Iranian Journal of Health Education and Health Promotion
www.journal.ihepsa.ir
Original Article

The Role of Psychological Factors on the Psychological and Social Adjustment Through the Mediation of Ischemic Heart Disease Hypertension

Sara Sahranavard [1,4], Hasan Ahadi [2], Mohammad Hosein Taghdisi[3], Tooba Kazemi[1], Addis Krasekian[2]

1. Cardiovascular Diseases Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
2. Dept. of Psychology, Faculty of Health Psychology, KIUA, Karaj, Iran
3. Dept. of Health Education and Health Promotion, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Social Determinants of Health Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran

Article Information

Article History:
Received: 2016/10/09
Accepted: 2017/08/27
Available online: 2017/08/24

IJHEHP 2017; 5(2):139-146

DOI:
10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.139

Corresponding Author:
Sara Sahranavard
Cardiovascular Diseases Research Center, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran
Tel: +989359789855
Email:
sahranavard_sara@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Ischemic heart disease is a psycho-physiological problem. There are several biological and psychological factors that affect the incidence and severity of hypertension. The present study was aimed to the role of psychological and social factors mediating effect of physical factors is the compatibility of ischemic heart disease.

Methods: In this descriptive-correlated study ,The study population included over - 30 - adult pation with Ischemic heart disease who referred to health center in khorasan jonobi. Through convenience sampling 310 persons were selected as samples of the study. health locus of control and social perception of mental illness and cope were used to gather the data. To analyze the data Structural equation modeling (SEM) Amos18 was done by software was used.

Results: There was a significant negative correlation between blood pressure and psychosocial adjustment there (0/05>*P*, B= -0/17). Between psychological factors and psychological and social adjustment there is a significant positive relationship. (0/05>*P*, B= -0/95). BP relationship between psychological factors mediate the relationship compatibility. (0/05>P)

Conclusion: Health locus of control and perception of a significant relationship with psychological and social adjustment, and also a significant relationship between blood pressure and psychological and social adjustment there. As well as psychological factors mediating effect of blood pressure on the compatibility of ischemic heart disease are associated and severity of the impact of -0/05 respectively.

KeyWords: Health Locus of Control, Illness Perception, Social Psychological Adjustment, Blood Pressure

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to Cite This Article:

Sahranavard S, Ahadi H, Taghdisi M H, kazemi T, kraskian A. The Role of Psychological Factors on The Psychological and Social Adjustment Through The Mediation of Ischemic Heart Disease Hypertension. Iran J Health Educ Health Promot. 2017; 5(2):139-146.

Sahranavard, S., Ahadi, H., Taghdisi, M.H., kazemi, T. & kraskian, A. (2017). The Role of Psychological Factors on The Psychological and Social Adjustment Through the Mediation of Ischemic Heart Disease Hypertension. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5(2):139-146.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.139]

فصلنامهٔ علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
تابستان ۱۳۹۶
2017;5(2): 139-146
www.journal.ihepsa.ir
مقالهٔ پژوهشی

نقش عوامل روانی بر سازگاری روانی و اجتماعی بیماران ایسکمی قلبی با واسطه‌گری فشارخون

سارا صحرانورد[۱،۴]، حسن احدی[۲]، محمد حسین تقدیسی[۳]، طوبی کاظمی[۱]، ادیس کراسکیان[۲]

۱. مرکز تحقیقات بیماری‌های قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، کرج، ایران
۳. گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچهٔ مقاله
دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۱۸
پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۰۵
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۶/۰۲

IJHEHP 2017; 5(2):139-146

نویسندهٔ مسئول:
سارا صحرانورد
مرکز تحقیقات بیماری‌های قلب و عروق،
دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
تلفن: ۰۹۳۵۹۷۸۹۸۵۵
پست الکترونیک:
sahranavard_sara@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری ایسکمی قلبی یک اختلال روانی فیزیولوژیک است که علاوه بر عوامل زیستی و خطرساز جسمی به‌عنوان فرایند فیزیوپاتولوژیک، عوامل روان‌شناختی و اجتماعی هم در بروز و تشدید آن نقش بسزایی دارد. به همین منظور هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش عوامل روانی و اجتماعی با واسطه‌گری عوامل جسمی در سازگاری بیماران ایسکمی قلبی است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعهٔ پژوهش بیماران بزرگ‌سال بالای ۳۰ سال بودند که تشخیص ایسکمی را از پزشک معتمد دریافت کرده و به مراکز درمانی استان خراسان جنوبی مراجعه کرده بودند و به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس با حجم ۳۱۰ نفر بررسی شدند. ابزار استفاده شده پرسش‌نامهٔ منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری و سازگای روانی و اجتماعی بود. روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM)، با نرم‌افزار Amos-۱۸ انجام شد.

یافته‌ها: بین فشارخون و سازگاری روانی اجتماعی رابطهٔ منفی معنادار (B=-۰/۱۷،P<۰/۰۵) و بین عوامل روانی و سازگاری روانی و اجتماعی رابطهٔ مثبت معناداری وجود دارد (B=-۰/۹۵؛ P<۰/۰۵). بین عوامل روانی با سازگاری با میانجیگری فشارخون رابطهٔ معنادار وجود دارد (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری رابطهٔ معناداری با سازگاری روانی و اجتماعی دارند و همچنین بین فشارخون و سازگاری روانی و اجتماعی رابطهٔ معناداری وجود دارد. همچنین عوامل روانی با واسطه‌گری عوامل فشارخون بر سازگاری بیماری ایسکمی قلبی رابطهٔ معناداری دارد و شدت این تأثیر برابر ۰/۰۵- است.

کلمات کلیدی: منبع کنترل سلامت، ادراک بیماری، سازگاری روانی اجتماعی، فشار خون

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفادهٔ علمی از این مقاله برای مجلهٔ آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

مقدمه

بیماری‌های مزمن آمار ۶۰ درصد از کل مرگ‌ها را در سراسر جهان به خود اختصاص داده است (۱) و شیوع این بیماری‌ها در تمام مناطق و تمام طبقات اقتصادی ـ اجتماعی دیده می‌شود. از بین بیماری‌های قلبی، بیماری ایسکمیک قلب، اصلی‌ترین علت مرگ‌ومیر در جهان (۲) و یکی از ۴ اولویت کنترل بیماری‌های غیرقابل انتقال سازمان جهانی بهداشت است (۳). عوامل خطرساز بیماری عروق کرونر قلب را می‌توان در سه گروه زیستی، روانی و اجتماعی قرار داد. متخصصان قلب‌وعروق، عوامل جسمانی شناخته شده‌ای را با بروز بیماری عروق مرتبط می‌دانند. از جمله این عوامل می‌توان به فشارخون بالا، سطح بالای کلسترول مضر، بیماری دیابت، چاقی و وراثت، چربی‌های خون و مصرف سیگار اشاره کرد که اینها جزو عوامل خطرساز قابل تعدیل و اصلاح هستند (۴،۵). با وجود این، شواهد حاکی از آن است که این موارد حداکثر ۵۰ درصد از بروز این بیماری را پیش‌بینی می‌کنند و عوامل جسمانی فوق به‌تنهایی قادر به تبیین بروز و نیز تداوم بیماری کرونر قلب نیستند. امروزه مدتی است که پژوهش دربارهٔ این بیماری متوجه عوامل روان‌شناختی شده است (۶). مفاهیم روانی متعددی در بیماران قلبی به بحث گذاشته شده است. از بین فاکتورهای بحث‌شده، امروزه توجه زیادی به مفهوم سازگاری روانی اجتماعی، منبع کنترل سلامت، ادراک بیماری در بیماران

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.139]

قلبی به‌ویژه بیماران ایسکمی قلبی شده است (۷). سازگاری با بیماری، فرایند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و جهان، علی‌رغم داشتن مشکلات جسمی است. سازگاری ضعیف با بیماری با استفادهٔ بیشتر از خدمات و پیامدهای ضعیف سلامت ارتباط دارد (۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سازگاری ضعیف با بیماری، میزان بهبودی را نیز کاهش می‌دهد (۹).

از دیگر فاکتورهای روانی در سازگاری بیماران ایسکمی قلبی، منبع کنترل سلامت است. منبعِ کنترل سلامت، مفهومی در روان‌شناسی است که طبق آن، ادراکات بیمار دربارهٔ کنترل سه بعد متمایز دارد: مکان کنترل درونی یا درجه‌ای که بیمار درک می‌کند؛ وضعیت سلامتی و نیز پیامدهای مرتبط با سلامتی او که به رفتار خود او وابسته است؛ مکان کنترل شانس، درجه‌ای که بیمار فرض می‌کند سلامتی و پیامدهای سلامتی او نتیجهٔ رخدادهای تصادفی یا شانس است (۱).

کنترل سلامت، در امیدواری و پیشگیری از بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نقش دارد (۱۰). منبع کنترل درونی سلامت، باعث احساس کنترل می‌شود و استرس افراد را کاهش می‌دهد. بیمارانی که باور دارند می‌توانند در کنترل و پیشگیری از بیماریشان نقش داشته باشند؛ به رفتارهایی مثل دعا و رازونیاز کردن، تغییر برنامهٔ غذایی، ورزش و تعامل اجتماعی روی می‌آورند تا شانس زنده ماندن و کیفیت زندگی خود را بهبود دهند (۱۱). پژوهش Aflakseir و ZarrinPour (۱۲) تأییدکنندهٔ ارتباط میان کانون کنترل سلامت و پیروی از رژیم درمانی بوده است. تحقیقات متعددی گویای این مطلب است که زمانی‌که بیماران مزمن حمایت اجتماعی مناسبی دریافت کنند، سازگاری بهتری با شرایط خواهند داشت. حمایت اجتماعی به‌عنوان احساس ذهنی دربارهٔ تعلق، پذیرش، دوست داشته شدن و دریافت کمک در شرایط نیاز، مطرح شده است (۱۴).

از دیگر متغیرهایی که بر ارتقای سازگاری روانی ـ اجتماعی در بیماری قلبی اثر دارد، درک از بیماری است. منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان‌یافته بیمار از بیماری خود و باور بیمار از جنبه‌های مختلف وضعیت جدید وی است (۱۵). Parsamehr و همکاران (۱۳۹۳) تحقیقی با عنوان ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی بای پس کرونر انجام داده و به این نتیجه رسیدند که رابطهٔ معنی‌داری بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی وجود دارد. به‌عبارت دیگر، ادراک بیماری در بیماران مبتلا به بیماری قلبی تأثیر معنی‌داری بر پیامدهای بیماری و کیفیت زندگی بیماران پس از درمان دارد (۱۶).

به‌طور کلی می‌توان عوامل خطرساز بیماری عروق کرونر قلب را در سه گروه زیستی، روانی قرار داد. هدف از این پژوهش پاسخ به این سؤال‌ها بود که سهم عامل خطرساز خصوصاً عوامل روان‌شناسی در سازگاری روانی ـ اجتماعی در بیماری عروق کرونر قلب به چه میزان است؟ عوامل روان‌شناسی به چه طریقی بر این بیماری اثر می‌گذارد؟ برای پاسخ به این سؤال‌ها مدل‌های مفهومی وجود دارد که می‌توان به مدل آدلر و ماتیوس (۱۹۹۴) اشاره کرد. یکی از مزیت‌های این مدل استفاده از متغیرهای روان‌شناسی و فیزیولوژیکی است. هدف این پژوهش مطالعهٔ نقش منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری با واسطه‌گری فشارخون بر سازگاری روانی اجتماعی بیماران قلبی بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعهٔ توصیفی همبستگی بود و جامعهٔ پژوهش افرادِ دارایِ ایسکمی قلبی مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی بودند. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری در دسترس بود که حجم نمونه ۳۱۰ نفر به‌دست آمد.

از ۳ ابزار در این پژوهش استفاده شد: ۱. پرسش‌نامهٔ ادارک بیماری؛ ۲. پرسش‌نامهٔ منبع کنترل سلامت ۳. پرسش‌نامهٔ سازگاری روانی و اجتماعی.

پرسش‌نامهٔ ادراک بیماری، پرسش‌نامهٔ کوتاه‌شدهٔ مقیاس ادراک بیماری ۹ خرده‌مقیاس دارد که Broad benet و همکاران براساس فرم تجدیدنظرشدهٔ همین پرسش‌نامه طراحی کرده‌اند. همهٔ خرده‌مقیاس‌ها (به‌جز سؤال مربوط به علیّت) در مقیاس درجه‌بندی از ۱ تا ۱۰ پاسخ داده می‌شوند. هر خرده‌مقیاس یک مؤلفهٔ ادراک از بیماری را می‌سنجد. ۵ خرده‌مقیاس واکنش شناختی به بیماری را سنجش می‌کند. ضریب پایایی این پرسش‌نامه به‌روش بازآزمایی برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها از R=۰/۴۸ (قابلیت فهم بیماری) تا R=۰/۷۰ (پیامدها) بود. برای تعیین ضریب روایی خرده‌مقیاس کنترل شخصی از پرسش‌نامهٔ خود اثربخشی، ویژهٔ بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد. (R=۰/۶۱. P<۰/۰۱). باقریان و همکاران نسخهٔ فارسی این مقیاس را تهیه کردند. آلفای کرونباخ نسخهٔ فارسی۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخهٔ فارسی R-IPQ ۰/۷۱ است.

پرسش‌نامهٔ منبع کنترل سلامت را والستون و همکاران در سال ۱۹۷۸، به‌منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد تنظیم کردند. این موضوع که شخصی دارای محور کنترل سلامتی (منبع کنترل سلامت) از نوع درونی یا بیرونی باشد، براساس مجموعه‌ای از مشخصات است. این مشخصات و ویژگی‌ها به‌صورت مقیاس‌بندی‌شده وجود دارد و به تعیین نوع محور کنترل سلامتی در افراد می‌پردازد. ابتدا مقیاس‌های تک‌بعدی در زمینهٔ سنجش نوع

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.139]

کنترل را والستون و همکاران طراحی کردند. این محققان یک مقیاس سه‌گزینه‌ای با معیار هشت‌گانهٔ لیکرت برای اندازه‌گیری عمومی محور کنترل سلامتی ارائه دادند؛ سپس به ترکیب مقیاس تک‌بعدی HLC و IPC پرداختند و مقیاس چندبعدی MHLC را ایجاد کردند. مقیاسMHLC سه مؤلفه با معیار شش‌گانهٔ لیکرت و مخفف کلمات زیر دارد: سلامت درونی؛ سلامت مربوط به افراد مؤثر؛ سلامت مربوط به شانس. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است.

پرسش‌نامهٔ سازگاری روانی و اجتماعی، مقیاس سازگاری روانی ـ اجتماعی نسبت به بیماری (PAIS) ۴۶ سؤال دارد که در یک مقیاس ۴ درجه‌ای ۰ تا ۳ شامل ۷ حوزهٔ جهت‌گیری مراقبت بهداشتی، محیط شغلی، محیط خانه، روابط جنسی، گسترهٔ روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روانشناختی است (دروگتیس و دروگتیس،۱۹۹۰). در مطالعهٔ اصلی پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای هریک از زیر مقیاس‌های ذکر شده به‌ترتیب ۴۷٪-۷۶٪-۷۷٪-۶۲٪-۸۳٪-۸۰٪-۸۵٪ و پایایی بین ارزیابان در بیماران مبتلا به سرطان سینه به‌ترتیب ۷۴٪-۶۸٪-۶۱٪-۸۶٪-۵۶٪-۸۲٪-۸۴٪ گزارش شده است. روایی سازهٔ این مقیاس با استفاده از تحلیلِ عاملی اکتشافی، به‌روش چرخشی واریکاکس حاکی از آن بود که این ۷ مؤلفه در مجموع ۶۳٪ و هر یک از زیر مقیاس‌ها به‌ترتیب ۱۸٪-۱۰٪-۹٪-۸٪-۷٪-۷٪-۵٪ از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. مدل‌یابی معادلات ساختاری یک تکنیک چندمتغیری بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چندمتغیری است که به پژوهشگر امکان می‌دهد مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به‌صورت هم‌زمان بیازماید. دو مؤلفه اصلی این مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری است. به همین دلیل تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری مستلزم گذر از دو مرحله است: بررسی مدل اندازه‌گیری از تحلیل عاملی تأییدی و تحلیل مدل ساختاری. با توجه به اینکه اغلب پژوهشگران توصیه می‌کنند، ارزیابی مدل اندازه‌گیری باید قبل از مدل ساختاری انجام شود، در این پژوهش، مراحل به‌ترتیب معمول انجام شده است.

به‌منظور توصیف داده‌های مذکور و بررسی فرضیه از نرم افزار SPSS، نسخهٔ ۲۲ و نرم‌افزار Amos استفاده شد.

معیارهای انتخاب:

۱. طبق تعریف بیمار دارای ایسکمی قلبی باشد.
۲. سن بیشتر از ۳۰ سال داشته باشد.
۳. تحت درمان‌های رایج در رابطه با ایسکمی قلبی باشد.
۴. تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشد.

معیارهای خروج:

۱. داشتن بیماری‌های روان‌پزشکی عمده
۲. داشتن دیگر مشکلات قلبی به‌جز ایسکمی
۳. ابتلا به بیماری‌های طبی تهدیدکنندهٔ حیات
۴. نارضایتی بیمار از شرکت در مطالعه

براساس مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (بخش درمان) تعداد کلینیک‌ها و مطب‌های درمانی قلب (۵ مطب) است. با مراجعه به این مطب‌ها و گفتگو با پزشک مربوطه، تحقیق مدنظر مطرح شد و تأییدیهٔ وی مبنی بر انجام کار گرفته شد. به‌دلیل زیاد بودن پرسش‌نامه‌ها (۴ پرسش‌نامه) و جلوگیری از کاهش روایی پژوهش، کار در دو بخش اجرا شد. در اولین جلسه پس از صحبت‌های اولیه و آرام و راحت شدن بیمار، هدف تحقیق و فرایند آن (۲ جلسه اجرای پرسش‌نامه) توضیح داده شد، و در ادامه اطلاعات جمعیت‌شناختی از وی گرفته شد که شامل سن، جنس، سطح سواد و درآمد و غیره است. کار با امضای رضایت‌نامه از سوی بیمار شروع و در ادامه پرسش‌نامه‌های مدنظر به آرامی و با دقت برای بیمار خوانده و او گزینهٔ مدنظرش را انتخاب کرد. فرایند هر جلسه بسته به سطح سواد و سن بیمار حدود ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه به طول می‌انجامید. جلسهٔ دوم، دو روز پس از اولین جلسه با هماهنگی قبلی با بیمار برگزار شد. در این زمان پرسش‌نامه‌های باقی‌مانده (۲ پرسش‌نامه) اجرا شد. شایان ذکر است که طول مدت پر کردن پرسش‌نامه‌ها از آبان ماه ۱۳۹۴ آغاز و در تیر ۱۳۹۵ خاتمه یافت. همچنین جلسات حضور در هر مطب یک روز در هفته بود.

ابزار پژوهش:

در این پژوهش از ۳ ابزار استفاده شد: ۱. پرسش‌نامهٔ منبع کنترل سلامت؛ ۲. سازگاری روانی اجتماعی؛ ۳. ادراک بیماری.

اولین پرسش‌نامهٔ منبع کنترل سلامت است. مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت در سال ۱۹۷۸ توسط والستون و همکاران به‌منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساخته شد. مقیاس‌های تک‌بعدی در زمینهٔ سنجش نوع کنترل ابتدا از سوی والستون و همکاران طراحی شد. این محققان یک مقیاس سه گزینه‌ای با معیار هشتگانه لیکرت برای اندازه‌گیری عمومی محور کنترل سلامتی ارائه دادند. سپس به ترکیب مقیاس تک‌بعدی HLC و IPC پرداختند و مقیاس چندبعدی MHLC را ایجاد کردند. مقیاسMHLC شامل ۳ مؤلفه با معیار شش‌گانه لیکرت و مخفف کلمات زیر است: سلامت درونی؛ سلامت مربوط به افراد مؤثر؛ سلامت مربوط به شانس. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای از کاملا مخالف (۱) تا کاملا موافقم (۲) میزان

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.139]

موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت آن بیان کند. پرسش‌نامهٔ بعدی ادراک بیماری است. پرسش‌نامهٔ کوتاه‌شده مقیاس ادراک بیماری (brief-illness perception questionnaire) دارای ۹ خرده‌مقیاس است که از سوی Broad benet و همکاران براساس فرم تجدیدنظرشدهٔ همین پرسش‌نامه طراحی شده است. همهٔ خرده‌مقیاس‌ها (به‌جز سؤال مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه‌بندی از ۱ تا ۱۰ پاسخ داده می‌شوند. هر خرده‌مقیاس یک مؤلفهٔ ادراک از بیماری را می‌سنجد. ۵ خرده‌مقیاس واکنش شناختی به بیماری را می‌سنجد. ضریب پایایی این پرسش‌نامه به‌روش بازآزمایی برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها از R=۰/۴۸ (قابلیت فهم بیماری) تا R =۰/۷۰ (پیامدها) بود. برای تعیین ضریب روایی خرده‌مقیاس کنترل شخصی از پرسش‌نامهٔ خود اثربخشی ویژهٔ بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد (P<۰/۰۱ ،R=۰/۶۱). باقریان و همکاران نسخهٔ فارسی این مقیاس را تهیه کردند. آلفای کرونباخ نسخهٔ فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخهٔ فارسی R-IPQ ۰/۷۱ است. پرسش‌نامهٔ سازگاری روانی و اجتماعی، مقیاس سازگاری روانی اجتماعی نسبت به بیماری (PAIS) شامل ۴۶ سؤال است که در یک مقیاس ۴ درجه‌ای ۰ تا ۳، شامل ۷ حوزهٔ جهت‌گیری مراقبت بهداشتی، محیط شغلی، محیط خانه، روابط جنسی، گسترهٔ روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی است (دروگتیس و دروگتیس، ۱۹۹۰). در مطالعهٔ اصلی پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای هریک از زیر مقیاس‌های ذکرشده به‌ترتیب ۴۷٪-۷۶٪-۷۷٪-۶۲٪-۸۳٪-۸۰٪-۸۵٪ و پایایی بین ارزیابان در بیماران مبتلا به سرطان سینه به‌ترتیب ۷۴٪-۶۸٪-۶۱٪-۸۶٪-۵۶٪-۸۲٪-۸۴٪ از گزارش شده است. روایی سازهٔ این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به‌روش چرخشی واریکاکس حاکی از آن بود که این ۷ مؤلفه در مجموع ۶۳٪ و هریک از زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب ۱۸٪-۱۰٪-۹٪-۸٪-۷٪-۷٪-۵٪ از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. مدل‌یابی معادلات ساختاری یک تکنیک تحلیل چندمتغیری بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چند متغیری است که به پژوهشگران امکان می‌دهد مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به‌صورت هم‌زمان مورد آزمون قرار دهند. دو مؤلفهٔ اصلی این روش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری است. به همین دلیل، این تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری مستلزم گذر از دو مرحله است: بررسی مدل اندازه‌گیری از طریق تحلیل عاملی تأییدی و تحلیل مدل ساختاری از طریق تحلیل مسیر. با توجه به اینکه اغلب پژوهشگران توصیه می‌کنند، ارزیابی مدل اندازه‌گیری باید قبل از مدل ساختاری صورت گیرد. به همین دلیل، این مراحل در این پژوهش به‌ترتیب معمول انجام شده است.

یافته‌ها

فرضیهٔ۱: عوامل روانی با واسطه‌گری فشارخون بر سازگاری بیماران ایسکمی قلبی رابطه دارد.

فرضیهٔ فوق به بررسی نقش متغیر میانجی فشارخون در رابطه بین عوامل روانی با عوامل سازگاری بیماران ایسکمی قلبی پرداخته است. به‌عبارتی رابطهٔ غیرمستقیم عوامل روانی با عوامل سازگاری بررسی می‌شود. برای بررسی اثر غیرمستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته ضرورت دارد تا ابتدا شروط ۱و۲ برقرار باشد. شرط اوّل این است که معناداری رابطهٔ بین متغیّر مستقل و واسط تأیید شود و شرط دوم نیز تأیید معناداری رابطهٔ بین متغیّر واسط و وابسته است. سپس در صورت برقرار بودن شروط بالا ضریب مسیر رابطهٔ غیرمستقیم، از ضرب بین ضریب مسیر رابطهٔ بین متغیر مستقل با واسط و ضریب مسیر رابطهٔ بین متغیر واسط با وابسته به‌دست می‌آید و نتایج حاصل در جدول ۱ ارائه شد. براساس نتایج به‌دست آمده از جدول۱، عوامل روانی بر فشارخون در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأثیر مستقیم دارد (P<۰/۰۵) و شدت این تأثیر (B=۰/۲۹) برابر با ۰/۲۹ است. فشارخون بر عوامل سازگاری تاثیر مستقیم معنی‌داری دارد (P<۰/۰۵) و شدت این تأثیر (B=-۰/۱۷) برابر با ۰/۱۷- است. عوامل روانی بر سازگاری بیماران قلبی از طریق فشارخون رابطهٔ معنی‌داری دارد و شدت این تأثیر برابر با ۰/۰۵- است.

فرضیهٔ ۲: عوامل روانی بر سازگاری بیماران ایسکمی قلبی تأثیر دارد.

فرضیهٔ فوق به بررسی تأثیر مستقیم عوامل روانی بر سازگاری می‌پردازد. ازاین‌رو از مدل معادلات ساختاری ارائه شده در شکل ۱ استفاده و نتایج حاصل در جدول ۲ ارائه شد. همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، عوامل روانی بر سازگاری بیماران قلبی در سطح اطمینان ۹۵ درصد تأثیر مستقیم دارد (P<۰/۰۵) و شدت این تأثیر برابر با ۰/۹۵ است. به‌عبارتی عوامل روانی با سازگاری بیماران قلبی رابطهٔ معنی‌داری دارد و فرضیهٔ پژوهش تأیید می‌شود.

بحث

نتایج نشان می‌دهد که بین فشارخون و سازگاری روانی و اجتماعی رابطهٔ منفی و معنادار وجود دارد و بین عوامل روانی (منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری) بر سازگاری روانی اجتماعی رابطهٔ مثبت معنادار و بین منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری بر فشارخون رابطهٔ منفی معنادار وجود دارد. باتوجه به این عوامل روانی و فشارخون در سازگاری روانی اجتماعی نقش بسزایی

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.139]

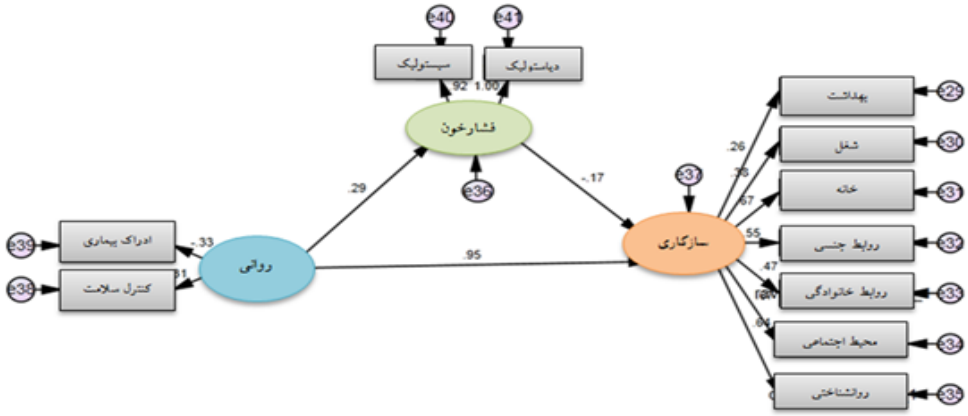
دارد. این مطالعه نشان می‌دهد که عوامل روانی بر سازگاری رابطهٔ مستقیم و عامل جسمی بر سازگاری رابطهٔ عکس و عوامل روانی بر عامل جسمی رابطهٔ عکس دارد. منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری باعث افزایش سازگاری روانی اجتماعی می‌شود. این در حالی است که عامل جسمی می‌تواند نقش بسزایی در جلوگیری از افت سازگاری ایجاد کند.

جدول۱. نتایج تحلیل فرضیه

متغیر	ضریب مسیر	خطای‌استاندارد	سطح معنی‌داری
عوامل روانی ← فشارخون	۰/۲۹	۶/۰۷	۰/۰۰۰۱
فشارخون ← سازگاری	-۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۰۳۸
عوامل روانی ← فشارخون← سازگاری	-۰/۰۵	-	-

جدول۲. نتایج تحلیل فرضیهٔ ۲

متغیر	ضریب مسیر	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
عوامل روانی سازگاری	۰/۹۵	۳/۱۸	۰/۰۰۰۱



نمودار۱. ضرایب استانداردشدهٔ مدل معادلات ساختاری

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد: افرادی که منبع کنترل سلامتیشان بیرونی است و ادراکشان از بیماریشان پایین‌تر است سازگاری کمتری با بیماری خود دارند (۱۱،۱۲).

نتایج پژوهش‌های هاوارد، هاگس و جیمز (۲۰۱۰) ، گرند، رامپل و بارث (۲۰۱۲)، دنمن و همکاران (۲۰۱۰)، دنولت (۱۹۹۵)، دبوس و همکاران (۲۰۱۵)، آنتونی و همکاران (۲۰۱۵)، آدامز و همکاران (۲۰۱۴)، کوپر و همکاران (۲۰۱۳)، بتل و همکاران (۲۰۱۲)، روتلدگه و گان (۲۰۰۲)، رینگور و همکاران (۲۰۱۳) و Schwartz و همکاران (۲۰۰۱) نشان می‌دهد عوامل روانی با واسطه‌گری فشارخون با سازگاری روانی اجتماعی بیماران ایسکمی قلبی رابطه دارد. در تبیین این فرضیه می‌توان به این مسئله اشاره کرد که افراد با ویژگی‌های روانی خاص سبک مقابله و سبک زندگی متفاوتی دارند و بیماران دارای فشارخون بالا، اگر منبع کنترل سلامت بیرونی داشته باشند کمتر توان سازگاری با بیماری قلبی را دارند (۱۰،۱۱،۱۲).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش باید بر عوامل روانی در سازگاری روانی اجتماعی تأکید کرد و فشارخون از عوامل مهم در سازگاری روانی اجتماعی بیماران ایسکمی قلبی است. فشارخون در رابطه با عوامل روانی که شامل منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری بر سازگاری روانی اجتماعی است، نقش میانجیگری دارد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش به‌منظور رعایت موازین اخلاقی موارد زیر در دستور کار قرار گرفت:

۱. قبل از شروع کار از کمیتهٔ اخلاقی مرکز تحقیقات قلب و عروق مجوز شروع مطالعه در مرکز اخذ شد. از طریق هماهنگی با پزشک و پرستار مرکز، برنامهٔ کاری به‌گونه‌ای تنظیم شد که چالشی در سیر برنامه‌های بیماران قلبی ایجاد نشود.

۲. از آنجا که با توجه به شواهد علمی، بیماران ایسکمی قلبی از نتایج این مداخله بهره‌مند می‌شدند، این مطالعه روی این بیماران انجام گرفت.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.139]

۳. شرکت در این مطالعه برای بیماران کاملا داوطلبانه بود.

۴. در تمام طول مطالعه حق بیماران به‌عنوان نمونه‌های پژوهش محترم شمرده می‌شد و تمام اقدامات احتیاطی لازم برای احترام به حریم خصوصی بیماران و محرمانه ماندن اطلاعات آنها لحاظ شد.

۵. پژوهشگر در طول مطالعه، اطلاعات لازم برای پایش بیماران، نحوهٔ روند پیشرفت کار، خروج بیماران از پژوهش، انجام پژوهش به همان روشی که طراحی شده‌اند، تجزیه‌وتحلیل اطلاعات بیماران در همان نمونه‌ای که انتخاب شده‌اند و نحوهٔ تکمیل داده‌های پیگیری را به پژوهشکدهٔ قلب و عروق گزارش کرد.

۶. پژوهشگر به بیماران این اطمینان را داد که در صورت تشخیص و احتمال ایجاد بیماری‌های دیگر بیماران یا همراه آنان را از این موضوع آگاه کند.

۷. پس از مطالعهٔ کامل فرم رضایت اخلاقی از سوی بیماران و رفع ابهامات احتمالی، تمام بیماران قبل از شروع مداخلات فرم رضایت اخلاقی مذکور را تکمیل کردند.

سپاسگزاری

نویسندگان، از مرکز تحقیقات قلب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و کلیهٔ بیماران ایسکمی قلبی خراسان جنوبی که در این تحقیق آنها را همراهی کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

References

1. Roger VL. Epidemiology of Heart Failure. Circ Res. 2013;113(6):646-59.
2. WHO L. Fifty-Fifth World Health Assembly. Geneva; 2002.
3. Khatibzadeh S, Farzadfar F, Oliver J, Ezzati M, Moran A. Worldwide Risk Factors for Heart Failure: A Systematic Review and Pooled Analysis. Int J Cardiol. 2013;168(2):1186-94.
4. Khalili D, Sheikholeslami FH, Bakhtiyari M, Azizi F, Momenan AA, Hadaegh F. The Incidence of Coronary Heart Disease and the Population Attributable Fraction of its Risk Factors in Tehran: A 10-year Population-based Cohort Study. PLoS One. 2014;9(8):e105804.
5. Tabei SM, Senemar S, Saffari B, Ahmadi Z, Haqparast S. Non-modifiable Factors of Coronary Artery Stenosis in Late Onset Patients with Coronary Artery Disease in Southern Iranian Population. J Cardiovasc Thorac Res. 2014;6(1):51-5.
6. Burnette D, Duci V, Dhembo E. Psychological Distress, Social Support, and Quality of Life Among Cancer Caregivers in Albania. Psychooncology. 2017;26(6):779-86.
7. Browne GB, Arpin K, Corey P, Fitch M, Gafni A. Individual Correlates of Health Service Utilization and the Cost of Poor Adjustment to Chronic Illness. Med Care. 1990;28(1):43-58.
8. Drummond YM, LeGris J, Brown G, Pallister R, Roberts J. Interactional Styles of Outpatients with Poor Adjustment to Chronic Illness Receiving Problem-Solving Counseling. Health Soc Care Community. 1996;4(1):317-29.
9. Halford J, Brown T. Cognitive-behavioural Therapy as an Adjunctive Treatment in Chronic Physical Illness. Adv Psychiatr Treat. 2009;15(4):306-17.
10. Schwartz S. Abnormal psychology. Mountain View (CA): Mayfield Publishing Company; 2012.
11. Banyard P, Grayson A. Introducing psychological research. 3nd ed. Basingstoke: Palgrave; 2007.
12. Aflakseir A, ZarrinPour R. Predicting Adherence to Diet Regimen Based on Health Locus of control: A Cross Sectional Study. Iranian J Diabetes Obes. 2013;5(2):71-6.
13. Johannessen L, Strudsholm U, Foldager L, Munk-Jørgensen P. Increased Risk of Hypertension in Patients with Bipolar Disorder and Patients with Anxiety Compared to Background Population and Patients with Schizophrenia. J Affect Disord. 2006;95(1-3):13-7.
14. Kalantari H, Sararoodi R, Afshar H, Khoramian N, Forouzandeh N, et al. Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012;90(22):33-41.
15. Hoseinzadeh T, Paryad A, Asiri S, KazemNezhad Leili E. Relationship between Perception of Illness and General Self-Efficacy in Coronary Artery Disease Patients. J Holist Nurs Midwifery. 2012;22(1):1-8.
16. Parsamehr M, Afshani A, Niko F. Relationship Between Illness Perception and Quality of in Pations after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015;25(122):317-27.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.139]

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.2.139]