

ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران دارای استومی

فروغ رفیعی^۱ *لادن ناصح^۲ محمد علی یادگاری^۳

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی، همراه با تغییرات اساسی در شیوه زندگی سبب کاهش کیفیت زندگی بیماران دارای استومی می‌شود. با اینحال خودکارآمدی می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را بهبود بخشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران دارای استومی انجام شد.

روش بررسی: در این پژوهش مقطعی از نوع همبستگی، ۸۴ بیمار دارای استومی مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران و انجمن استومی ایران به روش سرشماری انتخاب شدند. داده‌ها بوسیله پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران استومی (COH-QOL) و مقیاس خودکارآمدی استوما (Stoma SE Scale) جمع‌آوری گردید و با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، آنالیز واریانس و آنالیز رگرسیون توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نیمی از نمونه‌ها ۷۵-۷۰٪ نمره خودکارآمدی کل (نمره ۱۱۲-۸۴) را کسب کردند. میانگین نمره خودکارآمدی مراقبت از استومی (۵۵۸±۱۱۱.۶) بیشتر از میانگین نمره خودکارآمدی اجتماعی (۴۲.۱±۱۳.۲) بود. همچنین اکثریت شرکت کنندگان برای کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن نمره ۷ و بالاتر (از ۱۰ نمره) گرفتند. دامنه نمرات کسب شده برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی از ۷±۱.۵ در بعد جسمی تا ۶±۲ در بعد اجتماعی متغیر بود. در این مطالعه همبستگی مستقیم و معناداری بین خودکارآمدی و ابعاد جسمی ($P=0.000$ و $r=0.485$)، روانی ($P=0.000$ و $r=0.655$)، اجتماعی ($P=0.000$ و $r=0.694$) و معنوی کیفیت زندگی ($P=0.000$ و $r=0.393$) و همین‌طور کیفیت زندگی کل ($P=0.000$ و $r=0.687$) مشاهده شد. بعلاوه بیشترین ارتباط کیفیت زندگی، با زیر مقیاس اجتماعی خودکارآمدی بود ($P=0.000$ و $r=0.695$).

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به وجود ارتباط معنادار بین خودکارآمدی و ابعاد مختلف کیفیت زندگی استومیت‌ها در این مطالعه؛ شایسته است پرستاران با طراحی و اجرای مداخلات مناسب، زمینه را برای تقویت خودکارآمدی این بیماران، بویژه در بعد اجتماعی که بیشترین همبستگی را با کیفیت زندگی آن‌ها دارد؛ فراهم کرده و از این طریق به ارتقای کیفیت زندگی این افراد کمک نمایند.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، کیفیت زندگی، استومی، استومیت

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۲۰

^۱ دانشیار مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و عضو گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران (*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۳۲۸۵۰۳۶۱

Email: Ladan.Naseh@gmail.com

^۳ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

علی رغم پیشرفت هایی که در زمینه درمان های طبی و جراحی صورت گرفته است؛ جراحی استومی هنوز یکی از درمان های اصلی برای بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان های کولورکتال محسوب می شود^(۱). سرطان کولورکتال رایج ترین سرطان دستگاه گوارش در ایالات متحده و اروپا و به ترتیب سومین و چهارمین سرطان شایع در میان مردان و زنان ایرانی است^(۲). پس از سرطان های کولورکتال (۳۶٪)؛ بیماری های التهابی روده (۱۵٪) و دیورتیکولیت ها (۱۱٪) شایع ترین وضعیت هایی هستند که منجر به ایجاد استوما می شوند^(۳،۴). در حالی که آمار مربوط به بروز جهانی بیماری های کولورکتال به راحتی در دسترس است؛ هنوز آمار بین المللی استومی به صورت دقیق مشخص نشده است^(۵). گفته می شود بیش از یک میلیون نفر از مردم ایالات متحده آمریکا^(۶) و ۱۰۲ هزار نفر از جمعیت انگلستان، استومی روده ای دارند^(۷). در کشور ایران نیز آمار دقیقی از تعداد بیماران استومی وجود ندارد اما بر اساس گزارش انجمن استومی ایران، در حدود ۳۰ هزار بیمار استومی در کشورمان زندگی می کنند^(۸).

طی این عمل جراحی که در همه ی سنین از نوزادی تا کهن سالی انجام می گیرد^(۴)؛ دهانه ای (که Stoma نامیده می شود) در دیواره شکم ایجاد شده و قسمتی از روده به سطح شکم باز می شود تا امکان دفع روده ای از طریق این دهانه فراهم شود^(۹). اگر چه جراحی استومی علائم بیماری گوارشی را از بین برده یا از پیشرفت بیماری جلوگیری به عمل می آورد؛ اما خود باعث ایجاد یک تغییر قابل مشاهده در بدن شده، بسیاری از عملکرد های خصوصی و خود مراقبتی روزانه را به میزان قابل توجهی تحت تاثیر قرار داده و در نهایت فرد را با یک فعالیت طاقت فرسا در ادامه زندگی به جای می گذارد^(۶). در واقع تجربه داشتن نوعی بیماری گوارشی که منجر به جراحی استومی شود؛ تغییری اساسی در زندگی فرد به وجود می آورد. زیرا بیمار در موقعیتی قرار می گیرد که

باید با انبوهی از مشکلات جسمی، عاطفی و اجتماعی مرتبط با استومی مقابله کند^(۳). Nugnet و همکاران در پژوهش خود بر روی بیماران استومی به این نتیجه رسیدند که ۸۰٪ افراد تغییراتی را در شیوه زندگی شان تجربه می کنند و بیش از ۴۰٪ آن ها گرفتار مشکلات جنسی می شوند^(۱۰).

به طور کلی وجود استومی از یک سو به دلیل ایجاد تغییری آشکار در ظاهر بدن؛ بیماران را با مشکلات عدیده روحی، عاطفی و اجتماعی مواجه کرده و از سوی دیگر به واسطه ی محدودیت هایی که ایجاد می کند و عوارضی که ممکن است داشته باشد؛ سبب بروز اختلال در فعالیت های روزانه، عملکرد جنسی، فعالیت های اجتماعی، مشکلات مالی، افسردگی و اضطراب شده^(۱۱) و در نتیجه سبب می شود استومیت ها مشکلات متعددی را در ابعاد مختلف کیفیت زندگی تجربه کنند. در بعد فیزیکی؛ عملکرد های اجابت مزاج، ادراری و جنسی بیماران عمدتاً مختل می شود. در بعد روانی؛ افسردگی، تنهایی، افکار خودکشی، احساس خفت و خواری و اعتماد به نفس پایین در این بیماران شایع اند و در بعد اجتماعی؛ این افراد به میزان کمتری در فعالیت های اجتماعی و تفریحی شرکت می نمایند^(۱).

کیفیت زندگی تحت تاثیر عوامل مختلفی نظیر فرهنگ، محیط فیزیکی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، بیماری، حوادث، درمان ها و ... قرار می گیرد^(۱۲). یکی از این عوامل که در تحقیقات پرستاری در مورد آن بحث شده است؛ خودکارآمدی (Self-efficacy) است^(۱۳). خودکارآمدی یکی از سازه های اصلی نظریه شناختی - اجتماعی (Social-cognitive theory) است^(۱۴) و به معنای اطمینان خاطر فرد از توانایی های خود در انجام رفتار های خاص می باشد^(۱۵).

شواهد موجود نشان می دهد که خودکارآمدی با کیفیت زندگی سایر بیماران^(۱۶-۱۹)، همچنین کیفیت زندگی بیماران دارای استومی^(۱) مرتبط است. استومیت ها باید با تغییرات اساسی ایجاد شده در عملکردهای روده ای،

مداخلات پرستاری، خودکارآمدی بیماران را برای اداره استومی افزایش می دهد^(۴). با اینحال طی جستجو هایی که در منابع اطلاعاتی موجود در کشور (کتابخانه ای و اینترنتی) صورت گرفت؛ مشخص گردید که کیفیت زندگی این بیماران به طور اعم و ارتباط آن با عواملی نظیر خودکارآمدی به طور اخص تا به حال در ایران بررسی نشده است. بنابر این با وجود این که در سایر کشورها کیفیت زندگی این بیماران^(۲۹-۳۳) و همچنین ارتباط آن با خودکارآمدی^(۱) مورد پژوهش قرار گرفته بود اما از آنجایی که کیفیت زندگی مفهومی سیال و وابسته به متن، فرهنگ و شرایط زندگی انسان هاست و لذا در جمعیت ها، زمان ها و مکان های مختلف متفاوت است؛ لزوم انجام چنین پژوهشی در کشور احساس شد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف "تعیین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران دارای استومی و تعیین ارتباط بین این دو متغیر" انجام گرفت. امید است یافته های این مطالعه بتواند زمینه ساز طراحی و اجرای مداخلات پرستاری مناسب در جهت تقویت خودکارآمدی بیماران دارای استومی و ارتقای کیفیت زندگی آن ها باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران دارای استومی روده ای (کلستومی و ایلئوستومی) مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران و انجمن استومی ایران بود. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: داشتن یک نوع استومی دائمی یا موقتی، دارا بودن حداقل ۱۸ سال سن، برخورداری از سلامت روان، گفتاری، بینایی و شنوایی؛ گذشت حداقل یک ماه از زمان جراحی و تمایل به شرکت در مطالعه. با توجه به کوچک بودن جامعه پژوهش، پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران و کسب اجازه از مسئولین مراکز پژوهش؛

عادات غذایی و تصویر بدنی مقابله کنند^(۲۰). حال آن که خودکارآمدی به عنوان یک منبع مقابله ای شخصی (Personal Coping Resource) می تواند فرآیند تطابق با این تغییرات را تسهیل نماید^(۲۱،۲۲). مطالعات نشان می دهند که همچنین بین خودکارآمدی مراقبت از استوما و سازگاری با آن ارتباط محکمی وجود دارد^(۲۳). از طرفی اختلالات روانشناختی که بخش اعظم مشکلات بعد از عمل را در این بیماران تشکیل می دهند؛ اغلب در کسانی که در مراقبت از استوما مشارکت می کنند دیده نمی شود^(۲۴).

خودکارآمدی یا کارایی شخصی به عنوان یک عامل موثر بر ارتقای کیفیت زندگی؛ 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 می کنند به آن دست یابند اثر می گذارد^(۲۵). افرادی که به توانایی های خود اطمینان دارند فعالانه در برنامه های بهداشتی ارتقا دهنده سطح سلامتی شرکت می کنند^(۲۶).

در این میان آنچه مسلم است نقش پرستاران و به ویژه پرستاران درمانگر استوما (Enterstomal Therapist) Nurse (ETN) در ارتقای کیفیت زندگی استومیت هاست^(۲۷،۴). Marquis و همکاران در یک مطالعه گسترده در سطح اروپا، کیفیت زندگی ۷,۳۹۴ بیمار استومی را ارزیابی کردند و به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیمارانی که از مراقبت های پرستاری شان راضی تر بودند، با پرستارانشان ارتباط خوبی داشتند و از دریافت مراقبت های پرستاری مناسب مطمئن بودند؛ به طور معناداری بیشتر از سایرین بود^(۲۸). پرستاران همچنین نقش بسزایی را در تقویت خودکارآمدی این دسته از بیماران دارند. همان طور که McVey و همکاران، Reynaud و Meeker همچنین Wu و همکاران در پژوهش های خود مشاهده کردند که

در برخی از سوالات امتیاز بیشتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر و در برخی دیگر از سوالات امتیاز کمتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در این مطالعه ابتدا با اعمال تغییرات معکوس برای سوالات با سویه منفی (سوالات ۱-۱۲، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۲-۳۰، ۳۲-۳۴ و ۳۷)؛ میانگین نمره کیفیت زندگی در هر یک از ابعاد آن و همچنین به طور کلی تعیین گردید و برای کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن حداقل نمره، صفر (ضعیف ترین) و حداکثر نمره، ۱۰ (بهترین) در نظر گرفته شد. سپس با توجه به میانگین نمره کسب شده توسط نمونه ها در مورد بدتر یا بهتر بودن کیفیت زندگی آن ها قضاوت شد. روایی ابزار کیفیت زندگی 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 ۰.۹۵ و مقدار ضریب همبستگی برای ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی کیفیت زندگی به ترتیب ۰.۸۲، ۰.۸۸، ۰.۸۳ و ۰.۷۸ بدست آمد.

مقیاس خودکارآمدی استوما نیز دارای ۲۸ سوال در دو زیر مقیاس خودکارآمدی مراقبت از استومی و خودکارآمدی اجتماعی است (هر بخش ۱۴ سوال). بخش اول میزان خودکارآمدی مورد انتظار فرد را در مراقبت از استومی می سنجد و بخش دوم کارآیی مورد انتظار فرد را در عملکرد های اجتماعی مرتبط با استوما بررسی می کند. در این ابزار پاسخ های بیماران بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت از اصلا مطمئن نیستم تا کاملا مطمئنم (نمره ۱ تا ۵) ارزشگذاری شده و در هر یک از زیرمقیاس ها محدوده نمره بدست آمده از حداقل ۱۴ (پایین ترین خودکارآمدی) تا حداکثر ۷۰ (بالترین خودکارآمدی) متغیر است. امتیاز بیشتر نشان دهنده ی خودکارآمدی بالاتر است. روایی ابزار خودکارآمدی نیز بر اساس اعتبار صوری و محتوی و پایایی آن با استفاده از آزمون مجدد و همبستگی درونی تایید گردید که مقدار آلفای کرونباخ ۰.۸۷۷ و ضریب همبستگی برای زیر مقیاس های مراقبتی و اجتماعی آن به ترتیب برابر با ۰.۹۰ و ۰.۸۶ بدست آمد.

نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد و بنابراین تمامی بیمارانی که به محیط های پژوهش مراجعه کرده و دارای شرایط ورود به مطالعه بودند؛ پس از توضیح اهداف مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه انتخاب شدند (مجموعاً ۸۴ نفر). سپس پژوهشگر طی انجام مصاحبه ای شخصا اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نمود. محیط پژوهش، درمانگاه کولورکتال بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)، درمانگاه استومی بیمارستان امام خمینی (ره) و انجمن استومی ایران در نظر گرفته شد. در این مطالعه جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران استومی - City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire (COH-QOL) و مقیاس خودکارآمدی استوما Stoma Self-efficacy Scale (Stoma SE Scale) استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی دارای ۹۰ سوال در سه بخش جداگانه است. بخش اول، مقدمه که شامل ۱۳ سوال در رابطه با مشخصات دموگرافیک و بیماری است. برخی از سوالات این بخش با توجه به اهداف جامعه و معیار های ورود به مطالعه تغییر داده شد. بخش دوم اثر استومی بر زندگی (Life style impact) که دارای ۳۴ سوال با پاسخ های یک کلمه ای در زمینه شغل، وضعیت بیمه درمانی، فعالیت جنسی، نگرانی های روحی روانی، لباس پوشیدن، رژیم غذایی، مراقبت روزانه از استومی و مصرف گروه های غذایی است. پاسخ سوالات این بخش فاقد امتیاز بندی می باشد و به همین دلیل از این سوالات تنها به منظور توصیف نمونه ها استفاده شد. بخش سوم پرسشنامه، اثر استومی بر کیفیت زندگی (Quality of Life Impact) که دارای ۴۳ سوال در زمینه ابعاد سلامت جسمی (سوالات ۱-۱۱)، روانی (سوالات ۱۲-۲۴)، اجتماعی (سوالات ۲۵-۳۶) و معنوی (سوالات ۳۷-۴۳) کیفیت زندگی است. سوالات این قسمت بر اساس مقیاس ارزشگذاری لیکرت از ۱۰-۰ امتیازدهی شده و در محاسبه میانگین نمره کیفیت زندگی به کار می روند.

نمونه گیری این مطالعه در حدود سه ماه و نیم به طول انجامید. پس از اتمام نمونه گیری، 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.

یافته ها

مشخصات فردی واحد های مورد پژوهش در جدول شماره ۱ خلاصه شده است. ۸۴ نفر در این مطالعه شرکت کردند که اکثریت مرد (۵۸.۳٪)، در محدوده سنی ۴۰-۵۹ سال (۵۷.۲٪)، متاهل (۷۲.۶٪) و دارای وضعیت اقتصادی متوسط و خوب (۸۱٪) بودند. بر اساس نتایج جدول شماره ۲، نیمی از بیماران ۷۵-۵۰٪ نمره خودکارآمدی کل (نمره ۱۱۲-۸۴) را کسب کردند. از مابقی بیماران؛ حدود یک چهارم آن ها کمتر از ۵۰٪ نمره و یک چهارم دیگر بیشتر از ۷۵٪ نمره را بدست آوردند. یافته ها نشان داد که اکثریت شرکت کنندگان برای کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن نمره ۷ و بالاتر (از ۱۰ نمره) گرفتند و دامنه نمرات کسب شده برای ابعاد مختلف کیفیت زندگی از ۷±۱.۵ در بعد جسمی تا ۶±۲ در بعد اجتماعی متغیر بود (جدول شماره ۳).

نتایج مطالعه نشان داد که بین وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی، وضعیت استومی و مدت داشتن استومی با خودکارآمدی ارتباط معنادار وجود دارد ($P < 0.05$). به

طوری که افراد غیر متاهل، بیماران دارای وضعیت اقتصادی بهتر، افراد دارای استومی دائمی و کسانی که مدت زمان بیشتری بود استومی داشتند؛ از خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند. در حالی که بین سن، جنس، نوع و دلیل استومی با خودکارآمدی ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ($P > 0.05$). همچنین نتایج نشان داد که بین سن، وضعیت اقتصادی، وضعیت استومی و مدت داشتن استومی با کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود دارد ($P < 0.05$). به طوری که افراد مسن تر، بیماران دارای وضعیت اقتصادی بهتر، افراد دارای استومی دائمی و کسانی که مدت بیشتری بود استومی داشتند؛ از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند. در حالی که بین جنس، وضعیت تاهل، نوع و دلیل استومی با کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ($P > 0.05$)، (جدول شماره ۴). یافته های مربوط به هدف اصلی پژوهش "تعیین ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران دارای استومی" در جدول شماره ۵ خلاصه شده است. چنان که از نتایج این جدول مشخص است؛ بین خودکارآمدی کل و هر دو زیر مقیاس آن با کیفیت زندگی کل و ابعاد مختلف آن همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد (در تمامی موارد $P < 0.001$). یعنی با افزایش خودکارآمدی، کیفیت زندگی افزایش می یابد و برعکس.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی بیماران دارای استومی مورد مطالعه، سال ۱۳۸۹

| متغیر | تعداد(درصد) | متغیر | تعداد(درصد) | متغیر | تعداد(درصد) |
|---------|-------------|------------------------|-------------|--------------|-------------|
| جنس | وضعیت تاهل | وضعیت استومی | تعداد(درصد) | دلیل استومی | تعداد(درصد) |
| مرد | متاهل | دائمی | ۶۱ (۷۲.۶٪) | سرطان* | ۵۸ (۶۹.۱٪) |
| زن | غیر متاهل | موقتی | ۲۳ (۲۷.۴٪) | دلایل دیگر** | ۲۶ (۳۰.۹٪) |
| سن(سال) | بد | مدت داشتن استومی (ماه) | ۵۷ (۶۷.۸٪) | ۱-۱۲ | ۴۱ (۴۸.۸٪) |
| < ۴۰ | متوسط و خوب | | ۱۶ (۱۹٪) | | |
| ۴۰- ۶۰ | نوع استومی | | ۷۸ (۸۱٪) | | |
| ۶۰ < | کلتومی | | ۱۸ (۲۱.۴٪) | | |
| | | | ۴۸ (۵۷.۲٪) | | |
| | | | ۱۸ (۲۱.۴٪) | | |

ادامه جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی بیماران دارای استومی مورد مطالعه، سال ۱۳۸۹

| متغیر | تعداد(درصد) | متغیر | تعداد(درصد) |
|-------|-------------|--------|-------------|
| M±Sd | ۵۰.۱±۱۴.۱ | ۱۳-۶۰ | ۲۰ (۲۳.۸٪) |
| | | ۶۱-۳۶۰ | ۲۳ (۲۷.۴٪) |
| | | M±Sd | ۴۸.۱ ± ۷۰.۴ |

* شامل سرطان های کولورکتال (56/58) و سرطان های ثانویه (2/58) ** شامل بیماریهای التهابی روده (14/26)، تروما (6/26) و سایر دلایل (6/26)

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نمره خودکارآمدی مراقبتی، اجتماعی و به طور کلی در واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۹

| نمره خودکارآمدی * | خودکارآمدی مراقبت از استومی | خودکارآمدی اجتماعی | نمره خودکارآمدی | خودکارآمدی کل |
|-------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------|---------------|
| کمتر از ۴۲ | ۱۲ (۱۴.۳٪) | ۴۱ (۴۸.۸٪) | کمتر از ۸۴ | ۲۰ (۲۳.۸٪) |
| ۴۲-۵۶ | ۲۲ (۲۶.۲٪) | ۳۱ (۳۶.۹٪) | ۸۴-۱۱۲ | ۴۲ (۵۰.۰٪) |
| بیشتر از ۵۶ | ۵۰ (۵۹.۵٪) | ۱۲ (۱۴.۳٪) | بیشتر از ۱۱۲ | ۲۲ (۲۶.۲٪) |
| M±Sd | ۵۵.۸ ± ۱۱.۶ | ۴۲.۱ ± ۱۳.۲ | میانگین ± انحراف معیار | ۹۸ ± ۲۲.۶ |

* دامنه نمره خودکارآمدی کل ۱۴۰-۲۸ و در هر یک از زیر مقیاس های آن ۷۰-۱۴ می باشد.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف و به طور کلی در واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۹

| نمره کیفیت زندگی * | بعد جسمی | بعد روانی | بعد اجتماعی | بعد معنوی | کیفیت زندگی کل |
|--------------------|------------|------------|-------------|------------|----------------|
| ۰-۳.۹۹ | ۲ (۲.۴٪) | ۱۰ (۱۱.۹٪) | ۱۸ (۲۱.۴٪) | ۸ (۹.۵٪) | ۶ (۷.۱٪) |
| ۴-۶.۹۹ | ۳۱ (۳۶.۹٪) | ۳۴ (۴۰.۵٪) | ۳۱ (۳۶.۹٪) | ۳۶ (۴۲.۹٪) | ۳۷ (۴۴.۱٪) |
| ۷ و بالاتر | ۵۱ (۶۰.۷٪) | ۴۰ (۴۷.۶٪) | ۳۵ (۴۱.۷٪) | ۴۰ (۴۷.۶٪) | ۴۱ (۴۸.۸٪) |
| M±Sd | ۷ ± ۱.۵ | ۶.۵ ± ۲.۱ | ۶ ± ۲ | ۶.۶ ± ۲ | ۶.۶ ± ۱.۶ |

* دامنه نمره کیفیت زندگی در هر یک از ابعاد و به طور کلی ۱۰-۰ می باشد.

جدول شماره ۴: ارتباط خودکارآمدی و کیفیت زندگی با برخی از متغیرهای دموگرافیک و بیماری در واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۹

| متغیرهای دموگرافیک | خودکارآمدی | کیفیت زندگی | متغیرهای | خودکارآمدی | کیفیت زندگی |
|--------------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| نتیجه آزمون آماری | نتیجه آزمون آماری | نتیجه آزمون آماری | بیماری | نتیجه آزمون آماری | نتیجه آزمون آماری |
| جنس | T=-۱.۸۷۸* | T=-۰.۰۸۴* | نوع استومی | T=۰.۸۷۳* | T=۰.۰۵۷* |
| سن | F=۰.۴۳۹* | F=۰.۱۳۲*** | وضعیت استومی | T=-۴.۷۵۸*** | T=-۲.۴۸۹** |
| وضعیت تاهل | T=-۲.۳۴۲** | T=-۰.۶۳۰* | دلیل استومی | T=-۱.۲۷۲* | T=-۰.۰۴۰* |
| وضعیت اقتصادی | T=-۲.۰۷** | T=-۳.۰۱۸*** | مدت داشتن استومی | F=۱۳.۴۰۳*** | F=۳.۵۵۱** |

* P>۰.۰۵ و ** P<۰.۰۵ و *** P<۰.۰۱

جدول شماره ۵: ارتباط خودکارآمدی و زیرمقیاس های آن با کیفیت زندگی و ابعاد آن در واحدهای مورد پژوهش، سال ۱۳۸۹

| کیفیت زندگی کل | بعد معنوی | بعد اجتماعی | بعد روانی | بعد جسمی | کیفیت زندگی خودکارآمدی |
|----------------|-----------|-------------|-----------|-----------|----------------------------|
| $r=0.555$ | $r=0.295$ | $r=0.542$ | $r=0.550$ | $r=0.403$ | زیر مقیاس مراقبت از استومی |
| $p=0.00$ | $p=0.00$ | $p=0.000$ | $p=0.00$ | $p=0.000$ | |
| $r=0.695$ | $r=0.420$ | $r=0.720$ | $r=0.643$ | $r=0.483$ | زیر مقیاس اجتماعی |
| $p=0.000$ | $p=0.000$ | $p=0.000$ | $p=0.00$ | $p=0.000$ | |
| $r=0.687$ | $r=0.393$ | $r=0.694$ | $r=0.655$ | $r=0.485$ | خودکارآمدی کل |
| $p=0.000$ | $p=0.000$ | $p=0.000$ | $p=0.00$ | $p=0.00$ | |

f: ضریب همبستگی پیرسون

مبتلا^(۳۲) همخوانی دارد. بالا بودن کیفیت زندگی اکثر بیماران مورد مطالعه را می توان به داشتن وضعیت اقتصادی متوسط و خوب و همچنین دایمی بودن استومی در اکثریت آن ها نسبت داد.

یافته ها نشان داد که افراد متاهل نسبت به افراد غیر متاهل از خودکارآمدی پایین تری برخوردار بودند. در حالی که در مطالعه Wu و همکاران ارتباط معناداری بین خودکارآمدی و وضعیت تاهل استومیت ها دیده نشد^(۱). احتمال دارد دلیل پایین تر بودن خودکارآمدی افراد متاهل در مطالعه حاضر این باشد که آن ها پس از جراحی استومی نتوانسته اند نقش های همسری و والدی خود را همزمان با استومی به خوبی ایفا کنند و همین ناتوانی در ایفای نقش؛ منجر به کاهش احساس خودکارآمدی آن ها شده است.

یافته ها نشان داد که با بهتر شدن وضعیت اقتصادی، خودکارآمدی افزایش یافته است که این یافته با نتایج مطالعه Wu و همکاران در بیماران دارای استومی^(۱) همسو می باشد. با توجه به این که تنش و استرس باعث کاهش احساس خودکارآمدی در افراد می شود^(۳۴)؛ به نظر می رسد با بهتر بودن وضعیت اقتصادی، فرد دسترسی بیشتری به منابع حمایتی، خدمات پزشکی و مشاوره ای داشته و راحت تر قادر به پرداخت هزینه های استومی می باشد. در نتیجه تنش کمتری را تحمل کرده و احساس خودکارآمدی بیشتری می نماید.

در مطالعه حاضر بین خودکارآمدی و مدت داشتن استومی ارتباط وجود داشت و با سپری شدن مدت

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که تنها حدود یک چهارم بیماران، کمتر از ۵۰٪ نمره خودکارآمدی کل (نمره ۸۴) را کسب کردند. در صورتی که اکثریت افراد (۷۶.۲٪) حداقل نیمی از نمره خودکارآمدی کل را بدست آوردند. یعنی اکثریت از خودکارآمدی کلی نسبتا بالایی برخوردار بودند. این یافته با نتایج مطالعه Wu و همکاران بر روی بیماران دارای استومی همسو می باشد^(۱). بالا بودن خودکارآمدی بیشتر بیماران مورد مطالعه را می توان به دایمی بودن استومی در اکثر واحدهای مورد پژوهش نسبت داد. چون در پژوهش حاضر ارتباط معناداری بین دایمی بودن استومی و خودکارآمدی بیماران مشاهده شد. همچنین در مطالعه حاضر میانگین نمره خودکارآمدی اجتماعی بود. استومی بیشتر از میانگین نمره خودکارآمدی اجتماعی بود. این یافته نیز با نتایج مطالعه Wu و همکاران در استومیت های چینی^(۱) مطابقت دارد. بهر حال، کمتر بودن خودکارآمدی اجتماعی بیماران دارای استومی؛ نشان دهنده وجود چالش های بیشتر در حیطه اجتماعی زندگی این گروه است که خود نیاز به بررسی و تامل بیشتر و انجام مداخله از سوی مراقبین بهداشتی را می رساند.

در این مطالعه اکثریت شرکت کنندگان، برای کیفیت زندگی کل و هر یک از ابعاد آن، نمره ۷ و بالاتر گرفتند. این یافته با نتایج مطالعه Krouse و همکاران بر روی دو گروه از بیماران دارای کلهستومی (مبتلا به سرطان و غیر

زندگی و نگرانی بیمار در مورد مراقبت های درمانی شود (۳۹).

یافته های مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دارای استومی دائمی بهتر از بیماران دارای استومی موقتی است. این یافته با مطالعه Wilson و Alexander در بیماران دارای استومی مطابقت دارد (۳۷). بر اساس سایر نتایج مطالعه به نظر می رسد دلیل بهتر بودن کیفیت زندگی در بیماران دارای استومی دائمی، طولانی تر بودن مدت داشتن استومی در آن ها در مقایسه با بیماران دارای استومی موقتی باشد.

در این مطالعه بین مدت داشتن استومی و کیفیت زندگی ارتباط معنادار وجود داشت و با گذشت زمان کیفیت زندگی استومیت ها افزایش می یافت. این یافته با نتایج سایر مطالعات در بیماران دارای استومی همگون است (۳۷،۳۸،۳۹). از آنجایی که در این مطالعه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی همبستگی مستقیم و معناداری مشاهده شد و از سوی دیگر، ارتباط بین خودکارآمدی و مدت داشتن استومی نیز از نظر آماری معنادار بود و خودکارآمدی افراد به مرور زمان افزایش می یافت؛ بنابر این احتمالاً افزایش کیفیت زندگی استومیت ها در طول زمان، با افزایش تدریجی خودکارآمدی آن ها در زمینه زندگی با استومی در ارتباط است.

یافته های مطالعه نشان داد که با افزایش خودکارآمدی بیماران، کیفیت زندگی آن ها بهبود می یابد. این یافته با نتایج سایر مطالعات (۱۶-۱۹) مشابه است. Wu و همکاران گزارش کردند که خودکارآمدی یکی از عوامل موثر بر کیفیت زندگی استومیت ها است و هرچه احساس خودکارآمدی این بیماران بالاتر باشد؛ کیفیت زندگی آن ها بهتر است (۱). Smith بیان می کند که خودکارآمدی بالا، کیفیت زندگی فرد را ارتقا داده و باعث افزایش امید و انگیزه در فرد می شود (۱۷). افرادی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار هستند و به توانایی های خود اطمینان زیادی دارند؛ فعالانه در برنامه های بهداشتی ارتقا دهنده سطح سلامتی شرکت می کنند (۱۵) و بدیهی است که

بیشتری از زمان جراحی استومی، خودکارآمدی بیماران افزایش یافت. این یافته با مطالعه Smith که نتیجه گرفته بود خودکارآمدی بیماران مبتلا به سکتة مغزی با گذشت زمان افزایش می یابد (۱۷)؛ همسو می باشد. از آنجایی که کسب مهارت های لازم برای زندگی با استومی در طول زمان شکل می گیرند (۳۳) و با تمرین و تکرار مهارت ها تسلط فرد بیشتر شده و احساس کارایی بیشتری می کند (۳۴)؛ ارتباط مشاهده شده در مطالعه حاضر قابل توجه است.

نتایج مطالعه حاکی از این بود که بین خودکارآمدی و وضعیت استومی ارتباط معنادار وجود دارد و بیماران دارای استومی دائمی از خودکارآمدی بیشتری برخوردار بودند. بالاتر بودن خودکارآمدی بیماران دارای استومی دائمی را می توان به طولانی تر بودن مدت داشتن استومی در آن ها نسبت داد. چون اکثریت این بیماران (۶۴.۵٪) بیشتر از یک سال بود که استومی داشتند ولی اکثریت بیماران دارای استومی موقتی (۸۶.۴٪)، فقط ۱۲-۱ ماه بود که جراحی شده بودند.

وجود ارتباط بین کیفیت زندگی با سن و بهتر بودن کیفیت زندگی در بیماران مسن تر در این مطالعه، با یافته سایر پژوهشگران در بیماران دارای استومی (۳۵-۳۷) همخوانی دارد. به نظر Tseng و همکاران، بیماران جوان تر نگرانی های بیشتری درباره اثرات استومی بر میزان فعالیت و عملکرد اجتماعی شان بعد از جراحی دارند (۳۸). Mitchell و همکاران نیز معتقدند که بیماران جوان تر در مقایسه با بیماران مسن تر، به دلیل داشتن استومی بیشتر خجالت می کشند (۳۵). این عوامل می تواند باعث کاهش کیفیت زندگی در استومیت های جوان تر گردد.

در این مطالعه افراد دارای وضعیت اقتصادی بهتر، از کیفیت زندگی بهتری نیز برخوردار بودند. این یافته با نتایج مطالعه Coons و همکاران در بیماران دارای استومی (۳۱) همسو می باشد. به نظر Persson و Larsson مسایل مالی تاثیر منفی بر زندگی بیماران استومی بر جا گذاشته و می تواند سبب عدم رضایت از

بینند که باید بر آن‌ها تسلط یابند نه به عنوان تهدیداتی که از آن‌ها دوری نمایند^(۴۲). در صورتی که افراد دارای باورهای خودکارآمدی ضعیف؛ به جای رویارویی با موانع، از آن‌ها اجتناب می‌کنند و برعکس به صورت غیر واقع بینانه معیارهای بالایی را برای خود برمی‌گزینند و سعی دارند علی‌رغم توانایی‌های خود، انتظارات فوق‌العاده بزرگی را برآورده سازند. در نتیجه با شکست‌های پیاپی مواجه می‌شوند که این شکست‌ها خود در نهایت به احساس بی‌ارزشی و افسردگی در آن‌ها منجر می‌شود^(۴۰).

یافته‌های مطالعه نشان داد که خودکارآمدی بیشترین همبستگی مستقیم را با بعد اجتماعی کیفیت زندگی بیماران استومی دارد. در مطالعه Wu و همکاران نیز بین مقیاس عملکردهای اجتماعی ابزار SF-۳۶ و خودکارآمدی استومیت‌ها همبستگی مستقیم و معنادار وجود داشت^(۱). همچنین این یافته با نتایج مطالعه Kohno و همکاران در مبتلایان به سرطان‌های گوارش^(۱۶) همسو می‌باشد. بطور کلی عقاید افراد در مورد کارآمدی‌شان، نقش مهمی را در چگونگی سازماندهی، ایجاد و اداره وقایع اثر گذار بر جریان زندگی آن‌ها (از جمله وقایع اجتماعی) ایفا می‌کند. بنابر این یک حس قوی از خودکارآمدی با کسب موفقیت‌های بزرگ اجتماعی در ارتباط بوده و از آن به عنوان یک مفهوم کلیدی در روانشناسی اجتماعی یاد می‌شود^(۴۳).

برخی نظریه پردازان معتقدند کارآیی شخصی که به توانایی کنترل بر رویداد‌های زندگی اشاره دارد؛ می‌تواند بر بسیاری از عملکردهای اجتماعی همانند انتخاب شغلی، عملکرد تحصیلی و شغلی افراد تاثیرگذار باشد^(۴۰). افراد می‌توانند برای رسیدن به سلامت اجتماعی بالاتر، مهارت‌هایی را به منظور برقراری ارتباطات موثر و حل تضادهایشان کسب نمایند^(۴۴). بر این اساس بدیهی است؛ کسانی که به توانایی‌های خود اعتقاد و اطمینان بیشتری داشته و از خودکارآمدی بالاتری برخوردار باشند؛ خود را در فراگیری و به کار بستن مهارت‌ها کارآمدتر

شمرکت در برنامه‌های بهداشتی، خود سبب بالا رفتن سطح کیفیت زندگی افراد می‌شود و به طور کلی خودکارآمدی، درک از عملکرد و رفتارهای سازگارانه و انتخاب محیط و شرایطی که افراد تلاش می‌کنند به آن دست یابند را تحت تاثیر قرار می‌دهد^(۴۵) و بر آرزوهای افراد، میزان تلاش و کوششان برای رسیدن به اهداف و آرزوها، مدت استقامت در برابر موانع و شکست‌ها، الگوهای فکری، مقدار استرس تجربه شده و حساسیت نسبت به افسردگی اثر می‌گذارد.

یافته‌ها نشان داد که با افزایش خودکارآمدی، کیفیت زندگی در بعد جسمی نیز بهبود می‌یابد. این یافته با مطالعه Wu و همکاران در بیماران دارای استومی^(۱) و Kohno و همکاران در مبتلایان به سرطان‌های گوارش^(۱۶) همسو می‌باشد. به طور کلی کارآیی شخصی بر سلامت جسمانی افراد تاثیر دارد. در برخی از مطالعات مشاهده شده که افرادی که معتقد بودند می‌توانند درد خود را تسکین دهند؛ قادر به انجام آن نیز بودند. بر این اساس محققان ادعا کرده‌اند که شیوه‌های کنارآمدنی که کارآیی شخصی را افزایش می‌دهند؛ می‌توانند تولید آندورفین‌های بدن (مسکن‌های طبیعی) را به مقدار زیادی افزایش دهند. همچنین کارآیی شخصی به بهبود بیماری جسمانی کمک کرده و بسیاری از رفتارهای بهبود دهنده‌ی سلامتی (مثل ورزش، کنترل وزن و ...) را در فرد تسهیل می‌نماید^(۴۰).

نتایج مطالعه حاکی از این است که افزایش خودکارآمدی منجر به بهبود کیفیت زندگی در بعد روانی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعه Wu و همکاران در استومیت‌ها^(۱) و نتایج سایر مطالعات^(۱۹،۱۸) مطابقت دارد. احساس خودکارآمدی پایین با علایم اضطراب و ناراحتی، افسردگی، علایم روان‌تنی و بهزیستی منفی مشخص می‌شود^(۴۱). همچنین باورهای خودکارآمدی بر میزان تنیدگی و اضطرابی که افراد در برخورد با موانع تجربه می‌نمایند، تاثیرگذار هستند. به این صورت که افراد دارای باورهای قوی خودکارآمدی، تکالیف را چالش‌هایی می‌

می یابند و در نتیجه با برقراری تعاملات اجتماعی موفق و حل تضادهای فردی؛ کیفیت زندگی اجتماعی خود را ارتقا می بخشند.

در نهایت بررسی ارتباط خودکارآمدی و بعد معنوی کیفیت زندگی گویای این بود که در این بعد نیز بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی همبستگی مستقیم وجود دارد و با افزایش خودکارآمدی کیفیت زندگی بهبود می یابد. گرچه بر اساس نتایج آزمون پیرسون؛ میزان این همبستگی از سایر ابعاد کمتر است. به نظر می رسد افرادی که پس از جراحی استومی، ارزیابی مثبت تری از توانایی ها و قابلیت های خود داشته و در نتیجه راحت تر توانسته اند با تغییرات ایجاد شده در شیوه ی زندگی خود تطابق یابند؛ احتمالاً کسانی هستند که همچنین اطمینان بیشتری به خودشان برای انجام فعالیت های معنوی شخصی و به خصوص شرکت در فعالیت های مذهبی دسته جمعی دارند و در نتیجه از سلامت معنوی بهتری نیز برخوردار خواهند شد. در صورتی که افراد با باورهای ضعیف خودکارآمدی؛ در تمام فعالیت ها از جمله فعالیت های معنوی و مذهبی، از اطمینان به خود کمتری برخوردار هستند و معتقدند که قادر نیستند از عهده ی نیاز های معنوی خود برآیند. این اعتقاد منجر به کناره گیری آن ها از انجام فعالیت های معنوی می شود و در نتیجه کیفیت زندگی معنوی آن ها کاهش می یابد.

علاوه بر این نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران استومی، بیشترین همبستگی را با خودکارآمدی اجتماعی آن ها دارد (جدول شماره ۵). خودکارآمدی اجتماعی مرتبط با استومی؛ به کارایی شخصی مورد انتظار هر فرد درباره ی عملکرد های اجتماعی مربوط به استومی او اشاره دارد^(۲۲). بطور کلی خودکارآمدی اجتماعی درک شده (-Perceived social self- efficacy (PSSE) به معنای توانایی های درک شده ی هر فرد برای مشارکت شایسته ی او در تعاملات اجتماعی است و نشان دهنده قابلیت های درک شده افراد در مدیریت انواع مختلف روابط بین فردی بوده و ارتباط

مستقیمی با اعتماد به نفس، رضایت از زندگی و خوش بینی افراد دارد^(۴۵). بر این اساس بیمارانی که از خودکارآمدی اجتماعی قوی تری برخوردار باشند، از زندگی خود رضایت بیشتری کسب کرده و در نتیجه نمرات کیفیت زندگی بهتری بدست خواهند آورد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، بعد اجتماعی کیفیت زندگی، ضعیف ترین حیطه ی زندگی استومیت ها بود. از طرفی در این مطالعه مشخص شد که خودکارآمدی بیماران، بیشترین ارتباط را با بعد اجتماعی کیفیت زندگی آن ها دارد. بر این اساس پیشنهاد می شود که مداخلات حمایتی و آموزشی مراقبین بهداشتی مبتنی بر تقویت خودکارآمدی این بیماران باشد تا بدین ترتیب زمینه ارتقای کیفیت زندگی آن ها بخصوص در بعد اجتماعی؛ فراهم گردد. همچنین با توجه به پایین تر بودن خودکارآمدی و کیفیت زندگی در افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف، بیماران دارای استومی موقتی و کسانی که مدت زمان کوتاه تری از جراحی آن ها می گذرد؛ پیشنهاد می شود پرستاران به هنگام مراقبت از استومیت ها، گروه های در معرض خطر را بیشتر مورد توجه قرار دهند و با انجام مداخلات مناسب سعی در بهبود خودکارآمدی و کیفیت زندگی آن ها نمایند.

با توجه به مقطعی بودن این مطالعه و نظر به این که کیفیت زندگی و خودکارآمدی با مرور زمان تغییر می کنند؛ پیشنهاد می گردد خودکارآمدی و کیفیت زندگی این بیماران در قالب یک مطالعه طولی نیز بررسی شود. همچنین با توجه به وجود همبستگی مستقیم و معنادار بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در این مطالعه؛ پیشنهاد می گردد پژوهشی مداخله ای با هدف بررسی تاثیر آموزش خودکارآمدی بر کیفیت زندگی بیماران دارای استومی صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد ۱۲۲۲۳-۱۲۳-۰۴-۸۹ می باشد. پژوهشگران بدین وسیله

حضرت رسول اکرم (ص)، درمانگاه استومی بیمارستان امام خمینی (ره) و انجمن استومی ایران؛ همچنین کلیه بیماران شرکت کننده در این پژوهش اعلام می دارند.

کمال تشکر را از مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه به جهت حمایت مالی، مسئولین و کارکنان محترم محیط های پژوهش (درمانگاه کولورکتال بیمارستان

فهرست منابع

1. 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.
2. Sobhani S, Ghaffarpour M, Mostakhdemin Hosseini Z, Kamali F, Nour Mohammadi Z, Houshmand M. [The prevalence of common mutation frequency in K-ras codons 12, 13 in Iranian Colorectal Cancer patients]. *Genetics in the 3rd millennium*. 2010; 8(2):2011-8.. Persian
3. Williams J. Stoma care nursing: what the community nurse needs to know. *Br J Community Nurs*. 2007;12(8):342-6.
4. 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](http://www.rnao.org/Storage/59/5393_Ostomy_Care_Management.pdf). pdf. Accessed 2010, December.
5. Thorpe G, McArthur M, Richardson B. Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. *J Adv Nurs*. 2009 Sep;65(9):1778-89.
6. Agarwal S, Ehrlich A. Stoma dermatitis: prevalent but often overlooked. *Dermatitis*. 2010;21(3):138-47.
7. Burch J. Caring for peristomal skin: what every nurse should know. *Br J Nurs*. 2010;19(3): 166-70.
8. Iranian Ostomy Association. (Homepage on the Internet). Available from: <http://iranostomy.persianblog.ir>. Accessed Jun 2011.
9. Rosdahi CB, & Kowalski MT. Text Book of Basic Nursing .9th ed. Lippincott Co. C1, 2008.
10. Jain S, McGory ML, Ko CY, Sverdlik A, Tomlinson JS, Wendel CS, et al. Comorbidities play a larger role in predicting health-related quality of life compared to having an ostomy. *Ame J Surg*. 2007; 194(6): 774-79
11. Hamashima C. Long-term quality of life of postoperative rectal cancer patients. *J Gastroenterol Hepatol*. 2002; 17(5): 571-576.
12. WIKIPEDIA. Quality of life. (online) Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/Quality_of_life. (Accessed 1 May 2011).
13. Robinson-Smith G, Pizzi ER. Maximizing stroke recovery using patient self-care self-efficacy. *Rehabil Nurs*. 2003;28(2):48.
14. 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.
15. Lev EL, Paul D, Owen SV. Age, Self-Efficacy, and Change in Patients' Adjustment to Cancer. *Cancer Pract*. 1999;7(4):170-6.
16. Kohno Y, Maruyama M, Matsuoka Y, Matsushita T, Koeda M, Matsushima E. Relationship of psychological characteristics and self-efficacy in gastrointestinal cancer survivors. *Psychooncology*. 2010 Jan;19(1):71-6.
17. Robinson-Smith G. Self-efficacy and quality of life after stroke. *J Neurosci Nurs*. 2002;34(2):91-8.
18. Mancuso CA, Rincon M, McCulloch CE, Charlson ME. Self-efficacy, depressive symptoms, and patients' expectations predict outcomes in asthma. *Med Care*. 2001 Dec;39(12):1326-38.
19. 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 Dec; 88(12):1643-8.
20. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LL. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs*. 2007 Dec;60(6):627-35.
21. Schwarzer R, Boehmer S, Luszczynska A, Mohamed NE, Knoll N. Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Pers Individ Dif*. 2005; 39(4):807-18.

22. 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(2): 183-91.
23. Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs.* 2005 Jan;14 (1):74-81.
24. 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;7(6):582-7.
25. Iskender M. The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Soc Behav Personal.* 2009;37(5):711-20.
26. Tsay SL. Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *J Adv Nurs.* 2003 Aug;43(4):370-5.
27. Pittman J, Kozell K, Gray M. Should WOC Nurses Measure Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Intestinal Ostomy Surgery? *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009;36(3):254.
28. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. *Ostomy Wound Manage.* 2003 Feb;49(2):48-55.
29. Ito N, Tanaka M, Kazuma K. Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2005;32(3):178.
30. de Gouveia Santos VL, Chaves EC, Kimura M. Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2006 Sep-Oct;33(5):503-9.
31. Coons SJ, Chongpison Y, Wendel CS, Grant M, Krouse RS. Overall quality of life and difficulty paying for ostomy supplies in the Veterans Affairs ostomy health-related quality of life study: an exploratory analysis. *Med care.* 2007;45(9):891.
32. Krouse R, Grant M, Ferrell B, Dean G, Nelson R, Chu D. Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *J Surg Res.* 2007 Mar;138(1):79-87.
33. Siassi M, Hohenberger W, Losel F, Weiss M. Quality of life and patient's expectations after closure of a temporary stoma. *Int J Colorectal Dis.* 2008 Dec;23(12):1207-12.
34. Lenz ER, & Shortridge-Baggett LM. Self-Efficacy in Nursing: Research and Measurement Perspectives. New York, Springer publishing Company Inc. 2002.
35. Mitchell KA, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Baldwin CM, et al. Demographic, clinical, and quality of life variables related to embarrassment in veterans living with an intestinal stoma. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007 Sep-Oct;34(5):524-32.
36. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008 Sep-Oct;35(5):493-503.
37. Wilson TR, Alexander DJ. Clinical and non-clinical factors influencing postoperative health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Br J Surg.* 2008 Nov;95(11):1408-15.
38. 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):70-7.
39. Person E, & Larson WB. Ostoma care. *Ostomy wound manage.* 2005; 51(8):45-8.
40. Schultez D, Elen-Schultez S. [Theories of Personality]. Tehran: Homa, 1998. Persian
41. Masoud Nia E. [Perceived Self-efficacy and Coping strategies in Stressful Situations]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2007; 13(4): 405-15. Persian
42. Erabiyan A, Khoda Panahi M, Heidary M, Sedgh Pour B. [The investigation or relationship between Sel-efficacy believes with mental health and academic success of student]. *J Psychol.* 2004; 8(4): 360-71. Persian
43. Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. [Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center]. *J Birjand Uni Med Sci.* 2008; 15(4): 91-100. Persian
44. Quintana JM, Gonzalez N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res.* 2006;16 (6):102.

Relationship between Self-efficacy and Quality of Life in Ostomates

Rafii F.¹PhD *Naseh L.² MSc Yadegary MA³.MSc.

Abstract

Background and Aims: Physical, psychological and social problem along with significant changes in life style, diminish stoma patients quality of life. At the meanwhile self-efficacy can improve these patients' quality of life. The aim of this study was to assess the relationship between self-efficacy and quality of life in Ostomates.

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional study, 84 Ostomates who referred to selected educational centers of Tehran University of Medical Sciences and Iranian Ostomy Society (IOS) were recruited by census. The data were collected with City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire (COH-QOL) and Stoma Self-efficacy Scale (Stoma SE Scale) and then analyzed using independent t-test, analysis of variance and regression analysis by SPSS-PC (v. 15).

Results: The half of patients, achieved 50-75% of overall self-efficacy score (84-112). The mean score of stoma care-self-efficacy (55.8 ± 11.6) was more than the mean score of social-self-efficacy (42.1 ± 13.2). Moreover, most of patients were scored 7(of 10) and above for overall quality of life and its dimensions. The mean range of quality of life scores in different domains varied from 6 ± 2 for social dimension to 7 ± 1.5 for physical dimension. a significant positive association were found between self-efficacy and physical ($P=0.00$, $r=0.485$) psychological ($P=0.00$, $r=0.655$), social ($P=0.000$, $r=0.694$) and spiritual ($P=0.00$, $r=0.393$) dimensions and also with overall quality of life ($P=0.00$, $r=0.687$). Also the highest correlation was found between quality of life and social self-efficacy subscale ($\beta=0.695$, $P=0.000$).

Conclusion: With regard to the significant correlation between self-efficacy and different dimensions of Ostomates' quality of life in this study, it is suggested that nurses design and execute appropriate interventions to promote these patients' self-efficacy, especially in social dimension which had the highest association with their quality of life and in this way help to improve these patients' quality of life.

Key words: Quality of Life, Self-Efficacy, Ostomy, Ostomate.

Received: 7 May 2012

Accepted: 10 Aug 2012

¹. Associate Professor, Center for Nursing Care Research, School of Nursing and Midwifery, 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). Tell: 09132850361 Email: Ladan.Naseh@gmail.com

³ MS in Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran