J Crit Care Nurs. 2018 December;11(4)

Published online 2018

Research Article

Examining the Level of Self-efficacy and its Related Factors in Patients with Angina Pectoris Disease Referring to Selected Hospitals in Tehran During 2018

Abozar Ejadi[1], Nahid Rejeh[*2], Majideh Heravi- Karimooi[3], Seyed Davood Tadrisi[4]

[1] Shahed University, Tehran, Iran

[2] Elderly Care Research Center, Shahed University, Tehran, Iran

[3] Elderly Care Research Center, Shahed University, Tehran, Iran

[4] Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author: Nahid Rejeh, Elderly Care Research Center, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: nrejeh@yahoo.com

Abstract

Background and Aim: Among all the different types of cardiovascular diseases, the angina pectoris disease has been considered to be the most prevalent. In order to promote the health status of those who are struggling with this disease, different factors such as self-efficacy can be considered. However, the results of previous research in regards to the factors of self-efficacy of angina pectoris patients is extremely diverse. The aim of the present study was to determine the level of self-efficacy and its related factors in patients with angina pectoris disease referring to the selected hospitals of Tehran in 2018.

Methods: This cross-sectional descriptive-analytic study was performed on 270 patients with angina pectoris disease referring to the selected hospitals in Tehran who were selected using the convenient sampling method. Data collection was conducted through an interview using a two-part questioner: demographic information and self-efficacy Sullivan scale in patients with angina pectoris. The statistical analysis of data using descriptive and analytical statistics was performed in SPSS software version 20.

Results: The range of self-efficacy score in patients was 0 to 52 with a mean score of 31.07±17.7. Therefore, 39% of patients had a moderate level of self-efficacy. The highest score was related to the dimension of "maintain function" (11.54±3.85) and the lowest score was related to the "control symptoms"(9.57±3.35). The results of the chi-square test revealed no significant relationship between age, sex, marital status, situation, with level of self-efficacy. This is while it showed a significant relationship between education level (P= 0.001), employment status (P= 0.001), economic situation (P= 0.007), duration of having the disease (P= 0.02), kind of disease (P= 0.009), with the level of self-efficacy in patients with angina pectoris disease.

Conclusion: Considering the fact that patients with angina pectoris disease did not have high levels of self-efficacy, it is recommended that the factors affecting self-efficacy in the examined patients be further investigated. Finally, necessary steps should be taken in order to deal with these factors.

Keywords: Angina Pectoris, Cardiovascular Diseases, Coronary Artery Disease, Self-efficacy

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

مجله پرستاری مراقبت های ویژه
دوره ۱۱، شماره ۴، ۱۳۹۷
صفحات: ۸-۱

بررسی میزان خود کارآمدی و فاکتورهای مرتبط با آن درمبتلایان به آنژین صدری مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۷

یاسر ایجادی[۱] ، ناهید رژه[۲]*، مجیده هروی کریموی[۳]، سید داوود تدریسی[۴]

[۱] دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
[۲] گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبتهای سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
[۳] گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبتهای سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
[۴] دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله(عج) ، تهران، ایران

نویسنده مسئول: : ناهید رژه ، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبتهای سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران ایمیل: nrejeh@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: در میان بیماری‌های قلبی، آنژین صدری شایع‌ترین است. جهت ارتقای سلامت مبتلایان به آنژین صدری ، می توان عواملی نظیر خودکارآمدی را مدنظر قرار داد . با این وجود نتایج مطالعات پیشین در زمینه فاکنورهای مرتبط با خودکارآمدی بیماران آنژین صدری متفاوت است. لذا هدف این مطالعه تعیین سطح خودکارآمدی و عوامل مرتبط با آن در بیماران آنژین صدری بوده است.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی – مقطعی بود ؛ ۲۷۰ بیمار مبتلا به آنژین صدری در بیمارستان های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۷ به روش در دسترس بررسی شدند. جمع آوری داده ها از طریق مصاحبه و با استفاده از فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی و خود مراقبتی سالیوان تکمیل گردید. پرسشنامه ها شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری توصیفی و استنباطی از طریق نرم افزار SPSS نسخه۲۰ و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: دامنه امتیاز خودکارآمدی بیماران آنژین صدری امتیاز(۰-۵۲) با میانگین ۳۱/۰۷±۷/۳۹ در حد متوسط بود. بیشترین امتیاز بر اساس ابعاد پرسشنامه خودکارآمدی سالیوان مربوط به بعد اطمینان از حفظ عملکرد وروابط ۱۱/۵۴±۳/۸۵و کمترین امتیاز مربوط به بعد توانائی در کنترل علائم بیماری۹/۵۷±۳/۳۵ به دست آمد. براساس نتایج آزمون کای اسکوئر ارتباط آماری معناداری را بین سن، جنس، وضعیت تاهل با سطح خودکارآمدی بیماران آنژین صدری نشان نداد ، اما عوامل سطح تحصیلات. (p=۰/۰۰۱). وضعیت اشتغال (p=۰/۰۰۱) ، وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۰۱)، مدت زمان ابتلاء به بیماری (p=۰/۰۰۲) و نوع بیماری زمینه ای(p=۰/۰۰۹) ارتباط آماری معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بیماران آنژین صدری در انجام رفتارهای خود مراقبتی از خود کارآمدی بالایی برخوردار نبودند . پیشنهاد می شود عوامل موثر بر خودکارآمدی در بیماران آنژین صدری مورد بررسی بیشتری قرار گرفته و جهت مقابله با این عوامل اقدامات لازم صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: آنژین صدری، بیماری های قلبی عروقی، بیماری عروق کرونر، خودکارآمدی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

مقدمه

یکی از شایعترین بیماری‌های در جهان بیماری‌های قلبی و عروقی است، که سازمان بهداشت جهانی از آن به عنوان همه‌گیری دوران نوین یاد می‌کند (۱). مطالعات متعدد بیانگر این واقعیت است که شیوع بیماری های قلبی و عروقی در حال افزایش است به طوری که این بیماری در کشورهای پیشرفته اصلی ترین عامل ناتوانی و مرگ را به خود اختصاص داده است (۲). همچنین بیماری های قلبی و عروقی شایعترین علت منجر به مرگ در کشورهای توسعه یافته است و تخمین زده می شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری های قلبی عروقی، سردسته بیماری هایی باشند که کارآمدی افراد را کاهش می دهند (۳). تخمین زده شده، بیماری قلبی عروقی ۲۰ ٪ از علل مرگ و میر در دنیا و ٪۳۵ مرگو میر در ایران را بخود اختصاص میدهد. شواهد موجود در تغییر سبک زندگی مردم حاکی از آن است که شیوع بیماری های قلبی- عروقی در ایران نیز رو به افزایش است(۴). در میان بیماری‌های قلبی، آنژین صدری یا آنژین قلبی شایع‌ترین است و بیشترین موارد پذیرش در بخش‌های اورژانس بیمارستانی را شامل می‌شود (۵). در ایران شیوع بیماریهای قلبی و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش می باشد، به گونه ای که این اختلالات ۴۶٪ از علل مرگ و میر را به خود اختصاص میدهند و میزان بروز آنها در ۱۰۰ هزار نفر ۱۸۱/۴می باشد(۶). آنژین صدری یک بیماری شایع به ویژه در سنین بالا می باشد . حدود نیمی از مبتلایان به یا بیماری عروق کرونر یا دچار علایم کاهش خون رسانی عضله ی میوکارد هستند (۷). عود مجدد حمله آنژین (چنانچه منجر به مرگ ناگهانی نشود) منجر به بستری شدن در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی شده، هزینه‌های اقتصادی قابل توجهی در هر بار پذیرش برای نظام بهداشتی درمانی کشور ایجاد می‌نماید (۸). شیوع بیماری های عروق کرونر و عوارض ناشی از آن در کشور سبب مرگ ومیر، ناتوانی و ازکارافتادگی بخش وسیعی از نیروهای مولد کشور، به ویژه در بهترین سال های بازدهی شغلی و درنهایت کاهش تولید و افزایش هزینه های درمانی شده است (۹). کنترل فاکتورهای خطرساز و اصلاح سبک زندگی در این بیماران نقش مهمی دارد که منجر به توانمند شدن این مبتلایان جهت مراقبت از خود میشود. یکی از راه های توانمندسازی مبتلایان، ارتقای خودکارآمدی است (۱۰).

خودکارآمدی، سازه اصلی تئوری اجتماعی و شناختی Bandura استاد دانشگاه استنفورد می‌باشد و بر برداشت افراد از توانایی‌های خود برای انجام کار و فعالیت اشاره دارد. از نظر وی احساس خودکارآمدی پیش نیاز مهمی جهت تغییر رفتار می باشد(۱۱) .

خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان فرد از توانا بودن در انجام کارهای مراقبت از خود به صورت مطلوب است. به طوری که، از این طریق، فرد به نتایج مطلوبتری از مراقبت خود دست می یابد. باورهای خودکارآمدی بر میزان صرف انرژی برای انجام فعالیت‌ها و میزان مقاومت در برابر موانع اثرات مستقیم دارد (۱۰). لذا باورهای توانایی فرد برای سامان دهی و پیاده سازی، موقعیت هایی که آیند بدان نیاز دارد. بندورا معتقد است، عقاید فرد در رابطه با توانائی های خود برای سازمان دهی و اجرا کردن فعالیت هایی که برای رسیدن به هدف موردنیاز است خودکارآمدی نام دارد (۱۲). اگر افراد فاقد خودکارآمدی در مورد تصمیمات درمانی باشند، قادر به خود مراقبتی نخواهند بود(۳). به نظر می رسد ارتقاء رفتارهای مراقبت از خود در بیماران قلبی می تواند به ارتقا سلامت زندگی و کاهش دفعات بستری آن ها منجر شود. بدین ترتیب می توان انتظار داشت که از بروز عوارض پیشگیری شده یا زمان آن به تعویق بیافتد. لذا سطوح بالاتر خودکارآمدی قلبی، پیش بینی کننده سطوح بالاتر سلامت زندگی است (۱۳).

ارتقای خودکارآمدی، می تواند منجر به تعدیل رفتارهای سلامتی، افزایش خودمدیریتی و روند رو به تزاید امید به زندگی شود . لذا خودکارآمدی بیماران برای پرستاران عامل با ارزشی می باشد و بررسی وضعیت خودکارآمدی بیماران و ارتقای آن، می تواند سبب ارتقای انگیزه بیماران در امر خودمدیریتی شود(۱). ارتقای خودکارآمدی بیماران بدون شناسایی عواملی که به ایجاد آن منجر می شود، امکان پذیر نیست. تعیین عوامل پیش بینی کننده مؤثر بر خودکارآمدی می تواند جهت ارائه مراقبت بهتر از خود و در نتیجه پیشگیری از عوارض، کمک کننده باشد(۱۴). مطالعات مختلف بیانگر آن است که افزایش خودکارآمدی سبب اصلاح درسبک زندگی، تصحیح شیوه مصرف داروها، بهبود فاکتورهای خطر قلبی عروقی و جلوگیری از بستری مجدد مبتلایان مؤثر باشد(۱۵).

افزایش خودکارآمدی بیماران قلبی بدون ارزیابی فاکتورهای مرتبط با آن مناسب نیست. بررسی فاکتورهای مرتبط با خودکارآمدی جهت برنامه ریزی تیم بهداشتی در راستای کاهش فاکتورهای خطر و اصلاح سبک زندگی بیماران قلبی مثمرثمر شود(۱۷-۱۶). در تحقیقات از فاکتورهای جمعیت شناختی و نیز درک از سلامتی در ارتباط با خودکارآمدی بیماران قلبی ذکرشده است. در جوامع و فرهنگ های مختلف فاکتورهای متنوع مرتبط با میزان خودکارآمدی بیماران قلبی بوده اند. با توجه به یافته های متناقض تحقیقات انجام یافته و همچنین تاثیر بالای خودکار آمدی در اصلاح سبک زندگی وارتقای رفتارهای بهداشتی بیماران قلبی، مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح خودکارآمدی و فاکنورهای مرتبط با آن در بیماران آنژین صدری مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۷ انجام یافت.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که در آن ۲۷۰ نمونه، از بین بیماران بستری در بیمارستان های منتخب شهر تهران که از نظر وزارت بهداشت و درمان دارای ساختار ارجاع بیماران قلبی در ۵ منطقه شمال، جنوی، شرق، غرب و مرکز شهر بودند (امام خمینی، قلب تهران، شهید لواسانی، جماران ، شهید رجایی، شهید مدرس و آیت الله کاشانی و فیروزآبادی) ، وارد مطالعه شدند . نمونه گیری از اردیبهشت ماه تا مرداد ماه۱۳۹۷صورت گرفت . انتخاب بیماران به روش نمونه گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انجام یافت.

مشخصات ورود به پژوهش مشتمل بر تشخیص مسجل بیماری آنژین صدری، تمایل به شرکت در مطالعه، حداقل ۶ ماه از تشخیص آنژین صدری آنها گذشته باشد، هوشیار بودن، آگاه بودن از بیماری خود، فقدان ابتلا به بیماری های صعب العلاج مانند سرطان، آشنا بودن به زبان فارسی، فقدان عقب ماندگی ذهنی، فقدان بیماری فعال روانی، فقدان اختلالات(حرکتی، بینایی، شنوایی) و فقدان اختلالات تکلم در حدی که قادر به پاسخگویی به سوالات باشند. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش و پرسشنامه هایی که کاملا تکمیل نشده یا مخدوش گردیده بود.

ابزار گردآوری داده ها از دو قسمت تشکیل شده بود: بخش اول دربرگیرنده سؤالاتی در زمینه ویژگی های جمعیت شناختی و سوالاتی مربوط به بیماری (شامل سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، وضعیت بیمه، استعمال دخانیات، مدت ابتلا به بیماری قلبی، ابتلا به سایر بیماریهای زمینه ایی، نوع بیماری زمینه ای و منابع کسب اطلاعات) بود. قسمت دوم حاوی پرسشنامه خودکارآمدی قلبی Sullivanبود. این پرسشنامه شامل ۱۳ سؤال می باشد که میزان اطمینان و خودکارآمد بودن مبتلایان را درزمینه ی رعایت مراقبت های عمومی، باور فرد به توانایی خود در کنترل علائم بیماری و رعایت اجرای دستورات دارویی با استفاده از مقیاس پنج گزینه ای لیکرت مورد ارزیابی قرار می دهد. هر سؤال دارای چهار امتیاز می باشد که به بیشترین میزان اطمینان (گزینه خیلی زیاد) ، چهار امتیاز تعلق گرفته و به کمترین میزان اطمینان (گزینه اصلا اطمینان ندارم)، صفر امتیاز تعلق می گیرد. نمره کل این پرسشنامه بین ۵۲ – ۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده خودکارآمدی درک شده بهتر می باشد. طبق نظر طراح ابزار نمرات ۱۹-۰ نشان دهنده خودکارآمدی ضعیف، نمرات ۳۸-۲۰ نشان دهنده خودکارآمدی متوسط، ۵۲ – ۳۹ خودکارآمدی خوب محسوب می شود.پرسشنامه خود کارآمدی سالیوان پرسشنامه ای معتبر است که در پژوهش های داخل و خارج کشور روایی و پایایی آن به اثبات رسیده است. پایایی آن به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۷ (۱۸) و در مطالعه در ایران جهت تعیین پایایی با استفاده از با روش آزمون مجدد ضریب همبستگی درون رده ایICC=۰/۸۷ به دست آمد(۱۹).

روش انجام مطالعه به این صورت بود که پژوهشگر پس از مراجعه به محیط های پژوهش با ارایه اهداف وتوضیحات لازم، به مسؤولین مراکز و جلب موافقت آنان اقدام به نمونه گیری نمود . لازم به ذکر است که در هر بیمارستان به مدت سه هفته و در هر هفته به مدت پنج روز مراجعه شد. در صورتی که بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، اهداف پژوهش برای آن ها توضیح داده شده و موافقت کتبی آن ها جهت همکاری در مطالعه اخذ گردید، ازمحرمانه ماندن اطلاعات و اجازه خروج از مطالعه اطمینان داده شد. تکمیل پرسشنامه به طور متوسط کمتر از ۱۰ دقیقه زمان نیاز داشت. در پایان مطالعه به شرکت کنندگان یک بسته اطلاعاتی در خصوص بیماری و مراقبت داده شد. پس از گردآوری داده ها، اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSSنسخه۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت . جهت تعیین عوامل مرتبط با خودکارآمدی، ارتباط خطی مشخصه های فردی مبتلایان با متغیر اصلی با استفاده از آزمون های کای اسکوئر بررسی شد. با استفاده از شاخص های آماری توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون، ANOVA و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنا داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

نتایج

در این مطالعه ۲۷۰ بیمار از بیمارستانهای منتخب شهر تهران جهت نمونه گیری انتخاب شدند. طیف سنی مبتلایان بین۹۵-۲۴ سال با میانگین۱۲/۰۷ ± ۵۳/۰۸ سال بود. نمونه های مورد پژوهش مبتلا به آنژین ناپایدار،۵۱/۱%مرد،۳۷/۳%سطح تحصیلات به گروه متوسطه،۷۴%دارای سابقه بیماریهای زمینه ایی با ۳۲/۸%فشارخون بالا و فقط۳۹٪ همچنان سیگاری بودند. براساس نتایج آزمون کای اسکوئر وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، وضعیت بیمه، مدت ابتلا به بیماری قلبی، ابتلا به سایر بیماریهای زمینه ایی، نوع بیماری زمینه ای ومنابع کسب اطلاعات ارتباط آماری معناداری وجود داشت. (p<۰/۰۰۱). اما ارتباط آماری را بین سن، جنسیت، وضعیت تاهل و استعمال دخانیات با سطح خودکارآمدی بیماران آنژین صدری نشان نداد(p≥۰/۰۵). مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی و ارتباط عامل خودکارآمدی با آنها در افراد تحت مطالعه درجدول۱ نشان داده شده است.

بیشترین امتیاز بر اساس ابعاد پرسشنامه خودکارآمدی سالیوان مربوط به بعد اطمینان از حفظ عملکرد وروابط ۳/۸۵±۱۱/۵۴و کمترین امتیاز مربوط به بعد توانائی در کنترل علائم بیماری ۵۷/۳۵±۹/۳ به دست آمد و در کل دامنه امتیاز (۰-۵۲) خودکارآمدی بیماران، امتیاز خودکارآمدی بیماران آنژین صدری

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

جامعه تحقیق در حد متوسط با میانگین ۷/۳۹±۳۱/۰۷ بود. بیشترین امتیاز بعد میزان اطمینان در کنترل علائم بیماری مربوط به سؤال۱(اطمینان در کنترل درد قفسه سینه با تغییر درمیزان فعالیت جسمانی)، بعد میزان اطمینان در کنترل بیماری مربوط به سؤال۶ (توانائی در چگونه اطلاع رسانی پزشک معالج تان را از مشکل قلبی خود) و بعد توانائی اطمینان در انجام فعالیت و حفظ روابط مربوط به سؤال۱۱(توانائی در کنترل و حفظ فعالیت معمول در محل کار) بود. این در حالی است که کمترین امتیاز بعد میزان اطمینان در کنترل علائم بیماری مربوط به سؤال ۴ (اطمینان از توانائی کنترل تنگی نفس با مصرف دارو)، بعد میزان اطمینان در کنترل بیماری مربوط به سؤال ۸ (توانائی از میزان فعالیت بدنی) و بعد توانائی اطمینان در انجام فعالیت و حفظ روابط مربوط به سؤال۱۳ (انجام فعالیت های ورزشی هوازی منظم) بود. نتایج آزمون های کای اسکوئر در جدول های شماره ۲ آورده شده است.

جدول۱. مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی و ارتباط عامل خودکارآمدی با آنها در افراد تحت مطالعه

متغیر ها		تعداد(درصد)	نمره خودکارآمدی میانگین (انحراف معیار)	سطح معناداری اثر متغیر	رابطه معناداری عامل پیشگو
سن	(۵۰-۲۴)	۱۸۸(۴۶/۴)	۳۱/۶۱(۷/۵۳)	ANOVA F(۱و۴۰۳)=۱/۸۸ ،P=۰/۱۷ AD.R=۰/۰۰۲	مرجع
	۵۰ و به بالا	۲۱۷(۵۳/۶)	۳۰/۶۰(۷/۲۴)		B= -۱/۰۰۹ ، β=-۰/۰۶۸ ، P=۰/۱۷
جنسیت	زن	۱۹۸(۴۸/۹)	۳۰/۶۵(۷/۷۲)	ANOVA F(۱و۴۰۳)=۱/۲۸ ،P=۰/۲۵ AD.R=۰/۰۰۱	مرجع
	مرد	۲۰۷(۵۱/۱)	۳۱/۴۸(۷/۰۵)		B= ۰/۸۳ ، β=۰/۰۵۶ ، P=۰/۲۵
تحصیلات	ابتدائی	۵۲(۱۲/۸)	۳۰/۶۳(۸/۴۹)	ANOVA F(۳ ،۴۰۱)=۷/۵۷ ،P =۰/۰۰۱ AD.R=۰/۰۴	مرجع
	راهنمائی	۶۹(۱۷)	۲۹/۵۳(۷/۲۶)		B= -۱/۰۹ ، β=-۰/۰۶ ، P=۰/۴۰
	متوسطه	۱۵۱(۳۷/۳)	۲۹/۸۱(۶/۸۷)		B= -۰/۸۲ ، β=-۰/۰۵ ، P=۰/۴۸
	دانشگاهی	۱۳۳(۳۲/۸)	۳۳/۴۸(۷/۰۳)		B= ۲/۸۵ ، β= ۰/۱۸ ، P=۰/۰۱
وضعیت اشتغال	خانه دار	۱۰۲(۲۵/۲)	۲۸/۸۱(۷/۶۶)	ANOVA F(۴ ،۴۰۰)=۴/۶۲ ،P =۰/۰۰۱ AD.R=۰/۰۳	مرجع
	کارمند	۹۶(۲۳/۷)	۳۲/۹۳(۷/۴۹)		B= ۴/۱۲ ، β = ۰/۲۴ ، P=۰/۰۰۱
	آزاد	۸۶(۲۱/۲)	۳۱/۹۵(۶/۵۷)		B= ۳/۱۴ ، β = ۰/۱۷ ، P=۰/۰۰۳
	باز نشسته	۱۰۰(۲۴/۷)	۳۱/۱۸(۶/۷۰)		B= ۲/۳۶ ، β = ۰/۱۴ ، P=۰/۰۲
	سایر	۲۱(۵/۲)	۲۹/۴۷(۹/۱۹)		B= ۰/۶۶ ، β = ۰/۰۲ ، P=۰/۷۰
تاهل	مجرد	۸۹(۲۲)	۳۰/۲۲(۸/۱۱)	ANOVA F(۲ ،۴۰۲)=۱/۳۲ ،P =۰/۲۶ AD.R=۰/۰۰۲	مرجع
	متاهل	۲۵۰(۶۱/۷)	۳۱/۵۴(۷/۲۹)		B= ۱/۳۲ ، β = ۰/۰۸ ، P=۰/۱۴
	بیوه	۶۶(۱۶/۳)	۳۰/۴۵(۶/۶۴)		B= ۰/۲۳ ، β = ۰/۰۱ ، P=۰/۱۹
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۳۴(۳۳/۱)	۲۹/۲۶(۷/۲۷)	ANOVA F(۲ ،۴۰۲)=۷/۸۲ ،P =۰/۰۰۷ AD.R=۰/۰۳۳	مرجع
	متوسط	۲۰۴(۵۰/۴)	۳۱/۵۱(۷/۴۰)		B= ۲/۲۴ ، β = ۰/۱۵ ، P=۰/۰۰۶
	کافی	۶۷(۱۶/۵)	۳۳/۳۵(۶/۸۲)		B= ۴/۰۹ ، β = ۰/۲۱ ، P=۰/۰۰۱
مدت زمان ابتلاء	کمتر از۱ سال	۱۹۲(۴۷/۴)	۳۲/۰۹(۷/۲۸)	ANOVA F(۲ ،۴۰۲)=۳/۷۳ ،P =۰/۰۲ AD.R=۰/۰۱۳	مرجع
	۱-۳ سال	۷۲(۱۹/۵)	۳۰/۶۰(۷/۰۸)		B= -۱/۴۹ ، β =-۰/۰۸ ، P=۰/۱۳
	۳ سال به بالا	۱۳۴(۳۳/۱)	۲۹/۸۹(۷/۵۶)		B= -۲/۲۰ ، β =-۰/۱۴ ، P=۰/۰۰۸
بیماری زمینه ای	ندارد	۹۷(۲۴)	۳۲/۷۶(۷/۹۵)	ANOVA F(۱و۴۰۳)=۶/۷۳ ،P=۰/۰۱ ۰/۱۳ ، R^2 =۰/۰۱۶ ، AD.R=۰/۰۱۴ R=	مرجع
	دارد	۳۰۸(۷۶)	۳۰/۵۴(۷/۱۳)		B= -۲/۲۲ ، β =-۰/۱۳ ، P=۰/۰۱
راه های کسب اطلاعات پزشکی	گروه درمانی	۹۴(۲۳/۲)	۳۰/۵۵(۶/۱۴)	ANOVA F(۴و۴۰۰)=۷/۵۴ ،P=۰/۰۰۱ AD.R=۰/۰۶	مرجع
					B= ۳/۴۵ ، β =۰/۲۰ ، P=۰/۰۰۱
					B= ۰/۸۶ ، β =۰/۰۵ ، P=۰/۸۴
					B= -۲/۸۰ ، β =-۰/۱۴ ، P=۰/۰۱
	اینترنت	۹۱(۲۲/۵۸)	۳۴/۰۱(۷/۷۷)		
	رادیو تلویزیون	۱۰۶(۲۶/۲)	۳۱/۴۱(۷/۸۱)		
	روزنامه و مجلات	۵۲(۱۲/۸)	۳۰/۱۵(۶/۶۰)		
	آشنایان و دوستان	۶۲(۱۵/۳)	۲۷/۷۵(۶/۹۰)		

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

جدول ۲. میانگین وانحراف معیار ابعاد خودکارآمدی در افراد تحت مطالعه

خودکارآمدی	نمره مبنا	نمره ۱۰۰
	میانگین (انحراف معیار) بر مبنا	میانگین (انحراف معیار) بر مبنا ۱۰۰
توانائی در کنترل علائم بیماری	۱۶	۱۰۰
	۹/۵۷(۳/۳۵)	۵۹/۸۶(۲۰/۹۷)
اطمینان ازتوانائی در کنترل بیماری	۱۶	۱۰۰
	۹/۹۵(۲/۸۱)	۶۲/۲۰(۱۷/۶۱)
اطمینان از حفظ عملکرد وروابط	۲۰	۱۰۰
	۱۱/۵۴(۳/۸۵)	۵۷/۷۲(۱۹/۲۶)
نمره کل خودکارآمدی	۵۲	۱۰۰
	۳۱/۰۷(۷/۳۹)	۵۹/۷۶(۱۴/۲۱)

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان خود کارآمدی در مبتلایان به آنژین صدری مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۷، انجام گردید . نتایج به دست آمده نشان داد که اکثریت بیماران دارای سطح متوسطی از خودکارآمدی و درک از بیماری خود داشته اند . علت این سطح خودکارآمدی بیماران این امر در این مطالعه می تواند ناشی از پایین تر بودن میانگین سنی نمونه های مورد بررسی نسبت به مطالعات مشابه باشد.

در همین راستا، نتایج مطالعه سیف و همکاران(۱۳۹۶) با هدف درک از خودکارآمدی در بیماران قلبی عروقی بستری در بیمارستانهای شهر خرم آباد و همچنین شفیعی و همکاران(۱۳۹۰) با هدف خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر، نشان دادند بیماران قلبی عروقی دارای میزان خودکارآمدی در حد متوسط هستند البته در این تحقیق به تاثیر شاخص های جامعه شناختی اشاره نشده است که از نظر میزان خودکارآمدی با تحقیق ما همخوانی داشتند(۲۱-۲۰) با این وجود که نتایج مطالعه حسین زاده و همکاران(۱۳۹۲) ، که با هدف تعیین عوامل پیش بینی کننده خودکارآمدی عمومی، فعالیت جسمانی و رفتار تغذیه ای مبتلایان مبتلا به بیماری عروق کرونر انجام شده بود، نشان داد که سطح خودکارآمدی بیماران قلبی بالا بوده است و با مطالعه ما همخوانی نداشت(۱۰).

از سوی دیگر نتایج مطالعه پیمان و همکاران (۱۳۹۶) با هدف خودکارآمدی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و نیز سالاری و همکاران(۱۳۹۵) با هدف خودکارآمدی بیماران قلبی پس از آنژیوپلاستی عروق کرونر برخلاف مطالعه حاضر بوده و سطح خودکارآمدی نمونه های مورد بررسی را ضعیف ارزیابی نموده اند(۲۳-۲۲). علت پایین سطح خودکارآمدی بیماران تحت مطالعه در مقایسه با نتایج پژوهش حاضر، می تواند در رابطه با متفاوت بودن نمونه های تحت مطالعه با متفاوت بودن نمونه های تحت مطالعه در رابطه با متفاوت بودن نوع بیماری و ابزار سنجش خودکارآمدی باشد.

در مطالعه اخیر، سن بیماران آنژین صدری ارتباط آماری معناداری با سطح خودکارآمدی آنها نداشت ؛ با این حال براساس نتایج این مطالعه با افزایش سن میزان خودکارآمدی مبتلایان کاهش و بالاترین سطح خودکارآمدی در محدوده سنی سال(۲۴-۵۰) به دست آمد . در همین راستا، نتایج مطالعه حسین زاده و همکاران(۱۳۹۲) ، مشخص نمود که با افزایش سن بیشتر از ۶۵ سال،میزان خودکارآمدی مبتلایان قلبی کاهش می یابد(۱۰).

شواهد موید این است که با افزایش سن، ضمن تقلیل توانایی های جسمانی، میزان خودکارآمدی مبتلایان آنژین صدری کاهش می یابد؛ بعلاوه افزایش سن عامل موثر و بر ابتلا به بیماری های مزمن زمینه ایی دیگر بوده و این امر همچنین می تواند بر کاهش اطمینان فرد نسبت به کنترل شخصی بیماری مؤثر باشد.

همچنین در مطالعه اخیر بین جنسیت بیماران با سطح خودکارآمدی آن ها ارتباط آماری معناداری وجود نداشت؛ با این حال سطوح بالاتر ی از خودکارآمدی، در مردان مشاهده شد. در همین راستا، نتایج مطالعات هاتف و همکاران(۱۳۹۷)، برومند و همکاران(۱۳۹۳)، باقری و همکاران(۱۳۹۲) بر روی بیماران قلبی دریافتند که ارتباطی بین خودکارآمدی و جنسیت آنها وجود نداشت(۲۵-۱۵،۲۴).

با این حال، نتایج بیانگر آن بودکه میزان خودکارآمدی بالاتری در مردان نسبت به زنان مشاهده شد. دلایل این امر ممکن است در فرهنگ کشور ما که اغلب زنان در مقایسه با مردان کمتر به وضعیت سلامتی کمتر توجه می کنند و رسیدگی به سلامت در اولویت های اولیه قرار نمی دهند، مرتبط باشد. از سوی دیگر نتایج تحقیقات بیانگر آن است که حمایت های اجتماعی و خانوادگی برای مردان بیش از زنان تامین است.

نتایج این مطالعه ارتباط معناداری بین سطح تحصیلات و خودکارآمدی نشان داده است. افراد دارای بالاتر بخصوص افراد با تحصیلات دانشگاهی از سطح خودکارآمدی مطلوب تری برخوردار بودند. نتایج Aalto و همکاران(۲۰۰۵) نیز موید ارتباط معنادار بین خودکارآمدی و سطح تحصیلات است (۲۶). افراد با سطح تحصیلات بالاتر باور و اعتقاد مطلوب تری به توانایی خود دارند. همچنین وضعیت اشتغال بر سطح خودکارآمدی تاثیر گذار است. فقدان اشتغال به عنوان از دست دادن منبع درآمد در کاهش باور و اطمینان به خودکارآمدی و توانایی های خویش

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

موثر می باشد. این با یافته های هاتف و همکاران(۱۳۹۷)، برومند و همکاران (۱۳۹۳) همخوانی دارد(۱۵،۲۵)

از محدودیت های این پژوهش می توان به نحوه دستیابی به بیماران آنژین صدری اشاره نمود که سبب نمونه گیری به روش در دسترس صورت گرفت. ثانیا عدم بررسی میزان آموزش های قبلی و یا حین زمان مطالعه بود که بر سطح خودکارآمدی بیماران آنژین صدری تاثیر گذار است. این مطالعه در مراجعین به بیمارستانهای منتخب شهر تهران انجام شد لذا نعمیم نتایج به سایر مناطق کشور با توجه تفاوتهای فرهنگی و ساختار اجتماعی باید با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می گردد نمونه گیری بصورت تصادفی، درسطح وسیعتر و تعداد بیشتر نمونه ها صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

یافته های این مطالعه بیانگر آن بود که اکثر مبتلایان آنژین صدری ، دارای میزان متوسطی از خودکارآمدی بوده اند. با توجه به اهمیت و شیوع آنژین صدری، این نیز تعداد فراوانی از بیماران را دربرمی گیرد. عوامل تحصیلات، سطح درآمد، مدت زمان ابتلاء به بیماری و نوع بیماری زمینه ای در خودکارآمدی نقش دارند. شایان توجه است ارتقای خودکارآمدی بیمارانی که سطح بالاتری از خودکارآمدی را داشته اند، نیز ضروری است؛ به خصوص اگر به این امر توجه گردد که نیازهای بیماران آنژین صدری در طول عمرشان متغیرخواهد شد. لذا ضرورت حفظ و ارتقای خودکارآمدی در بهبود رفتارهای بهداشتی مبتلایان آنژین صدری نقش تعیین کننده و مهمی بشمار میرود. با توجه به نقش مهم پرستاران در بیمارستانها و مراکز بهداشتی – درمانی در فراهم آوری زمینه ارتقای خودکارآمدی جهت افزایش توان خودمراقبتی بیماران، با ارائه آموزش های حین درمان و پیگیر ی های پس از ترخیص، در ارتقای سطح خودکارآمدی بیماران آنژین صدری، به خصوص افراد با تحصیلات کمتر، سطح درآمد پایین تر، با بیماریهای زمینه‌ایی و رده سنی میانسالان و سالمندان، ایفای نقش نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از بیماران و نیز کلیه مسئولین بیمارستانهای قلب که در مطالعه مشارکت کردند قدردانی می شود.

حامی طرح: نویسندگان بدین وسیله از بیماران و نیز کلیه مسئولین بیمارستانهای قلب که امکان انجام این پژوهش را فراهم ساختند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. مقاله حاضر با حمایت مالی دانشگاه شاهد انجام یافته است.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع

1. Baljani E, Rahimi Z, Heidari S, Azimpour A. The effect of self-management interventions on medication adherence and life style in cardiovascular patients. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2012;20(3):58-68.
2. Sadeghzadeh V. Examine the effectiveness of training on quality of life in patients with myocardial infarction admitted to Ayatollah Mousavi hospital of Zanjan. Journal of Health and Care. 2010; 12(3): 1-9.
3.Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. Health Literacy Influences Heart Failure Knowledge Attainment but Not Self-Efficacy for Self-Care or Adherence to Self-Care over Time. Nurs Res Pract. 2013; 2013:353290
4. 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(6): 338-44.
5.Angina- Pectoris_UCM_437515_Article.jsp, 2012; Available from www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/SymptomsDiagnosisofHeartAttack/.
6. Momeni Ghale Ghasemi T, Musarezaie A, Moeini M, Naji Esfahani H. The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients' anxiety, hospitalized in CCU: a clinical trial. J Res Behav Sci. 2013; 10(6): 554-564.
7.Hemingway H, McCallum A, Shipley M, Manderbacka K, Martikainen P, Keskimaki I. Incidence and prognostic implications of stable angina pectoris among women and men. JAMA. 2006; 295(12): 1404-1411.
8. Kones R. Recent advances in the management of chronic stable angina II. Anti-ischemic therapy, options for refractory angina, risk factor reduction, and revascularization. Vasc Health Risk Manag. 2010; 7(6):749-774.
9. Amirian Z, Hemati M, Jalali R, Khalkhali HR, Salehi S. The effect of regular physical activity at home on patients' quality of life after coronary artery bypass surgery. Knowledge & Health Journal. 2013 8(2):51-56.
10. Hosseinzade T, Paryad E , Kazemnejad E, Asiri Sh. A study of self-efficacy in patients with coronary artery disease and Its Predictors. Qom Univ Med Sci J. 2013; 7(2): 41-48.
11. 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 (2): 143-151.
12. Zand S, Rafiee M. The efficacy of an instrument designed for specific self-efficacy measurment in patients with MI. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2013; 11(6): 468-75.
13. Loo DW, Jiang Y, Koh KW, Lim FP, Wang W. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. Appl Nurs Res. 2016; 32:148-55.
14. Law-walker M. Relationship between Illness Representation and Self-efficacy. J Adv Nurs 2004;48(3):216
15. 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. IJNR. 2015; 9 (4) :61-69.
16. Peterson JC, Link AR, Jobe JB, Winston GJ, Klimasiewfski EM, Allegrante JP. Developing self-management education in coronary artery disease. Heart Lung. 2014; 43(2): 133-139.
17. Park LG, Howie-Esquivel J, Chung ML, Dracup K. A text messaging intervention to promote medication adherence for patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2014; 94(2): 261-268.
18. Fors A1, Ulin K2, Cliffordson C3, Ekman I2, Brink E4. Zhang et al. The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. Eur J Cardiovasc Nurs. 2015 Dec;14(6):536-43.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]

19. AsghariJafarabadi M, Heshmati R, Hashemiparast M. Functional Status and Its Relation to Anxiety: Trait/State, Cardiac Self-Efficacy, and Health Beliefs of Patients with Coronary Heart Disease. Health Promot Perspect 2013; 3(2): 217-229.
20. Seif SS, Gholami M, Tarrahi MJ, Hossein Pour A H, Valiniaei S, Bazgir Z. The relationship between health literacy and perceived self-efficacy in cardiovascular patients hospitalized in Khorramabad educational hospitals in 1396. 3 JNE. 2018; 7 (3) :14-21.
21. Shafiee Z, Babaee S, Nazari A. Relationship between Self Efficacy and Quality of Life in Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Isfahan Chamran Hospital, 2010-2011. IJS . 2014; 22: 72-164.
22. Peyman N, Abdollahi M, Zadehahmad Z. The study of related factors with self-care and self-efficacy in heart failure patients. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2018; 6 (1) :55-61.
23. Salari A, Balasi LR, Moaddab F, Zaersabet F, Saeed AN, Nejad SH. Patients' Cardiac Self-Efficacy After Coronary Artery Angioplasty. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care. 2016;5(2).
24. Bagheri saveh MI, AshkTorab T, Borz Abadi Farahani Z, Zayeri F, Zohari Anboohi S. The relationship between self-efficacy and self-care behaviors in chronic heart failure. J Nurs Midwifery
Shahid Beheshti Univ Med Sci. 2013; 22(78): 17-26.
25.Hatef M, Sharif Nia H, Mousavinasab N, Esmaeili R, Shafipour V. Self-efficacy and Prediction of Associated Factors in Patients with Chronic Diseases. J Mazandaran Univ Med Sci. 2018; 28 (162) :86-94.
26. Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro AR. Illness perceptions in coronary heart disease: Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. J Psychosom Res 2005; 58(5): 393-402.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-15]