

Research Paper



## The Role of Mediator of Self-Care in Relationship Between Self-Efficacy and Health-Related Quality of Life in Patients With Cardio Vascular Diseases



Mitra Shahpanah<sup>1</sup>, Robabeh Nouri Qasemabadi<sup>\*2</sup>, Mohammad Reza Seirafi<sup>3</sup>

1. Ph. D Student of Health Psychology, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.20.0](https://doi.org/10.1001.1.27173852.1401.17.66.20.0)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15281.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15281.html)



### ARTICLE INFO

**Keywords:**  
health-related quality of life, self-efficacy, self-care, cardiovascular diseases

Received:  
Accepted:  
Available:

### ABSTRACT

Numerous studies have focused on the relationship of self-efficacy health-related quality of life and self-care. But research that study the role of mediator of self-care in relationship between self-efficacy and health-related quality of life in patients with cardio vascular diseases has been overlooked. The aim of current study was to examine the role of mediator of self-care in relationship between self-efficacy, emotional regulation and health-related quality of life in patients with cardiovascular diseases. The procedure of this research was descriptive and correlation. The statistical population of this study is all patients with coronary artery disease referred to Shohada Tajrish Hospital in Tehran in 1399 years which were 350 patients. We selected 184 patients based on green formula. Method of sampling was convenience. The instruments of this study were cardiac self-efficacy questionnaire of Sullivan & et al (1998), questionnaire of self-care Jarasma & et al (2003) and questionnaire of quality of life related to health Kasinski and Keller (1996). The collective data was analyzed by path analysis. The results show that there are positive and significant relationship between self-efficacy, self-care and health-related quality of life in people with coronary artery. Also, the data showed that path coefficient relationship between self-efficacy and health-related quality of life ( $\beta = 0.197$ ) was positive significantly. Also, Self-care mediates the relationship ( $\beta = 0.249$ ) in patients with cardiovascular diseases ( $p < 0.005$ ). Based on the findings, it can be said that part of the effect of self-efficacy on health-related quality of life could be applied through self-care. Then, by increasing self-efficacy and self-care could be improvement of health-related quality of life in patients with cardiovascular diseases.



\* Corresponding Author: Robabeh Nouri Qasemabadi

E-mail: [rynoury@yahoo.com](mailto:rynoury@yahoo.com)

## مقاله پژوهشی



## نقش میانجی خودمراقبتی در رابطه بین خودکارآمدی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب



میترا شهپناه<sup>۱</sup>، ربابه نوری قاسم آبادی<sup>۲\*</sup>، محمدرضا صیرفی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی سلامت، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، ایران
۲. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.20.0](https://doi.org/10.1001.1.27173852.1401.17.66.20.0)

URL: [https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article\\_15281.html](https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15281.html)



## چکیده

## مشخصات مقاله

مطالعات متعددی به مطالعه رابطه بین خود کارآمدی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و خودمراقبتی پرداخته اند. اما پژوهشی که به نقش میانجی خود مراقبتی در رابطه بین خود کارآمدی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب پرداخته باشد، مغفول مانده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی خود مراقبتی در رابطه بین خود کارآمدی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری انجام شد. پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ بودند که تعداد مراجعه کنندگان ۳۵۰ نفر بود و بر اساس فرمول تاباچنیک و فیدل تعداد ۱۸۴ نفر به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل؛ پرسشنامه خود مراقبتی (جاراسما و همکاران، ۲۰۰۳)، پرسشنامه خودکارآمدی قلبی (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۸) و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (وار، کاسینسکی و کلر، ۱۹۹۶) بود. داده ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل مسیر تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که ضریب مسیر رابطه خود کارآمدی و کیفیت زندگی برابر با (0/197) برآورد شده است و با وارد کردن متغیر میانجی (خود مراقبتی) این مقدار به (0/249) افزایش یافت ( $P < 0/05$ ). افزایش خودمراقبتی و خودکارآمدی قلبی با بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه داشت. لذا با افزایش خودکارآمدی و خودمراقبتی می توان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در بیماران عروق کرونری بهبود بخشید.

## کلیدواژه‌ها:

خود کارآمدی، خود مراقبتی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، بیماران عروق کرونری

## دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

\* نویسنده مسئول: ربابه نوری قاسم آبادی

ایانامه: rynoury@yahoo.com

نشان داد که خودکارآمدی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد و با بهبود کیفیت زندگی، خودکارآمدی افزایش می‌یابد.

همچنین رابطه متقابلی بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی با خود مراقبتی<sup>۷</sup> رابطه دارد. خود مراقبتی عامل موثری در کاهش میزان بستری مجدد، هزینه درمانی و مرگ و میر بیماران نارسایی قلبی است بطوریکه که خود مراقبتی در بیماران نارسایی قلبی موجب کاهش هزینه مستقیم درمان ۶ ماهه و افزایش ۵۰ درصدی بقای ۵ ساله بیماران شده است (هاروی، لنجان و اسمیت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸). عوامل خطر ساز و تشدید کننده بیماری کرونری قلب به عوامل سنتی غیر قابل تغییر (سن بالا و سابقه خانوادگی)، قابل تغییر (فشار خون بالا، سیگار، چاقی و اضطراب) و عوامل روانی- اجتماعی تقسیم شده‌اند. پیشگیری مقدماتی نیز بر ایجاد و حفظ شرایطی می‌پردازد که ظهور عوامل خطر بیماری را به حداقل می‌رساند. رفتارهای سلامت یا عوامل مربوط به سبک زندگی مردم از اهداف مداخله کلیدی و مهم در خود مراقبتی محسوب می‌شوند (توکلی، تاجری، رادفر، جمهری و خسروی، ۱۳۹۹).

خود مراقبتی ساختاری چند بعدی است که شامل مدیریت سبک زندگی، افزایش خودکارآمدی، تنظیم هیجانی، درمان ناخوشی‌های جزئی، مدیریت بیماریهای مزمن طولانی مدت و مراقبت بعد از ترخیص از بیمارستان است. این بیماران نیازمند متابعت از دستورات دارویی و مصرف رژیم کم سدیم، تمرینات بدنی و پیروی از رفتارهای پیشگیرانه و مانیتورینگ عملکرد خود از نظر علائم و نشانه‌ها هستند، کنترل علائم بخش مهم دیگری در خود مراقبتی است. بالا بردن سطح آگاهی بیماران از نشانه‌های کلیدی بدن، تفسیر تغییرات بدنی، انجام اقدامات مناسب، شروع درمان و دریافت کمک در موارد بحرانی، از استراتژیهای مناسب برای مقابله و سازگاری با بیماران مزمن است. شناخت، تفسیر و اجرای مداخلات مناسب بر اساس علائم بالینی، با ممارست و تمرین مکرر با نظارت دوره ای تیم سلامت امکان پذیر خواهد بود (لیندنفلد و داگلاس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹).

با آموزش مراقبت از خود به بیمار، درک و آگاهی بیماران بستری نسبت به مفهوم کیفیت مراقبت‌های بهداشتی افزایش می‌یابد و در نتیجه با ارزش خدمات بهداشتی آشناتر می‌شود. بیماران عروق کرونری که از خود مراقبتی کافی برخوردار بودند کنترل هیجانات آنها بهتر از بیمارانی بود که خود مراقبتی ناکافی داشتند و سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان بالاتر می‌باشد (آقاخانی، گلمحمدی، خادم وطن و علی نژاد، ۱۳۹۷). از آنجایی که در زمینه ارتباط سه مؤلفه‌ی خود کارآمدی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و خود مراقبتی در بیماران قلبی عروقی با یکدیگر در ایران پژوهشی یافت نشد؛ و از طرفی دیگر با توجه به اهمیت متغیرهای مورد بحث خود کارآمدی، در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری و طی کردن مسیر بهتر در عرصه های بالینی در جهت انتخاب راهبردهای درمانی مؤثر و به کارگیری راهکارهای پیشگیرانه

امروزه شیوع فراوانی بیماری کرونری قلبی<sup>۱</sup> در میان جوامع مختلف غیر قابل انکار است و این بیماری ها تا حدی پیشرفت کرده‌اند که بیشترین آمار مرگ و میر را به خود اختصاص می‌دهند. در آمریکا ۲۵ درصد جمعیت به بیماری های قلبی و عروقی مبتلا هستند. در اوایل قرن بیستم بیماری های قلبی عروقی مسئول کمتر از ۱۰ درصد کل مرگ و میر دنیا بود. در حالی که امروزه این رقم به ۳۰ درصد افزایش یافته و حدود ۸۰ درصد از این مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد (محمدی، تاجری، سوداگر، بهرامی هیدجی، عطادخت، ۱۳۹۹).

این بیماری بدنبال تعدادی عوامل مستعدکننده و با ویژگیهای خاص سنی و جنسی خود بروز می‌کند. عوامل مختلفی نیز در تعیین نوع این بیماری نقش دارند (اونیل، برک، دیویس و استافورد<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). مدیریت بیماری، نه تنها به کاهش مرگ و افزایش طول عمر این بیماران توجه می‌شود، بلکه کیفیت زندگی آنها نیز به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. سازمان جهانی بهداشت مفهوم کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها آنان تعریف کرده است کیفیت زندگی اختلاف بین سطح انتظارات افراد و سطح واقعیت است و هرچه این اختلاف کمتر باشد، کیفیت زندگی، بهتر است (لاینینگر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹).

یکی از عوامل مهم در روند بهبود کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری قلب، خودکارآمدی<sup>۴</sup> است؛ که به معنای اطمینان خاطر فرد از توانایی های خود در انجام رفتار خاص می باشد و به عنوان یک عامل مؤثر بر وضعیت خلقی؛ به درک فرد از مهارت ها و توانایی هایش در انجام موفقیت آمیز عملکردی شایسته تاکید دارد. به عبارت دیگر خودکارآمدی بر درک از عملکرد و رفتارهای سازگارانه و انتخاب محیط و شرایطی که افراد تلاش می‌کنند به آن دست یابند؛ اثر می‌گذارد (رابینسون و پیترز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). خودکارآمدی در تعدیل رفتارهای بیماران قلبی عروقی بسیار تاثیرگذار است و می‌تواند منجر به کاهش بروز عوارض شدید و بستری شدن مکرر در ایشان گردد (سلاجقه، عرب و افلاطونیان، ۱۳۹۶). بر اساس نتایج تحقیق هالووی و واتسون<sup>۶</sup> (۲۰۱۷) خودکارآمدی در تعدیل رفتارهای بیماران قلبی عروقی بسیار تاثیر دارد و می‌تواند منجر به کاهش بروز عوارض شدید و بستری شدن مکرر گردد. در تحقیق جلیلیان و همکاران (۱۳۹۲) نیز همبستگی معنی داری بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و خودکارآمدی وجود داشت، به طوری که با افزایش میزان خودکارآمدی، سلامت جسمی، سلامت محیطی، سلامت روانی و روابط اجتماعی افزایش می‌یافت. همچنین مطالعه شفيعی و نصیری (۱۳۹۹) نیز

6. Halloween, Watson  
7. self-care  
8. Harvey, Lenaghan, Smith  
9. Lindenfeld, Douglas

1. Cardiac coronary disease  
2. O'Neil  
3. Leininger  
4. self-efficacy  
5. Robinson, Pizzi

روانی، انرژی و زنده دلی، وضعیت ذهنی و عملکرد اجتماعی می‌باشد. بهترین نمره آن 17 + و کمترین نمره آن 93 - است. تحقیقات نشان داد که پرسشنامه از روایی و پایایی لازم برخوردار است (نیک آذین، نائینیان، شعیری، ۱۳۹۶). حاتمی (1391) ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای این پرسشنامه 0/89 گزارش کرد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با 0/842 به دست آمد.

**پرسشنامه خود مراقبتی:** این پرسشنامه برای سنجش رفتار مراقبت از خود در بیماران نارسای قلبی توسط جاراسما، هالفنز و تان<sup>۳</sup> در سال 2003 طراحی شد. این پرسشنامه حاوی 15 سؤال بود و پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس درجه بندی پنج گانه لیکرت به دست آمد. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه با هم جمع می‌شود. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین 12 تا 60 خواهد بود. امتیاز 12 تا 28 خوب، 29 تا 44 متوسط و 45 تا 60 ضعیف می‌باشد. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه کمتر باشد، نشان دهنده میزان بهتر رفتار خودمراقبتی افراد خواهد بود و بالعکس. امتیاز بدست آمده از 12 تا 60 متغیر است و نمرات کمتر به معنای مراقبت از خود بهتر محسوب می‌شود. پایایی این ابزار در مطالعه شجاعی (۱۳۸۸) برابر با آلفای کرونباخ 0/68 و در مطالعه مومنی (۲۰۱۳) با آلفای کرونباخ 0/71 تایید گردید. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ خود مراقبتی برابر با ۰/۷۳۴ به دست آمد.

#### روش اجرا

داده‌های این پژوهش از طریق اجرای پرسشنامه‌های پژوهش جمع‌آوری شد. پس از اخذ مجوز، در ابتدا و قبل از اینکه افراد شرکت کننده، پاسخگویی به سؤالات را شروع نمایند توضیحاتی مقدماتی در رابطه با اهداف پژوهش، مقیاس‌ها و نحوه تکمیل آنها، و اطمینان دهی از محرمانه بودن اطلاعات وارد شده و اختیاری بودن نوشتن نام و نام خانوادگی ارائه شده و سپس پرسشنامه‌ها به بیماران ارائه گردید. شرکت کنندگان ابتدا به سؤالات مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی خود شامل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی و سلامتی و بعداً به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. چند نفر از افراد دانشجو در اجرای پرسشنامه‌ها با پژوهشگر همکاری نمودند. توضیحات لازم در رابطه با چگونگی اجرای پرسشنامه‌ها برای این افراد داده شد و آنان در مورد تعدادی از بیماران که دسترسی مستقیم پژوهشگر به آنها مشکل بوده و بعضی از آنان بیسواد و یا کم سوادند، همکاری کردند. به منظور آزمون نتایج ضمن رعایت پیش فرض‌های تحقیق (آزمون کالموگروف - اسمیرنوف، شاخص ضریب تحمل و تورم واریانس، توزیع داده‌های مربوط به فاصله مهلنوبایس و پراکندگی واریانس‌های استاندارد شده خطاها)، از آزمون آماری تحلیل مسیر با نرم افزار AMOS استفاده شد.

مناسب برای افرادی که دچار بیماریهای قلب و عروقی می‌باشند، ضرورت و اهمیت تحقیق حاضر را مشخص می‌کند. با توجه به نتایج تحقیقات پیشین، محقق در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال پژوهش بود که آیا خود مراقبتی در رابطه بین خود کارآمدی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب نقش میانجی دارد یا نه؟

#### روش

تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی بوده و از منظر هدف نیز، تحقیقی کاربردی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ بودند که تعداد مراجعه کنندگان 350 نفر بود، با فرمول تاباچنیک و فیدل تعداد ۱۸۴ نفر از بیماران با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

#### ابزار

**پرسشنامه خود کارآمدی:** این پرسشنامه توسط سالیوان، لاکرویکس، روسو و کاتون<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) ساخته شد. این پرسشنامه دارای 16 گویه است که میزان اطمینان فرد در مورد خودکارآمدی بودن وی در زمینه مدیریت بیماری را با استفاده از مقیاس 5 گزینه‌ای لیکرت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مقیاس نمرات بالاتر، خودکارآمدی قلبی بهتری را نشان می‌دهد. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت بود و نمره تک تک گویه‌های مربوط با هم جمع شد. هر چه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر آن زیر مقیاس خواهد بود و بالعکس. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا 64 بود. در تحقیق رهنما، شمسی زاده، صلواتی و همکاران (1397) روایی صوری و محتوایی مورد تایید قرار گرفته و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ 0/97 گزارش شد. در تحقیق جعفری (1397) ضریب آلفای کرونباخ کل 0/80 و در زیر مقیاسهای آن بین 0/57 تا 0/97 بدست آمد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ متغیر خودکارآمدی برابر با 0/782 به دست آمد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت:** این پرسشنامه دارای 12 سوال است که به طور گسترده‌ای در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد و در سال 1996 توسط وار، کاسینسکی و کلر<sup>۲</sup> طراحی شد. این پرسشنامه دارای 8 زیرمقیاس است. با توجه به تعداد کم گویه‌ها اغلب نمره کلی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. پرسشنامه حاضر کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامتی خود، عملکرد فیزیکی، سلامت جسمانی، مشکلات هیجانی، درد جسمانی، عملکرد اجتماعی، نشاط و انرژی حیاتی و سلامت روان مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه در دو خرده مقیاس جسمی و روانی تقسیم بندی شده است. خرده مقیاس جسمی شامل: عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات فیزیکی، درک سلامت عمومی، درد جسمانی و خرده مقیاس روانی شامل: محدودیت نقش به علت مشکلات روحی -

3. Jaarsma T Halfens R Tan F

1. Sullivan MD, Lacroix AZ, Russo J, Katon WJ  
2. Ware, J. E., Kosinski, M. Y. & Keller, S. D

## نتایج

در این پژوهش، 31 درصد از پاسخگویان دارای 25-20 سال سن، 30 درصد 30-26 سال سن و همچنین 29 درصد 35-31 سال سن بودند. 53 درصد از پاسخگویان را مرد و 47 درصد را زن تشکیل دادند. همچنین 38 درصد از پاسخگویان دارای 2-1 سال سابقه بیماری، 39 درصد دارای 4-3 سال سابقه بیماری و همچنین 23 درصد دارای 5 سال بیشتر سابقه بیماری دارا بودند. با توجه به اینکه سطح معناداری بزرگتر از 0.05 نرمال بود پس توزیع نمرات سه متغیر طبیعی است. شاخص ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش به ترتیب بزرگتر از 0.1 و کوچک تر از 10 بود. این مطلب نشان دهنده آن است که پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش وجود نداشت. ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از 10 و ارزش ضریب تحمل کمتر از 0.1 باشد نشان دهنده هم خطی بودن است. با استفاده از روش تحلیل اطلاعات مربوط به «فاصله مهنوبایس (D)» نتیجه گیری شد که توزیع داده های چند متغیری در پژوهش حاضر نرمال بود. در نهایت نمودار پراکنندگی واریانس های استناددار شده خطاها 2 نشان داد که مفروضه همگنی واریانس در بین داده های پژوهش حاضر برقرار بود.

جدول 1: شاخص های توصیفی مربوط به نمرات متغیرها

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف		بیشترین
			کمترین	معیار	
خود کارآمدی	184	27/63	7/63	16	48
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	184	20/15	5/08	12	34
خود مراقبتی	184	26/90	5/79	15	43

ارزیابی شاخص های برازندگی نیز نشان داد که همه شاخص ها از برازش مطلوب مدل لندازه گیری با داده ها حمایت می کند. جدول 3، برآورد پارامتر استاندارد نشده<sup>3</sup>، پارامتر استاندارد شده<sup>4</sup>، خطای استاندارد و نسبت بحرانی را برای هر یک از متغیرها نشان می دهد.

جدول 2: پارامترهای مدل اندازه گیری در تحلیل عاملی تأییدی

متغیر مکنون	برآورد پارامتر b	پارامتر استاندارد $\beta$	خطای استاندارد بحرانی	نسبت
خودکارآمدی	1/112	0/547	0/221	2/27**
کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	0/748	0/628	0/211	3/55**
خودمراقبتی	0/869	0/438	0/261	4/12**

P&lt;0.05

کمترین بار عاملی متعلق به خودمراقبتی است که مقدار آن برابر با 0/438 می باشد و بالاترین بار عاملی متعلق به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است که مقدار آن برابر با 0/628 می باشد. در کل نتایج جدول فوق

1. Mahalanobis distance (D)
2. standardized residuals

بیانگر آن است که همه متغیرهای مشاهده شده به صورت قابل قبول و معنادار متغیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را لندازه گیری می کند. در مدل ساختاری پژوهش حاضر چنان فرض شده است که خودکارآمدی هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم با میانجیگری متغیر خود مراقبتی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری، رابطه دارد. استفاده از روش تحلیل مدل یابی معادلات ساختاری برای ارزیابی چگونگی برازش مدل ساختاری پژوهش با داده های گردآوری شده نشان داد که مدل برازش قابل قبولی با داده ها دارد. اگر چه شاخص مجذور کای در سطح 0/01 معنادار بود ( $p=0/003$ ،  $\chi^2=46/09$ ) و این موضوع نشان از عدم برازش مدل با داده های گردآوری شده دارد، با وجود این، شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) برابر با 0/077، شاخص نکویی برازش (GFI) برابر با 0/945، شاخص نکویی برازش تعدیل شده (AGFI) برابر با 0/892 و شاخص برازش تطبیقی (CFI) برابر با 0/916 بود. این نتایج بیانگر آن بود که مدل ساختاری پژوهش حاضر با داده های گردآوری شده برازش مطلوب دارد.

جدول 3: ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیرمستقیم بین خودمراقبتی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

مسیرها	b	S. E	$\beta$	سطح معناداری
مسیر کل خودکارآمدی- کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	1/021	0/087	0/197	0/003
مسیر مستقیم خودکارآمدی- کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	0/527	0/579	0/123	0/001
مسیر غیر مستقیم خودکارآمدی- خود مراقبتی	0/506	0/109	0/184	0/001
خود مراقبتی- کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	0/436	0/165	0/332	0/002
مسیر غیر مستقیم خودکارآمدی- کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	0/361	0/204	0/249	0/001

\*P &lt; 0/05 ، \*\*P &lt; 0/01

همچنان که در جدول فوق ملاحظه می شود ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم) مربوط به تاثیر خودکارآمدی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سطح 0/05 معنادار است ( $p < 0/05$ )،  $\beta = 0/197$ . این موضوع بیانگر آن است که خودکارآمدی در سطح معناداری 0/05 بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تاثیر دارد. براساس نتایج جدول، ضریب مسیر غیر مستقیم بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مثبت و در سطح معناداری 0/01 معنادار است ( $p < 0/01$ )،  $\beta = 0/249$ . این یافته بیانگر آن است که خودکارآمدی به صورت غیر مستقیم و به واسطه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت تاثیر می گذارد. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که

3. unstandardized parameters
4. standardized parameters

خودمراقبتی رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را میانجی‌گری می‌کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش میانجی خود مراقبتی در رابطه بین خود کارآمدی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری بود و نتایج نشان داد که خود مراقبتی در رابطه بین خود کارآمدی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری نقش میانجی دارد. لذا فرضیه پژوهش تایید شد. این یافته با نتایج گزارش شده محققین دیگر از جمله؛ تامسون، پاتریشیا و هووی<sup>۱</sup> (2020)، لوریگ<sup>۲</sup> (۲۰۱۸)، یونگ و هیمنون (۲۰۱۶)، بهنام مقدم، حسینی بادنجانی، بهنام مقدم و بیرامی (۱۳۹۸) صاحب الزمانی، فراهانی و ادهمی مقدم (۱۳۹۷) و دیلمی، رفیع و نیرومند زندی (۱۳۹۷) همسو است. خودکارآمدی بیماران برای حفظ عملکرد با کیفیت زندگی بالای آنها همراه بود. آموزش سلامت نه تنها تأثیر مستقیمی بر فعالیتهای خودمراقبتی دارد، بلکه تأثیر غیر مستقیمی بر فعالیتهای مراقبت از خود از طریق خودکارآمدی نیز دارد. لوریگ (۲۰۱۸) نیز در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که بین رفتارهای خود مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان ارتباط معناداری وجود داشت.

افرادی که از نظر خودکارآمدی قوی هستند، قادرند به طور مؤثری از عهده کنترل رویداد های زندگی خود برآیند. این درک و عقیده به آنها دیدگاهی متفاوت از کسانی می‌دهد که از نظر خودکارآمدی ضعیف هستند؛ زیرا این احساس اثر مستقیمی بر رفتار آنان دارد. در واقع، خود کارآمدی بالا باعث افزایش انگیزه و ممارست فرد در به دست آوردن هدف مورد نظر خواهد شد. لذا خود کارآمدی، اطمینان خاطر فرد نسبت به خود در انجام یک فعالیت خاص می‌باشد و افراد را قادر می‌سازد تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق العاده ای انجام دهند. بنابراین خودکارآمدی عاملی مهم برای انجام موفقیت آمیز عملکرد و مهارت های انسانی لازم برای انجام آن است. عملکرد مؤثر، هم به داشتن مهارت و هم باور در توانایی انجام آن مهارت‌ها نیاز دارد. از طرفی خود کارآمدی بر میزان تلاش برای انجام یک وظیفه اثر می‌گذارد و از منابع مختلف از جمله توفیق‌ها و شکست‌های فرد، مشاهده موفقیت یا شکست دیگران و ترغیب کلامی سرچشمه می‌گیرد. خود کارآمدی نقش مهمی را در ارتقاء رفتارهای خود مراقبتی دارد. خود کارآمدی پیش نیاز مهم کیفیت زندگی محسوب می‌شود. چرا که به عنوان بخش مستقلی از کیفیت زندگی فرد عمل می‌نماید می‌توان از طریق ایجاد زمینه مناسب در جهت کسب مهارت‌ها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خودکارآمدی و توانمندی شخص را افزایش داد (تامسون، پاتریشیا و هووی، ۲۰۲۰). داشتن درک صحیح از منافع انجام رفتارهای خود مراقبتی و موانع انجام آن می‌تواند بیماران را هر چه بیشتر به انجام این رفتارها برانگیزد. پس بسیار مهم است که این بیماران و نیز فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، اهمیت انجام صحیح و مناسب رفتارهای خود مراقبتی و منافع و

موانع درک شده آن را بهتر بشناسند. آگاهی بیمار از نحوه مراقبت از خود، در خصوص رعایت رژیم‌های درمانی، سبب پیامدهای مثبت بر سلامت بیماران و کاهش بستری شدن در بیمارستان می‌شود. فعالیت‌های خود مراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را بیشتر کند و میزان ناتوانی و از کار افتادگی بیماران و هزینه‌های درمانی را کاهش دهد رفتارهای خودمراقبتی ارتقاء دهنده سلامت به طور مستقیم با سلامت در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری و کیفیت زندگی آنان ارتباط دارد و موجب کاهش میزان مرگ می‌گردد (یونگ و هیمنون، ۲۰۱۶). اسچیلینگر، جاویس و رانر<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بیماران عروق کرونری که از خود مراقبتی کافی برخوردار بودند کنترل هیجانات آنها بهتر از بیمارانی بود که خود مراقبتی ناکافی داشتند و سطح کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان بالاتر می‌باشد (آقاخانی، گلمحمدی، خادم وطن و علی نژاد، ۱۳۹۷). با آموزش مراقبت از خود به بیمار، درک و آگاهی بیماران نسبت به مفهوم کیفیت مراقبت‌های بهداشتی افزایش می‌یابد و در نتیجه با ارزش خدمات بهداشتی آشناتر می‌شود.

محدودیت‌های این پژوهش شامل، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و محدود بودن جامعه آماری به بیماران مبتلا به عروق کرونری مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش تهران بود. در انتها پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت اجرا شود و برای مهار عوامل مزاحم از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود خود مراقبتی، طی کارگاهی تخصصی به روانشناسان و متخصصان بخش قلب، آموزش داده شود تا با به کارگیری این آموزشها برای بیماران، جهت بهبود خودکارآمدی و کیفیت زندگی گامی عملی برداشته باشند.

**تشکر و قدردانی:** بدینوسیله از زحمات و همکاری پرسنل درمانی بیمارستان شهدای تجریش تهران که نقش تسهیل کننده و هماهنگ کننده جهت اجرای این پژوهش را بر عهده داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

### ملاحظات اخلاقی

شرکت کنندگان بعد از مصاحبه‌های اولیه با شرکت کنندگان و پرکردن فرم رضایت آگاهانه در این پژوهش شرکت داده شده‌اند، در پایان نیز به رسم یادبود و سپاس‌گزاری هدیه ای، هم به شرکت کنندگان، تقدیم شد. این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است. نویسنده اول محقق اصلی و پیگیر این پژوهش بوده است و نویسنده دوم راهنمایی و جهت‌دهی پژوهش را بر عهده داشتند و نویسنده سوم هم در امر آموزش و اجرای پروتکل‌ها همکاری داشتند. نویسندگان اذعان می‌کنند در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد. این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی، با راهنمایی دکتر ربابه نوری قاسم آبادی و مشاوره خانم دکتر محمدرضا صیرفی است.

- Garnefski, N & Graich, E. (2016). the relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample, *European Journal of Personality*, 16(4): 403-420
- Holloway, A., Watson, H.E., 2017. Role of self-efficacy and behaviour change. *Int J Nurs Pract*, Vol. 8, no. 2, PP, 100
- Harvey, I. Lenaghan, E & Smith, J. (2018). Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure, *Journal of Heart Failure*, 91(7):899- 906.
- Jaarsma T Halfens R Tan F & et al. Self-care and quality of life in patients with Heart advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention, *Heart & Lung: The journal of critical care*. 2010; 29:319-30.
- Jalilian M, Mostavafi F, Sharifirad G. [Relationship between Self-efficacy, perceived social support and quality of life in patients with cardiovascular disease: A cross-sectional study]. *J Health Syst Res*. 2013; 9(5):1-9. (Persian)
- Leininger, M. (2019). Quality of life from a Transcultural cultural nursing perspective, *nursing science quarterly*, 7(1): 22-28
- Lindenfeld, N & Douglas, D. (2019). Dunbar, Statement from the American heart association state of the science: promoting self-care in persons with heart failure, *A Scientific Circulation*, 120(5):1141-63.
- Lorig, K.R. (2018). The relationship between self-care behaviors and improvement of quality of life in the elderly, *Med Care*, 12(3):65-76.
- Momeni M, Khoshtarash M, Ghanbari Khanghah A, Salehzadeh A, Rahmatpour P. Self-care behaviors and related factors in patients with heart failure referring to medical & educational center of heart in Rasht. *J Holist Nurs Midwifery*. 2013; 23 (1):22-29 URL: <http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-166-en.html>
- O'Neil, A.Berk, M. Davis, J & Stafford, L. (2013). Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients, *Health J*, 5(3): 6-14.
- Robinson, S.G & Pizzi, E.R. (2013). Maximizing stroke recovery using patient selfcare self efficacy, *Rehabil Nurs*, 28(2): 48.16.
- Sullivan MD, Lacroix AZ, Russo J, Katon WJ. Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: six-month prospective study. *Psychosom Med* 1998; 60:473-8.
- Thomson, R. N Patricia & M.A. Howie, k. (2020). Evaluating Perceptions of Selfefficacy and Quality of Life in Patients Having Coronary Artery Bypass Grafting and Their Family Caregivers, *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(3):250-257.
- Ware, J. E., Kosinski, M. Y. & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey. Construction of scales and preliminary tests of reliability and Validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
- Young, W.L & Hei Moon, S. (2016). A Structural Equation Model Linking Health Literacy to Self-efficacy, Self-care Activities, and Health-related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes, *Journal: Asian Nursing Research*, 10(1):87-8.
- آقاخانی، نادر؛ گلمحمدی، فریبا؛ خادم وطن، کمال و علیزاد، وحید. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر خودکارآمدی بیماران بستری مبتلا به انفارکتوس میوکارد در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۶(۶)، ۴۲۲-۴۱۲.
- بهنام مقدم، عزیز؛ حسینی بادنجان، سیدمهدی؛ بهنام مقدم، محمد و بیرامی، منصور. (۱۳۹۸). پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس سلامت عمومی حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در بیماران قلبی - عروقی شهر یاسوج، چهارمین کنگره بین المللی روان تنی (سایکوسوماتیک).
- توکلی زهره، تاجری بیوک، رادفر شکوفه، جمهری فرهاد، خسروی آرزو. اثربخشی رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بر اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و فشار خون بیماران قلبی - عروقی مراجعه کننده به بیمارستان بقیه ا...، فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی. ۱۳۹۹؛ ۱۹ (۹۶): ۱۶۶۶-۱۶۵۵
- جعفری، لیلا. (۱۳۹۵). بررسی اثر بخشی آموزش خود تنظیمی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران قلبی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی
- حاتمی، سعید؛ صابونچی، رضا؛ سخاوت، آرش و آهار، مصطفی. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی جانبازان و معلولین شرکت کننده و غیرشرکت کننده در ورزش همگانی، فصلنامه تحقیقات علوم ورزشی. ۲۹-۳۸، (۷)۲.
- دیلمی، نرگس؛ رفیع، علیرضا، نیرومندزندی، کیانوش. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان دیابتی در ایران: مروری سیستماتیک، پنجمین کنگره دانشجویی پژوهشی منطقه جنوب غرب کشور.
- رهنما اکبر، شمسی زاده مرتضی، صلواتی محسن، محمدی یونس، صاحب اختیاری ناهید. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش برنامه ریزی شده بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به پرفشاری خون: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، ۲۶ (۲)، ۹۱-۱۰۲
- صاحب الزمانی، محمد؛ فراهانی، حجت اله و ادهمی مقدم، پرنیان. (۱۳۹۷). بررسی ارتباط کیفیت زندگی و خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر بستری در بیمارستانهای تأمین اجتماعی تهران، فصلنامه علوم پزشکی، ۲۸(۱)، ۷۳-۶۶.
- سلاجقه، قیصر؛ عرب، منصور و افلاطونیان، محمدرضا. (۱۳۹۶). ارتباط کیفیت زندگی با خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده در افراد با سندروم کرونری حاد، فصلنامه پرستاری قلب و عروق، ۳۶(۳)، ۴۰-۴۷.
- شجاعی، فاطمه. (۱۳۸۸). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، نشریه حیات، ۳(۱۴)، ۱۳-۵.
- شفیعی، حسن، نصیری، شادی. (۱۳۹۹). نقش سواد سلامت، بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. روان شناسی سلامت، ۳۳(۳)، ۷-۲۲
- صحراخیل، لیلا. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین سواد سلامت، خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی-عروقی بستری در بیمارستانهای منتخب شهر قزوین، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشکده پرستاری و مامایی.
- محمدی عیسی، تاجری بیوک، سوداگر شیدا، بهرامی هیدجی مریم، عطادخت اکبر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر میزان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در افراد مبتلا به بیماری کرونری قلبی. مجله علوم اعصاب شفای خاتم، ۳۸(۳)، ۳۹-۴۸
- نیک آذین امیر، نائینیان محمدرضا، شعیری محمدرضا. (۱۳۹۶). روایی و پایایی پرسش نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در نمونه‌ای از دانش آموزان ایرانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۴(۱۸)، ۳۱۰-۳۲۱