

دانشور

پزشکی

بررسی ارتباط میان ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی با متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب

نویسندگان: نادر منیرپور^۱، شهربانو بخشی*^۲، زهره ریسی^۳، سعید صادقیان^۴، احمدعلی نوربالا^۵

۱. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، ایران
۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران
۳. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد، اصفهان، ایران
۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه قلب و عروق دانشکده پزشکی، تهران، ایران
۵. استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روان‌پزشکی (بیمارستان روزبه) دانشکده پزشکی، تهران، ایران

E-mail: Bakhshi_2010@yahoo.com

* نویسنده مسئول: شهربانو بخشی

چکیده

مقدمه و هدف: عدم متابعت از توصیه‌های درمانی، همواره مشکلی مهم و چندوجهی در حوزه سلامت محسوب می‌شده است. پژوهش حاضر به بررسی ارتباط ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی با متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب پرداخته است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری آن، شامل بیماران قلبی-عروقی است که طی سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۲ تحت جراحی بای پس یا مداخله غیرجراحی شریان کرونر از راه پوست و دارودرمانی قرار گرفته بودند. نمونه پژوهش، شامل ۱۵۸ بیمار قلبی بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای سنجش شامل مقیاس متابعت کلی و متابعت اختصاصی، پرسش-نامه‌های ادراک بیماری فرم کوتاه، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله بود. داده‌ها به روش همبستگی چندگانه و رگرسیون گام‌به‌گام تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان دادند که میان متابعت درمانی کلی با حمایت ادراک‌شده از فرد خاص ($P < 0/01$) و با حمایت ادراک‌شده از خانواده ($P < 0/05$) به ترتیب $0/20$ و $0/19$ رابطه معنادار وجود دارد؛ همچنین متابعت درمانی اختصاصی با مقابله مسئله‌دار $0/27$ و با مقابله هیجان‌مدار، $0/31$ - رابطه معنادار دارد ($P < 0/01$)؛ ولی میان متابعت درمانی اختصاصی با دیگر متغیرهای پژوهش، رابطه‌ای معنادار وجود ندارد؛ همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان دادند که حمایت اجتماعی، 16 درصد و راهبردهای مقابله 32 درصد از میزان متابعت درمانی افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب را پیش‌بینی می‌کنند ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: فهم بهتر نقش مؤثر راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی در متابعت درمانی برای بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب می‌تواند در افزایش متابعت درمانی آنان مفید واقع شود.

واژگان کلیدی: ادراک بیماری، راهبردهای مقابله، حمایت اجتماعی، متابعت درمانی، بیماری‌های عروق کرونر قلب

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - شماره ۱۰۸
دی ۱۳۹۲

دریافت: ۱۳۹۲/۷/۱۶
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۲/۹/۲۷
پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۲۷

مقدمه

متابعت^۱، مفهومی چندگانه است که دربرگیرنده تمام رفتارهایی است که مطابق با توصیه‌های بهداشتی متخصصان صورت می‌گیرد (۱) و میزان عمل کردن بیمار را به رفتارها یا درمان‌هایی که پزشک توصیه کرده‌است، نشان می‌دهد (۲). امروزه بیماری‌های قلبی-عروقی^۲ علت مرگ افراد بزرگسال در بسیاری از نقاط جهان به-شمار می‌روند که با توجه به میزان بالای شیوع بیماری‌های قلبی به‌ویژه بیماری کرونر قلبی (CAD)، بررسی عوامل مؤثر بر متابعت درمانی در این بیماران مورد توجه خاص قرار گرفته‌است (۳)؛ بر این اساس، ۳۰ تا ۷۰ درصد از بیماران، به‌طور کامل از توصیه‌های درمانی متابعت نمی‌کنند (۴)؛ علاوه بر این، بیش از ۸۰ درصد بیماران در پیگیری توصیه‌های مبتنی بر تغییر رفتار مانند ترک سیگار و رژیم غذایی، ناموفق هستند (۵)، عدم متابعت، پیامدهای ناخوشایند متعددی نیز دربردارد که توجه به آن را هرچه بیشتر ضروری می‌سازد. افراد با اجرائکردن دستورهایی که پزشک می‌دهد، درعمل، خطر ابتلا به مشکلاتی را که تا آن زمان گرفتارش نبوده‌اند، بیشتری می‌کنند یا به طولانی‌تر یا بدتر شدن عارضه‌ای که به آن مبتلا هستند، تن می‌دهند (۶).

هنگامی که افراد با یک بیماری تهدیدکننده نظیر بیماری قلبی، مواجه می‌شوند، شناخت یا روان‌سازهای از این بیماری در ذهن خود می‌سازند و ممکن است باورهایی باثبات درخصوص بیماری داشته باشند که [این باورها] می‌توانند به فهم بیماری و علائم آنها کمک کنند (۷). فردی که درکی درست از بیماری خود داشته باشد، می‌تواند به‌طور واقع‌بینانه و صحیح، علائم و نشانه‌ها و جنبه‌های بیماری خود را بفهمد و تصور کند بیماری وی قابل درمان و کنترل است و اینکه مدت آن متناوب بوده، میزان ناتوانی ناشی از آن و جدی بودن آن، زیاد نخواهد بود (۸).

از سوی دیگر مواجه شدن با استرس ناشی از بیماری قلبی، بسیار ناراحت‌کننده است و بیمار برای بازگشت به وضع نرمال پیشین یا برگشت به حالت تعادل گذشته، به استفاده از سبک‌ها یا راهبردهای مقابله‌ای^۳ ناچار می‌شود. بیماری عروق کرونر قلب، نظیر حمله قلبی^۴ و مداخلات درمانی آنها نظیر جراحی بای‌پس و ... نیز می‌توانند به‌عنوان عوامل استرس‌زا ظاهر شوند و در مقابل راهبردهای مقابله بیماران قلبی با استرس فعال شوند (۹).

از دیگر عواملی که به‌نظر می‌رسد با متابعت درمانی همبستگی داشته باشد، حمایت اجتماعی^۵ است. حمایت اجتماعی، ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی را دربرمی‌گیرد که شامل خانواده دوستان و فرد مهم در زندگی فرد است؛ به عبارت دیگر، حمایت اجتماعی به احساس پذیرش و مراقبت شدن توسط دیگران، مربوط می‌شود که افراد را از آثار مخرب استرس محفوظ می‌دارد (۱۰). پژوهشگران معتقدند افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی بهره‌مندند، بهتر قادر خواهند بود با رخداد های زندگی سازگاری کنند؛ درمقابل، آنهایی که از حمایت اجتماعی ضعیفی بهره‌مندند، بیشتر آسیب‌پذیر خواهند بود (۱۱)؛ بنابراین، بررسی تأثیر حمایت اجتماعی در متابعت درمانی بیماران قلبی-عروقی نیز حائز اهمیت به‌نظر می‌رسد.

با توجه به اهمیت مسائل مطرح شده و محدود بودن مطالعات انجام شده در زمینه مسائل روان‌شناختی که ممکن است با متابعت درمانی ارتباطی بسیار نزدیک داشته باشند و [وجود] خلأ پژوهشی در ایران در زمینه مطالعات قابل‌استناد در حوزه مسائل روان‌شناختی مرتبط با متابعت درمانی بیماران قلبی-عروقی، پژوهش حاضر به بررسی ارتباط میان ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی با متابعت درمانی در افراد مبتلا به

³ - Coping strategies

⁴ - Heart attack

⁵ - Social support

¹ - Adherence

² - Vascular-heart disease

بیماری‌های عروق کرونر قلب می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق در این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی^۱ است که به منظور بررسی ارتباط میان ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی با متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب انجام پذیرفته. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی بیماران قلبی-عروقی در دامنه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال بوده که طی زمستان ۱۳۹۱ و بهار ۱۳۹۲ به مرکز قلب تهران مراجعه کرده بودند و تحت عمل جراحی بای‌پس، فنر و نیز تحت دارودرمانی قرار گرفته بودند. نمونه شرکت کننده در این پژوهش، ۱۵۸ نفر از بیماران قلبی-عروقی در دامنه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال بودند. روش نمونه‌گیری در این تحقیق به صورت در دسترس بوده که طی آن از میان تمامی بیمارانی که طی مدت مطالعه در پنج بخش جراحی مرکز قلب تهران بستری بودند، افرادی که معیارهای ورود به مطالعه (تشخیص قطعی CAD، سپری شدن دست‌کم شش ماه از دوره بیماری، عدم وجود بیماری دیگر به جز CAD در زمان مطالعه مانند سکتة مغزی، بیماری مزمن انسدادی ریه و مشکلات حرکتی) و رضایت به شرکت در پژوهش را داشتند، انتخاب شده و سپس به‌طور تصادفی در گروه انتخابی، جایگزین شدند. ۱۵۸ بیمار بستری و ترخیص شده از مرکز قلب تهران در یک دوره شش ماهه (زمستان ۱۳۹۱ و بهار ۱۳۹۲)، پس از احراز شرایط ورود به مطالعه به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی انتخاب شدند و پس از توضیح اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش برگزیده شدند. اطلاعات دموگرافیک، پزشکی و کیفیت زندگی از طریق پرونده پزشکی، دفاتر پذیرش و ترخیص بخش و چک‌لیست محقق ساخته بررسی و جمع‌آوری شدند. شرکت کنندگان پژوهش، شامل ۸۷ نفر زن و ۷۱ نفر مرد بودند؛ ۸۶/۹ درصد از آنان متأهل بوده و میانگین سنی آنها برابر با

۵۲/۷ سال بود و میزان تحصیلات آنان نیز از بی‌سواد تا فوق‌لیسانس (با میانگین ۸/۹ کلاس) متغیر بود؛ در ادامه، تعداد ۱۵۸ پرسش‌نامه میان بیماران توزیع شد که پس از تکمیل، جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS-۲۰^۲ و به روش همبستگی و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. در این پژوهش، ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب به‌عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. در این پژوهش به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز از ابزارهای تحقیق، شامل چهار پرسش‌نامه به شرح زیر استفاده شده است:

هیز و همکاران در سال ۱۹۹۴، «پرسش‌نامه‌های مقیاس متابعت کلی^۳ و متابعت اختصاصی^۴» را به‌منظور سنجش میزان متابعت بیماران مزمن طراحی کردند (۱۲): مقیاس متابعت کلی، تمایل بیمار به متابعت از توصیه‌های پزشک را به‌طور کلی اندازه‌می‌گیرد و دارای پنج ماده است و همسانی درونی آن قابل قبول ($\alpha = 0.81$) گزارش شده است؛ متابعت اختصاصی، میزان متابعت از توصیه‌های ضروری ویژه یک بیماری را اندازه‌می‌گیرد؛ مقیاس متابعت اختصاصی ویژه بیماران قلبی، میزان متابعت بیماران قلبی را درخصوص توصیه‌های مبنی بر مصرف دارو و تغییر سبک زندگی می‌سنجد؛ این مقیاس، دارای ده ماده در مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای است و همسانی درونی به‌دست آمده برای آن در حد قابل قبول حاصل شده است؛ پایایی این دو مقیاس براساس همبستگی نمرات آزمون، آزمون مجدد با فاصله دو سال قابل قبول به‌دست آمده است (۱۳).

به‌منظور بررسی میزان حمایت اجتماعی از «پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک شده» استفاده شد که زیمنت و همکاران، این مقیاس را در سال ۱۹۸۸ برای ارزیابی ادراک آزمودنی از کفایت منابع حمایت اجتماعی، شامل خانواده، دوستان و فرد مهم در زندگی

² -Statistical Package for the Social Sciences

³ - General Adherence scale

⁴ - Specific Adherence scale

¹ - Cohesion

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره متابعت درمانی

در گروه‌ها

| متابعت درمانی | گروه | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد |
|-----------------------|------|-------|---------|------------------|
| متابعت درمانی کلی | PCI | ۴۹ | ۲۲.۱۲ | ۳.۷۳ |
| | CABG | ۵۹ | ۲۲.۸۸ | ۴.۱۴ |
| | دارو | ۵۰ | ۲۱.۱۸ | ۵.۳۵ |
| | کل | ۱۵۸ | ۲۲.۱۱ | ۴.۴۷ |
| متابعت درمانی اختصاصی | PCI | ۴۹ | ۳۵.۷۸ | ۵.۶۵ |
| | CABG | ۵۹ | ۴۵.۱۰ | ۶.۹۰ |
| | دارو | ۵۰ | ۳۱.۴۸ | ۴.۷۸ |
| | کل | ۱۵۸ | ۳۷.۹۰ | ۸.۲۸ |

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد نمره متابعت درمانی به تفکیک گروه‌ها در گروه نمونه ارائه شده است؛ همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تعداد کل نمونه‌ها ۱۵۸ نفر هستند و میانگین نمره کل متابعت درمانی کلی ۲۲/۱۱ است و همچنین در این گروه، نمره گروه PCI درمانی ۲۲/۱۲، گروه CABG درمانی ۲۲/۸۸ و گروه دارودرمانی ۲۱/۱۸ در گروه متابعت درمانی کلی است؛ همچنین میانگین نمره کل متابعت درمانی اختصاصی ۳۷/۹۰ است و همچنین در این گروه، نمره گروه PCI درمانی ۳۵/۷۸، گروه CABG درمانی ۴۵/۱۰ و گروه دارودرمانی ۳۱/۴۸ در گروه متابعت درمانی اختصاصی به دست آمده است که مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهند، میانگین‌های گروه متابعت درمانی اختصاصی نسبت به گروه متابعت درمانی کلی، بالاتر است.

به منظور بررسی ارتباط متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده و نتایج آزمون آماری در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

آزمودنی ساخته‌اند؛ این ابزار، نوعی مقیاس خودگزارشی دوازده گزینه‌ای است که شامل سه خرده‌آزمون می‌شود و هر خرده‌آزمون، دارای چهار گزینه است. آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ و پایایی از طریق بازآزمایی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (۱۴).

برای ارزیابی ادراک بیماری از «پرسش‌نامه ادراک بیماری فرم کوتاه» استفاده شد؛ این مقیاس، نسخه خلاصه شده مقیاس ادراک بیماری است که تمام ابعاد شناختی مطرح در نظریه خودنظم‌بخشی لونتال را پوشش می‌دهد که به منظور ارزیابی جنبه‌های شناختی بیماری ساخته شده است؛ آلفای کرونباخ مقیاس‌های این پرسش‌نامه از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴ [درصد] گزارش شده است (۱۵)؛ علاوه بر جامعیت و خلاصه بودن این مقیاس فراهم کردن امکان ارزیابی ادراک بیماری از شدت بیماری خود از جمله مزیت‌های آن است؛ هدف اصلی استفاده از این مقیاس، ارزیابی ادراک بیمار از شدت بیماری وی بوده است.

«پرسش‌نامه راهبردهای مقابله^۲» را بیلینگر و موس (۱۹۸۱) تدوین کرده‌اند و شامل نوزده جمله است؛ این پرسش‌نامه، دو شیوه مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار را می‌سنجد؛ اعتبارهای روانی درونی برای مقیاس‌های یاد شده از ۴۴ درصد تا ۸۰ درصد گزارش شده است؛ پورشهباز (۱۶)، پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از فرمول تصحیح اسپرمن براون ۷۸ درصد اعلام کرده است (۱۷).

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش در دامنه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال قرار داشتند و نمونه مورد بررسی، شامل سه گروه درمانی PCI و CABG و دارودرمانی بودند. جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمره متابعت درمانی را به تفکیک نشان می‌دهد.

^۱ - IPQ-short form

^۲ - Coping Response Index

جدول ۲. ماتریس ضریب همبستگی میان ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی با متابعت درمانی

| متغیرهای پژوهش | ادراک بیماری | حمایت ادراک شده از فرد خاص | حمایت ادراک شده از خانواده | حمایت ادراک شده از دوستان | مقابله مسئله مدار | مقابله هیجان مدار | مقابله اجتناب | متابعت درمانی کلی | متابعت درمانی اختصاصی |
|----------------------------|--------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------|---------------|-------------------|-----------------------|
| ادراک بیماری | ۱ | | | | | | | | |
| حمایت ادراک شده از فرد خاص | ۰/۱۳* | ۱ | | | | | | | |
| حمایت ادراک شده از خانواده | ۰/۱۸** | ۰/۱۴* | ۱ | | | | | | |
| حمایت ادراک شده از دوستان | ۰/۱۱* | ۰/۰۹ | ۰/۱۰ | ۱ | | | | | |
| مقابله مسئله مدار | ۰/۰۴ | ۰/۲۸** | ۰/۱۳* | ۰/۱۷** | ۱ | | | | |
| مقابله هیجان مدار | ۰/۰۹ | ۰/۱۲ | ۰/۰۳ | ۰/۱۱* | ۰/۲۳** | ۱ | | | |
| مقابله اجتناب | ۰/۱۲* | ۰/۱۴* | ۰/۱۰* | ۰/۱۸** | ۰/۱۹** | ۰/۳۳** | ۱ | | |
| متابعت درمانی کلی | ۰/۱۷* | ۰/۲۰** | ۰/۱۹* | ۰/۰۳ | ۰/۰۷ | -۰/۱۲ | -۰/۰۵ | ۱ | |
| متابعت درمانی اختصاصی | ۰/۰۳ | ۰/۱۵ | ۰/۰۷ | ۰/۰۸ | ۰/۲۷** | -۰/۳۱** | ۰/۰۸ | ۰/۲۹** | ۱ |

** $p < 0/01$

* $P < 0/05$

درمانی اختصاصی و کلی نیز به میزان ($r=0/29$) در سطح $P < 0/01$ رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد که میزان این رابطه‌ها در جدول ۲ قابل مشاهده است. در پژوهش حاضر برای به دست آوردن میزان و توان پیش‌بینی متغیر ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی میزان متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب، از رگرسیون به روش گام به گام استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های ۳ و ۴ ارائه شده‌اند:

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میان متابعت درمانی کلی با حمایت ادراک شده از فرد خاص به میزان همبستگی $r=0/20$ در سطح $P < 0/01$ و با حمایت ادراک شده از خانواده به میزان $r=0/20$ در سطح $P < 0/05$ ، رابطه‌ای مستقیم و معنادار وجود دارد ولی میان متابعت درمانی کلی با دیگر متغیرهای پژوهش، رابطه‌ای معنادار وجود ندارد؛ همچنین میان متابعت درمانی اختصاصی با مقابله مسئله مدار به میزان همبستگی $r=0/27$ در سطح $P < 0/01$ ، رابطه‌ای مستقیم و معنادار وجود دارد و با مقابله هیجان مدار به میزان $r=-0/31$ در سطح $P < 0/01$ ، رابطه منفی و معناداری دارد ولی میان متابعت درمانی اختصاصی با دیگر متغیرهای پژوهش، رابطه‌ای معنادار وجود ندارد و در ضمن، میان متابعت

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر میزان متابعت درمانی کلی

| مدل | متغیرها | میانگین مجذورات | درجه آزادی | F | خطای استاندارد برآورد | R | R ² | سطح معناداری |
|-------|------------------|-------------------|----------------|------|-----------------------|-------|----------------|--------------|
| گام ۱ | حمایت اجتماعی | ۹۷/۳۳ | ۱ | ۷/۴۸ | ۱۴/۹۱ | ۰/۴۰ | ۰/۱۶ | ۰/۰۴ |
| | شاخص آماری متغیر | ضریب غیراستاندارد | خطای استاندارد | Beta | خطای استاندارد | T | سطح معناداری | |
| | عامل ثابت | ۲۰۴/۱۷ | ۱۶/۱۹ | - | ۶/۳۴ | ۰/۰۰۱ | | |
| | حمایت اجتماعی | -۰/۱۷ | ۰/۳۳ | ۰/۱۴ | -۲/۰۶ | ۰/۰۴ | | |

پیش‌بینی می‌کنند ($R^2=0/16$). نتیجه تحلیل رگرسیون نشان‌داد که اثر متغیر حمایت اجتماعی بر نمره متابعت درمانی، مثبت و معنادار است ($\alpha=0/40$, $F=7/48$, $p \leq 0/05$).

نتایج تحلیل رگرسیون نشان‌داد که میزان متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب، رابطه‌ای مثبت و معنادار با حمایت اجتماعی دارد. حمایت اجتماعی در مجموع، ۱۶ درصد از میزان متابعت درمانی افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب را

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر میزان متابعت درمانی اختصاصی

| مدل | متغیرها | میانگین مجذورات | درجه آزادی | F | خطای استاندارد برآورد | R | R ² | سطح معناداری |
|-------|------------------|-------------------|----------------|------|-----------------------|------|----------------|--------------|
| گام ۱ | راهبردهای مقابله | ۸۲/۴۴ | ۱ | ۴/۲۹ | ۱۲/۶۴ | ۰/۵۷ | ۰/۳۲ | ۰/۰۲ |
| | شاخص آماری متغیر | ضریب غیراستاندارد | خطای استاندارد | Beta | خطای استاندارد | T | سطح معناداری | |
| | عامل ثابت | ۱۵۲/۴۸ | ۲۱/۱۲ | - | ۴/۷۵ | ۰/۰۱ | | |
| | راهبردهای مقابله | ۰/۲۱ | ۰/۵۱ | ۰/۲۶ | ۴/۴۴ | ۰/۰۲ | | |

($p \leq 0/05$, $df=1$, $F=$

بحث و نتیجه‌گیری

متابعت، عبارت‌است از میزان عمل کردن بیمار به رفتارها و درمان‌هایی که پزشک توصیه کرده‌است (۱۸). با توجه به اهمیت موضوع و خلأ پژوهشی موجود در این زمینه، در پژوهش حاضر به بررسی رابطه میان ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی با

نتایج تحلیل رگرسیون نشان‌داد که میزان متابعت درمانی اختصاصی در افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب، رابطه‌ای مثبت و معنادار با راهبردهای مقابله دارد. راهبردهای مقابله در مجموع، ۳۲ درصد از میزان متابعت درمانی افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب را پیش‌بینی می‌کنند ($R^2=0/32$). نتیجه تحلیل رگرسیون نشان‌داد که اثر متغیر حمایت اجتماعی بر نمره متابعت درمانی، مثبت و معنادار است ($\alpha=0/57$, $F=4/29$

پذیرش درمان و متابعت درمانی را تحت تأثیر منفی قرار دهند و حتی موجب بروز عوارض و پیامدهای منفی بیشتری شوند؛ بنابراین بیماری که انتظار و دیدی مثبت نسبت به درمان نداشته، احتمال بهبودی خود را بسیار ضعیف تلقی می‌کند، طبیعی به نظر می‌رسد که متابعت درمانی پایین‌تری را نیز نسبت به سایر بیماران که ادراکی مثبت از بیماری خود دارند، نشان دهد.

همچنین نتایج پژوهش *بارولتی و دلورفانو (۶)* نشان می‌داد بیماریانی که از بیماری کرونر قلبی رنج می‌برند در صورتی که سنی پایین‌تر داشته باشند، همسرشان در قید حیات باشد و از احترام و حمایت خانوادگی قابل‌قبولی بهره‌مند باشند، به میزان بیشتری نسبت به دیگران، متابعت درمانی نشان می‌دهند؛ به علاوه *گالیکسون، بارل، و سسی و همکاران (۱۹)* در راستای نتایج این پژوهش بیان کردند که میان متابعت درمانی و حمایت خانوادگی در بیماران قلبی و عروقی، ارتباطی معنادار وجود دارد؛ به عبارت ساده‌تر، بیماران قلبی و عروقی که محیط خانوادگی سالم و حمایت‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند، در پایبندی به اصول درمانی، دستورهای طبی و پیشگیری ثانویه بیماری، ۳۲ درصد بهتر از دیگران، ظاهر می‌شوند و در پژوهش حاضر نیز میزان همبستگی حمایت اجتماعی و متابعت درمانی، ۴۰ درصد گزارش شده است و حمایت اجتماعی، ۱۶ درصد از متابعت درمانی در بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب را پیش‌بینی می‌کند؛ در همین راستا نتایج مطالعه انجام شده *لین و همکاران (۱۸)* مؤید این موضوع است که میان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط بیمارانی که سابقه حملات و سکنه قلبی داشته‌اند، با میزان متابعت درمانی مشاهده شده در آنان، ارتباط معنادار ۳۴ درصدی وجود دارد.

حمایت اجتماعی به مراقبت، محبت، عزت، تسلی و کمکی که سایر افراد یا گروه‌ها به فرد ارزانی می‌دارند، گفته می‌شود؛ این حمایت را ممکن است منابعی گوناگون مانند همسر، نامزد، خانواده، اقوام، دوستان، همکاران، پزشک یا سازمان‌های اجتماعی به عمل آورند. حمایت

متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب پرداخته شده و نتایج در این پژوهش نشان دادند که میان متابعت درمانی کلی با حمایت ادراک شده از فرد خاص و با حمایت ادراک شده از خانواده، رابطه‌ای مستقیم و معنادار وجود دارد ولی میان متابعت درمانی کلی با دیگر متعیرهای پژوهش، رابطه‌ای معنادار وجود ندارد؛ همچنین میان متابعت درمانی اختصاصی با مقابله مسئله‌دار، رابطه‌ای مستقیم و معنادار وجود دارد و با مقابله هیجان‌مدار، رابطه‌ای منفی و معنادار دارد ولی میان متابعت درمانی اختصاصی با دیگر متعیرهای پژوهش نیز، رابطه‌ای معنادار به دست نیامد.

یافته‌های حاصل از این پژوهش با نتایج به دست آمده از مطالعات مشابه انجام شده در این زمینه همسوست. همخوان با مطالعه حاضر، *گولدینگ، فرز و برکز (۸)* در پژوهش خود در زمینه بررسی ادراک از بیماری و نقش آن در بیماری کرونر قلبی بیان کردند که ادراک بیماری در روند بیماری کرونر قلبی، تأثیری معنادار دارد به نحوی که بیماران دارای ادراک مثبت از بیماری‌شان، روند رو به بهبود بهتری را نسبت به سایر افرادی که ادراک منفی از بیماری خود دارند، نشان می‌دهند؛ در پژوهش حاضر، میزان این ارتباط ۱۷ درصد بود و در مطالعه *فرز و برکز (۸)* نیز ادراک بیماری ۲۸ درصد از روند رو به بهبود بیماری کرونر قلبی را پیش‌بینی می‌کرد. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت که تجربه بیماری قلبی و جذب اطلاعات از اطرافیان و پزشکان در خصوص این بیماری با استناد به نظریه شناختی بک می‌تواند در ایجاد انتظار عوارض بیشتر و به احتمال، انتظار بروز حملات قلبی دردناک و انتظار مرگ در این بیماران نقش داشته باشد و موجب تشکیل طرحواره‌های شناختی منفی در این بعد شود؛ همچنین احتمال دارد جذب اطلاعات طبی در خصوص بیماری کرونر قلبی و بستری شدن در بیمارستان، می‌تواند سبب تکوین طرحواره شناختی منفی در بیمار شود مبنی بر غیرقابل کنترل بودن حمله قلبی و همین‌طور درمان‌ناپذیری بیماری کرونر قلبی؛ این تفسیرهای منفی می‌تواند

روند بهبودی وی را تسریع کند.

همچنین همخوان با نتایج این پژوهش، دیویدنام، تانکاپان و سرما (۲۰) نیز در پژوهشی درباره جامعه بیماران کرونر قلب هندی در زمینه بررسی ارتباط سبک‌های مقابله‌ای و پایبندی به اصول درمانی، بیان کردند که بین پایبندی به درمان با راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار و عدم پایبندی به درمان با راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، همبستگی معنادار ۶۶ درصدی مشاهده شده است؛ این همبستگی در پژوهش حاضر، ۵۷ درصد مشاهده شده و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار، ۳۲ درصد از متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی را پیش‌بینی می‌کند؛ در همین راستا، روح‌افزا، طلایی، پورمقدس و همکاران (۲۱) در مطالعه خود با عنوان «بررسی رابطه میان حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به بیماری کرونر عروق قلب» بیان کردند که میان حمایت اجتماعی و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار، همبستگی مثبت معناداری دیده می‌شود؛ برعکس، همبستگی منفی معناداری نیز میان حمایت اجتماعی و راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار در بیماران مبتلا به بیماری کرونر عروق قلب گزارش می‌شود.

طبق ادبیات پژوهشی موجود، هرچه فرد، راهبرد مقابله مسئله‌مدار را بیشتر به‌کاربرد، از سلامت روانی بالاتر بهره‌مند می‌شود و نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی کمتری نشان‌خواهد داد و برعکس، هرچه فرد، راه‌حل مقابله هیجان‌مدار را بیشتر به‌کاربرد، از سلامت روان کمتری بهره‌مند است و آسیب جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بیشتری خواهد داشت؛ به‌این‌ترتیب، شیوه هیجان‌مداری، بیشتر بر علائم جسمانی و خلقی مؤثر است و شیوه مسئله‌مداری بیشتر بر تعامل‌های فردی و عملکرد اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد. در تبیین چرایی مشاهده این نتایج می‌توان بیان کرد که اگر افراد استرسور را قابل کنترل بدانند، بیشتر از مقابله متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند؛ درغیراین‌صورت به مقابله متمرکز بر هیجان روی می‌آورند؛ بیماران قلبی نیز

اجتماعی، میزان مشارکت افراد را در رفتارهای مبتنی بر پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بیمارانی که از حمایت خانواده برای شرکت در بازتوانی قلبی بهره‌مندند، از این برنامه، بیشتر تبعیت می‌کنند. پژوهشگران با استفاده از فرضیه‌های دورکیم کوشیده‌اند تا رابطه میان حمایت اجتماعی و سلامت را دریابند؛ استدلال آنها از این قرار است که اگر یگانگی اجتماعی، ضعیف باشد در این صورت، افراد از حمایت اجتماعی بی‌بهره‌اند و از همین رو، سلامتشان در خطر است؛ برعکس، حمایت اجتماعی زیاد، افراد را از بیماری در امان نگه می‌دارد. میزان بالای حمایت اجتماعی، موجب تشویق بیماران به برگزیدن شیوه‌های زندگی سالم‌تر می‌شود؛ برای نمونه، افراد بهره‌مند از حمایت اجتماعی زیاد، ممکن است احساس کنند چون دیگران به آنها اهمیت می‌دهند و به ایشان نیاز دارند، باید ورزش کنند، خوب بخورند و مراقب خود باشند و به دستورهای پزشک با هدف حفظ سلامتی و احساس مفید و ارزشمند بودن برای اطرافیان و افراد خانواده‌شان عمل کنند.

بر اساس فرضیه سپر نیز، حمایت اجتماعی از طریق محافظت فرد در برابر تأثیرهای منفی استرس زیاد، بر سلامت او مؤثر است؛ این نقش محافظتی، تنها زمانی که فرد به استرس شدید دچار باشد، کارایی دارد. در شرایط کم‌استرس، محافظتی ناچیز انجام می‌گیرد. فرضیه تأثیر مستقیم، از این حکایت می‌کند که صرف‌نظر از میزان استرس، حمایت اجتماعی در هر صورت برای سلامت، مفید است. تأثیرهای مستقیم از چندین راه، ممکن است عمل کنند؛ برای نمونه، افرادی که از حمایت‌های اجتماعی بسیاری بهره‌مندند، احساس تعلق و عزت‌نفس بیشتری دارند؛ نگرشی مثبت که چنین موقعیتی پدید می‌آورد، صرف‌نظر از میزان استرس، ممکن است برای فرد به‌طور نمونه، به‌وسیله مقاوم‌ساختن او در برابر بیماری، مفید باشد؛ درخصوص بیماران قلبی نیز، احساس تعلق به‌وجودآمده از حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند متابعت مؤثر درمانی را در فرد بیمار به‌همراه داشته باشد و

همبستگی است که نتیجه‌گیری علی درخصوص یافته‌ها را دشواری سازد؛ لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، رابطه و همبستگی متغیرهایی مانند سن، جنس، تعداد داروها، مدت زمان مصرف داروها، شدت درگیری عروق کرونر و تعداد آنها نیز درباره شرکت‌کنندگان، ارزیابی و گزارش شود؛ همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی مشابه با تحقیق حاضر ولیکن با ابزارها و روش‌های تحقیقی متفاوت و حتی در صورت فراهم شدن شرایط زمینه‌ای و آمادگی بیماران بستری این پژوهش با روش مداخله‌ای نیز روی بیماران صورت گیرد تا بتوان نتایج مطالعات مختلف را مقایسه کرده، به بهترین نتیجه ممکن دست یافت.

سپاسگزاری

این مطالعه پس از تأیید کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد و با حمایت علمی آن دانشگاه انجام شده و موضوع آن با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. این مقاله براساس نتایج پایان‌نامه سرکارخانم شهربانو بخشی برای اخذ مدرک کارشناسی-ارشد روان‌شناسی با عنوان «بررسی رابطه میان ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی با متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر قلب» نگاشته شده است.

بر خود لازم می‌دانیم از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری رساندند و همچنین شرکت‌کنندگان در پژوهش، سپاسگزاری کنیم.

منابع

- Zarani F, Besharat MA, Sadeghian S, Sarami Gh. The effectiveness of information motivation behavioral skills model in promoting adherence in CABG patients. *Journal of Health Psychology* 2010; 15(6): 828-37.
- Maeda U, Shen BJ, Schwaz ER, Farrell KA, Mallon S. Self-efficacy mediates the association of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *International Journal of Behavioral Medicine* 2013; 20(1): 88-96.
- Barefoot JC, Brummett BH, Williams RB, Siegler IC, Helms MJ. Recovery expectations and long-term prognosis of patients with coronary heart disease. *JAMA International Medicine* 2011; 171(10): 28-41.
- Belle AJ. Maintenance of health behavior change in preventive cardiology: Internalization and self-

به همین ترتیب با استرسوری بزرگ، مانند بیماری قلبی، مواجه هستند و در صورتی که بتوانند به صورت منطقی با بیماری خود برخورد کنند و به جای انکار مسئله یا بزرگ‌نمایی بیش از حد آن و تظاهرهای هیجانی بی‌مورد، بتوانند با استفاده از روش مقابله مسئله‌مدار، بر موضوع، متمرکز شوند، به یقین به درمان و دستورهای پزشک نیز به عنوان راه حل منطقی حل مسئله بیماری خود توجه کرده، متابعت درمانی قابل قبولی از خود نشان خواهند داد؛ برعکس این موضوع نیز، صادق خواهد بود، به طوری که بیمار قلبی که مسئله بیماری خودش را غیرقابل کنترل و حل‌نشده تصور کند، یا بیماری خود را به کلی انکاری کند و به طور متقابل به دستورهای پزشکی، بی‌تفاوت خواهد بود یا با بیش از حد بزرگ و غیرقابل درمان دانستن استرس بیماری خود، درمان را بی‌فایده و بدون نتیجه شمرده، با تکیه بر روش مقابله‌ای هیجان‌مدار، متابعت درمانی بسیار پایینی خواهد داشت.

در انتها نیز باید خاطر نشان کرد که این پژوهش نیز، همانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی داشته است که به دلیل محدودیت‌های این پژوهش، درخصوص تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و جوامع باید جانب احتیاط را رعایت کرد زیرا جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران بستری در پنج بخش جراحی قلب بیمارستان تهران، طی زمان انجام پژوهش بوده است و ناتوانی پژوهشگر در کنترل سایر علل، نظیر میزان ویژگی‌های شخصیتی، روان‌شناختی و وضعیت خانوادگی، باعث شده است که نتوان این نتایج را به صورت مستقل تفسیر کرد؛ همچنین این پژوهش از نوع مطالعات

- regulation of new behaviors. *Behavioral Modification* 2003; 27(1): 103-131.
- Low CA, Thurston RC, Matthews KA. Psychological factors in the development of heart disease in women: current research and future directions. *Journal of Biobehavioral Medicine* 2010; 72(9): 842-54.
- Baroletti S, Dell'Orfano H. Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation* 2010; 121: 1455-58.
- Zafar MU, Paz-Yepez M, Shimbo D, Vilahur G. Anxiety is better predictor platelet reactivity in coronary artery disease patients than depression. *European Heart Journal* 2010; 31(3): 1573-82.
- Goulding L, Furze G, Birks Y. Randomized controlled trials of interventions to change maladaptive illness beliefs in people with coronary heart disease: systematic

- review. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66(5): 946-61.
9. Moser DK, McKinley Sh, Riegel B, Doering LV, Pelter M. Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease. *Journal of Biobehavioral Medicine* 2011; 73(9): 803-9.
 10. Barth J, Schneider S, Kanel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Biobehavioral Medicine* 2010; 72(3): 229-38.
 11. Steca P, Greco A, Monzani D, Politi A, Gestra R. How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychology Health* 2013; 28(7): 765-83.
 12. Dunber-Jacob J, Mortimer-Stephens MK. Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54(12): 57-60.
 13. MoriskyDE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of Clinical Hypertension* 2008; 10(5): 348-54.
 14. Timmerman GH, Zurrveen ES, Emmelkamp PM. The social support inventory: a brief scale to assess perceived adequacy of social support. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2000; 7(5): 401-10.
 15. Broadbent E, Petric KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 60(6): 631-7.
 16. Pourshahbaz A. Relationship between rates of life events stresses investigation with personality type in Leukemia patients. MA Thesis. Psychiatry institute of Tehran; 1372.
 17. Ghadamgahi J. social relationship quality and stress rate in heart coronary patients. MA Thesis. Psychiatry institute of Tehran; 1376.
 18. Lin EH, Korff MV, Ciechanowski P, Peterson D. Self-Efficacy Mediates the Associations of Social Support and Depression with Treatment Adherence in Heart Failure Patients. *Annals of Family Medicine* 2012; 10(1): 6-14.
 19. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss Kurt S. Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy versus Standard Treatment to Prevent Recurrent Cardiovascular Events in Patients with Coronary Heart Disease. *JAMA International Medicine* 2011; 171(2): 134-40.
 20. Daivadanam M, Thankappan KR, Sarma PS. Catastrophic health expenditure & coping strategies associated with acute coronary syndrome in Kerala, India. *Indian Journal of Medical Research* 2012; 136(4): 585-92.
 21. Roohafza H, Talaei M, Pourmoghaddas Z, Rajabi F, Sadeghi M. Association of social support and coping strategies with acute coronary syndrome: A case-control study. *Journal of Cardiology* 2012; 59(2): 154-9.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
21st year, No. 108
December 2013,
January 2014*

Received: 2013/10/08

Last revised: 2013/12/18

Accepted: 2013/12/18

Relationship between disease perception, coping strategies, and social support with adherence to treatment among patients with cardiovascular diseases

Nader Monirpour¹, Shahrbanoo Bakhshi², Zohreh Raeisi³, Saeed Sadeghian⁴, Ahmadali Nourbaha⁵

1. Department of Clinical Psychology, Azad Islamic University, Qom Branch, Qom, Iran.
2. Department of Humanitarian Sciences, Azad Islamic University, Najafabad Branch, Isfahan, Iran.
3. Department of Clinical Psychology, Azad Islamic University, Najafabad Branch, Isfahan, Iran.
4. School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Psychiatrics, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: Bakhshi_2010@yahoo.com

Abstract

Background and objective: Not adhering to treatment advices has always been considered as an important and multidimensional problem in health field. Present study aimed to investigate the relationship between disease perception, coping strategies and social support with adherence to treatment among patients with cardiovascular diseases.

Materials and Methods: In this research study, a correlational method was used. Its statistical society included the cardiovascular patients in 2013 that had been under coronary artery bypass graft and percutaneous coronary intervention surgeries and pharmacotherapy. Research sample included 158 cardiovascular patients that were chosen through access sampling method. Measurement instruments included the scale of general adherence and special adherence, short form of disease perception, social support and coping strategies questionnaires. Data were analyzed by multiple correlation and step by step regression methods.

Results: The results showed that there was in order 0.20 and 0.19 significant relationship between general adherence to treatment with perceived support from special individual ($p<0.01$) and perceived support from family ($p<0.05$). Also, there was a 0.27 significant relationship between problems concentrated coping strategy and a -0.31 significant relationship between emotion concentrated coping strategy with specialized adherence to treatment ($p<0.01$), but there was no significant relationship between specialized adherence to treatment with other research variables ($p>0.05$). Moreover, results of regression analysis showed that social support (16%) and coping strategies (32%) predict adherence to treatment among cardiovascular patients ($p<0.01$).

Conclusion: More understanding of effective role of coping strategies and social support in adherence to treatment among cardiovascular patients is required for increasing their adherence to treatment.

Key words: Disease perception, Coping strategies, Social support, Adherence to treatment, Cardiovascular patients.