

بررسی ارتباط بین خود کارآمدی و خود مراقبتی در بیماران مبتلا به COPD

دکتر حیدرعلی عابدی^۱، دکتر صالح سلیمی^۲، دکتر آرام فیضی^۳، سمیرا صفری وقاصلو^۴*

تاریخ دریافت ۱۳۹۰/۰۶/۲۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۰/۰۹/۰۶

چکیده

پیش زمینه و هدف: با توجه به اهمیت بیماری مزمن انسدادی ریه و نقش عوامل مختلف در خود مراقبتی بیماران مزمن انسدادی ریه، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین خود کارآمدی و خود مراقبتی در بیماران مبتلا به COPD انجام گرفته است.

مواد و روش کار: در این پژوهش که از نوع توصیفی-همبستگی بود، ۶۲ بیمار مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۰ با استفاده از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. بعد از تعیین روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ها و تکمیل فرم رضایت شرکت در مطالعه، پرسش‌نامه‌های جمعیت شناختی، خود کارآمدی و خود مراقبتی، جهت تکمیل به بیماران داده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی در SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمره خود مراقبتی در محدوده قابل اکتساب ۱۴۰-۳۴، ۶۹/۵۶ بود. یعنی پاسخگویان در حد متوسط، رفتارهای خود مراقبتی را انجام می‌دادند. همچنین میانگین نمرات خود کارآمدی در محدوده قابل اکتساب ۱۷۵-۳۵، ۷۶/۹۳ بود. نتایج حاصل از تست کای اسکوئر نشان دهنده ارتباط مثبت بین برنامه‌های خود کارآمدی با خود مراقبتی در بیماران مبتلا به COPD می‌باشد، به طوری که با افزایش خود کارآمدی، رفتارهای خود مراقبتی نیز افزایش می‌یابد ($p = 0/02$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به توان بالای عوامل خود کارآمدی در پیش بینی انجام رفتارهای خود مراقبتی و نیز پایین بودن سطح خود کارآمدی در این بیماران، در برنامه ریزی‌های آموزشی جهت ارتقای رفتارهای خود مراقبتی آن‌ها باید توجه بیشتری به تقویت عوامل کمک کننده به خصوص خود کارآمدی بشود. **کلید واژه‌ها:** خود کارآمدی، خود مراقبتی، بیماری مزمن انسدادی ریه

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره اول، پی در پی ۳۶، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰، ص ۷۴-۶۸

آدرس مکاتبه: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، تلفن: ۰۹۱۴۸۸۳۸۳۹۰

Email: samirasafari30@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد می باشد.

مقدمه

به طور کامل برگشت پذیر نمی‌باشد، این محدودیت راه هوایی ماهیت پیشرونده داشته و با پاسخ التهابی غیرطبیعی ریه در برابر ذرات و گازهای مضر و خطرناک در ارتباط است. تخمین‌های GOLD حاکی از آن است که تا سال ۲۰۲۰ این بیماری از مقام ششم به سومین علت مرگ در سطح جهان ارتقاء خواهد یافت (۲).

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و پیچیده، بیماری مزمن انسدادی ریوی^۵ می‌باشد (۱). انجمن جهانی بیماری مزمن انسدادی ریه^۶ تعریف جامعی از این بیماری بیان نموده است: بیماری مزمن انسدادی ریوی عبارتست از انسداد راه‌های هوایی که

^۱ دکتری پرستاری، دانشیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان)

^۲ استادیار، مدیر گروه کارشناسی پرستاری دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه

^۳ دکتری پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد گرایش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان). عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان). (نویسنده مسئول)

^۵ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

^۶ Global Initiative Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)

به طور متوسط ۱۰ درصد مردم ایران به COPD مبتلا هستند. گزارش‌ها نشان می‌دهد COPD در مردان بیش از زنان است و میزان مرگ و میر آن در افرادی که وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین دارند بیشتر است (۳). بیشتر مبتلایان ساکنین شهرها می‌باشند (۴). افراد مبتلا به COPD معمولاً در سنین میان‌سالی علائم بیماری را ظاهر می‌کنند و شیوع این بیماری با افزایش سن بیشتر می‌شود (۵). سیگار نقش مهمی در شروع و پیشرفت بیماری بازی می‌کند و اگر چه اکسیژن درمانی، دارو درمانی و باز توانی باعث بهبود نسبی بیماری می‌شود ولی قطع سیگار نیز از عوامل مهم جلوگیری از پیشرفت بیماری محسوب می‌شود (۶،۷). تحقیقات اخیر نشان داده است که ارتقاء کیفیت درمان می‌تواند مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مزمن را کاهش دهد. یکی از موارد عمده در ارتقاء کیفیت درمان، مشارکت بیمار در امر درمان و مراقبت از خود است (۸). توجه به این موضوع به این دلیل اهمیت دارد که عدم آگاهی بیمار از نحوه مراقبت از خود، در خصوص رعایت رژیم‌های درمانی، سبب پیامدهای منفی بر سلامت بیماران و بستری شدن مکرر در بیمارستان می‌شود. فعالیت‌های خود مراقبتی می‌تواند فرد را به سمت حفظ سلامتی و خوب بودن سوق دهد، سازگاری فرد را بیشتر کند و میزان ناتوانی و از کار افتادگی بیماران و هزینه‌های درمانی را کاهش دهد (۹). مراقبت از خود در بیماری‌های مزمن، روی بررسی و کنترل علائم بیماری، پذیرش رژیم درمانی، حفظ شیوه زندگی سالم، کنترل بیماری، عملکرد روزانه، عواطف و روابط اجتماعی دلالت می‌کند (۱۰). عوامل متعددی در مراقبت از خود بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی تأثیر می‌گذارند که عبارتند از: خود کارآمدی^۱، خلق و خوی فرد و موانع و توانایی‌های موجود برای استفاده از فعالیت‌های خود مراقبتی. از بین این عوامل، خود کارآمدی نقش مهمی را در ارتقاء رفتارهای خود مراقبتی دارد (۱۱). «خود

کارآمدی» به عنوان یکی از مفاهیم اصلی نظریه شناختی اجتماعی، اولین بار توسط باندورا^۲ معرفی شد. خود کارآمدی به معنی ایمانی است که شخص به خود دارد که رفتاری خاص را با موفقیت اجر کند و انتظار نتایج حاصل از آن را داشته باشد. خود کارآمدی پیش نیاز مهم رفتار محسوب می‌شود. چرا که به عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی فرد عمل می‌نماید. باندورا معتقد است می‌توان از طریق ایجاد زمینه مناسب در جهت کسب مهارت‌ها و دانش مورد نیاز و حصول موفقیت در آن، خود کارآمدی و توانمندی شخص را افزایش داد (۱۲). نگاهی به مطالعات گذشته نشان می‌دهد که نتایج متفاوتی از تأثیر خود کارآمدی بر خود مراقبتی در بیماران دیابتی گزارش شده است. مطالعات متعددی تأثیر مستقیم خود کارآمدی بر رفتار خود مراقبتی در بیماران دیابتی را گزارش کرده‌اند (۱۳،۱۴). داشتن درک صحیح از منافع انجام رفتارهای خود مراقبتی و موانع انجام آن می‌تواند بیماران را هر چه بیشتر به انجام این رفتارها برانگیزد. پس بسیار مهم است که این بیماران و نیز فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، اهمیت انجام صحیح و مناسب رفتارهای خود مراقبتی و منافع و موانع درک شده آن را بهتر بشناسند (۱۵). هدف مطالعه حاضر تعیین رابطه بین خود کارآمدی با خود مراقبتی در بیماران مبتلا به COPD بوده است. نتایج این پژوهش می‌تواند با شناسایی عوامل مؤثر بر مراقبت از COPD در بافت فرهنگی ایران، به طراحی برنامه‌های مؤثر و مداخلات کارآتر در زمینه مراقبت از بیماری مزمن انسدادی ریه کمک نماید و به علاوه دیدی وسیع‌تر در زمینه آموزش، به آموزشگران COPD ارایه نماید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی می‌باشد. تعداد نمونه مورد نظر ۶۲ نفر بود که با استفاده از روش‌های آماری

^۲-Bandura

^۱-Self-Efficacy

نمره گذاری شده است. محدوده نمرات از ۳۴ تا ۱۷۰ می باشد. نمرات بالاتر، خودکارآمدی بهتر را نشان می دهد.

پژوهشگر چند سوال مربوط به اطلاعات جمعیت شناسی (سن، جنس، وضعیت تأهل، اشتغال، مسکن، میزان تحصیلات، درآمد ماهیانه) و بیماری COPD (شدت بیماری، سابقه مصرف سیگار، بیماری های زمینه ای، مصرف اکسیژن و ...) را در ابتدای پرسش نامه ی خود کارآمدی اضافه نمود. پس از تهیه پرسش نامه ها، به منظور انجام روایی ابزارهای گرد آوری داده ها از روش اعتبار محتوا^۵ استفاده شد. به این صورت که محقق نسخه ترجمه شده را به همراه اصل ابزار مورد استفاده در اختیار چهار نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) و یک نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه به صورت حضوری و با ارائه توضیحات لازم قرار داد و پس از جمع آوری نظرات آنها تغییرات لازم را در پرسش نامه ها اعمال نمود. در خصوص بررسی پایایی پرسش نامه مورد استفاده در این تحقیق از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که پس از جایگذاری مقادیر حاصل از اطلاعات بدست آمده از پرسش نامه اولیه در انجام پیش آزمون در یک نمونه ۱۰ عضوی، آلفای کرونباخ محاسبه شده برای پرسش نامه رفتارهای خود مراقبتی در بیماری مزمن انسدادی ریوی برابر با ۰/۸۲ و برای ابزار سنجش خود کارآمدی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی برابر با ۰/۸۹ برآورد گردید. لذا این مقادیر نشان از قابلیت بالای پرسش نامه دارد.

برای تجزیه و تحلیل داده های حاصل از این پژوهش از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد و داده ها در قالب نمودارها و جداول خلاصه بندی شدند. با توجه به اهداف و فرضیه ها و روش تحقیق از آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین، درصد تراکمی، انحراف استاندارد استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین برنامه های خود

بدست آمد. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش، بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی بستری در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه یعنی بیمارستان امام خمینی (ره) و طالقانی می باشد. در این پژوهش نمونه های مورد مطالعه با توجه به معیارهای ورودی انتخاب شدند از این رو روش نمونه گیری «مبتنی بر هدف»^۱ بود. معیارهای ورود بیماران به مطالعه عبارت بود از: تأیید تشخیص COPD توسط پزشک، داشتن سن ۴۵-۷۵ سال، سابقه حداقل یک بار بستری با تشخیص بیماری مزمن انسدادی ریوی، تمایل نمونه ها به شرکت در برنامه خود مراقبتی، عدم داشتن بیماری بدخیم یا بیماری روانی، توانایی انجام فعالیت های روزانه خود، سکونت در شهرستان ارومیه، داشتن سواد خواندن و نوشتن و نداشتن مشکل بینایی یا شنوایی شدید.

ابزار گردآوری داده عبارت بود از: پرسش نامه رفتارهای خود مراقبتی بیماری مزمن انسدادی ریوی: این پرسش نامه اولین بار در سال ۱۹۹۰ توسط آلبرتو^۲ ارائه شد و شامل ۳۶ سوال می باشد. پرسش نامه بر مبنای مقیاس ۵ رتبه ای لیکرت نمره گذاری شده است. محدوده نمرات از ۳۶ تا ۱۸۰ می باشد. نمرات بالاتر، خود مراقبتی بهتر را نشان می دهد (۱۲).

ابزار استاندارد شده سنجش خود کارآمدی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی: این پرسش نامه اولین بار توسط ویگال و همکارانش^۳ در سال ۱۹۹۱ ارائه شد و روایی و پایایی آن در سال ۲۰۱۰ توسط بنتسن و همکارانش^۴ در نروژ مورد بازبینی و بررسی مجدد قرار گرفت (۱۵، ۱۱). پرسش نامه خود کارآمدی در بیماران شامل ۳۴ سوال و ۵ زیر مجموعه شامل تأثیر منفی (۱۲ سوال)، تحریک عاطفی شدید (۸ سوال)، فعالیت فیزیکی (۵ سوال)، آب و هوا، محیط (۶ سوال) و عوامل خطر رفتاری (۳ سوال) می باشد. این ابزار بر مبنای مقیاس ۵ رتبه ای لیکرت

¹- Purposive Sampling

²- Alberto

³- Wigal et al.

⁴- Bentsen & et al.

⁵- Content Validity

همان گونه که در جدول مشاهده می‌شود، میانگین نمره خودکارآمدی (۷۶/۹۳) کم‌تر از میانگین نمره قابل اکتساب می‌باشد که نشان دهنده پایین بودن خودکارآمدی بیماران در مراقبت از خود است. علاوه بر آن بیشترین نمره خود مراقبتی ۹۷ می‌باشد که نشان دهنده آن است که هیچ بیماری به طور کامل فعالیت‌های مراقبت از خود را انجام نمی‌دهد.

همان‌طوری که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، بر اساس نتایج تست کای اسکوئر، بین نمرات خودکارآمدی با خودمراقبتی همبستگی مثبت معنی‌دار برقرار است ($\chi^2 = 14/75$) و $p = 0/02$. به عبارت دیگر، هر چقدر بیماران خودکارآمدی بیشتری را احساس می‌کردند میزان رفتارهای خودمراقبتی در آن‌ها بیشتر می‌شد. نمودار پراکنش شماره ۱، نشان می‌دهد که با افزایش خودکارآمدی، خودمراقبتی نیز افزایش می‌یابد. میزان این همبستگی با استفاده از رو اسپیرمن ۰/۴۴ برآورد شد ($p < 0/0001$); $n = 62$; $r = 0/44$.

کارآمدی و وضعیت خود مراقبتی در بیماران از تست کای اسکوئر استفاده شد.

یافته‌ها

دامنه سنی بیماران مورد بررسی بین ۴۵-۷۵ سال با میانگین و انحراف معیار ۶۴/۷ و ۸/۵۴ بود. ۶۷/۷ درصد بیماران مرد و ۸۳/۹ درصد متاهل بودند. ۵۰ درصد از بیماران قبلاً سیگار مصرف می‌کردند. ۵۸/۱ درصد سواد خواندن و نوشتن داشتند. بیشتر بیماران یعنی ۷۲/۶ درصد غیر شاغل بودند. ۴۶/۸ درصد شدت بیماری متوسط داشتند. ۳۳/۹ درصد افراد دارای سطح تنگی نفس فعالیتی ۳ بودند. ۸۷/۱ درصد درآمد ماهیانه کم‌تر از ۵۰۰ هزار تومان داشتند. ۶۶/۱ درصد در شهر زندگی می‌کردند. ۵۶/۵ درصد از اکسیژن استفاده می‌کردند. بیشتر شرکت کنندگان یعنی ۷۵/۸ درصد دارای سابقه بستری‌های متعدد بودند. بررسی اولیه داده‌ها نشان داد که کلیه داده‌ها دارای توزیع نرمال است. جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار سازه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱): شاخص‌های پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه در بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی بستری در بیمارستان

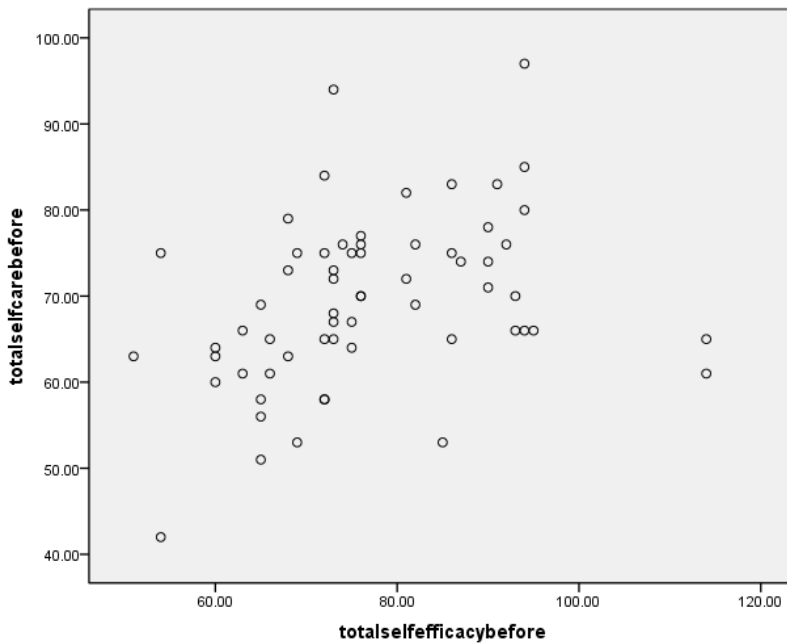
در سال ۱۳۹۰

متغیرها	میانگین نمره	انحراف معیار	دامنه نمرات کسب شده	دامنه نمرات قابل کسب
خود کارآمدی	۷۶/۹۳	۱۳/۱۶	۵۱-۱۱۴	۳۵-۱۷۵
خود مراقبتی	۶۹/۵۶	۹/۸۹	۴۲-۹۷	۳۴-۱۴۰

جدول شماره (۲): همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه در بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریوی بستری در بیمارستان در سال

۱۳۹۰

متغیرهای مورد مطالعه	وضعیت خود مراقبتی					تست کای اسکوئر
	خیلی خوب	خوب	متوسط	ضعیف	فراوانی تراکمی	
خوب	۱۳	۸	۶	۳	۳۰	$\chi^2 = 14/75$ $df = 6$
متوسط	۱	۴	۶	۶	۱۷	
ضعیف	۱	۴	۴	۶	۱۵	$P = 0/02$
فراوانی تراکمی	۱۵	۱۶	۱۶	۱۵	۶۲	



نمودار شماره (۱): پراکنش ارتباط بین نمرات خودکارآمدی با نمرات خودمدیریتی

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به COPD می‌باشد. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۶۴/۷۴ با انحراف معیار ۸/۵۴ بود. در مطالعه ای بنتسن و همکاران، میانگین سنی نمونه‌های مورد پژوهش ۶۶/۱ با انحراف معیار ۸/۳ بود که با نتیجه مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۵). میانگین نمرات خودکارآمدی در محدوده قابل اکتساب ۳۵-۱۷۵، ۷۶/۹۳ بود. همچنین میانگین نمره خودمراقبتی در محدوده قابل اکتساب ۱۴۰-۳۴، ۶۹/۵۶ بود. یعنی پاسخگویان در حد متوسط، رفتارهای خودمراقبتی را انجام می‌دادند. این امر نشان دهنده آن است که کسب نمرات پایین خودکارآمدی منجر به انجام رفتارهای خودمراقبتی کم‌تر و در نتیجه کسب نمرات خودمراقبتی پایین‌تر می‌شود. نتایج حاصل از تست کای اسکوئر نشان دهنده ارتباط

مثبت برنامه های خودکارآمدی با خود مراقبتی بیماران مبتلا به COPD می‌باشد به طوری که با افزایش خودکارآمدی، رفتارهای خودمراقبتی نیز افزایش می‌یابد ($r^2=۱۴/۷۵$ و $p=۰/۰۲$). در بررسی آلتو و همکاران خودکارآمدی در بین متغیرهای دیگر دارای ارتباط قویتری با خود پایشی قند خون داشت (۱۳). در مطالعه الجاسم وهمکاران نیز که رویکرد موانع و خودکارآمدی رفتارهای خودمراقبتی را در دیابت نوع دو مورد بررسی قرار دادند، خودکارآمدی ۴ تا ۱۰ درصد از واریانس خودمراقبتی را توضیح داد و قوی‌ترین پیشگویی کننده این رفتارها بود (۱۶). همچنین در پژوهشی که چن و همکارانش با هدف تاثیر روش خودکارآمدی بر روی رفتارهای خود مراقبتی بزرگسالان مبتلا به آسم انجام دادند، نتیجه به این شکل حاصل شد که افراد گروه تجربی که مداخلات خودکارآمدی را دریافت کرده بودند نسبت به بیماران گروه شاهد مداخلات خودکارآمدی را دریافت نکرده بودند رفتارهای خود

به خصوص ضرورت تقویت آن در بیماران مبتلا به COPD احساس می‌شود، بنابراین باید در برنامه‌های توانمندسازی بر آن تاکید خاصی گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه پایان نامه تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. بدین وسیله از مدیر گروه‌های محترم پرستاری دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه‌های آزاد اصفهان (خوراسگان) و ارومیه و دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و پرسنل بخش‌های داخلی بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و طالقانی و نیز از بیماران عزیز که با صبر و حوصله زیاد در پژوهش شرکت نموده و محقق را در تکمیل پرسش‌نامه‌ها یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مراقبتی بالاتری را داشتند که با نتایج حاصل از مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۴). این یافته‌ها در برنامه‌ریزی‌های آموزشی میتواند کاربرد مؤثری داشته باشد. به این ترتیب که اگر هدف بهبود فعالیت‌های خود مراقبتی باشد می‌توان با افزایش خودکارآمدی افراد، یعنی تقویت ترجیح منافع انجام رفتار در مقابل موانع به آن دست یافت. خودکارآمدی بر تغییر رفتارهای خود مراقبتی تاکید دارد و به عنوان مهم‌ترین تعیین کننده رفتارهای خود مراقبتی در اشخاص مبتلا به COPD می‌باشد. تقویت خودکارآمدی در افراد مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه، میتواند نقش بسیار مؤثری بر کنترل بیماری، پیشگیری از عوارض احتمالی و کاهش هزینه‌های بستری و درمان و بهبود کیفیت زندگی افراد داشته باشد. از این رو برای بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران لازم است که خودکارآمدی آن‌ها قوی‌تر شده و افزایش یابد.

Reference:

1. Cicutto LC, Brooks D. Self-care approaches to managing chronic obstructive pulmonary disease: a provincial survey. *Respir Med* 2006; 100: 1540-6.
2. Kasper DL, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J et al. Harrison's principle of internal medicine. 17th Ed. New York: McGraw- Hill; 2008. P 2754.
3. Mirbagher N, Memarian R. The effects of rehabilitation techniques on the pulmonary function tests in moderate severity COPD patients. *Ofoogh-e-Danesh* 2009; 14: 19-26. (Persian)
4. Naqvi M. TV mortality in 18 provinces in 1380. Tehran: Tandis Publication; 2001. P 80. (Persian).
5. Smeltez S, Brenda G, Janice L, Kerry H. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin; 2009.
6. Amigo H, Erazo M, Oyarzún M, Bello S, Peruga A. Smoking and chronic obstructive pulmonary disease: attributable risk determination. *Revisits Medic de Chile* 2006; 134(10):1275-82.
7. Bartal M. COPD and tobacco smoke. *Monaldi Arch Chest Dis* 2005; 63(4):213-25.
8. Mohammad Hassani M, Farahani B, Zohhur A, Panahi Azar SH. The theory is based on the Orem self care in patients with coronary artery disease. *J Nurs Care* 2010; 3(2): 91-87. (Persian).
9. Connell M. Self care is hairpin indigent patient with heart failure. *Eur J Cardiovascular Nurs* 2008; 23(3):223-30.
10. Gary R. Self care practices in woman with diastolic heart failure. *Adv Clin Care* 2006; 35(1): 9-19.
11. Curtin E. Deterioration dietary habits among adults with hypertension. *Arch Intermed* 2008; 168(3): 308-14.
12. Cicutto L, Brooks D, Henderson K. Self care issues from the perspective of individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns* 2004; 55:168-76.

13. Catharine H, Megane A, Satish G. Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with type I Diabetes. *Psychosom Med* 2002; 64:43-51.
14. Aljaseem LI, Peyrot M, Wissow L, Rubin RR. The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2001; 27(3): 393-404.
15. Krichbaum K, Aarestad V, Bueth M. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. *Diabetes Educ* 2003; 29(4): 653-62.
16. Wigal JK, Creer TL, Kotses H. The COPD self-efficacy scale. *Chest* 1991; 99:1193-6.
17. Alberto J. Reliability and validity of the COPDSC: a tool that measures self-care behavior of persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Perspect Respir Nurs* 1993; 4(1): 3-4.
18. Bentsen SB, Rokne B, Larsen TW, Henriksen AH, Wahl AK. The Norwegian version of the chronic obstructive pulmonary disease self-efficacy scale (CSES): a validation and reliability Study. *Scand J Caring Sci* 2010; 24: 600-9.
19. Aalto AM, Uutela A, Aro AR. Health related quality of life among insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. *Patient Educ Counsel* 1997; 30(3): 215-25.
20. Chen SY, Sheu S, Chang CS, Wang TH, Huang MS. The Effects of the self efficacy method on adult asthmatic patient self-care behavior. *J Nurs Res* 2010; 18(4): 266-74.