

طراحی ابزار مقیاس باورهای خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکته قلبی

سلیمان زند^{۱*}، محمد رفیعی^۲

تاریخ دریافت 1392/01/20 تاریخ پذیرش 1392/03/25

چکیده

پیش زمینه و هدف: به منظور ارزیابی باورهای خود کارآمدی در بیماران مبتلا به سکته قلبی نیاز به وجود ابزاری برخوردار از ویژگی‌های علمی و مبتنی بر اصول روان سنجی مشهود است. در کشور ما به دلیل فقدان یا کمبود ابزارهایی از این قبیل، اطلاعات زیادی پیرامون باورهای خود کارآمدی در بیماران قلبی در دست نیست. تحقیق حاضر با هدف طراحی ابزار خود کارآمدی اختصاصی بیماران مبتلا به سکته قلبی طراحی شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه روش شناسی از نوع ترکیبی است که پس از مطالعه منابع و مصاحبه با بیماران مبتلا به سکته قلبی و کارشناسان خبره، بانک سؤالات تهیه و پرسشنامه اولیه ساخته، مورد ویرایش و ارزیابی روایی قرار گرفت. برای تقلیل داده‌ها و گزارش یافته‌ها روش مؤلفه‌های اصلی، از روش تحلیل عاملی و آمار توصیفی و تحلیلی و نرم افزار SPSS 15 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان دهنده شش عامل با تبیین ۸۷/۹۲ درصد واریانس کل و شاخص آزمون کایرز-مایر -ولکین (KMO) ۰/۹۱۵ با مقدار احتمال معنی داری ۰/۰۰۱ بدست آمد. همچنین پایایی ابزار، ضریب آلفای کرونباخ از ۹۶/۴۵ تا ۹۸/۹۵ برای عوامل و ۹۹/۱۹ برای کل ابزار را نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، ابزار اندازه‌گیری مقیاس باورهای خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکته قلبی که با ۶۰ عبارت در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت طراحی شد، دارای اعتبار و پایایی مناسبی جهت اندازه‌گیری خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکته قلبی است.

کلید واژه‌ها: طراحی ابزار، سکته قلبی، بیماران، خود کارآمدی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره ششم، پی در پی 47، شهریور 1392، ص 475-468

آدرس مکاتبه: اراک، سردشت، مجتمع آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۲۰۲۵۰۴۱۷۳۵، فاکس: ۰۴۱۷۳۵۲۴-۰۸۶۱
Email: slmnzand@arakmu.ac.ir

مقدمه

نفس نسبت به خود کارآمدی اثر محدودتری در بسیاری از ویژگی‌های رفتاری دارد (۴). در بررسی‌هایی که رابطه اعتماد به نفس و خود کارآمدی را با رفتار بهداشتی مورد بررسی قرار داده‌اند نشان داده شده است که خود کارآمدی اثر قوی بر رفتار بهداشتی دارد و در برخی بررسی‌ها خود کارآمدی بیش از ۵۰ درصد واریانس رفتار بهداشتی را تبیین می‌کند. به نظر می‌رسد افراد زمانی برای انجام رفتارهای بهداشتی بر انگیزه می‌شوند و حتی در برخورد با چالش‌ها، رفتار بهداشتی را انجام می‌دهند که احساس کنند بر رفتار بهداشتی خود کنترل دارند (۵).

خود کارآمدی یک درک رفتاری است که احتمال التزام به یک برنامه کاری و رفتارهای ارتقاء سلامت را افزایش می‌دهد (۴) و نقش

سازه خود کارآمدی تاریخچه کوتاهی دارد که با نوشتار بندورا در حوزه‌های مختلف آغاز شد (۱). پایه‌های خود کارآمدی در حوزه‌های مختلف از جمله سلامتی و کارکرد ورزشی بکار گرفته شده است (۲).

نقش باورهای خود کارآمدی در انگیزش فرد بیش تر ریشه در دیدگاه‌های نظری غیر از دیدگاه اجتماعی - شناختی دارد و پژوهش‌گران باورهای خود کارآمدی افراد را با گزارش سطح، فراگیرندگی و نیرومندی باور به انجام یک کار یا پیروزی در آن اندازه می‌گیرند (۳).

درحالی که خود کارآمدی اثر قوی بر رفتار می‌گذارد، اعتماد به

^۱ گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

است و همچنین یک درک رفتاری را به علت داشتن برخی از عادات رفتاری غلط مانند مصرف ناصحیح لپیده‌ها، کربوهیدرات‌ها، سیگار و عدم توجه به استرس‌های روحی و روانی که عموماً زمینه ساز بیماری‌های عروق کرونر است را در خود تا حدودی حفظ کرده‌اند.

در نتیجه برای ارزیابی باورهای خود کارآمدی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی نیاز به وجود ابزاری برخوردار از ویژگی‌های علمی و مبتنی بر اصول روان سنجی مشهود است و در کشور ما به دلیل فقدان یا کمبود ابزارهایی از این قبیل، اطلاعات زیادی پیرامون باورهای خود کارآمدی در این‌گونه بیماران در دست نیست. تحقیق حاضر با هدف ارزیابی خود کارآمدی اختصاصی بیماران مبتلا به سکتة قلبی طراحی شده است. اطلاعات با ارزش حاصل از باورهای خود کارآمدی بیماران می‌تواند درک رفتارهایی که منتج به ارتقاء سلامت آن‌ها می‌شود را به دنبال داشته باشد.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه روش شناسی از نوع ترکیبی است که در سال ۱۳۹۰ با هدف طراحی ابزار مناسب برای ارزیابی خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی انجام شده است. جامعه مورد پژوهش بیماران مبتلا به سکتة قلبی بودند که در یکی از بخش‌های سی سی یو یا پست سی سی یو (برای اولین بار) بستری، تمایل به شرکت در پژوهش داشته و توانایی خواندن و نوشتن داشتند. در نتیجه بیمارانی که نارسایی قلبی درمان نشده، آریتمی کنترل نشده، درد قفسه سینه شدید و مداوم، مشکلات شنوایی و یا تکلم داشته و یا دارای وضعیت هوشیاری مناسب نبوده و یا دارای عقب‌ماندگی ذهنی در تمام سطوح بودند از مطالعه خارج شدند. در مورد حجم نمونه انتخاب شده در این تحقیق بر اساس مطالعات مربوط به تحلیلی‌عاملی، به ازای هر سؤال پرسشنامه حد اقل ۵ نمونه در نظر گرفته شد (۹).

در ابتدا نمودار درختی پرسشنامه بر اساس مراجعه به متون تخصصی، مصاحبه با تعدادی از بیماران، متخصصین قلب و عروق و با توجه به مسائل فرهنگی و روان شناختی تهیه و تدوین گردید و به پنج مقیاس فرعی تقسیم و هر بخش را نیز به شاخه‌هایی و هر شاخه را نیز به زیر شاخه‌هایی تقسیم کرده و با مشورت از اساتید و مربیان بخش قلب و تبادل نظر با آن‌ها، اهمیت هر بخش و نیز هر شاخه در بخش‌های مختلف نمره گذاری از ۱۰۰ انجام گرفت. در نهایت بانک سؤالات بر اساس آنچه پرسش شونده باید بداند و آنچه دانستن آن برای پرسش شونده مفید است تهیه گردید. به منظور ایجاد زبان مشترک بین محقق و پاسخگویان، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از بیمارانی که دارای شرایط ورود به مطالعه باشند قرار

اساسی در پذیرش، حفظ و دوام رفتارها دارد و مهم‌ترین فاکتور شخصی در تغییر رفتار می‌باشد (۵). باورهای خود کارآمدی تعیین می‌کند که انسان‌ها چه اندازه برای انجام کارهایشان زمان می‌گذارند، هنگام برخورد با دشواری‌ها تا کی پایداری می‌کنند و در برخورد با موقعیت‌های گوناگون چه اندازه نرمش پذیرند. همچنین، باورهای خود کارآمدی بر الگوی اندیشه و واکنش‌های هیجانی افراد اثر می‌گذارد. بنابراین افراد با خود کارآمدی پایین شاید باور کنند که وضع حل ناشدنی است و این باور است که تنیدگی، افسردگی و دید باریک بینانه برای گره گشایی پرورش می‌دهد (۲). از سوی دیگر، خود کارآمدی بالا در هنگام نزدیک شدن به کار و کنش‌های دشوار، به پدید آیی احساس آسانی کمک می‌کند (۳). احساس خود کارآمدی در اثر تحمل چالش‌ها و انجام متوالی و گام به گام رفتار در افراد شکل می‌گیرد و خود کارآمدی پیش شرط اصلی و مهم در تغییر رفتار من جمله رفتارهای بهداشتی است (۶).

در واقع خود کارآمدی را می‌توان باورهای توانایی‌های فرد برای سامان دهی و پیاده سازی، موقعیت‌هایی که آینده بدان نیاز دارد دانست (۷). داشتن یا افزایش احساس خود کارآمدی می‌تواند موقعیت تهدید آمیز را مبدل به یک موقعیت مطمئن کند. افراد با خود کارآمدی پایین، از هر کنشی که به باور آن‌ها، فراتر از توانایی‌شان باشد پرهیز می‌کنند. از سوی دیگر احساس خود کارآمدی نیرومند، عملکرد و بهزیستی فرد را افزایش می‌دهد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که احساس خود کارآمدی پایین، با راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار هم چون راهبردهای مقابله‌ای انکار، پرهیز، خویشتن داری، ارزیابی دوباره و همچنین علائم اضطراب و ناراحتی، افسردگی، علائم روان تنی و بهزیستی منفی مشخص می‌شوند (۵).

عدم رعایت رفتارهای بهداشتی مانند استعمال دخانیات و مصرف خود سرانه دارو، عادات غذایی، کنترل استرس و بهداشت دهان و دندان و فعالیت‌های بدنی می‌تواند در هر جامعه‌ای اعم از باسواد، بی سواد، ثروتمند و یا فقیر و غیره مشاهده شود. زیرا رفتارهای درست و نادرست بهداشتی بخشی از فرهنگ جوامع می‌باشد. مردم با ید شیوه‌های درست زندگی را بشناسند و در جهت سلامت و اجتناب از بیماری عمل کنند که برای این امر آن‌ها نیازمند برنامه آموزشی مناسب می‌باشند (۸).

بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های شایعی هستند که نه تنها مرگ‌ومیر زیادی داشته بلکه پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی را نیز به همراه دارد. از آنجا که بیماران پس از سکتة قلبی عموماً بر این باورند که برخورد با موقعیت‌های مختلف و واکنش‌های هیجانی توانایی لازم را ندارند و یا کاهش پیدا کرده

یافته‌ها

نمونه حاصله، متشکل از ۳۱۱ نفر، ۲۰۴ نفر (۶۵/۶٪) مرد و ۱۰۷ نفر (۳۴/۴٪) زن بود. از بین افراد شرکت کننده ۱ نفر (۰/۳٪) مجرد، ۳۰۰ نفر (۹۶/۵٪) متأهل و ۱۰ نفر (۳/۲٪) مطلقه بودند. از نظر سن، ۶۴ نفر (۳۰/۲٪) زیر ۳۰ سال، ۸۸ نفر (۴۱/۵٪) بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۶۰ نفر (۲۸/۳٪) بالای ۴۰ سال سن داشتند. از نظر محل سکونت ۱۸۵ نفر (۸۵/۸٪) ساکن شهر و مابقی ساکن روستا بودند. اکثراً، ۱۵۸ نفر (۵۰/۸٪) فاقد هر گونه بیماری همراه بودند و کسانی که بیماری همراه داشتند ۵۵ نفر (۱۷/۷٪) داری دیابت و بعد از آن فشار خون بالا (۱۲/۵٪) بودند. از نظر نوع سکنه قلبی در بین شرکت کنندگان در مطالعه سکنه قلبی تحتانی^۱ ۱۲۴ نفر (۳۹/۹٪)، سکنه قلبی قدامی^۲ ۱۰۱ نفر (۳۲/۵٪)، سکنه قلبی وسیع^۳ ۵۲ نفر (۱۶/۷٪)، سکنه قلبی خلفی^۴ ۲۰ نفر (۶/۴٪) و سایر انواع سکنه قلبی هر کدام کمتر از ۱ درصد بود. تحصیلات شرکت کنندگان در مطالعه عبارت بود از ۲۹۷ نفر (۹۵/۵٪) زیر دیپلم تا دیپلم، ۱۴ نفر (۴/۵٪) فوق دیپلم و بالاتر بودند.

بررسی روایی: برای بررسی اعتبار سازه از تحلیل عاملی^۵ استفاده شد. با توجه به اینکه با استفاده از روش آنالیز تحلیل روایی محتوی پرسشنامه بررسی و عوامل و فاکتورهای مورد نظر شناسایی شد، عواملی که وزن آن‌ها بیشتر از یک (مقدار ویژه) بود، به عنوان عوامل معنی دار گرفته شد

آزمون کایرز-مایلر-ولکین (KMO) (برای بررسی درستی به کار برده شدن آنالیز عاملی جهت حجم نمونه مورد مطالعه بکار می‌رود.) استفاده شد و مقدار این آماره آزمون ۰/۹۱۵ بوده است. این مقدار بیانگر میزان بسیار خوب درستی حجم نمونه جهت آنالیز عاملی است. بر اساس مقادیر این آماره اگر مقدار آن بیشتر از ۰/۶ باشد نمونه‌ها جهت به کار برده شدن آنالیز عاملی مناسب می‌باشند.

از تحلیل پایه‌ای آنالیز عاملی (Initial factor Solution) جهت بدست آوردن میزان واریانس هر سؤال از کل واریانس سؤالات استفاده شد و مقادیر ویژه‌ای که بالاتر از ۱ بود مد نظر گرفته شد. در نتیجه تحلیل عاملی بر روی ۶۰ عبارت طراحی شده و ۵ مؤلفه که دارای ویژگی بالاتر از یک بودند استخراج و در آنالیز عاملی در نظر گرفته شده‌اند (مقدار ویژه یک راهی جهت در نظر گرفتن عوامل اصلی مؤثر می‌باشد) (جدول ۱).

داده شد. و از آن‌ها خواسته شد پرسشنامه به روش خود-ایفا تکمیل گردد. متن تهیه شده در اختیار ۱۰ تن از اساتیدی که رشته آن‌ها مرتبط با موضوع است (روان‌پزشک، روانشناس، آموزش پزشکی و پرستار) قرار داده شد و نظرات آن‌ها جمع‌آوری و در سؤالات در صورت لزوم تغییراتی داده شد. سپس در مرحله بعد، برای بدست آوردن تصویر دقیق تر، قابل فهم تر و بدون ابهام از سؤالات و همچنین ارزیابی امکان اجرای آن در جامعه هدف، یک بررسی مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه هدف انجام شد.

پرسشنامه در سه بخش تنظیم شد. بخش اول مشتمل بر مشخصات دموگرافیک، چگونگی و علت مراجعه به بیمارستان و بخش دوم آن شامل اطلاعات راجع به وضعیت عمومی بیمار هنگام بستری و بخش پایانی شامل بانک سؤالاتی مربوط به خود کارآمدی اختصاصی بود. برای پاسخگویی به آن، آزمودنی باید هر عبارت را بخواند و سپس پاسخ خود را بر اساس یک شاخص ۵ درجه‌ای از نوع مقیاس لیکرت با دامنه‌ای از نمره صفر (کاملاً مطمئن نیستم) تا چهار (کاملاً مطمئن هستم) مشخص نماید. برای این مقیاس ۵ مقیاس فرعی در قالب پنج عامل جداگانه به شرح زیر تعریف شده است. ۱- باورهای وضعیت رژیم غذایی: از قبیل توانایی کنترل وضع سلامت غذایی با تجدید نظر در رژیم غذایی، زمان بیشتر برای صرف غذا، زمان بیشتری برای تهیه غذا مناسب، انتخاب رژیم غذایی جدید، حذف غذاهای مورد علاقه و مضر را در بر می‌گیرد. ۲- باورهای فعالیت فیزیکی: از قبیل توانایی انجام فعالیت‌های ورزشی توصیه شده حتی با داشتن احساس افسردگی، اضطراب، خستگی، مشغله کاری، موانع و مشکلات، عدم حمایت خانواده و دوستان، عدم دسترسی به سالن ورزشی مناسب را در بر می‌گیرد. ۳- باورهای رژیم دارویی: از قبیل توانایی کنترل داروهای تجویز شده با تغییر برنامه روزانه، صرف وقت برای کنترل علائم حیاتی، شناسایی علائم و عوارض دارویی، توصیه تغییر توسط اطرافیان را در بر می‌گیرد. ۴- باورهای کشیدن سیگار: از قبیل توانایی خودداری از کشیدن سیگار حتی در زمان داشتن نگرانی و اضطراب و تشویق اطرافیان به کشیدن سیگار را در بر می‌گیرد.

۵- باورهای محدودیت استرس‌های روحی و روانی: از قبیل توانایی شناسایی و کنترل عوامل استرس‌زای محیطی، خانوادگی و شغلی حتی اگر اثرات خیلی محدودی بر وضعیت روحی و روانی او داشته باشند.

¹ - Inf.MI

² - Ant.MI

³ - Ext.MI

⁴ - Post.MI

⁵ - Factor Analysis

جدول شماره (۱): ارزیابی میزان واریانس هر عامل از کل عوامل بدست آمده از سؤالات

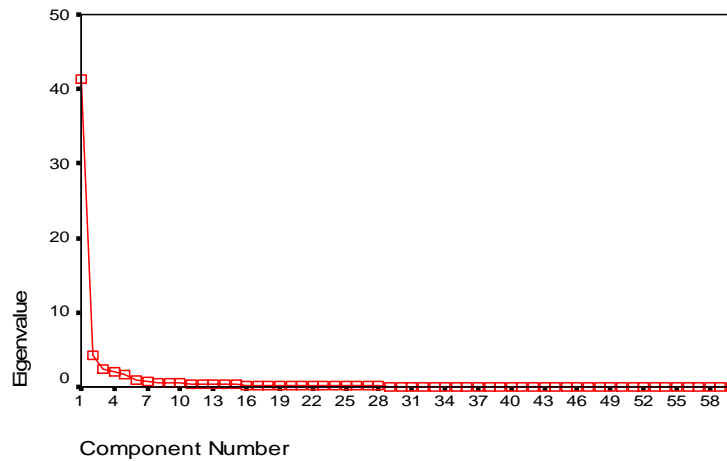
عوامل استخراجی	مقدار ویژه	در صد وزن از واریانس کل	وزن تجمعی
عامل اول	۴۱/۳	۲۵/۵۹	۶۸/۹۶
عامل دوم	۴/۲۸	۱۸/۴۰	۷۶/۱۱
عامل سوم	۲/۳۱	۱۷/۶۷	۷۹/۹۷
عامل چهارم	۲/۱۰	۱۳/۴۳	۸۳/۴۷
عامل پنجم	۱/۶۵	۱۰/۲۷	۸۶/۲۴
*عامل ششم	۱/۰۰	۲/۴۹	۸۷/۹۲

* به علت اینکه عامل ششم تنها ۲/۴۹ درصد از ۸۷/۹۲ درصد پراکندگی را شامل شده است به عنوان یک عامل در نظر گرفته نشده و حذف شده است.

جدول شماره (۲): پایایی عوامل استخراجی با روش الفای کرونباخ

عوامل استخراجی	تعداد سؤالات	مقدار آلفا کرونباخ
فعالیت جسمی	۱۹	۹۸/۹۵
استعمال دخانیات و مواد مخدر	۹	۹۸/۹۹
رژیم دارویی	۱۲	۹۸/۶۰
وضعیت رژیم غذایی	۱۳	۹۷/۸۰
وضعیت روحی روانی	۷	۹۶/۴۵
کل	۶۰	۹۹/۱۹

Scree Plot



نمودار شماره (۱): نمودار scree استفاده از عامل‌های چرخش نشده در بررسی همبستگی سؤالات

که ضریب همبستگی آنان با این عامل کمتر از یک می‌باشد را می‌توان حذف کرد. ولی از آنجا که هیچ یک از سؤالات ضریب همبستگی کمتر از ۰/۱ نداشته‌اند بنابراین هیچ سؤالی حذف نشد (جدول ۳).

همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است از عامل ششم به بعد روند تغییر نمودار حدوداً همگن شده است (نمودار ۱). در صورتی که از عامل‌های چرخش نشده استفاده کنیم، با توجه به عامل یک که بیانگر ۶۸/۹۶ درصد از واریانس کل می‌باشد، سؤالاتی

پایایی: در این مطالعه برای اندازه‌گیری پایایی پرسشنامه از روش همبستگی درونی و روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. میزان آلفای کرونباخ برای ضریب آلفای کرونباخ از ۹۸/۹۵ تا ۹۶/۴۵ برای عوامل و ۹۹/۱۹ برای کل ابزار محاسبه گردید (جدول ۲).

جدول شماره (۳): وزن‌های عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس

شماره سؤال	عوامل استخراجی				
	عامل اول	عامل دوم	عامل سوم	عامل چهارم	عامل پنجم
سؤال ۱	۰/۷۱۹	۰/۸۵۷	۰/۷۸۰	۰/۵۶۳	۰/۳۰۴
سؤال ۲	۰/۷۷۱	۰/۸۶۷	۰/۷۲۸	۰/۴۹۱	۰/۷۷۱
سؤال ۳	۰/۷۹۸	۰/۸۵۴	۰/۷۴۱	۰/۶۲۰	۰/۷۸۵
سؤال ۴	۰/۷۴۲	۰/۸۷۲	۰/۷۶۵	۰/۵۹۹	۰/۷۶۲
سؤال ۵	۰/۷۹۹	۰/۸۷۴	۰/۷۵۴	۰/۵۹۹	۰/۷۷۸
سؤال ۶	۰/۷۷۷	۰/۸۶۱	۰/۷۴۰	۰/۶۱۴	۰/۷۷۱
سؤال ۷	۰/۷۷۳	۰/۸۹۳	۰/۷۳۵	۰/۶۸۸	۰/۷۷۷
سؤال ۸	۰/۴۰۶	۰/۸۷۸	۰/۶۸۵	۰/۶۹۳	
سؤال ۹	۰/۷۸۲	۰/۸۷۳	۰/۶۵۸	۰/۶۹۳	
سؤال ۱۰	۰/۸۰۲		۰/۷۰۶	۰/۶۹۰	
سؤال ۱۱	۰/۷۸۳		۰/۶۹۶	۰/۶۳۷	
سؤال ۱۲	۰/۷۵۳		۰/۶۵۹	۰/۶۷۸	
سؤال ۱۳	۰/۷۷۲			۰/۵۳۳	
سؤال ۱۴	۰/۵۸۱				
سؤال ۱۵	۰/۵۹۳				
سؤال ۱۶	۰/۶۸۵				
سؤال ۱۷	۰/۶۲۶				
سؤال ۱۸	۰/۷۰۲				
سؤال ۱۹	۰/۶۹۰				

جدول شماره (۴): ارتباط درونی حیطه‌ها (Inter-item- total correlation)

نمره وضعیت غذایی	نمره فعالیت جسمی	نمره رژیم دارویی	نمره وضعیت روحی روانی	نمره استعمال دخانیات و مواد مخدر
۱	۰/۸۴۸	۰/۸۳۰	۰/۷۳۴	۰/۶۸۹
P	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
فعالیت جسمی	۱	۸۱۹	۰/۷۶۵	۰/۶۲۲
P		۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰
رژیم دارویی		۱	۷۴۶	۰/۶۵۱
P			۰/۰۰	۰/۰۰
روحي روانی			۱	۰/۶۱۲
P				۰/۰۰
استعمال دخانیات و مواد مخدر				۱
P				

این شاخص به یک نزدیک تر باشد بیانگر کفایت حجم نمونه جهت انجام تحلیل عاملی است در نتیجه نتایج حاصل بیانگر کافی بودن تعداد نمونه‌های مورد پژوهش هم می‌باشد.

نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان دهنده شش عامل با تبیین ۸۷/۹۲ درصد واریانس کل و شاخص کیسن مایر ۰/۹۱۵ با مقدار احتمالی ۰/۰۰۱ بدست آمد (جدول ۳). از آنجا که هر چقدر

جدول شماره (۵): ارتباط درونی سؤالات در عامل یک (Inter-item- total correlation)

A13	A12	A11	A10	A9	A8	A7	A6	A5	A4	A3	A2	A1
۰/۸۳	۰/۸۵	۰/۸۶	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۸۷	۰/۹۱	۱
۰/۸۱	۰/۸۶	۰/۸۰	۰/۸۴	۰/۸۳	۰/۸۵	۰/۸۲	۰/۸۸	۰/۸۷	۰/۸۴	۰/۸۶	۱	
۰/۸۴	۰/۸۳	۰/۸۲	۰/۸۴	۰/۸۳	۰/۸۷	۰/۸۵	۰/۸۲	۰/۸۳	۰/۸۱	۱		
۰/۹۰	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۶	۱			
۰/۸۹	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۹۷	۱				
۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۹۴	۱					
۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۶	۱						
۰/۸۹	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۴	۰/۹۴	۱							
۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۹۲	۰/۹۲	۱								
۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۹۱	۱									
۰/۹۳	۰/۹۵	۱										
۰/۹۲	۱											
۱												

صوری برخوردار است. در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ و ضرایب پایایی آزمون مجدد محاسبه شده برای کل ابزار و عوامل به دست آمده از تحلیل عاملی ابزار از حد اقل ضریب مورد پذیرش ۰/۶۰ بیشتر بود، بنابراین همسانی درونی و ثبات ابزار اندازه‌گیری مقیاس باورهای خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی تایید شد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، ابزار اندازه‌گیری مقیاس باورهای خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی دارای اعتبار و پایایی جهت اندازه‌گیری خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی است.

تقدیر و تشکر

این پژوهش بخشی از طرح تحقیقاتی است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شده است. بدین وسیله از اعضاء محترم شورای پژوهشی دانشگاه و دانشکده پرستاری و مامایی که همواره حامی پژوهشگران می‌باشند و همچنین از پرسنل درمان، دانشجویان و کارمندان مرکز درمانی و آموزشی امیر کبیر شهرستان اراک به خاطر زحمات بی‌دریغ‌شان کمال تشکر و قدردانی را می‌نماییم.

ارتباط درونی سؤالات در عوامل مختلف از جمله عامل اول نشان از ارتباط بسیار خوب سؤالات است به نحوی که در هیچ یک از موارد این ضریب کمتر از ۰/۸۳ نمی‌باشد. همچنین در کلیه موارد $P < 0/00$ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بحث: این پژوهش به دلیل طراحی، تعیین اعتبار و پایایی ابزار اندازه‌گیری مقیاس باورهای خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی یک نوآوری به شمار می‌آید. مفهوم و ابعاد مقیاس باورهای خود کارآمدی تعریف شده در این پژوهش و استخراج عبارات ابزار اندازه‌گیری مقیاس باورهای خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی بر اساس یک پژوهش جامع صورت گرفته است تا معرف مفهوم خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی باشد.

از آنجا که هیچ‌گونه شاخص آماری برای تعیین اعتبار محتوایی و صوری ابزار وجود ندارد. بر اساس منابع اعتبار محتوایی و صوری، مروری بر مطالعات، نظر متخصصان و مددجویان مبتلا به سکتة قلبی ابزار اندازه‌گیری مقیاس باورهای خود کارآمدی اختصاصی در بیماران مبتلا به سکتة قلبی از اعتبار محتوایی و

References:

1. Bandura A. self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *psychol Rev* 1977 ; 84(2): 191-215.
2. Rajabi R. Check the reliability of general self-efficacy in students, *School Psychology and Educational Sciences and Psychology, University of Chamran University Marvdasht martyr. Biker bred J* 2007; 2(1 and 2): 111-22. (Persian)
3. Bandura A. Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research* 1984; 8(3): 231-55.
4. Choo J, Burke LE, Pyo Hong K. Improved quality of life with cardiac rehabilitation for post-myocardial infarction patients in Korea. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007;6(3):166-71.
5. National Cancer Institute (US). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice* 2005: 19-20.
6. Schwarzer R, Schmitz GS, Tang C. Teacher burnout in Hong Kong and Germany: A crosscultural validation of the Maslach Burnout Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping* 2000; 13(3): 309-26.
7. Scholz U, Doña BG, Sud S, Schwarzer R. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *Euro J Psycholo Assessment* 2002;18(3):242-51.
8. Caprara GV, Barbaranelli C, Pastorelli C, Cervone D. The contribution of self-efficacy beliefs to psychosocial outcomes in adolescence: Predicting beyond global dispositional tendencies. *Personality and Individual Differences* 2004; 37(4): 751-63.
9. Asadi F, check the health of women referred to health centers in relation to disease prevention toksoPlasmos in Lahijan. *Quarterly Nursing & Midwifery, Guilan* 1999; 8: 12-4. (Persian)
10. Loehlin. John C. *Latent variable models: an introduction to factor , path ,and struc. tural equation analysis.* 4th Ed, 2004.

THE EFFICACY OF AN INSTRUMENT DESIGNED FOR SPECIFIC SELF – EFFICACY MEASUREMENT IN PATIENTS WITH MI

Zand S^{1*}, Rafiei M²

Received: 9 Apr , 2013; Accepted: 15 Jun , 2013

Abstract

Background & Aims: For efficient evaluation of their beliefs in patients with heart failure, there is a need to use a tool with scientific principles of psychometrics. In our country because of the absence or lack of such tools, a lot of information about efficacy beliefs in such patients is unknown. The present study aimed to design a specific self – efficacy tool for patients with heart failure.

Materials & Methods: The study methodology is a combined study. After studying the sources and interviews with experts and patients with heart failure, bank of questions and later the questionnaire was developed, and it was assessed for its validity. To analyze the data, factor analysis and descriptive statistics as well as analytical software and SPSS 15 were used.

Results: Exploratory factor analysis revealed six factors with 92 / 87% decisive of the total variance. Kaiser-Meyer-Olkin Measure (KMO) showed 915 / 0 with a value of 0 / 001. Cronbach's alpha coefficient result was 45/96 to 95/98 for the factors, and 19/99 for the whole instrument.

Conclusion: According to the results of this study, a scaled measuring instrument with 60 phrases with five scales can measure self – efficacy in patients with myocardial infarction.

Key words: Self-efficacy, MI, patient, hospital

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Sardasht, IR Iran.

Tel: (+98) 0861-4173524

Email: slmnzand@arakmu.ac.ir

¹ Instructor Department of nursing , Faculty of Nursing & Midwif , Arak university of Medical Sciences, Arak,Iran. (Corresponding Author)

² Gynecologist , Associate Professor, Faculty medical , Arak university of Medical Sciences, Arak,Iran.