

مقاله پژوهشی اصیل

ارتباط سبک زندگی و خودکارآمدی در افراد با نارسایی قلبی

* سیما بابایی^۱، دکترای پرستاری
صبا برومند^۲، کارشناس ارشد پرستاری

خلاصه

هدف. هدف مطالعه ی حاضر تعیین ارتباط بین سبک زندگی و خودکارآمدی قلبی در افراد با نارسایی قلبی بود. زمینه. نارسایی قلبی به عنوان یک بیماری شایع از علل اصلی مرگ و ناتوانی در جهان به شمار می رود. در درمان افراد دچار نارسایی قلبی بر اصلاح سبک زندگی تأکید ویژه ای می شود. جهت بهبود سبک زندگی افراد دچار این بیماری می توان عوامل شناختی رفتاری نظیر خودکارآمدی قلبی را مورد توجه قرار داد.

روش کار. این مطالعه ی توصیفی همبستگی بر روی ۲۲۷ بیمار دچار نارسایی قلبی مراجعه کننده به درمانگاه های قلب بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. نمونه گیری به روش آسان در سال ۱۳۹۴ صورت پذیرفت. داده ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه خودکارآمدی قلبی سالیوان و پروفایل سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت جمع آوری گردید و با استفاده از آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس و آنالیز رگرسیون توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شد.

یافته ها. میانگین نمره خودکارآمدی قلبی، ۵۸/۴۵ با انحراف معیار ۲۵/۹۲ و میانگین نمره سبک زندگی کلی بیماران، ۵۴/۴۵ با انحراف معیار ۱۶/۲۷ بود. نتایج این مطالعه نشان داد که بین میانگین نمره کلی سبک زندگی و میانگین نمره خودکارآمدی قلبی رابطه مستقیم و معنی دار وجود دارد ($T=0/463$ و $p \leq 0/001$). ضرایب همبستگی پیرسون ارتباط مستقیمی بین نمرات همه ابعاد سبک زندگی با نمره خودکارآمدی قلبی نشان داد (در همه موارد، $p=0/001$).

نتیجه گیری. ارتباط مثبت و معناداری بین سبک زندگی و خودکارآمدی قلبی افراد با نارسایی قلبی وجود دارد. با توجه به نقش گسترده پرستاران در مراقبت از این بیماران و ارتقای کیفیت درمان، آنان می توانند با انجام مداخلاتی از قبیل آموزش های هدفمند و پیگیری های منظم در راستای ارتقای خودکارآمدی قلبی و در نهایت بهبود سبک زندگی این بیماران ایفای نقش نمایند.

کلیدواژه ها: نارسایی قلبی، سبک زندگی، خودکارآمدی

۱ استادیار گروه سلامت بزرگسالان، مرکز تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: babae@nm.mui.ac.ir

۲ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

نارسایی قلبی به عنوان پیامد بسیاری از بیماری های قلبی مورد توجه صاحب نظران عرصه بهداشت و درمان قرار گرفته است (قهروانی و همکاران، ۲۰۱۳). بیش از ۵ میلیون آمریکایی بالای ۲۰ سال مبتلا به نارسایی قلبی مزمن هستند و تا سال ۲۰۳۰، شیوع این بیماری نسبت به سال ۲۰۱۳ تا ۲۵ درصد افزایش خواهد یافت (گو و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این، میزان بستری افراد به دلیل این بیماری نسبت به دو دهه گذشته دو برابر شده است و امروزه یکی از دلایل اصلی مرگ می باشد (فیلیپ و همکاران، ۲۰۱۵)، به طوری که یک چهارم موارد مرگ در کشورهای پیشرفته به دلیل نارسایی قلبی رخ می دهد (شهاب و همکاران، ۲۰۰۸) در ایران نیز بیش از یک میلیون نفر از نارسایی قلبی رنج می برند (احمدی و همکاران، ۲۰۱۴).

نارسایی قلبی علاوه بر تحمیل هزینه های سنگین بر فرد و جامعه، مشکلات و عوارض جانبی فراوانی برای بیمار به دنبال دارد. نشانه های جسمی و روانی از مشکلات شایع و مهم در نارسایی قلبی می باشند و اغلب این بیماران نشانه ها و علایمی نظیر تنگی نفس، خستگی، اختلال خواب، افسردگی و درد قفسه سینه را تجربه می کنند که این موارد، بیمار را از لحاظ فعالیت های اجتماعی و جسمی روزانه محدود می کند و باعث کاهش کیفیت زندگی می شود (هتو و همکاران، ۲۰۰۷).

درمان نارسایی قلبی پیچیده است و اغلب نه با هدف بهبودی بلکه با هدف افزایش بقا، کاهش دفعات بستری و ارتقای کیفیت زندگی صورت می گیرد (مک موری و همکاران، ۲۰۱۲). جهت تحقق این اهداف بایستی بیمار رفتارهای خودمراقبتی که شامل تبعیت از رژیم پیچیده دارویی و غذایی و به طور کلی تغییر سبک زندگی می شود را انجام دهد (مک موری و همکاران، ۲۰۱۲؛ ابوطالبی و همکاران، ۲۰۱۲).

طی دو دهه گذشته علاقه مندی به ارزیابی و بهبود سبک زندگی بیماران مزمن افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و سبک زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن به صورت یک هدف درآمده است. کوب و همکاران (۲۰۰۶) می نویسند، طی ۱۰ سال گذشته تحقیقات زیادی برای تعیین سبک زندگی بیماران قلبی انجام گرفته است. از طرف دیگر، طول مدت و شدت بیماری های مزمن مانند بیماری قلبی عروقی به اندازه ای است که سبک زندگی افراد مبتلا را دستخوش تغییرات محسوسی می کند. سازمان جهانی بهداشت سبک زندگی را براساس الگوهای مشخص و قابل تعریف رفتار می داند که از تعامل بین ویژگی های شخصی، برهم کنش روابط اجتماعی، شرایط محیطی و موقعیت های اجتماعی اقتصادی حاصل می شود (محمدی و همکاران، ۱۳۸۴). سبک زندگی عامل تعیین کننده ای در ایجاد و پیشرفت بیماری های قلبی عروقی محسوب می شود. در واقع، سبک زندگی نامناسب و بی توجهی به رفتارهای بهداشتی، عواملی هستند که می توانند زمینه بروز بیماری های قلبی عروقی را فراهم آورند (گاور و همکاران، ۲۰۱۳).

عوامل متعددی بر سبک زندگی افراد با بیماری قلبی عروقی موثر است که از آن جمله می توان به عوامل فرهنگی، محیط فیزیکی، وضعیت اجتماعی اقتصادی، بیماری، حوادث، و درمان ها اشاره کرد. یکی از این عوامل مهم و مؤثر که در تحقیقات پرستاری در مورد آن بحث شده است، خودکارآمدی است. خودکارآمدی یکی از سازه های اصلی نظریه شناختی اجتماعی و به معنای اطمینان خاطر فرد از توانایی های خود در انجام رفتار خاص است (اکین و همکاران، ۲۰۰۸). شواهد موجود نشان می دهد که خودکارآمدی با سبک زندگی بیماران مرتبط است (فیلیپ و همکاران، ۲۰۱۵؛ احمدی و همکاران، ۲۰۱۴). خودکارآمدی یا کارایی شخصی به عنوان یک عامل مؤثر بر سبک زندگی، بر درک فرد از مهارت ها و توانایی هایش در انجام موفقیت آمیز عملکردی شایسته تأکید دارد (پرل من، ۲۰۱۰). از طرف دیگر، افراد دچار نارسایی احتقانی قلب نیازمند تغییرات وسیع در سبک زندگی هستند و به مراقبت های وسیعی نیاز دارند (باقری و همکاران، ۱۳۹۲؛ مائدا و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این، اساس درمان نارسایی قلبی، رعایت برنامه درمانی و اطمینان فرد از توانایی برای تطابق با تغییرات ایجاد شده در زندگی است (احمدی و همکاران، ۲۰۱۴). ارتقای خودکارآمدی منجر به خودمدیریتی بهتر می شود، امید به زندگی را افزایش می دهد و رفتارهای سلامتی را تعدیل می کند؛ از این رو، خودکارآمدی ابزاری ارزشمند برای پرستاران در مراکز بهداشتی درمانی می باشد و ارزیابی خودکارآمدی بیماران توسط پرستاران و ارتقای آن، می تواند سبب افزایش انگیزه بیماران در امر مراقبت از خود شود (بالجانی و همکاران، ۲۰۱۱). با این حال، نتایج مطالعه گیلبرند و استیونسون (۲۰۰۶)، که با هدف بررسی تجارب جوانان مبتلا به دیابت انجام شد، نشان داد که ارتباط معناداری بین خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت وجود ندارد (گیلبرند و استیونسون، ۲۰۰۶). در

ایران، خودکارآمدی در افراد با نارسایی قلبی در قالب های مختلف پژوهشی، آن هم به صورت پراکنده مورد بررسی قرار گرفته است (باقری ساوه و همکاران، ۲۰۱۳؛ بالجانی و همکاران، ۱۳۹۰). ضمناً تحقیقاتی نیز راجع به سبک زندگی در بیماران قلبی انجام شده است (محمدی، ۱۳۸۴)، ولی در هیچ مطالعه ای به بررسی ارتباط سبک زندگی با خودکارآمدی پرداخته نشده است. با توجه به ضرورت مراقبت از افراد با نارسایی قلبی و همچنین اهمیت شناخت تأثیر عوامل مختلف از جمله سبک زندگی بر خودکارآمدی در این افراد، مطالعه حاضر با هدف "تعیین ارتباط سبک زندگی و خودکارآمدی در افراد با نارسایی قلبی" انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی همبستگی به صورت مقطعی انجام شد. نمونه گیری این مطالعه به مدت ۳ ماه، از ابتدای بهمن ۹۳ تا پایان فروردین ۹۴، از بین کلیه افراد دچار نارسایی قلبی مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان قلب شهید چمران شهر اصفهان انجام شد. تعداد ۲۲۷ نفر به روش نمونه گیری آسان از بین افراد واجد شرایط انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل هوشیاری کامل، داشتن حداقل سن ۱۸ سال و آشنایی به زبان فارسی بودند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل فرم مشخصات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری، پرسشنامه خودکارآمدی سولیوان و پروفایل سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت (HPLPII) بود. فرم مشخصات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری شامل سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، طول مدت ابتلا به بیماری، دفعات بستری، کسر تخلیه ای قلب، ابتلا به دیابت، پرفشاری خون و اختلالات چربی خون بود. پرسشنامه خودکارآمدی قلبی سولیوان دارای ۱۶ گویه با مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت برای سنجش اطمینان و خودکارآمد بودن فرد در زمینه رعایت مراقبت های عمومی، کنترل علائم بیماری و رعایت دستورات دارویی است. در تکمیل پرسشنامه خودکارآمدی سولیوان از واحدهای مورد پژوهش درخواست شد میزان موافقت خود را در زمینه هر یک از گویه ها اعلام کنند. هر گویه دارای ۴ 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)، امتیاز صفر داده می شود. امتیاز خودکارآمدی قلبی تبدیل به مقیاس صفر تا ۱۰۰ شد و نمرات کسب شده، در ۳ طبقه ۳۳-۰ (ضعیف)، ۳۴-۶۶ (متوسط) و ۶۷-۱۰۰ (خوب) قرار گرفت (شمسی زاده، ۲۰۱۲؛ انیل و همکاران، ۲۰۱۳). پرسشنامه ی خودکارآمدی قلبی سولیوان پرسشنامه ای معتبر است که روایی و پایایی آن در پژوهش های داخل و خارج کشور به اثبات رسیده است. در مطالعه ی شمسی زاده (۱۳۹۱)، روایی این ابزار مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ به میزان ۰/۹۷۷ تأیید شد (شمسی زاده، ۲۰۱۲). در مطالعات قبلی، ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۷ محاسبه شده است (انیل و همکاران، ۲۰۱۳). پروفایل سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت (HPLPII) از ۴۹ گویه تشکیل شده است که رفتارهای سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت افراد را در ۶ زیرشاخه ی تغذیه (۷ گویه)، فعالیت بدنی (۵ گویه)، مسئولیت پذیری در مورد سلامت (۱۰ گویه)، مدیریت استرس (۷ گویه)، حمایت بین فردی (۷ گویه) و رشد معنوی (۱۳ گویه)، با استفاده از مقیاس ۴ گزینه ای لیکرت (هرگز، برخی اوقات، اغلب و همیشه) مورد ارزیابی قرار می دهد. برای تکمیل این پرسشنامه از واحدهای مورد پژوهش درخواست می شود میزان موافقت خود را در زمینه هر یک از گویه ها اعلام کنند. نمرات کسب شده از پرسشنامه سبک زندگی نیز تبدیل به مقیاس صفر تا ۱۰۰ شد و نمرات کسب شده، در ۳ طبقه ۳۳-۰ (ضعیف)، ۳۴-۶۶ (متوسط) و ۶۷-۱۰۰ (خوب) قرار گرفت (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۸). روایی و پایایی این پرسشنامه به طور اختصاصی توسط محمدی زیدی و همکاران (۲۰۱۲) در ایران مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه حاضر نیز روایی پرسشنامه مزبور مورد تأیید قرار گرفت. در این مطالعه، همچنین، جهت تعیین اعتماد یا پایایی ابزار از روش بازآزمایی با فاصله دو هفته و از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی تجانس درونی استفاده شد. کل ابزار، آلفای کرونباخ مناسبی داشت که برابر با ۰/۸۲ بود. آلفای کرونباخ زیرشاخه های تغذیه، فعالیت جسمی، مسئولیت پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی و رشد معنوی به ترتیب برابر با ۰/۷۵، ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۶۴ بود (محمدی و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به درمانگاه های قلب وابسته به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مراجعه نمود و پس از ارائه معرفی نامه و توضیح در مورد اهداف پژوهش به مسئولین مرکز و جلب موافقت و همکاری آنها، اقدام به نمونه گیری نمود. بدین منظور پژوهشگر بین ساعت ۱۲-۱۰ صبح و ۶-۴ عصر (ساعتی که معمولاً بیماران به درمانگاه مراجعه می کنند)، به محیط پژوهش مراجعه می کرد و پس از کسب اجازه از مسئولین درمانگاه های قلب،

در صورتی که بیماران مراجعه کننده واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، اهداف پژوهش را برای آن ها توضیح می داد و از آنها رضایت آگاهانه کتبی اخذ می نمود. جمع آوری داده ها از طریق پرسشگری از بیماران انجام گردید. تکمیل ابزار سه بخشی گردآوری اطلاعات بیمار به طور متوسط به ۲۰ دقیقه زمان نیاز داشت. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی و تحلیلی در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. برای تحلیل داده ها از آزمون های پارامتری نظیر تی مستقل، تحلیل واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی ساده استفاده گردید. سطح معنی داری برای آزمون های آماری، مساوی یا کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و اطلاعات بیماری در افراد با نارسایی قلبی را نشان می دهد. در جدول شماره ۲ میانگین نمره ابعاد مختلف سبک زندگی در افراد تحت مطالعه آمده است. همان طور که در این جدول مشاهده می شود، میانگین نمره در ابعاد تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و رشد معنوی، به ترتیب، ۶۴/۶۹، ۲۸/۹۵، ۵۲/۹۴، ۴۹/۳۳، ۶۲/۴۱ و ۶۱/۹۱ بود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و مشخصات بیماری واحدهای مورد پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
زن	۷۷ (۳۳/۹)
مرد	۱۵۰ (۶۶/۱)
وضعیت تاهل	
مجرد	۱۱ (۴/۸)
متاهل	۱۷۴ (۷۶/۷)
مطلقه	۵ (۲/۲)
بیوه	۳۷ (۱۶/۳)
تحصیلات	
بی سواد	۹۵ (۴۱/۹)
زیر دیپلم	۸۶ (۳۷/۹)
دیپلم	۳۳ (۱۴/۵)
دانشگاهی	۱۳ (۵/۷)
وضعیت شغلی	
کارمند	۸ (۳/۵)
آزاد	۶۵ (۲۸/۶)
بازنشسته	۴۱ (۱۸/۱)
کارگر	۵ (۲/۲)
خانه دار	۵۲ (۲۲/۹)
از کار افتاده	۱۸ (۷/۹)
بیکار	۸ (۳/۵)
سایر	۳۰ (۱۳/۲)
سابقه دیابت یا پرفشاری خون یا دیس لیپیدمی	
بلی	۶۸ (۲۹/۹)
خیر	۱۵۹ (۷۰/۱)

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد مختلف سبک زندگی واحدهای پژوهش

تعداد (درصد)	سبک زندگی و ابعاد آن
۶۴/۶۹ (۱۷/۸۲)	تغذیه
۲۸/۹۵ (۲۵/۸۰)	فعالیت بدنی
۵۲/۹۴ (۲۰/۴۶)	مسئولیت پذیری در قبال سلامت
۴۹/۳۳ (۱۸/۷۷)	مدیریت استرس
۶۲/۴۱ (۲۴/۲۱)	حمایت بین فردی
۶۱/۹۹ (۲۵/۵۷)	رشد معنوی

جدول شماره ۳: ضرایب همبستگی خودکارآمدی قلبی با سبک زندگی و ابعاد آن

سبک زندگی و ابعاد آن	خودکارآمدی قلبی
r (p value)	
سبک زندگی در مجموع	۰/۴۶۳ (۰/۰۰۱)
تغذیه	۰/۳۹۹ (۰/۰۰۱)
فعالیت بدنی	۰/۲۸۶ (۰/۰۰۱)
مسئولیت پذیری در قبال سلامت	۰/۴۹۹ (۰/۰۰۱)
مدیریت استرس	۰/۳۳۸ (۰/۰۰۱)
حمایت بین فردی	۰/۳۳۶ (۰/۰۰۱)
رشد معنوی	۰/۲۳۲ (۰/۰۰۱)

یافته های مربوط به هدف اصلی پژوهش یعنی "تعیین ارتباط بین سبک زندگی و خودکارآمدی قلبی در افراد با نارسایی قلبی" در جدول شماره ۳ آمده است. بر اساس نتایج مطالعه، بین نمره کلی سبک زندگی و نمره خودکارآمدی قلبی رابطه معنادار آماری و مستقیم وجود داشت ($r=0/463$ و $p=0/001$). همچنین، ضرایب همبستگی پیرسون، ارتباط مستقیم و معنادار آماری بین نمرات تمامی ابعاد سبک زندگی با نمره خودکارآمدی قلبی نشان داد، بدین معنی که با افزایش نمره خودکارآمدی قلبی، سطح نمرات تمامی ابعاد سبک زندگی افزایش می یابد (در همه موارد، $p=0/001$).

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سبک زندگی و خودکارآمدی قلبی مبتلایان به نارسایی قلبی مراجعه کننده به درمانگاه های قلب بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. بر اساس نتایج مطالعه، بین نمره ی کلی سبک زندگی و همه ابعاد آن با نمره خودکارآمدی قلبی ارتباط آماری معنی دار وجود داشت. همچنین، مطالعه حاضر نشان داد بعد تغذیه سبک زندگی با خودکارآمدی در افراد با نارسایی قلبی ارتباط آماری معنی داری دارد که با نتایج مطالعات برومند و همکاران (۲۰۱۵) و محمدی زیدی و همکاران (۲۰۱۲) مطابقت داشت. همچنین، نتایج مطالعه ی سول و همکاران (۲۰۱۱) مشخص نمود که با ارتقای سطح خودکارآمدی افراد با بیماری قلبی عروقی، سطح فعالیت جسمی ($OR=3/5$, $CI=1-11$) و عادات تغذیه سالم ($B=0/15$, $CI=0/00-0/31$) افزایش می یابد.

در مورد بعد فعالیت جسمی سبک زندگی، نتایج مطالعه حاکی از ارتباط این متغیر با خودکارآمدی بود که با نتایج مطالعات احمدی و همکاران (۲۰۱۴) و همچنین، مطالعه لاپیر و همکاران (۲۰۰۹) مطابقت دارد. ورزش و فعالیت جسمی نقش بسیار مهمی در فراهم کردن و ارتقای سطح خودکارآمدی برای مددجو در برخورد با استرس ناشی از بیماری و سازگاری با آن را دارد. در همین راستا، نتایج مطالعه باقری ساوه و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان "بررسی همبستگی خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب بستری در بخش های داخلی قلب بیمارستان توحید سنندج وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان" مشخص

نمود که بین خودکارآمدی و داشتن فعالیت جسمی در افراد با نارسایی قلبی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($p \leq 0.001$). همچنین، نتایج تعدادی دیگر از مطالعات بیانگر ارتباط سطح خودکارآمدی با رفتارهای شیوه زندگی و سطح فعالیت جسمی بیماران قلبی بوده است؛ به عنوان مثال، نتایج مطالعه ی (لاپیر و همکاران، ۲۰۰۹) مشخص نمود که همبستگی مثبت و معناداری بین خودکارآمدی قلبی و سطح فعالیت جسمی قبل از بستری افراد با بیماری عروق کرونر وجود دارد.

نتایج مطالعه حاکی از آن بود که بین خودکارآمدی و مسئولیت پذیری در قبال سلامت در افراد با نارسایی قلبی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعه ی مائدا و همکاران (۲۰۱۳) در مورد افراد با نارسایی قلبی مطابقت دارد. همچنین، نتایج مطالعه برومند و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف تعیین سطح خودکارآمدی و عوامل مرتبط با آن در افراد دچار ایسکمی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر اصفهان انجام شده بود، نشان داد که بین خودکارآمدی و شرکت منظم در برنامه های غربالگری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($p = 0.03$).

در مطالعه حاضر، بعد استرس سبک زندگی با خودکارآمدی در افراد با نارسایی قلبی ارتباط آماری معنی داری داشت. این یافته با نتایج مطالعه هتو و همکاران (۲۰۰۷) و همچنین، مائدا و همکاران (۲۰۱۳) که بر روی افراد با نارسایی احتقانی قلب تحقیق کردند مطابقت دارد. با این حال نتایج مطالعه چلبوی و گاردین (۲۰۰۶)، ارتباط آماری معناداری بین خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نشان نداد. علت مغایرت نتایج یافته های این مطالعه با پژوهش حاضر می تواند مربوط به تفاوت جامعه مورد مطالعه و ماهیت بیماری نمونه های تحت مطالعه باشد. از طرف دیگر می دانیم افراد دچار نارسایی قلبی در معرض تماس با انواع تنش زها قرار دارند که استرس آنها را تشدید می کند و در نتیجه، این استرس تمام ابعاد زندگی این بیماران و از جمله سبک زندگی آنان را دستخوش تغییر می نماید و این مسئله می تواند صدمات جبران ناپذیری به خودکارآمدی آنها وارد سازد. پرستار نقش بسیار مهمی در فراهم کردن زمینه برای توسعه خودکارآمدی مددجو در برخورد با استرس ناشی از بیماری و سازگاری با آن بازی می کند.

در مورد بعد حمایت بین فردی سبک زندگی، نتایج مطالعه حاکی از آن بود که بین خودکارآمدی و این بعد از سبک زندگی در افراد دچار نارسایی قلبی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. مطالعه سول و همکاران (۲۰۱۱) مشخص نمود که با ارتقای سطح خودکارآمدی افراد دچار بیماری قلبی عروقی سطح حمایت بین فردی این بیماران افزایش می یابد ($OR = 3/2$, $CI = 1-12$). یکی از دلایل خودکارآمدی نامطلوب در بیماران که مدت زمان طولانی تری از ابتدای آنان به بیماری گذشته است می تواند این باشد که علائم بیماری و عوارض ناشی از آن، به مرور زمان محدودیت هایی در روند زندگی عادی بیماران و ارتباط آنها با خانواده و دوستان ایجاد می کند و در نتیجه، خودکارآمدی آنان را متأثر می سازد.

در مورد بعد رشد معنوی سبک زندگی، نتایج مطالعه حاکی از آن بود که بین خودکارآمدی و رشد معنوی سبک زندگی در افراد با نارسایی قلبی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. در همین راستا، نتایج مطالعه ی باقری ساوه و همکاران (۱۳۹۲) مشخص نمود که بین خودکارآمدی و رشد معنوی در افراد با نارسایی قلبی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($p \leq 0.001$). همچنین، نتایج تعدادی دیگر از مطالعات بیانگر ارتباط سطح خودکارآمدی با رفتارهای شیوه زندگی و رشد معنوی بیماران قلبی بوده اند؛ به عنوان مثال، نتایج مطالعه سول و همکاران (۲۰۱۱) مشخص نمود که همبستگی مثبت و معناداری بین خودکارآمدی قلبی و رشد معنوی قبل از بستری بیماران قلبی وجود دارد.

جهت تعمیم یافته ها به جامعه افراد دچار نارسایی قلبی و تدوین راهکارهایی جهت ارتقای سطح خودکارآمدی و بهبود سبک زندگی این بیماران، پیشنهاد می شود در آینده مطالعاتی با نمونه گیری تصادفی و حجم نمونه بیشتر انجام گردد. همچنین، با توجه به مقطعی بودن این مطالعه و نظر به این که خودکارآمدی و سبک زندگی بیماران به مرور زمان تغییر می کند، پیشنهاد می شود خودکارآمدی و سبک زندگی این بیماران در قالب یک مطالعه طولی نیز بررسی گردد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر مشخص نمود که سبک زندگی افراد دچار نارسایی قلبی دارای ارتباط مثبت و معناداری با خودکارآمدی قلبی آن ها می باشد. بنابراین، به پرستاران پیشنهاد می شود در مراقبت از این بیماران و به منظور بهبود برآیندهای درمانی این بیماران، می

مداخلاتی از قبیل آموزش های هدفمند و پیگیری های منظم در راستای ارتقای خودکارآمدی قلبی و در نهایت بهبود سبک زندگی اجرا شود. یافته های این پژوهش می تواند توسط پرستاران بخش های مراقبت های ویژه و قلب مورد استفاده قرار گیرد و در برنامه های آموزشی دانشجویان در زمینه مراقبت از این بیماران گنجانده شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی با کد ۲۹۳۳۷۰ از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد. بدین وسیله از مدیریت و مسئولین درمانگاه های قلب بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و بیماران شرکت کننده در مطالعه قدردانی می شود. قطعاً بدون همکاری آنان اجرای این پژوهش مقدور نبود.

منابع فارسی

باقری ساوه، م.، اشک تراب، ط.، برزآبادی فراهانی، ز.، زایری، ف.، زهری انبوهی، س. ۱۳۹۲. بررسی همبستگی خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسائی احتقانی قلب بستری در بخش های داخلی قلب بیمارستان توحید سمنجان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان. نشریه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی شهید بهشتی، ۲۲ (۷۸)، ۱۷-۲۶.

بالجانی، الف.، رحیمی، ژ.، امانپور، الف.، سلیمی، ص.، پرخاشجو، م. ۱۳۹۰. تأثیر مداخلات پرستاری در ارتقای خودکارآمدی و کاهش عوامل خطر عروقی در بیماران قلبی عروقی. مجله حیات، ۱۷ (۱)، ۴۵-۵۴.

محمدی زیدی، ع.، حیدرنیا، ع.، حاجی زاده، اف. ۱۳۸۴. بررسی سبک زندگی بیماران قلبی و عروقی. دومانه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، ۱۳ (۶۱)، ۴۹-۵۶.

منابع انگلیسی

- Abootalebi, G., Vosooghi, N., Mohammad Nejad, E., Namadi, M., Akbari Kaji, M. 2012. Study of the self-care agency in patients with heart failure. Iranian Journal Critical Care Nursing, 4 (4): 203-208. [In Persian]
- Ahmadi, A., Soori, H., Mobasheri, M., Etemad, K., Khaledifar, A. 2014. Heart failure, the outcomes, predictive and related factors in Iran. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences; 24(118): 180-8.
- Akin S, Can G, Durna Z, Aydiner A. 2008. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. European Journal of oncology Nursing; 12(5): 449-56.
- Boroumand, S., Shahriari, M., Abbasi Jebeli, M., Baghersad, Z., Baradaranfard, F, Ahmadpoori, F. 2015. 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, 9 (4): 61-69. [In Persian]
- Chlebowy, D.O., Garvin, B.J. 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 Education, 32(5): 777-86.
- Cobb, S.L., Brown, D.J., Davis, L.L. 2006. Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. Journal of American Academic Nurse Practice, 18(1): 31-39.
- Filipe, M.D., Meijers, W.C., van der Velde, A.R., de Boer, R.A. 2015. Galectin-3 and heart failure: prognosis, prediction & clinical utility. Clinical chimica acta; 443:48-56.
- Ghahramani, A., Kamrani, F., Mohamadzadeh, S., Namadi, M. 2013. Effect of self care education on knowledge, performance and readmission of heart failure patients admitted in city hospitals of Ardabil. Iranian Journal of Nursing Research, 8 (2): 65-72. [In Persian]
- Gillibrand, R, Stevenson, J. 2006. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. British Journal Health Psychology, 11 (pt1): 155-169.
- Go, A.S., Mozaffarian, D., Roger, V.L., Benjamin, E.J., Berry, J.D., Borden, W.B., et al. 2013. Heart disease and stroke statistics-2013 update. Circulation; 127(1): 211-215.
- Goyer, L., Dufour, R., Janelle, C., Blais, C., L'Abbé, C., Raymond, E., et al. 2013. Randomized controlled trial on the long term efficacy of a multifaceted, interdisciplinary patients at risk of cardiovascular disease. Journal of Behavioral Medicine, 36(2): 212-224.

- Heo, S., Moser, D.K., Lennie, T.A., Zambroski, C.H., Chung, M.L. 2007. A comparison of health-related quality of life between older adults with heart failure and healthy older adults. *Heart & Lung*, 36(1):16-24.
- Hosseinzadeh, M., Atapoor, M. 2009. Descriptive evaluation of clinical features, readmission and risk factors of congestive heart failure patients in Shahid Madani hospital of Tabriz over a period of three years. *Nursing and Midwifery Journal of Tabriz*, 15: 51-58. [In Persian]
- LaPier, T.K., Cleary, K., Kidd, J. 2009. Exercise Self-Efficacy, Habitual physical activity, and fear of falling in patients with coronary heart disease. *Cardiopulmonary Physical Therapy J*, 20(4): 5-11.
- Maeda, U., Shen, B.J., Schwarz, E.R., Farrell, K.A., Mallon, S. 2013. Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1): 88-96.
- McMurray, J.V., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Bohm, M., Dickstein, K., et al. 2012. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, 33 (14):1787-1847.
- Mohammadi Zeidi, I., Pakpour Hajiagha, A., Mohammadi Zeidi, B. 2012. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Journal of Mazandaran University Medical Science*, 21 (1):102-113. [In Persian]
- O'Neil, A., Berk, M., Davis, J., Stafford, L. 2013. Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. *Health*, 5(7A3): 6-14.
- Perlman, D. 2010. Influence of the sport education model on physical self-efficacy. *Public Health Nurse*, 24: 1-5.
- Shahab, J.A., Ghofranipour, F., Kimiagar, S.M., Vafaei M, Heydarnia, A.R., Sobhani, S., et al. 2008. The relationship between knowledge, self-efficacy and quality of life with glycemic control and lipid profile in smoking diabetic patients.
- Shahriari, M., Ahmadi, M., Babae, S., Mehrabi, T., Sadeghi, M. 2013. Effects of a family support program on self-care behaviors in patients with congestive heart failure. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18, 152-157.
- Shamsizadeh, M. 2012. Effects of peer education on anxiety and self-efficacy in patients for elective coronary artery bypass graft surgery [Thesis]. Tehran, Iran: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of medical sciences. [In Persian]
- Sol, B.G., van der Graaf, Y., van Petersen, R., Visseren, F.L. 2011. The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 10(3): 180-6.
- Sullivan, M.D., LaCroix, A.Z., Russo, J., Katon, W.J. 1998. Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 60(4): 473-8.
- Taymoory, P., Lubanse, R.D. 2008. Mediators of adolescent girls. *Psychology Sport Exercise journal*, 9: 605-619.

Original Article

Relationship between lifestyle and cardiac self efficacy among people with heart failure

* Sima Babaei¹, Ph.D
Saba Boroumand², MSc

Abstract

Aim. This study aimed to determine the relationship between lifestyle and cardiac self-efficacy among people with heart failure.

Background. As a common disease, heart failure is a major cause of death and disability in the world. In the treatment of heart failure patients, there is a special emphasis on lifestyle modification. In order to improve the lifestyle of patients with heart failure, cognitive-behavioural factors such as cardiac self-efficacy can be considered.

Method. This descriptive correlational study was conducted on 227 patients with heart failure referred to cardiology clinics of hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences. The data gathering tool consisted of three sections: demographic form, Sullivan's cardiac self-efficacy questionnaire and health-promoting lifestyle profile. The data were analysed in SPSS, version 16.

Findings. The mean score of cardiac self-efficacy was 58.45 ± 25.92 and the mean score of total lifestyle was reported 54.45 ± 16.27 . A statistically significant direct relationship was found between the mean score of total lifestyle and the mean score of cardiac self-efficacy ($r=0.463$, $p \leq 0.0001$). The Pearson correlation coefficients showed a direct correlation between the scores of all dimensions of lifestyle and score of cardiac self-efficacy (In all cases, $p \leq 0.0001$).

Conclusion: There is a positive and significant correlation between lifestyle and cardiac self-efficacy of patients with heart failure.

Keywords: Heart failure, Life style, Self-efficacy

1 Assistant Professor, Department of Adult Health Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (*Corresponding Author) email: babae@nm.mui.ac.ir

2 MSc, Department of Adult Health Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran