

The Effect of Self-Efficacy and Resilience on Supportive Familial Relationships in the Patients who Candidate for Corneal Transplantation or Keratoplasty

Sabahimehr M, MS*; Banisi P, PhD; Razavi MS, PhD

Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author: m.saba1350@gmail.com

Purpose: To examine the relationship between family supportive relationships with self-efficacy and resilience in patients undergoing corneal transplants.

Methods: The study population in this descriptive-correlation research were randomly selected from patients who were candidates for corneal transplantation. The questionnaire were used in this study evaluating family social support in chronic patients scale, coping with self-efficacy scale and Connor-Davidson resilience scale. Finally, all the scores were analyzed.

Results: The research findings suggested the impact of self-efficacy and resilience on supportive familial relationships in patients who were candidates for corneal transplantation at the significance level of $P=0.05$.

Conclusion: According to the findings of the study, there was a significant relationship between the family support and the two components of self-efficacy and resilience, showing the role of family support in improving the quality of life of patients with corneal transplants.

Keywords: Resilience, Self-Efficacy, Supportive Familial Relations

• Bina J Ophthalmol 2017; 22 (4): 298-302.

Received: 7 November 2016

Accepted: 24 January 2017

بررسی خودکارآمدی و تاب‌آوری در روابط حمایتگر خانواده در بیماران کاندید پیوند قرنیه

معصومه صباحی‌مهر^۱، دکتر پریناز بنی‌سی^۲، دکتر مرضیه‌السادات رضوی^۳

هدف: بررسی رابطه بین روابط حمایتگر خانواده و خودکارآمدی و تاب‌آوری در بیماران کاندید پیوند قرنیه می‌باشد.
روش پژوهش: تحقیق حاضر از نوع توصیفی، همبستگی است. نمونه‌ها به صورت تصادفی و از بین نابینایانی که کاندید پیوند قرنیه بوده‌اند، انتخاب شدند. در این تحقیق پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی خانواده در بیماران مزمن، مقیاس خودکارآمدی مقابله با مشکلات و پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون استفاده شد و نتایج پرسشنامه‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: پیش‌بینی خودکارآمدی و تاب‌آوری در روابط حمایتگر خانواده معنادار بود.
نتیجه‌گیری: ارتباط معناداری بین حمایت خانواده و دو مولفه خودکارآمدی و تاب‌آوری حاصل شد که نشان‌دهنده نقش حمایت‌های خانوادگی در بهبود کیفیت زندگی بیماران پیوند قرنیه می‌باشد.

• مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۹۶؛ دوره ۲۲، شماره ۴: ۲۹۸-۳۰۲.

• پاسخ‌گو: معصومه صباحی‌مهر (e-mail: m.saba1350@gmail.com)

دریافت مقاله: ۱۷ آبان ۱۳۹۵

تایید مقاله: ۵ بهمن ۱۳۹۵

۱- کارشناس پرستاری- کارشناس ارشد روانشناسی- دانشگاه آزاد- واحد تهران غرب- تهران- ایران

۲- دکترای مشاوره و راهنمایی- استادیار- دانشگاه آزاد- واحد تهران غرب- تهران- ایران

۳- دکترای مشاوره خانواده- استادیار- دانشگاه آزاد- واحد تهران غرب- تهران- ایران

✉ تهران- پاسداران- بوستان نهم- خیابان پایدارفرد (خیابان امیر ابراهیمی)- بیمارستان لبافی‌نژاد

مقدمه

طبق نظر سازمان جهانی بهداشت در دنیا، نزدیک به ۳۸ میلیون نفر نابینا و حدود ۱۱۰ میلیون نفر دارای نقص شدید بینایی می‌باشند که تعداد آن‌ها رو به افزایش است.^۱ در این میان، بیش از ۹۰ درصد از افرادی که از لحاظ بینایی ناتوان هستند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و شیوع آن به ویژه در کشورهای آسیایی در حال توسعه، حدود ۰/۳ تا ۴/۴ درصد گزارش شده است.^۲

در ایران نیز جمعیت نابینایان حدود یک درصد کل جمعیت تخمین زده شده است، به طوری که، با توجه به آمار کسب شده از سازمان بهزیستی کل کشور در سال ۱۳۹۰، تعداد نابینایان هر دو چشم ۲۱۹۸۹ نفر شامل ۶۹۱۵ نفر زن و ۱۵۰۷۴ نفر مرد بوده است. به عبارتی، حدود ۰/۳ درصد از کل جمعیت ایران را نابینایان تشکیل می‌دهند که نیازمند دریافت خدمات ویژه می‌باشند. در این رابطه، بیماران کاندید پیوند قلب را می‌توان از جمله افراد کم‌بینا و یا نابینا دانست که با توجه به مطالعات اندکی که در این رابطه صورت گرفته است با مشکلاتی مواجه می‌باشند. عمل پیوند قلب، عملی ترمیمی به شمار می‌آید که در آن قلب آسیب دیده بیمار با یک قلب اهدایی دیگر جایگزین می‌شود.^۳ بررسی‌های آمار بانک چشم ایران، نشان داد که تعداد ۱۹ هزار و ۶۶۸ مورد پیوند نفوذی قلب طی ۱۱ سال (۱۳۸۳-۱۳۷۳) در سراسر کشور انجام شده است.^۴

با این وجود باید اذعان داشت که هرچند آمار بسیار بالایی از افراد نیازمند به این عمل در ایران وجود دارد؛^۵ اما عوامل گوناگون اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی بر عملکرد و کیفیت زندگی این افراد موثر بوده و مشکلاتی را برای این بیماران ایجاد نموده که نیازمند بررسی جامع‌تری می‌باشد. ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی در افراد دارای ناتوانی امروزه به عنوان یک هدف در برنامه‌های بازتوانی و توانبخشی به شمار می‌رود و معیار کیفیت زندگی در دهه‌های اخیر به عنوان یک هدف در پژوهش‌ها مطرح شده است.^۶ در این بین، معلولیت ناشی از بینایی، یکی از موارد مهم مورد توجه می‌باشد. Stelmack و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲ نشان دادند که معلولیت در اثر بینایی باعث افسردگی، کاهش عملکرد فرد و افت کیفیت زندگی شده و ارایه خدمات توانبخشی، باعث بهبود عملکرد و افزایش کیفیت زندگی می‌شود.^۷ در مطالعه Kuyk و همکاران در سال ۲۰۰۸ نیز نشان داده شد که با ارایه خدمات توانبخشی، کیفیت زندگی معلولین نابینا در ابعاد عاطفی و فعالیت‌های روزانه به طور قابل توجهی بهبود می‌یابد.^۸

درک فرد از وضعیت کیفیت زندگی خود، به عنوان یکی از نتایج مهم درمان و ارایه خدمات توانبخشی به شمار می‌رود و کیفیت زندگی، برداشت فرد از موقعیت خود در زندگی است که با زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی محیط زندگی، اهداف، انتظارات و استانداردهای فرد مرتبط است.^۹ بررسی کیفیت زندگی افراد ناتوان به ویژه بیماران نیازمند پیوند قلب و ارزیابی نتایج برنامه‌های توانبخشی برای این افراد در مناطق مختلف و با شرایط فرهنگی و اجتماعی متفاوت، امری مهم به نظر می‌رسد و می‌تواند منجر به ارایه خدماتی مفیدتر و همسو با نیازهای آنان گردد. از این رو، محقق بر آن است تا با پاسخ به این سوال که آیا بین روابط حمایت‌گرانه خانواده و خودکارآمدی و تاب‌آوری بیماران کاندید پیوند قلب رابطه وجود دارد، مسئله کیفیت زندگی افراد نابینا و یا کم‌بینا به ویژه بیماران کاندید پیوند قلب را مورد بررسی قرار داده و ارتباط حمایت خانواده و خودکارآمدی و تاب‌آوری بیماران کاندید پیوند قلب را مورد کنکاش قرار دهد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در راستای بررسی همبستگی بین متغیرهای تحقیق، ارتباط بین خانواده و خودکارآمدی و تاب‌آوری بیماران کاندید پیوند قلب را مورد بررسی قرار می‌دهد. طبق آمار ثبت شده در بانک چشم ایران، سالانه به طور میانگین ۶۰۰۰ نفر تحت عمل جراحی پیوند قلب قرار می‌گیرند. با توجه به جدول مورگان، حجم نمونه ۳۰۰ نفر محاسبه شد. نمونه‌گیری، طی چهار ماه صورت گرفت و نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده از بین تمامی نابینایان (یک یا هر دو چشم) ۱۵ تا ۵۵ سال که به بیمارستان لبافی‌نژاد و نگاه تهران مراجعه نموده و با تشخیص پزشک، نابینایی آن‌ها با عمل پیوند قلب قابل درمان بود، انتخاب شدند. پس از آشنایی شرکت‌کنندگان با شرایط تحقیق، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آنها تنها در اختیار محقق بوده و نتایج پژوهش نیز به اطلاع آنها خواهد رسید. در نهایت، پس از کسب رضایت از شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های مربوطه شامل: پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده در بیماران مزمن، پرسشنامه خودکارآمدی مقابله با مشکلات و پرسشنامه خودتاب‌آوری کونور و دیویدسون، توسط افراد شرکت‌کننده در تحقیق تکمیل شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده در بیماران مزمن: این پرسشنامه توسط گریکا، در سال ۲۰۰۲ طراحی شد که در قالب

یافته‌ها

جدول ۱، توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی مانند جنس، گروه سنی، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل شرکت‌کنندگان در مطالعه را نمایش می‌دهد.

هیچ‌یک از شرکت‌کنندگان دارای حمایت اجتماعی خانوادگی ضعیف (۷۹-۱۳۸) نبودند، ۳ درصد دارای حمایت اجتماعی خانوادگی متوسط (۱۳۸-۱۹۷) و ۹۷ درصد دارای حمایت اجتماعی خانوادگی بسیار خوب (بالای ۱۹۷) بودند. وضعیت خودکارآمدی و تاب‌آوری بیماران در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان بر اساس مشخصات

مشخصات		شاخص‌های آماری	
		فراوانی	درصد فراوانی
جنس	مرد	۱۹۸	۶۶
	زن	۱۰۲	۳۴
سن	کم‌تر از ۲۵ سال	۵۴	۸۱
	بین ۲۵ تا ۴۴ سال	۱۸۰	۶۰
تحصیلات	بالای ۴۴ سال	۶۶	۲۲
	کم‌تر از دیپلم	۳۶	۱۲
	دیپلم	۱۴۷	۴۹
	فوق دیپلم	۴۸	۱۶
تاهل	لیسانس و بالاتر	۶۹	۲۳
	مجرد	۶۹	۲۳
	متاهل	۲۳۱	۷۷

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصد فراوانی شرکت‌کنندگان بر حسب حمایت اجتماعی خانوادگی، خودکارآمدی و تاب‌آوری شرکت‌کنندگان

مشخصات		وضعیت	شاخص‌های آماری
			فراوانی
حمایت خانوادگی	ضعیف	متوسط	درصد فراوانی
			صفر
خودکارآمدی شرکت‌کنندگان	ضعیف	متوسط	۹
			۳
تاب‌آوری شرکت‌کنندگان	ضعیف	متوسط	۲۹۱
			۹۷
حمایت خانوادگی	ضعیف	متوسط	۴۲
			۱۴
خودکارآمدی شرکت‌کنندگان	ضعیف	متوسط	۲۰۱
			۶۷
تاب‌آوری شرکت‌کنندگان	ضعیف	متوسط	۵۷
			۱۹
حمایت خانوادگی	ضعیف	متوسط	صفر
			۱۲
خودکارآمدی شرکت‌کنندگان	ضعیف	متوسط	۲۶۴
			۸۸

درجه‌بندی لیکرت و به صورت چهار درجه‌ای می‌باشد و با طیف کاملاً موافق تا کاملاً مخالف همراه است. هر گزینه امتیازی بین ۱ تا ۴ را به خود اختصاص می‌دهد و شامل عامل‌هایی چون: حمایت عاطفی (۱۸ سوال)؛ حمایت اطلاعاتی (۱۰ سوال)؛ جستجوی حمایت (۶ سوال) و حمایت ابزاری (۶ سوال) می‌باشد که البته همه گویه‌ها به طور کلی حمایت اجتماعی را می‌سنجند. مجموع نمرات از جمع کل امتیاز مربوط به سوالات حاصل می‌شود. به طوری که نمرات پرسشنامه بین ۷۹ تا ۱۳۸ بیانگر میزان حمایت اجتماعی ضعیف، نمرات بین ۱۳۸ تا ۱۹۷، میزان حمایت اجتماعی در سطح متوسطی و در نمرات بالای ۱۹۷، میزان حمایت اجتماعی بسیار خوب است. ارزیابی روایی این پرسشنامه بر مبنای روایی محتوایی صورت گرفته و همچنین، پایایی آن نیز بر مبنای آلفای کرونباخ به میزان ۹۷ درصد می‌باشد.^۹

پرسشنامه مقیاس خودکارآمدی مقابله با مشکلات: مقیاس خودکارآمدی مقابله با مشکلات در سال ۲۰۰۶ توسط چسنی و همکاران طراحی شد. این مقیاس یک آزمون ۲۶ عبارتی با مقیاس لیکرت ۱۱ درجه‌ای است. مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای دارای سه زیرمقیاس استفاده از راهکارهای مقابله مساله‌مدار (۱۲ عبارت)، متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی (۹ عبارت) و کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده (۵ عبارت) است. در نمره‌دهی این پرسش‌نامه، باید نمره همه عبارات مربوط به هر زیرمقیاس را جمع و در نهایت، امتیاز همه عبارات را جمع می‌کنیم. پایایی زیرمقیاس‌ها بر مبنای آلفای کرونباخ برابر ۹۱، ۹۱ و ۸۰ درصد می‌باشد و اعتبار هم‌زمان و افتراقی مقیاس‌ها از طریق رابطه معناداری به اثبات رسیده است.^{۱۰}

پرسش‌نامه خودتاب‌آوری: پرسش‌نامه خودتاب‌آوری در سال ۲۰۰۳ توسط کونور و دیوید سون طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۵ عبارت است که پاسخ‌ها را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ می‌سنجد و نمره استاندارد در این پرسشنامه به نمره‌ای اطلاق می‌شود که حداقل ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ باشد. از نمره ۲۵ تا ۵۰ میزان تاب‌آوری ضعیف، نمره ۵۰ تا ۷۵ میزان تاب‌آوری متوسط و ۷۵ به بالا میزان تاب‌آوری قوی می‌باشد. کونور، پایایی پرسشنامه را بالای ۸۰ درصد ذکر کرده است.^{۱۱} طی پژوهشی، پایایی پرسشنامه ۸۷ درصد به دست آمد^{۱۲}، روایی مقیاس به روش همبستگی هرگویه با نمره کل مقوله ضریب‌ها محاسبه شد که بین ۴۱ تا ۶۴ درصد است.^{۱۳}

در پژوهشی که توسط Masoudi و همکاران با هدف تعیین تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی مراقبین خانوادگی بیماران اسکروز متعدد (Multiple Sclerosis) صورت گرفت، نشان داده شد که با اجرای الگوی توانمندسازی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی افراد شرکت کننده بیش تر شده و رابطه معنادار بالایی بین محوریت خانواده و خودکارآمدی شرکت کنندگان به دست آمد^{۱۵}.

با توجه به یافته‌های پیشین و یافته‌های موجود در تحقیق حاضر، می‌توان استنباط کرد که افزایش حمایت اجتماعی خانوادگی میزان تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران کاندید پیوند قرنیه را افزایش داده و تاثیرات روانی و جسمی قابل توجهی را برای این بیماران به همراه داشته باشد. به علاوه، توجه بیش تر به متغیرهایی چون: حمایت اطلاعاتی، حمایت ابزاری و جستجوی حمایت می‌تواند خودکارآمدی و تاب‌آوری را در میان بیماران نیازمند پیوند قرنیه افزایش دهد که نتایج مثبتی را به دنبال خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

بین روابط حمایتگر خانواده و خودکارآمدی و تاب‌آوری در بیماران کاندید پیوند قرنیه، رابطه مستقیم وجود دارد. یعنی با افزایش روابط حمایتگر خانواده، میزان خودکارآمدی و تاب‌آوری در جامعه آماری افزایش خواهد یافت.

زیر مولفه حمایت اطلاعاتی از حمایت اجتماعی، خانوادگی بیش ترین تاثیر را روی دو متغیر وابسته خودکارآمدی و تاب‌آوری دارد و به ترتیب مولفه حمایت ابزاری و جستجوی حمایت در رتبه‌های بعد قرار دارند. یعنی با افزایش حمایت اطلاعاتی، می‌توان خودکارآمدی و تاب‌آوری را در جامعه آماری مربوط افزایش داد.

تعیین رابطه بین حمایت اجتماعی خانوادگی، تاب‌آوری و خودکارآمدی: در بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی خانوادگی و خودکارآمدی و تاب‌آوری شرکت کنندگان، آزمون کای مربع استفاده گردید و مشخص شد، حمایت اجتماعی خانوادگی تاثیر معنی داری در میزان تاب‌آوری شرکت کنندگان داشته است. در رابطه با ارتباط حمایت اجتماعی خانوادگی و خودکارآمدی شرکت کنندگان می‌توان نتیجه گرفت، حمایت اجتماعی خانوادگی تاثیر قابل توجهی در میزان خودکارآمدی پاسخگویان داشته است. علاوه بر بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی خانوادگی و تاب‌آوری و خودکارآمدی شرکت کنندگان، میزان ارتباط بین متغیرهای حمایت اجتماعی شامل: حمایت عاطفی، حمایت اطلاعاتی، جستجوی حمایت و حمایت ابزاری و خودکارآمدی شرکت کنندگان نیز بررسی گردید که تمامی متغیرهای ذکر شده در میزان خودکارآمدی شرکت کنندگان تاثیر معنی دار داشته اند.

بحث

حمایت اجتماعی خانوادگی، رابطه معناداری با دو متغیر خودکارآمدی و تاب‌آوری شرکت کنندگان داشت و بیش ترین ارتباط معنادار، بین دو متغیر حمایت اطلاعاتی به عنوان مولفه‌ای از حمایت اجتماعی خانوادگی و خودکارآمدی شرکت کنندگان بود. در این بین، دو مولفه حمایت ابزاری و جستجوی حمایت نیز دارای ارتباطی معناداری با خودکارآمدی بود که به ترتیب اولویت حمایت ابزاری در مرتبه دوم و جستجوی حمایت در رتبه بعد قرار داشت. یافته‌های این تحقیق همسو با نتیجه پژوهشی Tamanaeefar می‌باشد که در راستای بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با خودکارآمدی، رابطه معناداری را بین حمایت ادراک شده از سوی خانواده و خودکارآمدی پیش‌بینی کرد^{۱۴}.

منابع

1. Taylor HR, Hugh R, Jill E. World blindness: a 21st century perspective. *Br J Ophthalmol* 2001;261-266.
2. Yankexu B. Blindness as a Challenging Medical and Social Problem in China. *Yan ke xue Bao* 2002;18:4-8.
3. Sadati L, Golchin E, Norani M. Eye surgery technology. print 1. Tehran. *Jamee publication* 1391.
4. Shoja M, Besharati M. The results of vision and complications of keratoplasty in keratoconus patient. *Bina J Ophthalmol* 1384;5:604-612.
5. Falahimotlagh B, Javadi MA, Jafarinasab MR, et al. The results of keratoplasty in the keratoconus patient. *Iran J Ophthalmol* 1382;19:9-19.
6. Glanz B, Healy B, Rintell D. The association between cognitive impairment and quality of life in patients with early multiple sclerosis. *J Neurological Sciences* 2010;290:75-79.
7. Stelmack JA, Stelmack TR, Massof RW. Measuring low vision rehabilitation outcomes with the NEI VFQ-25. *J Invest Ophthalmol Vis Sci* 2002;43:2859-2868.
8. Kuyk T, Liu L, Elliott JL, et al. Health-related quality of life following blind rehabilitation. *Quality of Life Research* 2008;17:497-507.
9. Khodapanahi M, Asghari A, Sedghipor S, et al The reliability and validation of the family social support questionnaire. *The family scholarships Journal* 1388;20:423-439.
10. Chesney MA, Chambers DB, Taylor J, et al. Social support, distress, and well-being in older men living

- with HIV infection. *J Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2003;33:185-193.
11. Conner KM, Davidson JRT. Development of a New Resiliencescal: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Depression and Anxiety. 2003;18:76-82.
 12. Samani S, Jokar B, Sahragard N. The sanity and consent of life. *Iran Psychology Journal* 1386;3:290-295.
 13. Mohammadi M, Jazayeri A, Rftee M, et al. The effect of resiliency in people who abuse to exposure with drugs(narcotic). *Psychology New Research Journal, Tabriz universit y* 01385;1:203-224.
 14. Tamanaeefar M, Laes MH, Neek A. The relationship between social support and self-efficacy of students. *New Findings in Social Psychology Journal* 1392;28:31-39.
 15. Masoodi R, Elhani F, Rabie F, et al. The effect of family-centered empowerment model on quality of life and self-efficacy of Multiple Sclerosis patient. *Iran Nursing Researching Journal* 1391;27:32-43.