



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

Sara Sahranavard¹, Hasan Ahadi², Mohammad Hosein Taghdisi³, Tooba Kazemi⁴, Addis Kraskian²

1. Social determinants of health 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. Cardiovascular Diseases 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:

Corresponding Author:

Sara Sahranavard

Social determinants of health research center ,Birjand University of Medical Sciences,Birjand,Iran

Tel: 09359789855

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 patation 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 ($p < 0.05$, $r = -0.17$). Between psychological factors and psychological and social adjustment there is a significant positive relationship. ($p < 0.05$; $r = 0.95$). BP relationship between psychological factors mediate the relationship compatibility. ($p < 0.05$)

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 / 0- respectively. PaperType:ResearchArticle.

KeyWords: Health locus of control, Illness Perception, Social psychological adjustment, blood pressure

Copyright © 2017 Education Strategies in Medical Sciences. 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



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

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

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

اطلاعات مقاله

چکیده

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۱۸

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۰۵

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۶/۰۲

IJHEHP 2017; 5(2):139-146

نویسنده مسئول:

سارا صحرانورد

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

تلفن: ۰۹۳۵۹۷۸۹۸۵۵

پست الکترونیک:

sahranavard_sara@yahoo.com



زمینه و هدف: بیماری ایسکمی قلبی یک اختلال روانی فیزیولوژیک است که علاوه بر عوامل زیستی و خطرناک جسمی به عنوان 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. جامعه 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 به صورت نمونه‌گیری در دسترس با حجم ۳۱۰ نفر بررسی شدند. ابزار استفاده شده پرسشنامه منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری و سازگاری روانی و اجتماعی بود. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM)، توسط نرم افزار Amos-۱۸ انجام شد.

یافته‌ها: بین فشارخون و سازگاری روانی اجتماعی رابطه منفی معنادار ($B = -0.117, p < 0.05$) و بین عوامل روانی و سازگاری روانی و اجتماعی رابطه مثبت معناداری وجود دارد ($B = 0.195, p < 0.05$). بین عوامل روانی با سازگاری با میانجیگری فشارخون رابطه معنادار وجود دارد ($p < 0.05$).

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

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

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی محفوظ است.

مقدمه

اشاره کرد که اینها جزو عوامل خطرناک 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 به تنهایی قادر به تبیین بروز و نیز تداوم بیماری کرونر قلب نیستند. امروزه مدتی است که پژوهش درباره این بیماری متوجه عوامل روانشناختی شده است (۶). مفاهیم روانی متعددی در بیماران قلبی مورد بحث قرار گرفته است از بین فاکتورهای مورد بحث، امروزه توجه زیادی به مفهوم سازگاری روانی اجتماعی، منبع کنترل سلامت، ادراک بیماری در بیماران قلبی به ویژه بیماران ایسکمی قلبی شده است (۷). سازگاری با بیماری، فرایند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و

بیماری‌های مزمن علت مرگ (۶۰ درصد از کل مرگ‌ها) را در سراسر جهان به خود اختصاص داده (۱) و شیوع این بیماری‌ها در تمام مناطق و تمام طبقات اقتصادی اجتماعی دیده می‌شود. از بین بیماری‌های قلبی، بیماری ایسکمیک قلب، اصلی‌ترین علت مرگ و میر در جهان (۲) و یکی از ۴ اولویت کنترل بیماری‌های غیرقابل انتقال سازمان جهانی بهداشت است (۳). عوامل خطرناک بیماری عروق کرونر قلب را می‌توان در سه گروه زیستی، روانی و اجتماعی قرار داد. متخصصان قلب و عروق، 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 وارثت. چربی‌های خون و مصرف سیگار

پاسخ به این سوالها بود که سهم عامل خطر ساز خصوصاً عوامل روان‌شناسی در سازگاری روانی - اجتماعی در بیماری عروق کرونر قلب به چه میزان است؟ عوامل روانشناسی به چه طریقی بر این بیماری اثر می‌گذارد؟ برای پاسخ به این سوالها 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 مطالعه نقش منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری با واسطه‌گری فشارخون بر سازگاری روانی اجتماعی بیماران قلبی بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعه توصیفی همبستگی بود و جامعه پژوهش افراد دارای ایسکمی قلبی مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی بودند. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری در دسترس بود؛ که حجم نمونه ۳۱۰ نفر به دست آمد.

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

پرسشنامه ادراک بیماری، پرسشنامه کوتاه شده مقیاس ادراک بیماری ۹ خرده مقیاس دارد که Broad benet و همکاران بر اساس فرم تجدید نظر شده همین پرسشنامه طراحی کرده‌اند. همه خرده مقیاس‌ها (به جز سوال مربوط به علیت) در مقیاس درجه‌بندی از یک تا ۱۰ پاسخ داده می‌شوند. هر خرده مقیاس یک مولفه ادراک از بیماری را می‌سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را سنجش می‌کند. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده مقیاس‌ها از $R=0/48$ (قابلیت فهم بیماری) تا $R=0/70$ (پیامدها) بود. برای تعیین ضریب روایی خرده مقیاس کنترل شخصی از پرسشنامه خود اثربخشی، ویژه بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد. $(R=0/61. P<0/01)$. باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه کردند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی $0/84$ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی R-IPQ $0/71$ است.

پرسشنامه منبع کنترل سلامت، در سال ۱۹۷۸ را، والس‌تون و همکاران به منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساختند. 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 به صورت مقیاس‌بندی شده وجود دارد و به تعیین نوع محور کنترل سلامتی در افراد می‌پردازد. ابتدا مقیاس‌های تک بعدی در زمینه سنجش نوع کنترل را والس‌تون و همکاران طراحی کردند. این محققان یک

جهان، علی‌رغم داشتن مشکلات جسمی است. سازگاری ضعیف با بیماری با استفاده 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. منبع کنترل سلامت، مفهومی در روانشناسی است که طبق آن، ادراکات بیمار درباره 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 نتیجه رخدادهای تصادفی یا شانس است (۱۱).

کنترل سلامت، در امیدواری و پیش‌گیری از بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نقش دارد (۱۰). منبع کنترل دورنی 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 راز و نیاز کردن، تغییر برنامه غذایی، ورزش و تعامل اجتماعی روی می‌آورند تا شانس زنده ماندن و کیفیت زندگی خود را بهبود دهند (۱۱). پژوهش افلاک سیری و زرین پور (۱۲، ۱۳) تأییدکننده ارتباط میان کانون کنترل سلامت و پیروی از رژیم درمانی بوده است. تحقیقات متعددی گویای این مطلب است، زمانی که بیماران مزمن حمایت اجتماعی مناسبی دریافت کنند؛ سازگاری بهتری با شرایط خواهند داشت. حمایت اجتماعی به عنوان احساس ذهنی درباره تعلق، پذیرش، دوست داشته شدن و دریافت کمک در شرایط نیاز، مطرح شده است (۱۴).

از دیگر متغیرهایی که بر ارتقاء سازگاری روانی - اجتماعی در بیماری قلبی اثر دارد، درک از بیماری است. منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود و باور بیمار از جنبه‌های مختلف وضعیت جدید وی است (۱۵). پارسامهر، افشانی و نیکو در سال 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 رابطه معنی‌داری بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی وجود دارد. به عبارت دیگر، ادراک بیماری در بیماران مبتلا به بیماری قلبی تأثیر معنی‌داری بر پیامدهای بیماری و کیفیت زندگی بیماران پس از درمان دارد (۱۶، ۱۷).

به‌طور کلی می‌توان عوامل خطر ساز بیماری عروق کرونر قلب را در سه گروه زیستی، روانی قرار داد. هدف از این پژوهش

معیارهای خروج:

۱. داشتن بیماری های روانپزشکی عمده
۲. داشتن دیگر مشکلات قلبی بجز ایسکمی
۳. ابتلا به بیماری های طبی تهدید کننده حیات
۴. عدم رضایت بیمار جهت شرکت در مطالعه

بر اساس مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (بخش درمان) تعداد کلینیک ها و مطب های درمانی قلب (۵ مطب) است. با مراجعه به این مطب ها و گفتگو با پزشک مربوطه، تحقیق مورد نظر مطرح شد و تأییدیه وی مبنی بر انجام کار گرفته شد. بر اساس امار گرفته شده از پروندهای بیماران ایسکمی قلب (در این ۵ مطب) که درمان پزشکی در مورد آنان اجرا شده بود.

بدلیل زیاد بودن پرسشنامه ها (۴ پرسشنامه)، و جلوگیری از کاهش روایی پژوهش، کار در دو بخش اجرا گردید. در اولین جلسه بعد از صحبت های اولیه و آرام و راحت شدن بیمار، هدف تحقیق و فرآیند آن (۲ جلسه اجرای پرسشنامه) توضیح داده شد، و در ادامه اطلاعات جمعیت شناختی از وی گرفته شد که شامل سن، جنس، سطح سواد و درآمد و غیره می باشد. کار با امضای رضایت نامه توسط بیمار شروع و در ادامه پرسشنامه های مورد نظر به آرامی و با دقت برای بیمار خوانده و او گزینه مورد را انتخاب کرد. فرآیند هر جلسه بسته به سطح سواد و سن بیمار حدود ۳۰ دقیقه تا ۴۵ دقیقه به طول می انجامید. جلسه دوم، دو روز بعد از اولین جلسه با هماهنگی قلبی با بیمار جلسه برگزار گردید. در این زمان پرسشنامه های باقی مانده (۲ پرسشنامه) اجرا گردید. شایان ذکر است که طول مدت پر کردن پرسشنامه ها از آبان ماه ۱۳۹۴ آغاز گردید و در تیر ۱۳۹۵ خاتمه یافت. همچنین جلسات حضور در هر مطب یک روز در هفته بود.

ابزار پژوهش:

در این پژوهش از سه ابزار استفاده شد: ۱. پرسشنامه منبع کنترل سلامت؛ ۲. سازگاری روانی اجتماعی؛ ۳. ادراک بیماری. اولین پرسشنامه منبع کنترل سلامت میباشد. مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت در سال ۱۹۷۸ توسط والستون و همکاران به منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساخته شد. مقیاس های تک بعدی در زمینه سنجش نوع کنترل ابتدا توسط والستون و همکاران طراحی شد. این محققان یک مقیاس سه گزینه ای با معیار هشت گانه لیکرت جهت اندازه گیری عمومی محور کنترل سلامتی ارائه دادند؛ سپس به ترکیب مقیاس تک بعدی HLC و IPC پرداختند و مقیاس چند بعدی MHLC را ایجاد کردند. مقیاس MHLC شامل سه مولفه با معیار شش-گانه لیکرت و مخفف کلمات زیر است: سلامت درونی. سلامت

مقیاس سه گزینه ای با معیار هشت گانه لیکرت برای اندازه گیری عمومی محور کنترل سلامتی ارائه دادند؛ سپس به ترکیب مقیاس تک بعدی HLC و IPC پرداختند و مقیاس چند بعدی MHLC را ایجاد کردند. مقیاس MHLC سه مولفه با معیار شش گانه لیکرت و مخفف کلمات زیر دارد: سلامت درونی؛ سلامت مربوط به افراد موثر؛ سلامت مربوط به شانس. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است.

پرسشنامه سازگاری روانی و اجتماعی، مقیاس سازگاری روانی - اجتماعی نسبت به بیماری (PAIS) ۴۶ سوال دارد که در یک مقیاس ۴ درجه ای ۰ تا ۳ شامل ۷ حوزه جهت گیری مراقبت بهداشتی، محیط شغلی، محیط خانه، روابط جنسی، گستره روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روانشناختی است (دروگتیس و دروگتیس، ۱۹۹۰). در مطالعه اصلی پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس های ذکر شده به ترتیب ۰/۴۷-، ۰/۷۶-، ۰/۷۷-، ۰/۶۲-، ۰/۸۳-، ۰/۸۰-، ۰/۸۵٪ و پایایی بین ارزیابان در بیماران مبتلا به سرطان سینه به ترتیب ۰/۷۴-، ۰/۶۸-، ۰/۶۱-، ۰/۸۶-، ۰/۵۶-، ۰/۸۲-، ۰/۸۴٪ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، به روش چرخشی واریکاکس حاکی از آن بود که این ۷ مولفه در مجموع ۶۳٪ و هر یک از زیر مقیاس ها به ترتیب ۰/۱۸-، ۰/۱۰-، ۰/۹-، ۰/۸-، ۰/۷-، ۰/۷-، ۰/۵٪ از واریانس کل مقیاس را تبیین می کنند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد. مدل یابی معادلات ساختاری یک تکنیک چند متغیری بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چند متغیری است که به پژوهشگر امکان می دهد مجموعه ای از معادلات رگرسیون را به صورت هم زمان مورد آزمون قرار دهد. دو مولفه اصلی این مدل اندازه گیری و مدل ساختاری است. به همین دلیل تحلیل مدل یابی معادلات ساختاری مستلزم گذر از دو مرحله است: بررسی مدل اندازه گیری از تحلیل عاملی تأییدی و تحلیل مدل ساختاری. با توجه به این که اغلب پژوهشگران توصیه می کنند، ارزیابی مدل اندازه گیری باید قبل از مدل ساختاری انجام شود، در این پژوهش، مراحل به ترتیب معمول انجام شده است.

به منظور توصیف داده های مذکور و بررسی فرضیه از نرم افزار Spss، نسخه ۲۲ و نرم افزار Amos استفاده شد.

معیارهای انتخاب:

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

مربوط به افراد موثر، سلامت مربوط به شانس. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۲) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت آن را بیان کند. پرسشنامه بعدی ادراک بیماری می‌باشد. پرسشنامه کوتاه شده مقیاس ادراک بیماری (brief-illness perception questionnaire) دارای ۹ خرده مقیاس است که توسط Broad benet و همکاران بر اساس فرم تجدید نظر شده همین پرسشنامه طراحی شده است. همه خرده مقیاس‌ها (به جز سوال مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه بندی از یک تا ۱۰ پاسخ داده می‌شوند. هر خرده مقیاس یک مولفه ادراک از بیماری را می‌سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می‌دهند. ضریب پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده مقیاس‌ها از $R=0/48$ (قابلیت فهم بیماری) تا $R=0/70$ (پیامدها) بود. برای تعیین ضریب روایی خرده مقیاس کنترل شخصی از پرسشنامه خود اثربخشی ویژه بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد. ($R=0/61$, $P<0/01$). باقریان و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه نمودند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی $0/84$ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی R-IPQ $0/71$ می‌باشد. پرسشنامه سازگاری روانی و اجتماعی، مقیاس سازگاری روانی اجتماعی نسبت به بیماری (PAIS) شامل ۴۶ سوال است که در یک مقیاس ۴ درجه ای ۰ تا ۳ شامل ۷ حوزه جهت گیری مراقبت بهداشتی، محیط شغلی، محیط خانه، روابط جنسی، گستره روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روانشناختی است (دروگتیس و دروگتیس، ۱۹۹۰). در مطالعه اصلی پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب $0/47$ - $0/76$ - $0/77$ - $0/62$ - $0/83$ - $0/80$ - $0/85$ و پایایی بین ارزیابان در بیماران مبتلا به سرطان سینه به ترتیب $0/74$ - $0/68$ - $0/61$ - $0/86$ - $0/56$ - $0/82$ - $0/84$ از گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخشی واریکاکس حاکی از آن بود که این ۷ مولفه در مجموع $0/63$ و هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب $0/18$ - $0/10$ - $0/9$ - $0/8$ - $0/7$ - $0/5$ از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. مدل‌یابی معادلات ساختاری یک تکنیک تحلیل چند متغیری بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چند متغیری است که به پژوهشگران امکان می‌دهد مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به صورت همزمان مورد آزمون قرار دهند. دو مولفه 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 این که اغلب پژوهشگران توصیه می‌کنند، ارزیابی مدل اندازه‌گیری باید قبل از مدل ساختاری صورت گیرد. به همین دلیل، این مراحل در این پژوهش به ترتیب معمول انجام شده است.

یافته‌ها

فرضیه ۱: عوامل روانی با واسطه‌گری فشارخون بر سازگاری بیماران ایسکمی قلبی رابطه دارد.

فرضیه فوق به بررسی نقش متغیر میانجی فشارخون در رابطه بین عوامل روانی با عوامل سازگاری بیماران ایسکمی قلبی پرداخته است. به عبارتی رابطه غیرمستقیم عوامل روانی با عوامل سازگاری بررسی می‌شود. برای بررسی اثر غیرمستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته ضرورت دارد تا ابتدا شروط $0/2$ برقرار باشد. شرط اول این است که معناداری رابطه بین متغیر مستقل و واسطه تأیید شود و شرط دوم نیز تأیید معناداری رابطه بین متغیر واسطه و وابسته است. سپس در صورت برقرار بودن شروط بالا ضریب مسیر رابطه غیرمستقیم، از ضرب بین ضریب مسیر رابطه بین متغیر مستقل با واسطه و ضریب مسیر رابطه بین متغیر واسطه با وابسته به دست می‌آید و نتایج حاصل در جدول ۱ ارائه شد. براساس نتایج به دست آمده از جدول ۱، عوامل روانی بر فشارخون در سطح اطمینان 95% درصد تأثیر مستقیم دارد ($p<0/05$) و شدت این تأثیر $B=0/29$ برابر با $0/29$ است. فشارخون بر عوامل سازگاری تأثیر مستقیم معنی‌داری دارد ($p<0/05$) و شدت این تأثیر $B=-0/17$ برابر با $-0/17$ است. عوامل روانی بر سازگاری بیماران قلبی از طریق فشارخون رابطه معنی‌داری دارد و شدت این تأثیر برابر با $0/05$ است.

فرضیه ۲: عوامل روانی بر سازگاری بیماران ایسکمی قلبی رابطه دارد.

فرضیه فوق به بررسی تأثیر مستقیم عوامل روانی بر سازگاری می‌پردازد. از این رو 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 95% درصد تأثیر مستقیم دارد ($p<0/05$) و شدت این تأثیر برابر با $0/95$ است. به عبارتی عوامل روانی با سازگاری بیماران قلبی رابطه معنی‌داری دارد و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

بحث

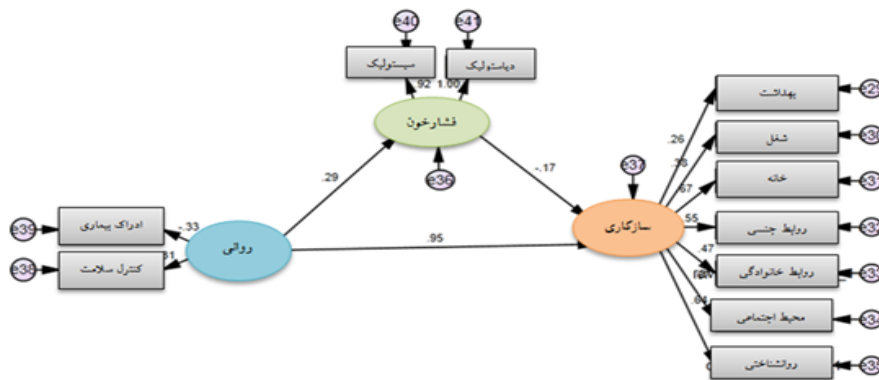
جدول ۱. نتایج تحلیل فرضیه

متغیر	ضریب مسیر	خطای استاندارد	سطح معنی داری
عوامل روانی ← فشارخون	۰/۳۹	۶/۰۷	۰/۰۰۰۱
فشارخون ← سازگاری	-۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۰۳۸
عوامل روانی ← فشارخون	-۰/۰۵	-	-

جدول ۲. نتایج تحلیل فرضیه ۲

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

نتایج نشان می‌دهد که بین فشارخون و سازگاری روانی و اجتماعی رابطه منفی و معنادار وجود دارد و بین عوامل روانی (منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری) بر سازگاری روانی اجتماعی رابطه مثبت معنادار و بین منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری بر فشارخون رابطه منفی معنادار وجود دارد. باتوجه به این عوامل روانی و فشارخون در سازگاری روانی اجتماعی نقش به‌سزایی دارد. این مطالعه نشان می‌دهد که عوامل روانی بر سازگاری رابطه مستقیم و عامل جسمی بر سازگاری رابطه عکس و عوامل روانی بر عامل جسمی رابطه عکس دارد. منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری باعث افزایش سازگاری روانی اجتماعی می‌شود این در حالی است که عامل جسمی می‌تواند نقش به‌سزایی در جلوگیری از افت سازگاری ایجاد کند.



نمودار ۱. ضرایب استاندارد شده مدل معادلات ساختاری

فشار خون بالا، اگر منبع کنترل سلامت بیرونی داشته باشند کمتر توان سازگاری با بیماری قلبی را دارند (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 بیاران ایسکمی قلبی است. فشارخون در رابطه با عوامل روانی که شامل منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری بر سازگاری روانی اجتماعی است نقش میانجگری دارد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش به منظور رعایت موازین اخلاقی موارد زیر مورد توجه قرار گرفت:

۱. قبل از شروع کار از کمیته اخلاقی مرکز تحقیقات قلب و عروق مجوز شروع مطالعه در مرکز اخذ شد. از طریق هماهنگی با

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)، گرنده، 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)، روتلندگه و گان (۲۰۰۲)، رینگور و همکاران (۲۰۱۳) و شوارتز و همکاران (۲۰۰۱) نشان می‌دهد عوامل روانی با واسطه‌گری فشار خون با سازگاری روانی اجتماعی بیاران ایسکمی قلبی رابطه دارد. در تبیین این فرضیه می‌توان به این مساله اشاره کرد که افراد با ویژگی‌های روانی خاص سبک مقابله و سبک زندگی متفاوتی دارند و بیماران دارای



اطلاعات بیماران در همان نمونه‌ای که انتخاب شده‌اند و نحوه تکمیل داده‌های پیگیری را به پژوهشکده 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 مطالعه کامل فرم رضایت اخلاقی توسط بیماران و رفع ابهامات احتمالی، تمام بیماران قبل از شروع مداخلات فرم رضایت اخلاقی مذکور را تکمیل کردند.

سپاسگزاری

نویسندگان، از اساتید و پژوهشگران مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Roger VL. Epidemiology of heart failure. *Circ Res*. 2013;113(6):646–59.
2. WHO1, Fifty – Fifth World Health Assembly . (2002) Diet, Physical activity and Health
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.

پزشک و پرستار مرکز، برنامه 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 بهرمنند می‌شدند، این مطالعه در این بیماران انجام شد.

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

۴. در تمام طول مطالعه حق بیماران به عنوان 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 مورد نیاز برای پایش بیماران، نحوه روند پیشرفت کار، خروج بیماران از پژوهش، انجام پژوهش به همان روشی که طراحی شده‌اند، تجزیه و تحلیل

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*. 3rd 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., Niki F. Relationship between illness Perception and Quality of in Patiens after Coronary Artery Byass Graft Surgery. *Majallah-i Danishgah-i Ulum-i Pizishki-i Mazandaran*. 2015;25(122):317–27.

17. Parsamehr M, Afshani SA, Niko F. Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Majallah-i Danishgah-i Ulum-i Pizishki-i Mazandaran*. 2015;25(122):317-27.

