

رواسازی مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۴/۳۰- تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۶/۳۰

خلاصه

مقدمه

کنترل عوامل خطر ساز و اصلاح سبک زندگی در بیماران قلبی-عروقی نقش مهمی دارد و منجر به توانمند شدن این بیماران جهت مراقبت از خود می شود. هدف از مطالعه حاضر بررسی روایی^۱ و پایایی^۲ مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی در شهر اصفهان بود.

روش کار

روش پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. ۱۵۰ بیمار قلبی-عروقی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. برای تعیین پایایی پرسشنامه، از روش همسانی درونی (ضریب آلفا) و جهت احراز روایی از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بهره گرفته شد.

نتایج

یافته‌ها نشان داد که ضریب آلفای کل مقیاس ۰/۸۰ و در زیر مقیاس‌های آن بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۷ بدست آمد. نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش واریماکس نشان داد که ارزش ویژه سه عامل قابل ملاحظه است و روی هم ۷۲/۸۰٪ واریانس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی را تبیین می کند. شاخص‌های نیکویی برازش مدل را تأیید کردند.

نتیجه گیری

بنابراین مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی، همسانی درونی مطلوب و روایی کافی در نمونه بیماران ایرانی دارد.

کلمات کلیدی

خودکارآمدی، بیماری قلبی-عروقی، مدیریت بیماری، روایی، پایایی
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

فهیمه جعفری سجزی^۱

ذکراله مروتی*^۲

رامین حیدری^۳

۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده و علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

۳- استادیار گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

* گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

تلفن: ۰۲۴۳۳۰۵۴۴۴۹

Email: z.morovati@znu.ac.ir

¹ Validity

² Reliability

مقدمه

بیماری قلبی-عروقی اصطلاحی عام برای بیماری‌های قلب و رگ‌های خونی است (۱) و به صورت یک آسیب پیش‌رونده به دلیل عدم توانایی قلب در گردش خون مناسب در سرتاسر بدن تعریف می‌شود (۲). این بیماری یکی از سه علت اصلی مرگ و میر در کشورهای صنعتی به شمار می‌رود (۳). مطالعات متعدد بیانگر این واقعیت است که شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی رو به افزایش است به طوری که این بیماری رتبه اول بیماری‌های ناتوان کننده را به خود اختصاص داده است (۴). با اینکه مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی در چند سال اخیر در کشورهای پیشرفته کاهش یافته (۵-۶) اما شواهد موجود در مورد تغییر سبک زندگی مردم نشان می‌دهد که شیوع این بیماری در ایران رو به افزایش است، با این حال آمار دقیقی از روند مرگ و میر ناشی از این بیماری در کشورمان در دسترس نیست (۷). طبق مدل زیستی-روانی-اجتماعی، که دو دیدگاه زیستی-طبی و روانی-اجتماعی را برای تبیین بیماری و سلامتی ادغام کرده (۸)، می‌توان گفت این بیماری از لحاظ علت شناسی و درمان چند عاملی است. دستورالعمل‌های توانبخشی قلبی-عروقی ارائه شده در جوامع مختلف، همواره بر اهمیت پیشگیری از بروز این بیماری بیشتر از درمان تاکید می‌کنند (۹)، با این وجود گسترش سلامت جسمانی بواسطه فرایند توانبخشی در صورتی موثر واقع می‌شود که شرایط روانشناختی افراد به قدر کافی مساعد باشد (۱۰). بنابراین کنترل عوامل خطر ساز و اصلاح سبک زندگی در بیماران قلبی-عروقی نقش مهمی دارد و منجر به توانمند شدن این بیماران جهت مراقبت از خود می‌شود (۱۱).

از میان عوامل روانشناختی متعدد، عقاید خودکارآمدی عامل مهمی است که پیش‌بین طیف وسیعی از رفتارهای مروج سلامتی در زمینه بیماری‌ها می‌باشد (۱۲-۱۴). مفهوم خودکارآمدی در سال ۱۹۷۷ توسط بندورا^۱ تعریف شده و از نظر وی احساس خودکارآمدی پیش‌نیاز مهمی جهت تغییر

رفتار می‌باشد (۱۵). عقاید خودکارآمدی یک ساختار کلیدی در نظریه شناختی-اجتماعی بندورا و مفهومی بین‌رشته‌ای است که به صورت درک افراد از توانایی خود برای تغییر موفق و بادوام یک رفتار تعریف می‌شود، بنابراین ارتباط زیادی با تلاش و ثبات قدم در هر جنبه از زندگی دارد (۱۶) و به صورت عمومی یا خاص طبقه‌بندی می‌شود (۱۰). عقاید خودکارآمدی عمومی بر احساس کلی و ثابت شخص از توانایی وی برای مواجه شدن با انواع موقعیت‌های استرس‌زا اشاره دارد (۱۷)، درحالی‌که عقاید خودکارآمدی خاص به معنی ادراک شخص از توانایی وی برای انجام یک هدف در یک زمینه و یا موقعیت خاص است (۱۸، ۱۴). به بیان دیگر خودکارآمدی به معنی اطمینان داشتن فرد از توانایی وی برای انجام مطلوب اعمال مراقبت از خود می‌باشد و او از این طریق به نتایج مطلوب‌تری جهت مراقبت از خود خواهد رسید (۱۹)، از این رو ارتقای رفتارهای مراقبت از خود در بیماران قلبی-عروقی می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی و کاهش دفعات بستری آنها شده و نیز از بروز عوارض پیشگیری کرده و یا زمان آن را به تعویق اندازد (۲۰-۲۱). تحقیقات نشان می‌دهد که افراد دارای خودکارآمدی بالا تمایل بیشتری جهت مشارکت در رفتارهای چالش‌زا از خود نشان داده و تفسیر بهتری از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی را ارائه می‌کنند. علاوه بر این خودکارآمدی نقش مهمی در تعدیل رابطه میان دانش و رفتار ایفا می‌کند (۱۵). بنابراین ارتقای خودکارآمدی می‌تواند منجر به ارتقای خودمدیریتی، افزایش امید به زندگی و تعدیل رفتارهای سلامتی شود (۱۱).

از طرفی عقاید خودکارآمدی در زمینه مدیریت بیماری، بر اطمینان بیماران درمورد توانایی انجام موفقیت‌آمیز رفتارهای خاص مرتبط با سلامتی آنها اشاره دارد (۱۲-۱۳، ۲۲) و علاوه بر قابلیت ادراک عمومی یا خاص، می‌تواند به صورت رفتار خاص یا بیماری خاص نیز دسته‌بندی شود (۱۴). برای مثال، افرادی که مبتلا به بیماری مزمن هستند باید به تکالیفی که پزشک یا پرستار در مورد آن بیماری خاص به آنها می‌دهد، عمل کنند. چندین مطالعه به ارتباط قوی بین عقاید خودکارآمدی (رفتار خاص و

¹ Bandora

است. بنابراین، پژوهش حاضر در پی آن بود که ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این مقیاس را در میان بیماران قلبی-عروقی مورد بررسی قرار دهد تا استفاده از این ابزار چه در بافت درمان و چه در بررسی‌های پژوهشی، مبتنی بر فرهنگ ایرانی با اطمینان بیشتری صورت گیرد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-همبستگی است که در آن تعداد ۱۵۰ بیمار، ۷۹ زن و ۷۱ مرد، به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران بستری در بیمارستان قلب شهید چمران و بخش قلب بیمارستان خورشید، دو مرکز بزرگ پژوهشی-بهداشتی-درمانی شهر اصفهان، وارد مطالعه شدند. همه شرکت کنندگان پس از تکمیل فرم رضایت نامه کتبی و با آگاهی کامل در این پژوهش شرکت کردند. همچنین این اطمینان به آنها داده شد که اطلاعات اخذ شده از آنها به صورت محرمانه نزد پژوهشگران باقی خواهد ماند. نمونه‌گیری به مدت ۳ ماه از اواسط مهرماه تا اواسط دی‌ماه ۱۳۹۶ صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص بیماری قلبی-عروقی مورد تایید پزشک متخصص قلب، تمایل به شرکت در مطالعه، آگاهی از بیماری خود، هوشیار بودن، آشنا بودن به زبان فارسی، توانایی خواندن و نوشتن و نیز نداشتن عقب ماندگی ذهنی، اختلال بینایی و شنوایی و بیماری فعال روانی بود.

ابزار گردآوری اطلاعات از دو بخش تشکیل شده بود: بخش اول حاوی سوالاتی در زمینه مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به بیماری (شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل و شغل و نیز مدت ابتلا به بیماری) و بخش دوم در برگیرنده پرسشنامه خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی استکا^۱ و همکاران (۲۰۱۵) بود. این پرسشنامه شامل ۹ سوال می‌باشد که میزان اطمینان فرد در مورد خودکارآمدی وی در زمینه مدیریت بیماری را با استفاده از مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (اصلاً مطمئن نیستم ۱ تا کاملاً مطمئن هستم ۵) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. روند اجرا به این صورت بود که از

بیماری خاص) و برخی رفتارهای مروج سلامتی مثل رژیم غذایی، ورزش و تبعیت دارویی، مصرف الکل، ترک سیگار و حفظ وزن اشاره کرده‌اند (۲۳-۲۵).

در مورد بیماران قلبی-عروقی عقاید خودکارآمدی رفتار خاص، بهبود عملکرد در توانبخشی قلبی-عروقی، بهبود عملکرد جسمانی و پیامدهای بهتر درمان با تبعیت از فعالیت‌های جسمانی مناسب و توصیه‌های ورزشی را پیش‌بینی می‌کند (۱۰). به علاوه عقاید خودکارآمدی بیماری خاص با حالات بهتر سلامتی و سطوح پایین‌تری از اضطراب و افسردگی در این بیماران، مرتبط است (۲۶-۲۷). با توجه به اینکه مقیاس خودکارآمدی بیماری خاص برای بیماران قلبی-عروقی بسیار محدود است و ابزارهای موجود نیز، در اعتبار و قابلیت اجرا محدودیت‌هایی را نشان می‌دهند، به این صورت که بیشتر ابزارهای موجود فقط بر یک جنبه از مدیریت بیماری در یک زمان متمرکز هستند (مانند مقیاس خودکارآمدی رژیم غذایی قلبی و مقیاس خودکارآمدی ورزشی قلبی)، بنابراین لازم است از یک ابزار جامع‌تر برای سنجش عقاید خودکارآمدی مرتبط با مدیریت بیماری برای بیماران قلبی-عروقی استفاده شود. همچنین مقیاس‌های موجود، جنبه‌هایی را که دقیقاً مرتبط با مدیریت بیماری نیستند (مانند حفظ ارتباطات اجتماعی یا فعالیت جسمی) اندازه می‌گیرد. از طرفی با توجه به اینکه اغلب بیماران قلبی-عروقی، مسن و بی‌حوصله بوده و همچنین زمانی به پزشک مراجعه می‌کنند که در مرحله حاد بیماری هستند، استفاده از پرسشنامه‌های دارای تعداد گویه زیاد در ارزیابی بالینی توصیه نمی‌شود و پرسشنامه‌های با تعداد گویه کم برای سنجش عقاید خودکارآمدی مرتبط با مدیریت بیماری مناسب‌تر است.

به همین جهت، در این پژوهش از یک مقیاس جامع بیماری خاص که به صورت مختصر برای ارزیابی عقاید خودکارآمدی بیماران قلبی-عروقی در مورد توانایی آنها برای مدیریت بیماری خود در انواع سطوح طراحی شده، استفاده شد. مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی در سال ۲۰۱۵ توسط استکا و همکاران ساخته شده، اعتبار و روایی آن در ایتالیا مورد بررسی قرار گرفته و مولفه‌های روانسنجی آن تایید شده

¹ Steca

همانطور که جدول ۱ نشان می‌دهد، با توجه به اینکه ضریب kmo بالاتر از $0/70$ و همچنین مقدار آزمون کرویت بارتلت برابر با $1/005$ در سطح معنی‌داری $0/001$ بدست آمد می‌توان گفت که حجم نمونه برای تحلیل عاملی مناسب و اجرای تحلیل عاملی قابل توجیه است.

نتایج حاصل از جدول ۲ نشان می‌دهد در تحلیل عاملی اکتشافی ۳ عامل شناسایی شده است. با توجه به داده‌های جدول تحلیل عاملی پرسشنامه شامل سه بعد خودکارآمدی عوامل خطر قلبی، خودکارآمدی پیروی از درمان و خودکارآمدی تشخیص نشانه‌ها می‌باشد که سوال‌های ۱، ۲، ۳ و ۴ شامل بعد خودکارآمدی عوامل خطر قلبی، سوال‌های ۵ و ۶ بعد خودکارآمدی پیروی از درمان و سوال‌های ۷، ۸ و ۹ بعد خودکارآمدی تشخیص نشانه‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۲ - عوامل استخراج شده مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی - عروقی به شیوه تحلیل عاملی چرخش یافته

عواملها	خرده مقیاس خودکارآمدی	خرده مقیاس خودکارآمدی	خرده مقیاس خودکارآمدی
۱. شما به خوبی می‌توانید از مشکلات زندگی و موقعیت‌های دشوار دوری کرده و استرس‌های روزمره را به حداقل برسانید.	۰/۹۱	عوامل خطر قلبی	تشخیص نشانه‌ها
۲. شما به خوبی می‌توانید فعالیت بدنی و کارهای جسمانی خود را محدود کنید، مثلاً از بلند کردن اجسام سنگین خودداری کنید.	۰/۹۴	عوامل خطر قلبی	تشخیص نشانه‌ها
۳. شما به خوبی می‌توانید برنامه‌هایی که پزشک در مورد مصرف غذا به شما داده را رعایت کنید، حتی هنگامی که خیلی عصبی هستید.	۰/۸۸	عوامل خطر قلبی	تشخیص نشانه‌ها
۴. شما به خوبی می‌توانید دستوراتی که پزشک در مورد ترک سیگار به شما داده را رعایت کنید، حتی هنگامی که خیلی احساس عصبانیت و ناراحتی می‌کنید.	۰/۴۴	عوامل خطر قلبی	تشخیص نشانه‌ها
۵. شما به خوبی می‌توانید داروهای خود را در زمان مقرر مصرف کنید، حتی هنگامی که هیچ کس آنرا به شما یادآوری نمی‌کند.	۰/۹۰	عوامل خطر قلبی	تشخیص نشانه‌ها
۶. شما به خوبی می‌توانید داروهایتان را به طور صحیح مصرف کنید،	۰/۸۹	عوامل خطر قلبی	تشخیص نشانه‌ها

آزمودنی‌ها خواسته می‌شد میزان موافقت خود را نسبت به هر یک از سوالات اعلام کنند. در این مقیاس نمرات بالاتر، خودکارآمدی مدیریت قلبی-عروقی بهتری را نشان می‌دهد. به منظور آماده‌سازی پرسشنامه مورد نظر، ابتدا پرسشنامه به فارسی ترجمه شد. سپس از یک متخصص زبان انگلیسی درخواست شد که آن را به انگلیسی برگرداند و تفاوت موجود بین نسخه‌های انگلیسی را بررسی کند. همچنین پرسشنامه ترجمه شده به فارسی توسط یک کارشناس ارشد زبان‌شناسی مورد بازبینی قرار گرفت و مترادف معنایی دو نسخه فارسی و انگلیسی به دقت بررسی شد. سپس پرسشنامه مورد نظر ابتدا روی ۲۰ نفر از بیماران قلبی-عروقی که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، اجرا شد تا اشکالات احتمالی آن برطرف شود.

نتایج

در مجموع ۱۵۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی در این مطالعه شرکت کرده و پرسشنامه موردنظر را تکمیل کردند. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها به اینصورت بود: میانگین سن شرکت کنندگان $61/28$ (حداقل ۱۸ و حداکثر ۹۱ سال) بود. ۷۲٪ از آنها متأهل بوده و تنها ۳۴٪ تحصیلات بالای دیپلم داشتند. در این پژوهش به منظور گردآوری شواهد مربوط به روایی پرسشنامه خودکارآمدی مدیریت قلبی-عروقی از تحلیل عاملی استفاده شد. برای اجرای تحلیل عاملی به جهت حصول اطمینان نسبت به کفایت نمونه برداری و صفر نبودن ماتریس همبستگی داده‌ها در جامعه نتایج Kmo^1 و آزمون کرویت بارتلت محاسبه و در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ - ضریب kmo و آزمون کرویت بارتلت

شاخص‌ها	مقادیر
آزمون کافی	۰/۷۱
بودن حجم نمونه	
آزمون کرویت بارتلت	۱/۰۰۵
درجه آزادی	۳۶
سطح معناداری	۰/۰۰۱

¹ Kaiser-Meyer-Olkin

جدول ۴- شاخص‌های الگوی برازش مقیاس خودکارآمدی

مدیریت بیماری قلبی-عروقی

مقیاس	χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	NFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA
خودکارآمدی	۶۷/۰۴	۲۴	۲/۷۹	۰/۹۰	۰/۸۳	۰/۹۳	۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۰۷
ی مدیریت بیماری قلبی-عروقی	۰/۸۲									

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج حاصل از تحلیل عامل تأییدی پرسشنامه مذکور نشان داد که مقادیر شاخص‌های برازندگی^۲، مجذور خی^۲ ($\chi^2 = 67/04$) با درجه آزادی ($df = 24$)، مجذور خی نسبی ($\chi^2/df = 2/79$)، نیکویی برازش^۳ ($GFI = 0/90$)، نیکویی برازش تعدیل یافته^۴ ($AGFI = 0/83$)، شاخص برازندگی افزایشی^۵ ($IFI = 0/93$)، شاخص برازندگی تطبیقی^۶ ($CFI = 0/95$) و مقدار جذر میانگین مجذورات خطای تقریب^۷ ($RMSEA = 0/07$)، بدست آمدند. بنابراین مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی، با ملاک‌های مطرح شده برای مقادیر مناسب شاخص‌های برازندگی مطابقت دارد.

نمودار ۱ نتایج تحلیل عاملی ماده‌های مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی را نشان می‌دهد. همانگونه که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، در اجرای تحلیل عامل تأییدی همه ماده‌های مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی، بار عاملی آن‌ها بیشتر از ۰/۳۰ بود، ماده‌ها بار عاملی مناسبی داشتند و روی عامل مربوط به خود بار مثبت و معنی دار، در سطح $p < 0/001$ گذاشته‌اند. به منظور بررسی روایی همگرایی این پرسشنامه از ضرایب همبستگی میان عوامل با یکدیگر و با نمره کل پرسشنامه خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آورده شده است.

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، ضرایب همبستگی پرسون بین هر کدام از ماده‌ها با نمره کل مقیاس

حتی هنگامی که هیچ کس آن را به شما یادآوری نمی‌کند.
۷. شما به خوبی می‌توانید نشانه‌های بیماری خود مانند تپش قلب و تنگی نفس را تشخیص دهید.
۸. شما به خوبی می‌توانید نشانه‌های بیماری خود مانند احساس درد در قفسه سینه را تشخیص دهید.
۹. شما به خوبی می‌توانید علائم شدید بیماری خود را تشخیص دهید و می‌دانید چه زمانی نیاز است به پزشک مراجعه کنید.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره خرده مقیاس خودکارآمدی عوامل خطر قلبی به ترتیب ۱۴/۴۵۳ (و ۲/۶۲۳) می‌باشد. همچنین، میانگین (و انحراف معیار) خرده مقیاس پیروی از درمان خودکارآمدی به ترتیب ۶/۵۳۳ (و ۲/۰۰۸)، برای خرده مقیاس تشخیص نشانه‌های خودکارآمدی به ترتیب ۸/۲۷۳ (و ۱/۸۶۰) و برای نمره کل مقیاس به ترتیب ۲۹/۲۶۰ (و ۵/۰۶۶) می‌باشد.

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی مولفه‌های مقیاس

خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی

شاخص خرده مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
خودکارآمدی عوامل خطر قلبی	۱۴/۴۵۳	۲/۶۲۳	۵	۲۰
خودکارآمدی پیروی از درمان	۶/۵۳۳	۲/۰۰۸	۲	۱۰
خودکارآمدی تشخیص نشانه‌ها	۸/۲۷۳	۱/۸۶۰	۳	۱۲
نمره کل	۲۹/۲۶۰	۵/۰۶۶	۱۰	۴۱

روایی مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی:

در این پژوهش به منظور بررسی روایی مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی از دو روش روایی سازه و روایی همگرا استفاده شد. جهت بررسی روایی سازه مقیاس، از تحلیل عامل تأییدی^۱ استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۴، نشان داده شده است.

² Fitting Indexes

³ Goodness of Fit Index

⁴ Adjusted Goodness of Fit Index

⁵ Incremental Fit Index

⁶ Comparative Fit Index

⁷ Root Mean Square Error of Approximation

¹ Confirmatory Factor Analysis

خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۷ می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۵- ضرایب همبستگی پیرسون بین ماده‌های مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی با نمره کل

شماره سوال	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری (p)
۱	۰/۷۳	۰/۰۰۱
۲	۰/۷۵	۰/۰۰۱
۳	۰/۷۶	۰/۰۰۱
۴	۰/۵۴	۰/۰۰۱
۵	۰/۷۶	۰/۰۰۱
۶	۰/۷۷	۰/۰۰۱
۷	۰/۴۹	۰/۰۰۱
۸	۰/۴۳	۰/۰۰۱
۹	۰/۵۴	۰/۰۰۱

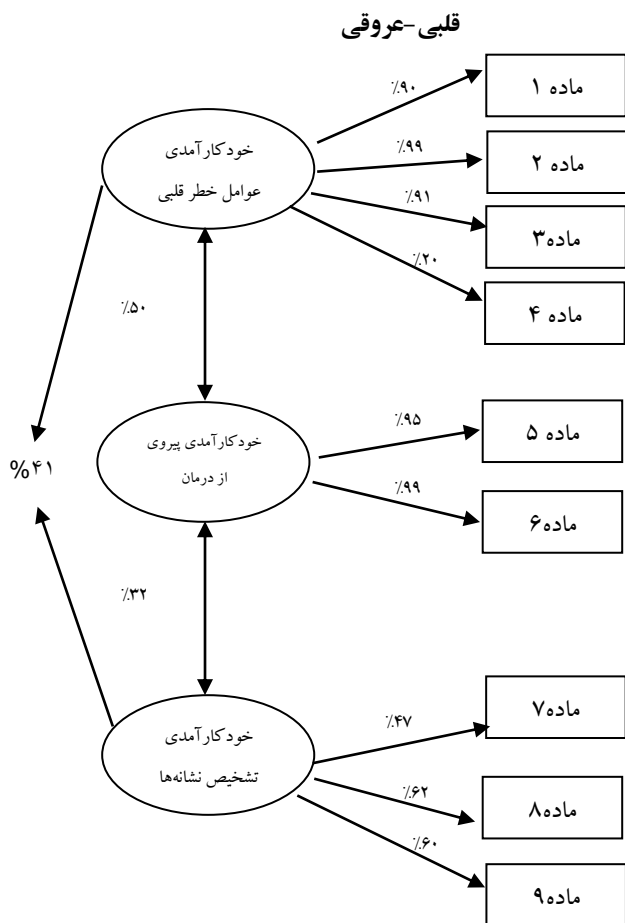
پایایی مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی:

در این پژوهش برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ آمده است. همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عوامل خطر قلبی (۰/۷۵) و برای خرده مقیاس پیروی از درمان خودکارآمدی (۰/۹۷)، خرده مقیاس تشخیص نشانه‌های خودکارآمدی (۰/۵۷) و نمره کل (۰/۸۰) بدست آمده است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب و مناسب مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی می‌باشد.

جدول ۶- ضرایب پایایی مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی

مقیاس	آلفای کرونباخ
خودکارآمدی عوامل خطر قلبی	۰/۷۵
خودکارآمدی پیروی از درمان	۰/۹۷
خودکارآمدی تشخیص نشانه‌ها	۰/۵۷
نمره کل	۰/۸۰

نمودار ۱ - ساختار عاملی مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری



بحث

ارزیابی خودکارآمدی جزء مهمی از برنامه مراقبت از بیماران قلبی-عروقی می‌باشد. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که ارتقای خودکارآمدی بعد از بروز بیماری قلبی-عروقی از فرایندهایی است که در افزایش مهارت‌های توانمندسازی بیمار جهت تعدیل رفتارهای بهداشتی نقش اساسی ایفا می‌کند و می‌تواند موجب کاهش بروز عوارض شدید این بیماری و همچنین کاهش دفعات بستری و جراحی گردد (۲۸-۲۹). مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی ایزاری قابل اندازه‌گیری جهت سنجش خودکارآمدی بیماران قلبی-عروقی در زمینه مدیریت بیماری، در ارزیابی‌های بالینی است. با توجه به اینکه اساس هر پژوهشی استفاده از ابزارهای معتبر و پایاست و تفسیر نتایج بستگی به اعتبار ابزار به کار گرفته شده دارد، پژوهشگران باید از اعتبار ابزارهای مورد استفاده مطمئن باشند (۳۰). هدف از پژوهش حاضر، شناسایی ساختار عاملی

مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی و بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار بود. نسخه فارسی این مقیاس با کلمات مناسب فارسی و متناسب با فرهنگ ایرانی تهیه شد تا بدینوسیله ابزاری مناسب جهت ارزیابی خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی در اختیار پژوهشگران این حوزه قرار گیرد. این مقیاس دارای ۹ ماده است که در این پژوهش با استفاده از تحلیل عناصر اصلی، سه خرده مقیاس برای آن شناسایی گردید. این خرده مقیاس‌ها شامل خرده مقیاس خودکارآمدی عوامل خطر قلبی، خودکارآمدی پیروی از درمان و خودکارآمدی تشخیص نشانه‌ها بود. پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ در نمره کل ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس‌های خودکارآمدی عوامل خطر قلبی، خودکارآمدی پیروی از درمان و خودکارآمدی تشخیص نشانه‌ها به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۵۷ و ۰/۸۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب و مناسب این مقیاس می‌باشد. استکا و همکاران (۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ برآورد کردند.

به منظور بررسی روایی در این مطالعه از دو روش روایی همگرا و روایی سازه استفاده شد. در سنجش روایی همگرا ضرایب همبستگی پیرسون بین هر کدام از ماده‌ها با نمره کل مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۷ بدست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند. برای بررسی روایی سازه نیز، با استفاده از نرم افزار ایموس تحلیل عامل تاییدی انجام شد که نتایج حاکی از روایی بسیار خوب ابزار بود به گونه‌ای که مجذور خی نسبی ($\chi^2/df = 2/79$)، نیکویی برازش ($GFI = 0/90$)، نیکویی برازش تعدیل یافته ($AGFI = 0/83$)، شاخص برازندگی افزایشی ($IFI = 0/95$)، شاخص برازندگی تطبیقی ($CFI = 0/95$) و مقدار جذر میانگین مجذورات خطای تقریب ($RMSEA = 0/07$) بدست آمدند. بنابراین نتایج نشان می‌دهد که مقیاس موردنظر، با ملاک‌های مطرح شده برای مقادیر مناسب شاخص‌های برازندگی مطابقت دارد.

از این رو، می‌توان گفت که مطالعات استکا و همکاران (۲۰۱۵) در زمینه تهیه ابزاری برای سنجش خودکارآمدی مدیریت

بیماری قلبی-عروقی نتیجه بخش بوده است و این پرسشنامه ابزار مفید و معتبری است که می‌تواند خودکارآمدی بیماران قلبی-عروقی را در حوزه‌های مختلف ارزیابی نماید. با توجه به اینکه بیشتر ابزارهای موجود جهت سنجش خودکارآمدی قلبی-عروقی فقط بر یک جنبه از مدیریت بیماری در یک زمان متمرکز هستند (مانند مقیاس خودکارآمدی رژیم غذایی قلبی و مقیاس خودکارآمدی ورزشی قلبی)، جامع بودن مقیاس حاضر و اینکه جنبه‌های گوناگون مدیریت بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهد، یکی از نقاط قوت آن به شمار می‌رود. همچنین این مقیاس برخلاف مقیاس‌های مشابه به طور دقیق بر طبق نظریه شناختی-اجتماعی بندورا تدوین شده است. به عقیده بندورا یک ابزار مفید و عملیاتی جهت سنجش خودکارآمدی نیازمند تحلیل دقیق رفتارهایی است که بر جنبه‌ای خاص از موضوع مورد مطالعه حاکم است (۳۱) و سوالات این مقیاس نیز عقاید بیماران را در مورد توانایی آنها در مدیریت رفتار خود و همچنین اعمالی که پس از ابتلا به بیماری قلبی-عروقی باید انجام دهند، ارزیابی می‌کند. بر این اساس، مطالعه مبانی نظری و تهیه سؤال‌ها و کاربرد آنها در مطالعات مقدماتی و فرم نهایی پرسشنامه با دقت و ظرافت انجام شده است و ویژگی‌های روانسنجی برآورد شده در این مطالعه این مدعا را تایید می‌کند و نتایج حاصل از پژوهش حاضر نیز همسو با یافته‌های استکا و همکاران (۲۰۱۵) بدست آمد.

بنابراین، بر اساس یافته‌های این تحقیق و همچنین مزایای بسیار این پرسشنامه از جمله تعداد سوالات کم و حیطه‌های مناسب آن جهت سنجش خودکارآمدی بیماران قلبی-عروقی در مدیریت بیماری خود و همچنین روایی و پایایی بالای آن می‌توان استفاده از این ابزار را به منظور بررسی خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی توصیه کرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه متشکل از افراد با انواع بیماری قلبی از جمله نارسایی قلبی، ایسکمیک قلبی مزمن، انفارکتوس میوکارد حاد و بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر اشاره کرد. بنابراین در مطالعات بعدی می‌توان به طور جداگانه هر گروه از این بیماران را مورد بررسی قرار داد.

است. بنابر این داده‌های این پژوهش از اعتبار بین فرهنگی این پرسشنامه حمایت می‌کند و می‌توان گفت تفاوت‌های فرهنگی، نژادی و تجارب گوناگون بیماران قلبی-عروقی ایرانی سبب نشده است که خودکارآمدی مدیریت بیماری آنها در مقایسه با بیماران سایر فرهنگ‌ها متفاوت ارزیابی شود.

تشریح و قدردانی

بدین وسیله از همکاری مدیریت و کلیه پرسنل بیمارستان‌های شهید چمران و خورشید شهر اصفهان و نیز بیماران شرکت کننده در این تحقیق قدردانی می‌شود چرا که قطعاً بدون همکاری آنها اجرای این پژوهش مقدور نبود.

همچنین می‌توان بیماران را به دو گروه حاد و مزمن تقسیم کرد و در هر دو گروه خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی را بررسی کرد. ضمناً می‌توان در صورت امکان از تعداد نمونه بیشتری استفاده کرد تا تعمیم نتایج با دقت بالاتری صورت گیرد. در نهایت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور بررسی روایی همزمان از ابزارهای اختصاصی‌تر استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتیجه نهایی اینکه پایایی و روایی نسخه فارسی "پرسشنامه خودکارآمدی مدیریت بیماری قلبی-عروقی" در جامعه ایرانی مطلوب بوده و قابل استفاده در تلاش‌های بالینی و پژوهشی

References

- 1) Hournic B. Heart Health. Trans: Houshmandvizhe M. Tehran: Pazhohesh Publication; 2005. (Persian)
- 2) Butler J. The management of heart failure. Pract Nurs 2010; 21:290-6.
- 3) Schroder KE, Schwarzer R. Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. Soc Sci Med 2005; 60:859-75.
- 4) Hoseinzadeh T, Paryad E, Asiri S, Kazem Nezhad Leili E. Relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients. J Holist Nurs Midwifery 2012; 22:1-8.
- 5) Truelsen T, Mahonen M, Tolonen H, Asplund K, Bonita R, Vanuzzo D. Trends in stroke and coronary heart disease in the WHO MONICA Project. Stroke 2003; 34:1346-52.
- 6) Sytkowski PA, D'Agostino RB, Belanger A, Kannel WB. Sex and time trends in cardiovascular disease incidence and mortality: the Framingham heart study, 1950-1989. Am J Epidemiol 1996; 143:338-50.
- 7) Barzin M, Mirmiran P, Afghan M, Azizi F. Distribution of 10-year risk for coronary heart disease and eligibility for therapeutic approaches among Tehranian adults. Public Health 2011; 125:338-44.
- 8) Phares EJ, Tiomothy JT. Clinical psychology: concepts, methods and profession. Trans: Firoozbakht M. 6th ed. Tehran: Roshd Publication; 2007. (Persian)
- 9) American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation. Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. 5th ed. Victoria, Australia: Human Kinetics; 2013.
- 10) Steca P, Greco A, Cappelletti E, D'Addario M, Monzani D, Pancani P, et al. Cardiovascular management self-efficacy: psychometric properties of a new scale and its usefulness in a rehabilitation context. Ann Behav Med 2015; 49:660-74.
- 11) 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. Iran J Nurs Res 2015; 9:61-9. (Persian)
- 12) Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav 2004; 31:143-64.
- 13) Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Understanding and changing health behavior: from health beliefs to self-regulation. Amsterdam: Harwood Academic; 2000. P. 299-339.
- 14) Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
- 15) Safavi M, Yahyavi S, Pourrahimi M. Impact of dietary behaviors and exercise activities education on the self-efficacy of middle school students. Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Branch 2012; 22:143-51.
- 16) Perlman D. Influence of the sport education model on physical self-efficacy. Public Health Nurs 2012; 24:1-5.
- 17) Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, editors. Measures in health psychology: a user's portfolio. Windsor, UK: Causal and Control Beliefs; 1995. P. 35-7.
- 18) Schwarzer R. Social-cognitive factors in changing health-related behavior. Curr Dir Psychol Sci 2001; 10:47-51.
- 19) Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schemaderer M, Carranza S, Reilly S. Impact of a home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification and functioning. Heart Lung 2003; 32:147-58.

- 20) Sethares KA, Elliott K. The effect of a tailored message intervention on heart failure readmission rates, quality of life, and benefit and barrier beliefs in persons with heart failure. *Heart Lung* 2004; 33:249-60.
- 21) Rgn AH, Rgn HE. Role of self-efficacy and behaviour change. *Int J Nurs Pract* 2002; 8:106-15.
- 22) Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84:191.
- 23) Arnold R, Ranchor AV, DeJongste MJ, Koeter GH, Ten Hacken NH, Aalbers R, et al. The relationship between self-efficacy and self-reported physical functioning in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. *Behav Med* 2005; 31:107-15.
- 24) Aljaseem LI, Peyrot M, Wissow L, Rubin RR. The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2001; 27:393-404.
- 25) Bernal H, Woolley S, Schensul JJ, Dickinson JK. Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *Diabetes Educ* 2000; 26:673-80.
- 26) 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; 60:473-8.
- 27) Gardner JK, McConnell TR, Klinger TA, Herman CP, Hauck CA, Laubach CA. Quality of life and self-efficacy: gender and diagnosis considerations from management during cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2003; 23:299-306.
- 28) Peterson JC, Link AR, Jobe JB, Winston GJ, Klimasiewfski EM, Allegrante JP. Developing self-management education in coronary artery disease. *Heart Lung* 2014; 43:133-9.
- 29) Woodgate J, Brawley LR. Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation: review and recommendations. *J Health Psychol* 2008; 13:366-87.
- 30) Burns N, Grove SK. *Understanding nursing research*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Company; 1999.
- 31) Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. *Self Efficacy Beliefs Adolesc* 2006; 5:307-37.

*Original Article***Validation of the cardiovascular management self-efficacy scale**

Received: 21/07/2018 - Accepted: 21/09/2018

Fahimeh Jafari Sejzi¹
Zekrollah Morovati^{2*}
Ramin Heidari³

¹Department of Psychology, faculty of Human Sciences, University of Zanjan, Zanjan, Iran.

² Department of Psychology, Faculty of literature and humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran.

³ Department of Cardiovascular, Faculty of Medical, University of Isfahan Medical Sciences, Isfahan, Iran

* Department of Psychology, Faculty of literature and humanities, University of Zanjan, Zanjan, Iran.

Tel: 02433054449

Email: z.morovati@znu.ac.ir

Abstract**Introduction**

The control of risk factors and lifestyle modification in cardiovascular patients plays an important role and leads to ability of these patients for self-care.

Methods and Materials

The aim of this study was to investigate validity and reliability of cardiovascular management self-efficacy scale in Isfahan city. The method of this study was descriptive-correlational. A total of 150 cardiovascular patients were selected using convenience sampling method. The cardiovascular management self-efficacy scale was completed by patients. In order to determine the reliability of the questionnaire, the internal consistency method (alpha coefficient) and for verifying validity of exploratory the confirmatory factors analysis were used.

Results

The results showed that alpha coefficient of the whole scale was 0.80 and its sub-scales ranged from 0.57 to 0.97. The results of analysis of main components with the varimax rotation showed that special value of 3 factors was significant, which totally explains 72.80% of the cardiovascular management self-efficacy variance. The model was confirmed by goodness of fit index indicators.

Conclusion

Therefore, cardiovascular management self-efficacy scale has a desirable internal consistency and sufficient narrative in the sample of Iranian patients.

Keywords

self-efficacy, cardiovascular disease, management disease, validity, reliability

Acknowledgement: There is no conflict of interest.