گزینه در چهار حیطه استقلال، سازماندهی، حل مسئله و جست و جوی حمایت اجتماعی است. پاسخ‌ها با توجه به درک بیماران دارای طیفی از کاملاً بدون اطمینان (نمره صفر) تا بالاترین درجه اعتماد (نمره 10) با محدوده کل نمرات از صفر تا 10 می‌باشد. بدین ترتیب نمرات بالاتر نمایانگر خودکارآمدی بیشتر است. در این ابزار در تجزیه و تحلیل داده‌ها میانگین نمرات نمونه‌ها بکار گرفته شد. اعتبار ابزار پس از انجام باز-ترجمه به روش اعتبار محتوی و استفاده از نظرات 11 عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان تایید شد. همسانی درونی عبارات ابزار با کسب ضریب آلفا کرونباخ به میزان 0/95 مورد تایید قرار گرفت. اعتبار علمی پرسشنامه نیز به روش بازآزمایی ابزار در دو مرحله با فاصله دو هفته مورد ارزیابی قرار گرفت که با کسب ضریب همبستگی پیرسون به میزان حداقل 0/90 در عبارات پرسشنامه تایید

شاغل بودند، ولی در حال حاضر 37 درصد (27 نفر) آنان بازنشسته شده بودند. درآمد اکثریت نمونه‌ها به میزان کمتر از 700 هزار تومان (2/82٪، 60 نفر) بود. در حالیکه میانگین و انحراف معیار هزینه درمانی آنان $227/2 \pm 118/4$ هزار تومان گزارش شد. میانگین و انحراف معیار مدت بیماری نمونه‌ها $8 \pm 6/8$ سال و مدت دیالیز $5/8 \pm 3/9$ سال بود و اکثریت آنان 3 بار در هفته دیالیز (4/75٪، 55 نفر) می‌شدند. بیشتر آنان در سطح 3-4 شاخص (میرایی در 10 سال آینده) چارلسون (4/75٪، 55 نفر)، مبتلا به دیگر بیماری‌ها (7/87٪، 64 نفر) و بدون بیمار دیالیزی در خانواده (5/79٪، 58 نفر) و یا دوستان (9/95٪، 70 نفر) بودند. اکثریت نمونه‌ها در کل خودمراقبتی (5/79٪) و تمامی ابعاد آن شامل تغذیه (1/93٪، 68 نفر)؛ فعالیت دفعی (9/84٪، 62 نفر)؛ آراستگی (4/90٪، 66 نفر)؛ حمام (9/84٪، 62 نفر) و حرکت (1/93٪، 68 نفر) در وضعیت مستقل قرار داشتند (جدول 1).

جدول 1. توزیع نمونه‌ها بر حسب وضعیت خودمراقبتی

رفتارها	مستقل		نیمه مستقل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تغذیه	68	93/1	5	6/9
فعالیت‌های دفعی	62	84/9	11	15/1
آراستگی	66	90/4	7	9/6
حمام	62	84/9	11	15/1
حرکت	68	93/1	5	6/9
کل رفتارها	58	79/5	15	20/5

جدول 2 نشانگر میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی به میزان $5/9 \pm 1/4$ می‌باشند. در این میان کمترین میانگین نمره در حیطه جست و جوی حمایت اجتماعی (2/2±5) و بیشترین میانگین در حیطه سازماندهی (9/8±1/6) مشاهده شد.

جدول 2. میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی نمونه‌های پژوهش

خودکارآمدی و حیطه‌های آن	میانگین و انحراف معیار
--------------------------	------------------------

گردید. پس از تایید و کسب مجوز از کمیته اخلاق معاونت تحقیقات و فناوری و همچنین مجوزهای رسمی و کتبی از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ریاست و مدیریت پرستاری مرکز آموزشی درمانی رازی، داده‌ها به شیوه مصاحبه در محدوده یک ساعت بعد از شروع همودیالیز (به منظور ثبات وضعیت بیمار و ایجاد شرایط تقریباً یکسان برای پاسخگویی) و با رعایت کلیه اصول اخلاقی تحقیق (شامل ارائه توضیحات لازم پیرامون اهداف و روش پژوهش به نمونه‌های پژوهش و مختار بودن آنان در زمینه تصمیم‌گیری جهت مشارکت در پژوهش و امکان خروج از آن در هر مرحله از انجام مطالعه و کسب رضایت نامه کتبی از آنان، رعایت امانت داری در زمینه اطلاعات اخذ شده و اطمینان بخشی به نمونه‌ها در این رابطه و ارائه خلاصه‌ای از نتایج پژوهش به مدیران محیط پژوهش) توسط پژوهشگر گردآوری شده و در SPSS-22 و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های تی مستقل، آنوا و رگرسیون خطی به روش (Backward)) با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری $p < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های این مطالعه نشان داد که اکثریت نمونه‌ها در گروه سنی 40-55 سال (2/34٪، 25 نفر) و با میانگین سنی $55 \pm 15/4$ سال بودند. اکثریت آنان را مردان (63٪، 46 نفر)، متاهلین (5/83٪، 61 نفر)، با سطح تحصیلات در حد خواندن و نوشتن (6/72٪، 53 نفر)، ساکن داخل شهر (8/65٪، 48 نفر)، دارای مسکن شخصی (6/83٪، 61 نفر) و فاقد بیمه تکمیلی (52٪، 38 نفر) تشکیل می‌دادند. اکثریت (9/69 درصد) آنان قبل از بیماری

6±1/3) بطور معناداری دارای میانگین نمره بالاتری در خودکارآمدی بودند (به ترتیب $p=0/043$ و $p=0/043$). هیچگونه ارتباط آماری معناداری بین خودکارآمدی و دیگر عوامل فردی نمونه‌ها مانند جنسیت ($p=0/13$)، سن ($p=0/43$)، تحصیلات ($p=0/58$)، محل سکونت ($p=0/42$)، شغل فعلی ($p=0/66$)، درآمد ($p=0/77$)، شاخص چارلسون ($p=0/16$)، بیمه تکمیلی ($p=0/57$) و وضعیت خودمراقبتی ($p=0/84$) مشاهده نشد.

استقلال	8/5 ± 1/5
سازمان دهی	6/8 ± 1/9
حل مسئله	5/5 ± 1/9
جست و جوی حمایت اجتماعی	5 ± 2/2
کل خودکارآمدی	5/9 ± 1/4

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که نمونه‌های ساکن در منزل استیجاری، در مقایسه با افراد دارای منزل شخصی، (به ترتیب $6/9 \pm 2$ و $6 \pm 1/3$) و همچنین بدون ابتلا به بیماری دیگری جز بیماری مزمن کلیوی، در مقایسه با مبتلایان (به ترتیب $7 \pm 1/2$ و

جدول 3. ضرایب رگرسیونی عوامل پیشگویی کننده کل خودکارآمدی در نمونه‌ها

Sig	فاصله اطمینان %95		T	ضرایب استاندارد شده		مدل
	کمترین	بالاترین		Beta	SE	
0/001	8/4	3/6	5	1/21	6/09	مقدار ثابت
0/35	0/23	-0/63	-0/08	-0/15	0/22	شاخص چارلسون
0/9	0/58	-0/53	0/07	-0/006	0/28	نوع مسکن
0/08	1/6	-0/1	1/7	0/15	0/43	ابتلا به دیگر بیماری‌ها
0/7	0/42	-0/56	-0/27	0/023	0/24	جنسیت
0/0001	5/9	4/1	11/2		0/45	ثابت
0/022	1/7	0/13	2/3	-0/18	0/39	مانده در مدل ابتلا به بیماری نهایی همزمان

مطالعه مرتبط باشد (18). بدین ترتیب توجه به خودکارآمدی نمونه‌های این مطالعه حائز اهمیت بسیار است. چرا که خودکارآمدی بالاتر با توانایی سازگاری با شرایط مختلف و کنترل موقعیت‌های تهدیدکننده مرتبط است. البته خودکارآمدی نمونه‌های این مطالعه در سطحی بالاتر از نتایج مطالعه ریانی، بگ و مولگلو، رویانی و جعفری (7, 15, 19, 20) قرار دارد. این تفاوت می‌تواند به دلیل مدت بیشتر بیداری و درمان با همودیالیز و گروه سنی پایین‌تر نمونه‌های مطالعه حاضر باشد. البته استقلال اکثریت (79/5%) نمونه‌های این مطالعه در انجام رفتارهای مراقبت از خود نیز عامل موثر دیگری در این تفاوت

تجزیه و تحلیل چند متغیره پس از ورود متغیرهای دارای سطح معنی‌داری کمتر از 0/25 در مدل آنالیز رگرسیون خطی به روش رو به عقب نشان داد که فقط متغیر ابتلا به بیماری همزمان می‌تواند به عنوان پیشگویی کننده میانگین نمره کمتر خودکارآمدی نمونه‌ها ($\beta = -0/18$ و $p = 0/022$) باشد (جدول 3). بدین ترتیب افراد مبتلا به بیماری همزمان دیگری مانند دیابت و غیره، دارای خودکارآمدی کمتری بودند.

بحث

یافته‌های این تحقیق مؤید آن است که بیماران همودیالیزی مورد بررسی در این مطالعه دارای نمره خودکارآمدی چندان مطلوبی نبودند. این یافته در سطحی کمتر از نتایج مطالعه جدیدزاده و همکاران است که می‌تواند با سطح تحصیلات بالاتر نمونه‌های آن

نمره کمتر خودکارآمدی نمونه‌ها باشد. هرچند که نتایج مطالعه بگ و همکاران، و ریانی و همکاران ارتباط معنی‌داری را بین خودکارآمدی و ابتلا به دیگر بیماری‌ها نشان نداد (7,15). بنابراین نیاز به بررسی بیشتر در زمینه تعیین عوامل پیشگویی‌کننده خودکارآمدی بیماران همودیالیزی احساس می‌شود. تک مرکزی بودن و عدم شمول تمام بیماران همودیالیزی شهر رشت و یا استان در این مطالعه از محدودیتهای پژوهش حاضر می‌باشد. بدین ترتیب ارزیابی جامع‌تر این موضوع با مطالعه چند مرکزی، به ویژه بیمارستانهای خصوصی، در استان و با حجم نمونه بالاتر توصیه می‌شود.

نتیجه گیری

براساس یافته‌های این مطالعه، ابتلا به دیگر بیماری‌ها مهمترین عامل پیشگویی‌کننده سطح خودکارآمدی در بیماران تحت همودیالیز بود. این یافته می‌تواند کاملاً قابل توجیه باشد، زیرا ابتلا به بیماریهای همزمان بیمار را ملزم به توجه و پیگیری مراقبت‌های وسیع‌تر و پیچیده‌تر می‌سازد. بدین دلیل پژوهشگران طراحی را هربردهایی را برای ارزیابی دقیق و کل‌گرای این گروه از بیماران توسط پرستاران پیشنهاد می‌کنند. به‌کارگیری استراتژی‌هایی نظیر آموزش‌های هدفمند، همراه با توجه به نیازهای آموزشی هر بیمار در کنار مدیریت مناسب و درست وضعیت مددجو و پیگیریهای منظم، و نیز گزارش به موقع یافته‌ها نقش مهمی را در پیشگیری و کنترل بیماریهای همزمان و در نتیجه آن بالابردن خودکارآمدی و اطمینان بیماران در انجام رفتارهای مراقبت از خود خواهد کرد.

تشکر و قدر دانی

این مطالعه استخراج شده از طرح مصوب معاونت تحقیقات و فن‌آوری

خواهد بود. درحالی که جاسال¹ و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که فقط 36 درصد نمونه‌های آنان دارای استقلال کامل در زمینه انجام فعالیت‌های روزانه زندگی بودند (21).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برخلاف آنچه انتظار می‌رفت افرادی که در منازل استیجاری زندگی می‌کردند به نسبت افرادی که منزل شخصی داشتند از خودکارآمدی بهتری برخوردار بودند. این در حالی است که بگ و مولاگلودر مطالعه خود نتیجه گرفتند که هیچ ارتباط معنی‌داری بین محل سکونت و خودکارآمدی نمونه‌ها وجود ندارد (15). تفاوت موجود بین نتایج این دو مطالعه شاید با متفاوت بودن ابزارهای مورد بررسی، فرهنگ و همچنین میزان حمایت اجتماعی نمونه‌های دو مطالعه مرتبط باشد.

یافته دیگر این مطالعه داشتن خودکارآمدی بالاتر در نمونه‌های بدون ابتلا به بیماری همزمان، درمقایسه با مبتلایان بود. باک² و همکاران نیز در مطالعه خود شاهد ارتباط معناداری بین بیماری همزمان با اداره ضعیف‌تر خودمراقبتی و همچنین اداره بهتر خودمراقبتی با خودکارآمدی بالاتر بودند. این پژوهشگران نیز نتیجه گرفتند که وجود بیماری همزمان می‌تواند بر ارتباط بین خودکارآمدی و حفظ مراقبت از خود موثر باشد (22). این یافته‌ها کاملاً قابل توجیه هستند. زیرا وجود بیماری همزمان دیگر مانند دیابت می‌تواند موجب پیچیده‌تر شدن وضعیت بالینی و نیاز به رفتارهای خودمراقبتی وسیع‌تر گردد. دراین شرایط سطح بالاتری از خودکارآمدی مورد نیاز بیماران خواهد بود. در نهایت تجزیه و تحلیل چند متغیری رگرسیون خطی به روش روبه عقب نشان داد که فقط متغیر ابتلا به بیماری‌های همزمان می‌تواند به عنوان پیشگویی‌کننده میانگین

² Buck

¹ Jassal

تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و همچنین مسئولین مرکز آموزشی درمانی رازی شهر رشت، پرستاران بخش همودیالیز و تمامی بیماران بستری در این بخش ابراز نمایند.

دانشگاه علوم پزشکی گیلان و با تاییدیه کمیته اخلاق این معاونت با شماره 91223 می‌باشد. لذا پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که مراتب سپاس خود را به معاونت محترم تحقیقات و فناوری و مرکز

References

- 1- Esmaeili-Vardanjani S, Khalili F, Ghani-Dehkordi F, Molavi-Vardanjani M, Tavakoly-Vardanjani A. Perceived social support and depression factors in hemodialysis patients. *World Applied Sciences Journal*. 2013;25(3):434-40.
- 2- Naroie S, Naji S, Abdeyazdan G, Dadkani E. Effect of applying self-care Orem model on quality of life in the patient under hemodialysis. *Zahedan Journal of Research Medical Sciences (ZJRMS)*. 2012;14(1):8-12. [Persian]
- 3- Bayoumi M, Al-Harbi A, Al-Suwaida A, Al-Ghonaim M, Al-Wakeel J, Mishkiry A. Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2013;24(2):254-9.
- 4- Khoshnazar T, Izadi-Tameh A, Moghadamnia M, Farmanbar R, Rostamnia L, Monfared A. Relevance self-efficacy with anxiety and depression among patients receiving hemodialysis referred to hemodialysis unit at educational-therapeutic center in Rasht. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2014;12(9):807-14. [Persian]
- 5- Hassani P, Otaghi M, Zagheri-Tafreshi M, Nikbakht-Nasrabadi A. The facilitators of the transition to hemodialysis. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2013;80(25):14-23. [Persian]
- 6- Baghaei M, Rahimi S, Adib M, KazemnejadLeili E, Monfared A. Predictive personal factors of quality of life in hemodialysis patients. *Holistic Nursing and Midwifery Journal*. 2014;74(24):9-19. [Persian]
- 7- Rayyani M, Malekyan L, Azzizadeh-Forouzi M, Razban F. Self-care, self-efficacy and quality of life among patients receiving hemodialysis in South-East of Iran. *Asian Journal Nursing Education and Research*. 2014;4(2):165-71.
- 8- Esmaeili R, Ahmadi HR, Jannati Y K, A R, Espahbodi F. The relationship between perceived social support and self-efficacy with diet adherence among hemodialysis patients. *Scientific Journal of Hamedan Nursing & Midwifery Faculty*. 2013;21(3):59-67.[persian]
- 9- 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. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2014;9(4):61-9. [persian]
- 10- Esmaili M, Alikhani M, GholamAraghi M, Hoseyni F. Quality of life and self-efficacy of the patients under hemodialysis. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2005;42(18):77-83. [persian]
- 11- Rahimi M, Izadi N, Khashij M, Abdolrezaie M, Aivazi F. Self Efficacy and some of related factors in diabetic patients. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2015;22(6):1665-72. [persian]
- 12- Mohajjel-Aghdam A, Hasankhani H, Gharehohammadlu R, Esmaeily M. Relation of patients self-efficacy with control of asthma symptoms. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2013;15(2):70-6.[persian]
- 13- Rafii F, Naseh L, Parvizy S, Haghani H. Self-efficacy and the related factors in ostomates. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2011;24(73):8-18. [persian]
- 14- Muehrer R, Schatell D, Witten B, Gangnon R, N Becker B, Hofmann RM. Factors affecting employment at initiation of dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2011;6(1):489-96.
- 15- Bag E, Mollaog̃lu M. The evaluation of self-care and self-efficacy in patients undergoing hemodialysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010;16(2):605-10.
- 16- Griva K, Mooppil N, Seet P, Krishnan D, James H, Newman S. The NKF-NUS hemodialysis trial protocol: a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a self management intervention for hemodialysis patients. *BMG Nephrology*. 2011;12(4):1-11.
- 17- Lin C, Wu C, Anderson R, Chang C, Cahng S, Hwang S, et al. The chronic Kidney disease self-efficacy (CKD-SE) instrument: development and psychometric evaluation. *Nephrol Dial Transplant*. 2012;27:3828-34.
- 18- Habibzadeh H, Davarpanah M, Khalkhali H. The study of the effect of Orem Self Care Model on self efficacy in hemodialysis patients in Urmia university of Medical Science hospitals during 2011. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2012;10(2):190-9.[Persian]

- 19- Royani Z, Rayyani M, Vatanparast M, Mahdavifar M, Goleij J. The relationship between self-care and self-efficacy with empowerment in patients undergoing hemodialysis. *Military Caring Sciences*. 2014;2(2):116-22.[Persian]
- 20- Jafari M, Mannani R, Zarea K. The association between self-concept and self-efficacy in patients under treatment by hemodialysis. *Jundishapur Journal Chronic Disease Care*. 5015;4(3):6-11.
- 21- Jassal SV, Karaboyas A, Comment LA, Bieber BA, Morgenstern H, Sen A, et al. Functional dependence and mortality in the International Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *American Journal of Kidney Diseases*. 2016;67(2):283-92.
- 22- Buck HA, Dickson VV, Fida R, Riegel R, D'Agostino F, Alvaro R, et al. Abstract 10274: It's complicated: comorbidity, self-efficacy, self-care When Hospitalization and Quality of Life are Outcomes in Heart Failure. *American Heart Association Journals*. 2015;132(3):224-39.