

خودکارآمدی بیماران دارای استومی و عوامل مرتبط با آن

فروغ رفیعی^۱ *لادن ناصح^۲ سرور پرویزی^۳ حمید حقانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: جراحی استومی یکی از رویدادهایی است که زندگی فرد را به شدت تحت تاثیر قرار داده و منجر به تغییرات اساسی در شیوه زندگی می شود و خودکارآمدی به عنوان یک منبع مقابله ای شخصی می تواند فرآیند تطابق با این تغییرات را تسهیل نماید. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی خودکارآمدی بیماران دارای استومی و عوامل مرتبط با آن صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود. ۸۴ بیمار دارای استومی مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران و انجمن استومی ایران با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده ها به وسیله فرم مشخصات فردی و مقیاس خودکارآمدی استومی جمع آوری گردیده و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ و آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس و آنالیز رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نیمی از شرکت کنندگان حداقل ۵۰٪ نمره خودکارآمدی کل (نمره ۸۴) را کسب کردند. همچنین در بیماران مورد مطالعه میانگین نمره خودکارآمدی اجتماعی کمتر از میانگین نمره خودکارآمدی مراقبت از استومی بود. خودکارآمدی با وضعیت تاهل، وضعیت استومی و مدت داشتن استومی مرتبط بود ($P\text{-value} < 0.05$) ولی با سن، جنس، سطح تحصیلات، نوع استومی و دلیل استومی ارتباط معناداری مشاهده نشد.

نتیجه گیری کلی: این مطالعه اطلاعات ارزشمندی را درباره خودکارآمدی استومیت ها و عوامل مرتبط با آن فراهم نمود که با بهره گیری از این اطلاعات می توان مداخلات پرستاری مناسبی را جهت ارتقای خودکارآمدی این بیماران به خصوص در بعد اجتماعی که اکثریت افراد در آن ضعیف تر هستند، طراحی و اجرا کرد.

کلید واژه ها: خودکارآمدی، استومی، استومیت

تاریخ دریافت: ۹۰/۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۰

^۱ دانشیار مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران (*نویسنده مسئول)
شماره تماس: ۰۹۱۳۲۸۵۰۳۶۱ Email: Ladan.Naseh@gmail.com
^۳ دانشیار گروه بهداشت دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۴ مربی گروه آمار زیستی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

هر روزه تعداد زیادی از بیماران در معرض تصمیم‌گیری مهمی جهت از دست دادن مسیر عادی دفع مدفوع خود و عمل جراحی استومی (Ostomy)، به صورت دائم یا موقت قرار می‌گیرند^(۱). طی این عمل جراحی که در همه‌ی سنین از نوزادی تا کهن سالی انجام می‌گیرد مسیر خروج مدفوع از طریق یک روزنه‌ی شکمی به سمت بیرون منحرف می‌شود^(۲). این جراحی گاهی در جهت بقای بیمار و گاهی به منظور بهبود کیفیت زندگی او صورت می‌گیرد. لیکن در هر دو حالت فرد با فشار روحی عظیمی مواجه می‌گردد^(۱). در حالی که آمار مربوط به بروز جهانی بیماری‌های کولورکتال به راحتی در دسترس است؛ هنوز آمار بین‌المللی استومی به صورت دقیق مشخص نشده است^(۳،۴). گفته می‌شود بیش از یک میلیون نفر از مردم ایالات متحده آمریکا^(۵،۶) و ۱۰۲ هزار نفر از جمعیت انگلستان استومی روده‌ای دارند^(۷-۹). در کشور ما نیز آمار دقیقی از تعداد بیماران استومی وجود ندارد اما به نقل از انجمن استومی ایران، در حدود ۳۰ هزار بیمار استومی در کشورمان زندگی می‌کنند^(۱۰).

بی‌شک تجربه داشتن نوعی بیماری گوارشی که منجر به جراحی استومی شود؛ تغییراتی اساسی در زندگی فرد به وجود می‌آورد. چرا که بیمار در موقعیتی قرار می‌گیرد که باید با انبوهی از مشکلات روانی-اجتماعی، عاطفی و جسمی مرتبط با استومی تطابق یابد^(۱۱،۱۲). به ویژه افرادی که به دلیل سرطان تحت جراحی استومی قرار گرفته‌اند با چالشی دو سویه مواجه می‌شوند. این افراد می‌بایست در کنار مقابله با یک وضعیت تهدیدکننده حیات، با تغییرات گسترده‌ای که استومای جدید در اثر تغییر دفع روده‌ای در آن‌ها به وجود آورده است نیز سازگار شوند^(۱۲). این در حالی است که خودکارآمدی (Self-efficacy) به عنوان یک منبع مقابله‌ای شخصی می‌تواند فرآیند تطابق با این تغییرات را تسهیل نماید^(۱۳،۱۴). مطالعات نشان می‌دهند که بین خودکارآمدی مراقبت از

استوما و سازگاری با آن ارتباط محکمی وجود دارد. در واقع خود مراقبتی در استومی مهمترین متغیر پیشگویی‌کننده‌ی تطابق مثبت با استومی است^(۱۵). همچنین اختلالات روانشناختی که بخش اعظم مشکلات بعد از عمل را در این بیماران تشکیل می‌دهند، اغلب در کسانی که در مراقبت از استوما مشارکت می‌کنند دیده نمی‌شود^(۱۶).

خودکارآمدی یا کارآیی شخصی یک مفهوم روانی اجتماعی است که از تئوری یادگیری اجتماعی Albert Bandura مشتق شده^(۱۴) و به صورت اعتقاد فرد به توانایی خود در انجام موفقیت‌آمیز رفتارهای مورد نیاز برای ایجاد برآیند‌های مطمئن تعریف می‌شود. به بیان دیگر خودکارآمدی اطمینان خاطر است که شخص درباره‌ی انجام فعالیت خاصی احساس می‌نماید. این مفهوم میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد^(۱۷). افراد با باورهای قوی خودکارآمدی؛ وظایفی را که بیشتر چالش‌زا هستند انتخاب می‌کنند. آن‌ها برای خود اهداف بزرگتری در نظر گرفته، سعی و کوشش بیشتری به خرج داده و در مقابله با شرایط ثابت قدم ترند^(۱۳). برعکس افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند احساس می‌کنند در اعمال کنترل بر رویداد‌های زندگی درمانده و ناتوانند. آن‌ها معتقدند هر گونه تلاشی که می‌کنند بیهوده است و بدین ترتیب هنگامی که با موانع رو به رو می‌شوند چنانچه تلاش‌های اولیه آن‌ها در بر خورد با مشکلات بی‌نتیجه بوده باشد؛ سریعاً قطع امید می‌کنند^(۱۹).

افرادی که کارآیی شخصی بسیار کمی دارند حتی تلاش نمی‌کنند که بر مشکلات غلبه یابند زیرا متقاعد شده‌اند که انجام هر کاری بیهوده است و تغییری در اوضاع ایجاد نمی‌کند^(۱۹). اعتقاد به کارآیی بر چگونگی احساس، تفکر، انگیزش و رفتار افراد تاثیر می‌گذارد^(۱۸). کارآیی شخصی کم می‌تواند انگیزش را نابود سازد، آرزوها را کم کند، با توانایی‌های شخص تداخل نماید و تاثیر نامطلوبی بر سلامت جسمانی فرد بگذارد. برعکس

بیمارستان امام خمینی (ره) و یا انجمن استومی ایران مراجعه می کردند.

تعداد شرکت کنندگان در این پژوهش ۸۴ نفر بودند که با استفاده از روش نمونه گیری آسان یا در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل یک فرم مشخصات فردی و مقیاس خودکارآمدی استومی (Stoma self-efficacy scale) بود. در فرم مشخصات فردی برخی از اطلاعات دموگرافیک (مانند: سن، جنس، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات)، و اطلاعات بیماری (مانند: نوع، وضعیت، دلیل و مدت داشتن استومی) در نظر گرفته شد. پرسشنامه ی خودکارآمدی استومی نیز دارای ۲۸ سوال در دو زیر مقیاس خودکارآمدی مراقبت از استومی (شامل ۱۴ سوال) و خودکارآمدی اجتماعی (شامل ۱۴ سوال) بود. بخش اول پرسشنامه میزان خودکارآمدی مورد انتظار فرد را در مراقبت از استومی می سنجد و بخش دوم آن کارایی مورد انتظار فرد را در عملکرد های اجتماعی مرتبط با استوما بررسی می کرد. در این ابزار پاسخ های بیماران بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت از اصلا مطمئن نیستم (با نمره ۱) تا کاملا مطمئنم (با نمره ۵) ارزشگذاری شده و در هر یک از زیرمقیاس ها محدوده نمره بدست آمده از حداقل ۱۴ (پایین ترین خودکارآمدی) تا حداکثر ۷۰ (بالا ترین خودکارآمدی) متغیر و امتیاز بیشتر نشان دهنده خودکارآمدی بالاتر بود.

روایی ابزار بر اساس اعتبار صوری و محتوی و پایایی آن با استفاده از دو روش آزمون مجدد و همبستگی درونی تایید گردید که مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۷۷ و ضریب همبستگی برای زیر مقیاس های مراقبتی و اجتماعی خودکارآمدی به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۶ بدست آمد. روش انجام کار به این صورت بود که پژوهشگر پس از کسب اجازه از مسئولین ذیربط دانشگاه علوم پزشکی تهران و با در دست داشتن معرفی نامه ی دانشگاه به مراکز پژوهش (درمانگاه کولورکتال بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، درمانگاه استومی بیمارستان امام

کارآیی شخصی زیاد؛ ترس از شکست را کاهش می دهد، سطح آرزوها را بالا می برد و توانایی مساله گشایی و تفکر تحلیلی را بهبود می بخشد^(۱۹). بنابر این احساس خودکارآمدی یک عامل حیاتی برای موفقیت و شکست در سراسر زندگی است^(۲۰،۲۱). خودکارآمدی فاکتور مهمی است که باید در مراقبت از بیماران دارای استومی مورد توجه قرار گیرد. نقش منحصر به فرد پرستاران در تیم مراقبت بهداشتی فرصتهایی را برای آن ها فراهم می کند تا بتوانند مداخلاتی را برای افزایش اطمینان و اعتماد به خود بیماران انجام دهند^(۱۷، ۲۲) و بالطبع آگاهی از میزان خودکارآمدی این بیماران برای طراحی چنین مداخلاتی ضروری به نظر می رسد. این در حالی است که خودکارآمدی بیماران دارای استومی تا کنون در کشور ما بررسی نشده و در نتیجه اطلاعات و دانسته های ما در مورد آن بسیار اندک است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین خودکارآمدی در بیماران دارای استومی و عوامل مرتبط با آن انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که در آن خودکارآمدی یک گروه از بیماران دارای استومی روده ای (کلستومی و ایلئوستومی) مورد سنجش قرار گرفت. در ابتدا متغیر خودکارآمدی توصیف شد و سپس ارتباط آن با برخی از متغیر های دموگرافیک و بیماری بررسی گردید. جامعه پژوهش را کلیه بیمارانی تشکیل می دادند که به هر دلیلی تحت جراحی استومی قرار گرفته بودند، حداقل ۱۸ سال سن داشته، از سلامت روان، گفتاری، بینایی و شنوایی برخوردار بودند و با یک نوع استومی روده ای دایمی یا موقتی؛ حداقل یک ماه بعد از جراحی جهت پیگیری درمان به درمانگاه کولورکتال بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، درمانگاه استومی

سطح تحصیلات	
بیسواد و ابتدایی	۲۷ (۳۲/۲٪)
زیر دیپلم	۱۷ (۲۰/۲٪)
دیپلم و بالاتر	۴۰ (۴۷/۶٪)
نوع استومی	
کلستومی	۵۷ (۶۷/۸٪)
ایلئوستومی	۲۷ (۳۲/۲٪)
وضعیت استومی	
دایمی	۶۲ (۷۳/۸٪)
موقتی	۲۲ (۲۶/۲٪)
دلیل استومی	
سرطان	۵۸ (۶۹/۱٪)
دلایل دیگر	۲۶ (۳۰/۹٪)
مدت داشتن استومی (ماه)	
۱-۱۲	۴۱ (۴۸/۸٪)
۱۳-۶۰	۲۰ (۲۳/۸٪)
۶۱-۳۶۰	۲۳ (۲۷/۴٪)
میانگین \pm انحراف معیار	۴۸/۱ \pm ۷۰/۴

خمینی (ره) و انجمن استومی ایران) مراجعه کرده و با کسب اجازه از ریاست و یا مدیریت این مراکز موافقت آن ها را جهت ورود به محیط های پژوهشی اخذ کرد. سپس با مراجعه به این محیط ها در روزهای نمونه گیری، واحد های پژوهش واجد شرایط را انتخاب کرده و با بیان هدف از انجام پژوهش و اطمینان دادن به آن ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات پرسشنامه ها و دادن آگاهی در مورد این که شرکت در مطالعه کاملا اختیاری است؛ رضایت کتبی نمونه ها را جهت شرکت در تحقیق اخذ کرد و طی انجام مصاحبه ای شخصا اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نمود. نمونه گیری این مطالعه در حدود سه ماه و نیم به طول انجامید. در نهایت پس از اتمام جمع آوری اطلاعات تجزیه و تحلیل داده ها با بکارگیری نرم افزار SPSS (نسخه ۱۵) صورت گرفت و به منظور دستیابی به اهداف پژوهش از آزمون های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس و آنالیز رگرسیون استفاده گردید.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمره خودکارآمدی واحدهای

مورد پژوهش	
نمره خودکارآمدی *	تعداد (درصد)
خودکارآمدی مراقبت از استومی	
کمتر از ۴۲	۱۲ (۱۴/۳٪)
۴۲-۵۶	۲۲ (۲۶/۲٪)
بیشتر از ۵۶	۵۰ (۵۹/۵٪)
میانگین \pm انحراف معیار	۵۵/۸ \pm ۱۱/۶
خودکارآمدی اجتماعی	
کمتر از ۴۲	۴۱ (۴۸/۸٪)
۴۲-۵۶	۳۱ (۳۶/۹٪)
بیشتر از ۵۶	۱۲ (۱۴/۳٪)
میانگین \pm انحراف معیار	۴۲/۱ \pm ۱۳/۲
خودکارآمدی کل	
کمتر از ۸۴	۲۰ (۲۳/۸٪)
۸۴-۱۱۲	۴۲ (۵۰٪)
بیشتر از ۱۱۲	۲۲ (۲۶/۲٪)
میانگین \pm انحراف معیار	۹۸ \pm ۲۲/۶

* محدودده نمره خودکارآمدی کل ۱۴۰-۲۸ و در هر یک از زیر مقیاس های آن ۷۰-۱۴ بوده است.

یافته ها

مشخصات واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱، خلاصه شده است. یافته های مربوط به هدف اصلی پژوهش "تعیین خودکارآمدی بیماران دارای استومی" نیز در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغیر های دموگرافیک و بیماری

واحد های مورد پژوهش	
متغیر	تعداد (درصد)
سن (سال)	
زیر ۴۰	۱۸ (۲۱/۴٪)
۴۰-۶۰	۴۸ (۵۷/۲٪)
بالای ۶۰	۱۸ (۲۱/۴٪)
میانگین \pm انحراف معیار	۵۰/۱ \pm ۱۴/۱
جنس	
مرد	۴۹ (۵۸/۳٪)
زن	۳۵ (۴۱/۷٪)
وضعیت تاهل	
متاهل	۶۱ (۷۲/۶٪)
غیر متاهل	۲۳ (۲۷/۴٪)

جدول شماره ۳: ارتباط خودکارآمدی با متغیرهای دموگرافیک و

بیماری واحدهای مورد پژوهش		
P-Value	نتیجه آزمون	خودکارآمدی
	آنووا / تی مستقل	متغیرها
۰/۶۴۶	F= ۰/۴۳۹	سن
۰/۰۷۸	T=- ۱/۸۷۸	جنس
۰/۰۲۲	T=-۲/۳۴۲	وضعیت تاهل
۰/۳۵	F= ۱/۰۳۶	سطح تحصیلات
۰/۳۸۵	T= ۰/۸۷۳	نوع استومی
۰/۰۰۰	T=- ۴/۷۵۸	وضعیت استومی
۰/۲۰۷	T=- ۱/۲۷۲	دلیل استومی
۰/۰۰۰	F= ۱۳/۴۰۳	مدت داشتن استومی

جدول شماره ۴: نتیجه آزمون رگرسیون Stepwise در

متغیرهای مرتبط با خودکارآمدی واحدهای پژوهش

P-value	t	Beta	Std. Error	B	خودکارآمدی
			r		متغیرها
۰/۰۲۳	۲/۳۱۴	۰/۲۱۵	۴/۶۹۹	۱۰/۸۷۲	وضعیت تاهل
۰/۰۲۲	۲/۳۳۲	۰/۲۳۰	۰/۰۳۲	۰/۰۷۴	مدت داشتن استومی
۰/۰۰۰	۳/۹۶۶	۰/۳۸۷	۵/۰۰۳	۱۹/۸۴۳	وضعیت استومی

بحث و نتیجه گیری

همان طور که از نتایج جدول شماره ۲ مشخص است؛ در این مطالعه نیمی از بیماران حداقل ۵۰٪ نمره خودکارآمدی کل (نمره ۸۴) را کسب کردند. همچنین مشخص شد در زیر مقیاس مراقبت از استومی اکثریت بیماران بیش تر از ۷۵٪ نمره خودکارآمدی (بیشتر از ۵۶) را کسب نموده اند در صورتی که در زیر مقیاس اجتماعی بیشتر بیماران کمتر از ۵۰٪ نمره (کمتر از ۴۲) را کسب کرده بودند.

در واقع در پژوهش حاضر بیماران مورد مطالعه در زمینه فعالیت‌های اجتماعی مرتبط با استومی باورهای ضعیف‌تری از خودکارآمدی داشتند. خودکارآمدی مراقبت

از استومی به معنای " قضاوت بیماران درباره توانایی شان برای اداره استومی خود، به نحوی که پیامد های نامطلوب به حداقل برسند" می باشد^(۱۷). با توجه به یافته های فوق بیماران دارای استومی شرکت کننده در این مطالعه اطمینان زیادی به توانایی خود برای مراقبت از استومی داشتند اما در زمینه ی خودکارآمدی اجتماعی مرتبط با استومی که همان کارایی شخصی مورد انتظار هر فرد درباره عملکردهای اجتماعی مربوط به اوست، اطمینان کمتری به خود داشتند. همسوی با این یافته ها در مطالعه Wu و همکاران نیز استومیت های چینی از خودکارآمدی کلی نسبتا بالایی برخوردار بودند (نمره $105/05 \pm 28/80$) در استومیت های چینی از خودکارآمدی کلی نسبتا بالایی برخوردار بودند (نمره $105/05 \pm 28/80$ در مردان و $94/30 \pm 25/37$ در زنان) اما در بررسی مجزای زیر مقیاس های خودکارآمدی؛ مشابه پژوهش حاضر بیماران مورد مطالعه در زمینه مراقبت از استومی خودکارآمدی بالایی داشتند (نمره $50/95 \pm 13/33$ در مردان و $45/83 \pm 13/98$ در زنان) اما در فعالیت های اجتماعی مرتبط با استومی اطمینان به خود کمتری داشتند (نمره $30/57 \pm 8/15$ در مردان و $27/25 \pm 7/60$ در زنان)^(۱۷). به طور کلی خودکارآمدی اجتماعی درک شده، به معنای اطمینان درک شده ی هر فرد برای مشارکت شایسته ی او در تعاملات اجتماعی است^(۳۳). از طرفی خودکارآمدی بر درک از عملکرد و رفتارهای سازگارانه و انتخاب محیط و شرایطی که افراد تلاش می کنند به آن دست یابند اثر می گذارد^(۳۱) و همچنین مشخص شده که خودکارآمدی اجتماعی خود نیز ارتباط مستقیمی را با اعتماد به نفس، رضایت از زندگی و خوش بینی افراد دارد^(۳۳)؛ بنابراین این می توان گفت میزان خودکارآمدی اجتماعی بیماران دارای استومی شرکت کننده در این پژوهش جای بررسی و تامل بیشتر و انجام مداخله دارد.

یافته های مطالعه نشان داد که در این پژوهش بین خودکارآمدی مراقبت از استومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کل با سن ارتباط آماری معنی داری

داشته و میانگین نمره کسب شده خودکارآمدی در افراد غیر متاهل بیشتر از افراد متاهل بوده است. در زیر مقیاس مراقبت از استومی نیز میانگین نمره خودکارآمدی افراد غیر متاهل بیشتر از افراد متاهل بود اما این اختلاف از نظر آماری معنادار نشد. مغایر با این یافته Wu و همکاران در بررسی مشابه بر روی بیماران دارای استومی^(۱۷) Akin و همکاران در زنان مبتلا به سرطان پستان^(۲۵) Keefe و همکاران در بررسی خودکارآمدی مراقبین بیماران سرطانی^(۲۸) ارتباط معناداری را بین خودکارآمدی و وضعیت تاهل مشاهده نکردند. این در حالی است که ثابت سروستانی و هادیان در بررسی خودکارآمدی بیماران دیابتی ارتباط معناداری را بین خودکارآمدی و وضعیت تاهل مشاهده کردند و به این نتیجه رسیدند که افراد متاهل خودکارآمدی بالاتری نسبت به افراد غیر متاهل دارند^(۲۹). متفاوت بودن جامعه پژوهش و استفاده از ابزار خودکارآمدی متفاوت می تواند دلیل مغایرت نتایج پژوهش حاضر با مطالعه ی مذکور باشد.

نتایج حاصل از پژوهش مبین عدم وجود ارتباط معنی دار بین سطح تحصیلات و خودکارآمدی بود. در واقع در بیماران مورد مطالعه چنان که انتظار می رفت میانگین نمره خودکارآمدی مراقبت از استومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کل با افزایش سطح تحصیلات افزایش پیدا کرد اما این اختلاف از نظر آماری به سطح معناداری نرسید. در صورتی که در مطالعه ی Wu و همکاران در چین که در آن استومیت های دارای تحصیلات بالاتر از خودکارآمدی بالاتری برخوردار شده بودند، این ارتباط از نظر آماری نیز معنادار شد^(۱۷). علاوه بر این در بررسی سایر مطالعات انجام گرفته؛ نتایج مطالعات Akin و همکاران بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان^(۲۵) و Perkins و همکاران در بررسی مردان مبتلا به سرطان پروستات^(۳۰) با نتایج پژوهش حاضر مغایرت دارند. در این مطالعات نیز همبستگی مستقیم و معناداری بین سطح تحصیلات و خودکارآمدی مشاهده شده بود. در بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و نوع استومی نتایج

وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش Middleton و همکاران در بررسی بیماران دارای صدمات طناب نخاعی^(۲۴) Akin و همکاران در زنان مبتلا به سرطان پستان^(۲۵) Sousa، و دیگران در مبتلایان به دیابت^(۲۶) مطابقت دارد. در مطالعات مذکور نیز ارتباط معنی داری بین سن و خودکارآمدی دیده نشد.

مغایر با این یافته Wu و همکاران در پژوهش مشابهی در هنگ کنگ، ارتباط معناداری را بین خودکارآمدی و سن در بیماران دارای استومی یافتند و نتیجه گرفتند که بیماران مسن تر خودکارآمدی پایین تری داشتند^(۱۷).

در بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و جنس مشخص شد که هر چند میانگین نمره خودکارآمدی مراقبت از استومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کل در زنان مورد مطالعه بیشتر از مردان بود اما این اختلاف از نظر آماری به سطح معناداری نرسید. همچنین در مطالعه Middleton و همکاران بر روی بیماران دارای صدمات طناب نخاعی^(۲۴) و Tsay و Healstead بر روی بیماران تحت همودیالیز^(۲۷) ارتباط معناداری بین جنس و خودکارآمدی یافت نشد. این در حالی است که Wu و همکاران در تحقیق خود تفاوت معناداری را بین مردان و زنان دارای استومی مورد مطالعه از نظر خودکارآمدی یافتند و نتیجه گرفتند که مردان خودکارآمدی بالاتری نسبت به زنان داشتند^(۱۷).

به نظر می رسد معنادار نشدن ارتباط بین خودکارآمدی و جنس در پژوهش فعلی احتمالاً به دلیل شرایط سنی بیماران مورد مطالعه باشد. چرا که تفاوت های خودکارآمدی بین دو جنس، تا ۲۰ سالگی به اوج خود می رسد و در سال های بعدی زندگی به تدریج کاهش می یابد^(۱۹). حال با توجه به این که در این مطالعه اکثر افراد (۷۸/۶٪) سن بالای ۴۰ سال داشتند (جدول شماره ۱) می توان گفت در این سنین دیگر تفاوت های خودکارآمدی ناشی از جنس چندان قابل توجه نیست.

یافته های مطالعه نشان داد که بین خودکارآمدی اجتماعی و کل با وضعیت تاهل ارتباط آماری معناداری وجود

است دایمی یا موقتی بودن استومی مهمترین متغیر پیشگویی کننده خودکارآمدی در بیماران مورد مطالعه بود. در رابطه با این هدف هیچ مطالعه مشابهی یافت نشد لذا این یافته پژوهش با یافته مطالعه دیگری قابل مقایسه نمی‌باشد.

به نظر می‌رسد در پژوهش حاضر یکی از دلایل اصلی این ارتباط، اختلاف مدت زمان داشتن استومی در بیماران دارای استومی دایمی با بیماران دارای استومی موقتی باشد. چرا که در این مطالعه اکثریت بیماران دارای استومی موقتی (۸۶/۴٪) ۱-۱۲ ماه بود که جراحی شده بودند. در صورتی که اکثریت بیماران دارای استومی دایمی (۶۴/۵٪) بیشتر از یک سال بود که استومی داشتند (از ۱۳ تا ۳۶۰ ماه). حال با توجه به این که کسب مهارت های لازم برای زندگی با استومی در طول زمان شکل می‌گیرند^(۳۲) و با تمرین و تکرار مهارت‌ها تسلط فرد بیشتر شده و احساس کارایی بیشتری می‌کند^(۳۳)؛ ممکن است در بیماران دارای استومی موقتی، کمتر بودن مدت زمان داشتن استومی دلیل پایین تر بودن خودکارآمدی آن‌ها باشد.

یافته‌های مطالعه همچنین نشان داد که در این پژوهش بین خودکارآمدی (به طور کلی و در هر دو زیر مقیاس آن) و دلیل استومی ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد. در رابطه با این هدف هیچ مطالعه مشابهی یافت نشد و لذا امکان مقایسه این یافته با نتایج مطالعه دیگری وجود نداشت. اما در این رابطه می‌توان گفت؛ از آنجایی که جراحی استومی صرف نظر از نوع یا دلیل آن باعث آسیب جسمی دایمی، تغییر در ظاهر فرد، فقدان یک عملکرد بدنی مهم و تغییر بهداشت فردی شده^(۳۳،۳۴)، اثر بزرگی بر سبک زندگی، روابط شخصی، ازدواج و اعتماد به نفس استومیت‌ها دارد^(۳۵)؛ تبعاً این آثار و تغییرات می‌تواند بدون ارتباط با دلیل پزشکی جراحی به طرق مختلف کارآمدی افراد را تحت تاثیر قرار دهند. به بیان دیگر شاید بتوان گفت؛ در واقع دلیل استومی نیست که تاثیر قابل توجهی بر کارایی شخصی افراد دارد بلکه خود

مطالعه نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی مراقبت از استومی، خودکارآمدی اجتماعی و خودکارآمدی کل در بیماران دارای کلهستومی بیشتر از بیماران دارای ایلئوستومی بود ولی این اختلاف از نظر آماری به سطح معناداری نرسید. Wu و همکاران در مطالعه‌ی خود بر روی بر بیماران دارای استومی در هنگ کنگ^(۱۷) چنین هدفی را دنبال نکردند و از آن جایی که پژوهش دیگری در رابطه با خودکارآمدی بیماران استومی یافت نشد، لذا این یافته‌ی پژوهش با مطالعه دیگری قابل مقایسه نمی‌باشد. ولی از آنجایی که خودکارآمدی صرفاً قضاوت درست یا غلط افراد درباره توانایی شان برای انجام موفقیت آمیز رفتاری خاص می‌باشد^(۳۱) و با توجه به اینکه ایلئوستومی و کلهستومی از نظر محلی که بر روی شکم قرار می‌گیرند، ماهیت عملی که انجام می‌دهند، تجهیزاتی که برای مراقبت نیاز دارند، آثار روانی اجتماعی که بر جای می‌گذارند و غیره شباهت زیادی به یکدیگر دارند؛ به نظر می‌رسد این مساله که روده باریک بر روی شکم باز شده باشد (ایلئوستومی بودن) یا روده بزرگ (کلهستومی بودن)؛ عملاً نمی‌تواند تاثیر قابل توجهی بر برداشت ذهنی بیمار از توانایی‌هایش در انجام فعالیت‌های مراقبتی یا اجتماعی مرتبط با استومی داشته باشد. یا این که شاید تنها اندک تاثیری بر خودکارآمدی مراقبت از استومی داشته باشد که آن هم احتمالاً به دلیل ترشحات اسیدی فراوان تر و آبکی موجود در ایلئوستومی است که باعث می‌شود مراقبت از آن مهارت بیشتر و دقیق تری را برای جلوگیری از عوارض پوستی ایجاد کند و در نتیجه ممکن است بیماران (به خصوص مسن ترها) احساس کنند که قادر نیستند به خوبی از عهده‌ی مراقبت از آن برآیند.

در این مطالعه استفاده از آزمون تی مستقل تایید کرد که میانگین نمره خودکارآمدی کل و زیر مقیاس‌های مراقبتی و اجتماعی آن در بیماران دارای استومی دایمی، به طور معناداری بیشتر از بیماران دارای استومی موقتی بوده است. در واقع چنان که از نتایج جدول شماره ۴ پیدا

(کلستومی و ایلئوستومی) بودند؛ پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه بر روی بیماران دارای یوروستومی نیز انجام و سپس نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه گردد.

بعلاوه با توجه به این که در مطالعه حاضر بین خودکارآمدی بیماران دارای استومی و برخی از مشخصات و ویژگی‌های فردی آن‌ها ارتباط معنی‌دار مشاهده شد، بنابر این ضرورت تقویت آن به ویژه در بیمارانی که در این مقوله ضعیف‌تر هستند (از جمله متاهل‌ها، افراد دارای استومی موقتی و مخصوصاً کسانی که به تازگی استومی شده‌اند) به شدت احساس می‌شود. استومیت‌ها باید به این اعتقاد برسند که می‌توانند فعالیت‌های مراقبتی و اجتماعی مربوط به استوما را انجام دهند. با رسیدن به این اعتقاد تمامی موانع برطرف و در نهایت رفتار صورت خواهد گرفت.

لذا کلیه پرستاران، بخصوص پرستاران شاغل در بخش‌های جراحی گوارش و کلینیک‌های استومی شایسته است با شرکت در کلاس‌های آموزشی و سمینارها و انجام تحقیقات کاربردی، دانش خود را در زمینه‌ی مراقبت از استومیت‌ها افزایش دهند تا بتوانند ضمن ارائه مراقبت‌های دارای کیفیت مطلوب‌تر، با دادن آموزش‌های مناسب به بیماران و خانواده‌های آن‌ها زمینه را برای ارتقای خودکارآمدی این افراد فراهم آورند.

تقدیر و تشکر

هزینه اجرایی این طرح از اعتبارات پژوهشی مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران تامین شده است. بدین وسیله پژوهشگران کمال تشکر را از معاونت محترم تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه اعلام می‌نمایند. همچنین از زحمات و همکاری همه جانبه مسئولین و کارکنان محترم مراکز مورد مطالعه و انجمن استومی ایران و بیماران عزیز شرکت‌کننده در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

جراحی و اثرات و تغییرات متعاقب آن است که با دگرگون ساختن زندگی بیمار وی را با بحران عظیمی مواجه کرده و میزان اطمینان به خودش را در فعالیت‌های مختلف زندگی کاهش می‌دهد.

همچنین در این مطالعه خودکارآمدی در زیرمقیاس‌های مراقبتی و اجتماعی آن و همچنین به طور کلی، با مدت داشتن استومی ارتباط معناداری داشت ($P\text{-Value} < 0/01$) و چنان که انتظار می‌رفت؛ با گذشت زمان بیشتری از جراحی استومی خودکارآمدی بیماران در زمینه مراقبت از استومی، فعالیت‌های اجتماعی مرتبط با استومی و همچنین خودکارآمدی کل افزایش یافت. این یافته با مطالعه Smith که نتیجه گرفته بود در بیماران مبتلا به سکتة مغزی خودکارآمدی مراقبت از خود با گذشت زمان افزایش می‌یابد^(۲۲) همسو می‌باشد. در صورتی که Akin در بررسی زنان مبتلا به سرطان ارتباط معناداری را بین مدت ابتلا به سرطان و خودکارآمدی بیماران پیدا نکرد^(۲۵). در بررسی مطالعات انجام شده در بیماران دارای استومی، مطالعه ای که در آن ارتباط بین خودکارآمدی و مدت داشتن استومی بحث شده باشد، پیدا نشد و به همین دلیل امکان مقایسه نتایج پژوهش حاضر با مطالعات مربوط به بیماران استومی میسر نشد ولی از آنجایی که کسب مهارت‌های لازم برای زندگی با استومی در طول زمان شکل می‌گیرند^(۳۳) و با تمرین و تکرار مهارت‌ها تسلط فرد بیشتر شده و احساس کارایی بیشتری می‌کند^(۲۲) ممکن است در استومیت‌های مورد مطالعه، کمتر بودن مدت زمان داشتن استومی دلیل پایین‌تر بودن خودکارآمدی آن‌ها باشد.

نظر به این که در پژوهش حاضر به دلیل محدودیت زمانی موجود بیماران فقط یکبار مورد سنجش قرار گرفتند (مطالعه مقطعی) و از طرفی خودکارآمدی افراد با گذشت زمان تغییر می‌کند؛ لذا پیشنهاد می‌شود خودکارآمدی استومیت‌ها در قالب یک مطالعه طولی نیز بررسی شود. همچنین با توجه به این که بیماران مورد مطالعه در این پژوهش تنها بیماران دارای استومی روده‌ای

فهرست منابع

- 1-Mahjoubi B, Derakhshani S. [Care of ostomy]. Tehran: Eshtiyagh; 2002. Persian
- 2-Grinspun D. Ostomy care and management: Clinical best practice guidelines. (Serial On the internet). 2009 Aug. Available from: http://www.rnao.org/Storage/59/5393_Ostomy_Care_Management.pdf. Accessed 2010, December.
- 3-Sampaio F, Aquino P, Araújo T, & Galvão M. Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(1): 94-100.
- 4- Thorpe G, McArthur M, Richardson B. Bodily change following fecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *J Adv Nurs*. 2009 Sep; 65(9): 1778-89.
- 5- Cataldo PA, MacKeigan JM. Intestinal stomas: principles, techniques, and management. 2nd ed. New York: Marcel Dekker Inc; 2004.
- 6- Agarwal SH, Ehrlich A. Stoma dermatitis: prevalent but often overlooked. *Dermatitis*. 2010; 21(3): 138-47.
- 7-Porrett T, McGrath A. Stoma Care. New York: Blackwell, 2005.
- 8-Black P. Stoma cares nursing management: cost implications in community care. *Br J Community Nurs*. 2009 Aug; 14(8): 350, 352-55.
- 9-Burch J. Caring for peristomal skin: what every nurse should know. *Br J Nurs*. 2010 Feb 11-24; 19(3): 166, 168, 170 passim.
- 10- Iranian Ostomy Association. (Homepage on the Internet). Available from: <http://iranstomy.persianblog.ir>. Accessed Jun 2011.
- 11-Williams J. Stoma care nursing: what the community nurse needs to know. *Br J Community Nurs*. 2007; 12(8): 342-46.
- 12- Li CC. Sexuality among patients with a colostomy: an exploration of the influences of gender, sexual orientation, and Asian heritage. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009; 36(3): 288-96.
- 13-Schwarzer R, Boehmer S, Luszczynska A, Mohamed NE. Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Pers Individ Dif*. 2005; 39: 807-18.
- 14-Bekkers MJ, Knippenberg FC, Born HW, Berge-Henegouwen GP. Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. *Psychosom Med*. 1996; 58: 183-91.
- 15-Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005 Jan; 14(1): 74-81.
- 16-Mahjoubi B, Moghimi A, Mirzaei R, Bijari A. [Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients]. *Colorectal Dis*. 2005 Nov; 7(6): 582-87.
- 17-Wu H, Pak-Chun Chau J, Twinn Sh. Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer Nurs*. 2007 May-Jun; 30(3):186-93.
- 18- Boyd MA. Psychiatric Nursing: contemporary practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2005.
- 19-Schulze D, Elen-Schulze S. [Theories of Personality]. Translated by Mirmohamadi Y. Tehran: Homa, 1998. Persian
- 20-Bandura A. Self-Efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
- 21-Staruser PR, Ketz K, Keim J. The relationship between self-efficacy, low of control and work personality. *J Rehabil*. 2002; 68: 20-27.
- 22- Robinson-Smith G. Self-efficacy and quality of life after stroke. *J Neurosci Nurs*. 2002; 34(2): 91-98
- 23- Quintana JM, et al. Predictors of patient's satisfaction with hospital health care. *Pmc health serv Res*. 2006; 6: 102.

- 24- Middleton J, Tran Y, Craig, A. Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007; 88: 1643-48.
- 25-Akin S, Can G, Durna Z, Aydiner A. The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs.* 2008 Dec; 12(5): 449-56.
- 26-Sousa VD, Zauszniewski JA, Musil CM, Price Lea PJ, Davis SA. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control: Research and theory for nursing practice. *Res Theory Nurs Pract.* 2005 Fall; 19(3): 217-30.
- 27-Tsay SL, Healstead M. Self-care self-efficacy, depression and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nurs Stud.* 2002 Mar; 39(3): 245-51.
- 28- Keefe FJ, Ahles TA, Porter LS, Sutton LM, McBride CM, Pope MS& et al. The self-efficacy of family caregivers for helping cancer patient manages pain at end-of-life. *Pain.* 2003; 102: 157-162.
- 29-Sabet Sarvestani R, Hadian Shirazi Z. [Diabetes diagnostic indexes and self efficacy of diabetic patients referred to Nader Kazemi Center of Shiraz]. *Nurs Research.* 2006; 4(14): 15-21. Persian
- 30-Perkins HY, Baum GP, Carmack Taylor CL, Basen-Engquist KM. Effects of treatment factors, co morbidities and health related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. *Psycho oncology.* 2009 Apr; 18(4): 405-11.
- 31-Chao W. Self-Efficacy toward educational technology: the application in Taiwan teacher education. *J Educ Med Sci.* 2003; 40: 409-15.
- 32-Erwin-Toth P, Stricker LJ, Rijswijk LV. Peristomal Skin Complications. *AJN,* 2010; 110(2): 43-48.
- 33-Persson E, Larson WB. Stoma care. *Ostomy wound manage.* 2005; 51(8): 45-48.
- 34-Mahjoubi B, Mohammad-Sadeghi H, Mohammadipour M, Mirzaei R, Moini R. Evaluation of psychiatric illness in Iranian stoma patients. *J Psychosom Res.* 2009 Mar; 66(3): 249-53.
- 35- Tseng HC, Wang HH, Hsu YY, Weng WC. Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies. *Kaohsiung J Med Sci.* 2004 Feb; 20(2): 70-77.

Self-efficacy and the Related Factors in Ostomates

Rafii F. PhD¹ Naseh L. MSc² Parvizy S. PhD³ Haghani H. MSc⁴

Abstract

Background & Aims: Stoma surgery is one of the events that strongly influences individual life and causes major changes in life style. Self-efficacy as a personal coping resource can facilitate adaptation with these changes. So the aim of this study was to assess self-efficacy and the related factors in ostomates.

Material & Methods: It was a cross-sectional study. Eighty four patients with ostomy who were referred to selected educational centers of Tehran University of Medical Sciences and Iranian Ostomy Association (IOA) were selected through convenience sampling. The data were collected using personal information form and Stoma Self-Efficacy Scale (Stoma SE Scale). Data was analyzed by SPSS 15 using descriptive statistics, independent t-test, ANOVA and regression analysis.

Results: Half of the participants gained at least half of the overall self-efficacy scores. The mean score of social self-efficacy was lower than the mean score of stoma care self-efficacy. Self-efficacy was associated with marital status, stoma status and stoma duration ($P < 0.05$) but the relationship between self-efficacy and age, gender, educational level, type of stoma and reason of stoma was not statistically significant.

Conclusion: the Present study provided useful information about self-efficacy and its related factors in stoma patients. This information can be used for designing and performing appropriate nursing interventions to promote these patients' self-efficacy, especially in the social dimension which is weaker in most ostomates.

Keywords: Stoma Patients, Stoma Care Self-Efficacy, Social Self-Efficacy, Ostomy, Ostomate

Received: 10 Oct 2011

Accepted: 31 Des 2011

¹ Associate Professor, Center for Nursing Care Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² MS in Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran (*Corresponding Author) Email: Ladan.Naseh@gmail.com Tell: 09132850361

³ Associate Professor in Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Senior Lecturer in Statistics, Department of Statistics, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran