

رابطه ادراک بیماری و سواد سلامت با متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی

شیمای شهلائی^۱، علی اکبر صارمی^۲

^۱ کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، تربت جام، ایران.

^۲ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام، تربت جام، ایران.

نام نویسنده مسئول:

علی اکبر صارمی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۸

چکیده

بیماری‌های قلبی-عروقی عمده‌ترین مشکل سلامت عمومی در جهان به شمار می‌رود. هدف از پژوهش حاضر تعیین رابطه بین ادراک بیماری و سواد سلامت با متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی بود. روش پژوهش هبستگی و جامعه آماری شامل کلیه مبتلایان به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان های سطح شهر مشهد در نیمه اول سال ۹۹ بودند که براساس نرم افزار ((G power 128 نفر از مبتلایان به نارسایی قلبی به روش نمونه گیری در دسترس از بین مراجعه کنندگان به بیمارستان امام رضا(ع) شهر مشهد به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سواد سلامت، پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری بردبنت و همکاران(۲۰۰۶) و پرسشنامه پیروی از دستورات پزشک موریسکی و همکاران(۲۰۱۰) بود و داده های پژوهش با استفاده از روش های آمار استنباطی (رگرسیون چندگانه، ضریب همبستگی پیرسون)، تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین ادراک بیماری و سواد سلامت و خرده مقیاس آن (مهارت خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم گیری و رفتار) با متابعت درمانی بیماران دارای نارسایی قلبی در سطح $P < 0.05$ رابطه معنادار و مستقیم وجود دارد. هم چنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد فقط متغیر پیش بین ادراک بیماری ؛ بیشترین قدرت پیش بینی کنندگی برای متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی دارد.

واژگان کلیدی: ادراک بیماری، سواد سلامت، متابعت درمانی، بیماران نارسایی قلبی.

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی، یکی از شایع‌ترین اختلالات و عمده‌ترین عامل مرگ و میر در جهان به شمار می‌رود و جایگاه بسیار مهمی را در عرصه بهداشت و درمان به خود اختصاص داده است. این بیماری، یکی از مشکلات سلامت عمومی در دنیاست (لیبی، براونوال، بونو و زیپس، ۲۰۱۲). بیماری‌های نارسایی قلبی علت اصلی مرگ و میر در کشورهای صنعتی از جمله ایالات متحده است. تقریباً نیمی از همه مرگ‌ها در کشورهای صنعتی و ۲۵ درصد در کشورهای در حال توسعه مربوط به بیماری‌های قلب هستند (اندریولی، بنجامین، گریکس و وینگ، ۲۰۱۰). بیماری ایسکمیک قلب بیش از هر بیماری دیگری در کشورهای توسعه‌یافته موجب مرگ، ناتوانی و تحمیل هزینه‌های اقتصادی می‌شود و شایع‌ترین، جدی‌ترین، مزمن‌ترین و خطرناک‌ترین بیماری تهدیدکننده حیات در ایالات متحده است (کاسپر، فائوسی، هائوسر، لانگو، جامسون و همکاران، ۲۰۱۵). در کشور آمریکا در سال ۲۰۰۷ برآورد هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم این بیماری حدود ۳۳/۲ میلیون دلار بوده است و اکثر هزینه‌ها صرف مخارج بیمارستانی شده است. این بیماری جدای از پیش‌آگهی ضعیف، محدودیت در فعالیت جسمی، کاهش تعاملات اجتماعی، دیسترس‌های روانی، اضطراب، افسردگی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی و بازنگشتی زودرس و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی را تحمیل می‌کند (فرامرزی، ۱۳۹۲). در ایران شیوع بیماری‌های قلبی و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش است (قهرمانی، ۱۳۹۲) و نیز میزان مرگ بالایی به علت نارسایی قلبی رخ می‌دهد و بار زیادی را از لحاظ اقتصادی و روانی به جامعه تحمیل می‌کند. بیماری قلبی یک سندرم بالینی برگشت‌ناپذیر و ناهمگن است و پیش‌آگاهی این بیماری مطلوب نیست و علی‌رغم بهبود اخیر در درمان‌های دارویی هنوز شیوع آن رو به افزایش است. درمان و رژیم دارویی این بیماران دارای پیچیدگی بالایی است و از آنجایی که درمان‌های جدید پزشکی با افزایش طول عمر بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی فقط باعث افزایش تعداد مبتلایان به نارسایی احتقانی قلب شده‌اند، باید اساس درمان‌ها و مداخلات مشتمل بر رفع عوامل ایجادکننده، تقویت تبعیت از درمان‌های دارویی و تغییرات سبک زندگی این بیماران باشد تا علاوه بر این که باعث از بین رفتن علایم و کاهش سرعت پیشرفت بیماری می‌شود، کیفیت زندگی این بیماران را نیز افزایش دهد (زمان زاده، ۱۳۹۴). نارسایی احتقانی قلب باعث محدودیت‌هایی در ابعاد متعدد کیفیت زندگی از جمله رژیم غذایی، وظایف شغلی، مسئولیت‌های خانوادگی، اعتماد به نفس، و خودکنترلی مبتلایان می‌شود و دارای هزینه‌های مراقبتی قابل توجه‌ای می‌باشد و از طرفی بازگشت مجدد بیماری و بستری شدن بیماران اهمیت توجه به مسائل و مشکلات آنها (مانند ادراک بیماری و سواد سلامت) را برجسته می‌سازد (پی‌نا، اقل‌کیان و بوگسر، ۲۰۱۱) و از آنجا که بیماران و خانواده‌های آنان و متخصصین، بر این نکته توافق دارند که به دلیل مزمن بودن بیماری‌های قلبی زندگی با این بیماران نیازمند ملاحظات خاصی از نظر فعالیت‌های فیزیکی و تغذیه‌ای می‌باشد، افزایش متابعت درمانی و ادراک بیماری در این بیماران می‌تواند به بهبود این شرایط و اعتماد داشتن به زندگی همراه با آسایش و بدون دغدغه عوارض بیماری، کمک نماید (بوراک، ۱۳۹۲). لذا ضروری است تا به بررسی مولفه‌های تأثیرگذار بر این بیماری و راهکارهایی جهت کاهش آثار سوء این بیماری ارائه گردد تا شاید برخی از مشکلات و معضلات این بیماران التیام یابد.

روش پژوهش

با توجه به موضوع پژوهش به منظور بررسی رابطه بین متغیرها، از روش تحقیق همبستگی استفاده شده است.

جامعه آماری

شامل کلیه مبتلایان به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد در نیمه اول سال ۹۹ بود.

- 1 - Libby, Braunwale, Bonow & Zipes
- 2 - Andreoli, Benjamin, Griggs & Wing
- 3 - Kasper, Fauci, Hauser, Longo & Jameson
- 4 - Piña, Oghlakian & Boxer

نمونه آماری و روش نمونه گیری

حجم نمونه پژوهش براساس نرم افزار G power شامل ۱۲۸ نفر از مبتلایان به نارسایی قلبی که به روش نمونه گیری در دسترس مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا(ع) شهر مشهد در نیمه اول سال ۹۹ انتخاب شده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه جمعیت شناختی

جنسیت: مرد زن

تحصیلات: بی سواد ابتدایی سیکل دیپلم تحصیلات دانشگاهی

پرسشنامه سواد سلامت

این پرسشنامه شامل ۳۳ عبارت در ۵ بعد «مهارت خواندن» (۴ گویه) در ارتباط با خواندن مطالب آموزشی مرتبط با سلامت، بعد «دسترسی» (۶ گویه) در ارتباط با دستیابی به اطلاعات سلامت و بیماری، بعد «فهم و درک» (۷ گویه) در ارتباط با درک معانی و مفاهیم بیماری و سلامت، بعد «ارزیابی» (۴ گویه) مرتبط با تعیین ارزیابی صحت اطلاعات سلامت و بعد «تصمیم گیری و رفتار» (۱۲ گویه) در ارتباط با انجام برخی رفتارهای بهداشتی می باشد. پاسخ به ابزار براساس مقیاس ۵ گانه لیکرت است به طوری که در تمامی گویه ها امتیاز ۵ در صورتی که فرد آن رفتار سلامتی را همیشه انجام دهد و امتیاز ۱ در صورتی که به هیچ وجه آن را انجام ندهد، داده می شود. پرسشنامه سواد سلامت عملکردی بزرگسالان توسط بنی هاشمی طهرانی و همکاران (۱۳۸۶) اعتبارسنجی شده است. پرسشنامه سواد سلامت عملکرد در بزرگسالان در اصفهان توسط رئیسی و همکاران نیز برای سالمندان اعتبارسنجی شده است که پایایی پرسشنامه برای بخش محاسبات ۰/۷۹ و برای بخش خواندن ۰/۸۸ به دست آمده است. این پرسشنامه شامل ۲ بخش محاسباتی و درک خواندن است؛ بخش درک خواندن توانایی بیمار را در خواندن متون واقعی مربوط به مراقبت سلامتی مورد امتحان قرار می دهد که شامل ۵۰ سوال است و بخش محاسبات شامل یک سری توضیحات در زمینه داروهای تجویز شده، وقت ویزیت، مراحل گرفتن کمک مالی و یک مثال از نتیجه یک آزمایش طبی است. بعد از تحویل این توضیحات در قالب کارتهایی به هر فرد، سوالات مربوطه (۱۷ سوال) از وی پرسیده می شود (بنی هاشمی طهرانی و همکاران، ۱۳۸۶).

پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) (brief IPQ)

این پرسشنامه یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است (بردبنت، پتریه، مین و وینمن، ۲۰۰۶). سؤال ها به ترتیب پی آمدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می سنجد. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می دهد. در تحلیل نهایی توصیه شده است که هر یک از زیرمقیاس ها به طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرند. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی زیرمقیاس ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. همچنین همبستگی نمرات زیرمقیاس های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. روایی تفکیکی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶).

پرسشنامه پیروی از دستورات پزشک (MMAS):

مقیاس پیروی از درمان یک پرسشنامه ی خود گزارشده ی است که در سال ۲۰۱۰ توسط گروهی از پژوهشگران (موریسکی، آنگ، کروسسل و وود) طراحی و در بردارنده ی ۸ ماده است. در این مقیاس پیروی از درمان بالا با امتیاز ۸ از ۸، پیروی از درمان

متوسط با امتیاز ۶ از ۸ و پیروی از درمان پایین با امتیاز کمتر از ۶ مشخص می گردد. مقیاس پیروی از درمان از یک مقیاس ۴ ماده ای معتبر قبلی ساخته شد و با ماده های دیگری کامل شده که شرایطی که پیروی از درمان را شامل می شود را دربردارد. این مقیاس برای نخستین بار توسط بکاییان (۱۳۹۲) به زبان فارسی برگردانده و مورد بررسی قرار می گیرد. پایایی مقیاس پیروی از درمان به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب این مقیاس می باشد.

شیوه اجرا

پس از پروسه ی اخذ مجوز های لازم برای ورود و اجرای پژوهش در بیمارستان امام رضا(ع) شهر مشهد، ابتدا لیستی از بیماران نارسایی قلبی مراجعه کننده به این بیمارستان در نیمه اول سال ۱۳۹۹ تهیه شد. حجم نمونه پژوهش براساس نرم افزار G power ۱۲۸ نفر از مبتلایان به نارسایی قلبی که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس در روزهای مشخص شده به بیمارستان مراجعه شد و قبل از اجرای پرسشنامه ها توضیحاتی در مورد محرمانه بودن نتایج داده شد و پس از اجرای پرسشنامه، به تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته شد.

ملاحظات اخلاقی

- پیش از شروع کار از شرکت کنندگان رضایتنامه کتبی دریافت شد.
- پیش از شروع کار شرکت کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع شد.
- از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت شد.
- نتایج در صورت تمایل برای آنها تفسیر شد.
- در صورت مشاهده هرگونه اختلال، راهنمایی های لازم جهت پیگیری به داوطلبین ارائه شد.
- مشارکت در تحقیق موجب هیچگونه بار مالی برای شرکت کنندگان نشد.
- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ گونه مغایرتی ندارد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

داده های حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند. ابتدا با استفاده از روش های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، داده ها توصیف و سپس برای بررسی فرضیه های پژوهش، با استفاده از روش های آمار استنباطی (تحلیل رگرسیون چندگانه و آزمون همبستگی پیرسون) فرضیه ها مورد سنجش قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل داده ها

برای توصیف داده های مربوط به نمونه، به محاسبه شاخص های مرکزی (میانگین) و شاخص های پراکندگی (انحراف معیار) داده ها پرداخته می شود که نتایج به شرح زیر می باشد:

توصیف میانگین، انحراف استاندارد ادراک بیماری

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
ادراک بیماری	۱۲۸	۴/۸۳	۱/۸۶

میانگین و انحراف معیار ادراک بیماری بیماران نارسایی قلبی به ترتیب ۴/۸۳ و ۱/۸۶ می باشد.

توصیف میانگین، انحراف استاندارد سواد سلامت

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سواد سلامت	۱۲۸	۸۶/۴۰	۳۶/۸۳
مهارت خواندن	۱۲۸	۱۱/۴۸	۴/۲۹
دسترسی	۱۲۸	۱۵/۲۸	۶/۵۰
فهم و درک	۱۲۸	۱۸/۳۱	۷/۷۳
ارزیابی	۱۲۸	۱۰/۰۱	۴/۸۶
تصمیم گیری و رفتار	۱۲۸	۳۱/۱۶	۱۵/۱۴

با توجه به جدول میانگین نمرات سواد سلامت و خرده مقیاس آن (مهارت خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم گیری و رفتار) در بیماران نارسایی قلبی به ترتیب ۸۶/۴۰، ۱۱/۴۸، ۱۵/۲۸، ۱۸/۳۱، ۱۰/۰۱ و ۳۱/۱۶ می باشد.

توصیف میانگین، انحراف استاندارد متابعت درمانی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
متابعت درمانی	۱۲۸	۴/۸۵	۲/۲۹

با توجه به جدول، میانگین و انحراف معیار متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی به ترتیب ۴/۸۵ و ۲/۲۹ می باشد. جهت مشخص نمودن نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، از آزمون کالموگروف- اسمیرنوف یک راهه ۸ استفاده شد. جهت تفسیر این آزمون به دو صورت می توان عمل کرد: راه اول توجه به میزان ضریب Z کالموگروف- اسمیرنوف است. اگر این میزان بین ۱/۹۶- تا ۱/۹۶+ قرار داشته باشد می توان رأی به نرمال بودن توزیع داد. راه دوم توجه به سطح معنی داری است. بدین صورت که سطح معنی داری بدست آمده باید بر دو تقسیم گردد اگر میزان حاصله بیشتر از ۰/۰۲۵ باشد، توزیع نرمال و در غیر این صورت توزیع غیر نرمال خواهد بود (حسینی، ۱۳۸۲).

نتایج آزمون کالموگوف - اسمیرنوف

متغیر	تعداد	Z آماره	سطح معناداری
ادراک بیماری	۱۲۸	۰/۸۲	۰/۴۹
متابعت درمانی	۱۲۸	۱/۲۹	۰/۰۶
سواد سلامت	۱۲۸	۰/۷۱	۰/۶۹
مهارت خواندن	۱۲۸	۰/۶۰	۰/۸۵
دسترسی	۱۲۸	۱/۱۰	۰/۰۹
فهم و درک	۱۲۸	۰/۷۵	۰/۶۶
ارزیابی	۱۲۸	۱/۱۷	۰/۰۷
تصمیم گیری و رفتار	۱۲۸	۰/۹۶	۰/۳۲

با توجه به جدول مشاهده می گردد چون سطح معناداری آزمون کالموگروف - اسمیرنوف در تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می باشد لذا با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت توزیع نمرات متغیرهای مورد بررسی نرمال می باشد و سپس با استفاده از ابزارهای آماری در این پژوهش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون به تجزیه و تحلیل داده ها می پردازند.

فرضیه ۱: بین ادراک بیماری با متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی رابطه معنادار دارد.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون ادراک بیماری و متابعت درمانی

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
ادراک بیماری	متابعت درمانی	۰/۵۴	۰/۰۰	۱۲۸

با توجه به نتایج جدول، بین ادراک بیماری با متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی در سطح $P < 0.05$ رابطه معنادار و مستقیم حاصل شده است. یعنی با اطمینان ۹۵٪ فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود.

فرضیه ۲: بین سواد سلامت با متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی رابطه معنادار دارد.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون سواد سلامت و متابعت درمانی

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
سواد سلامت	متابعت درمانی	۰/۶۵	۰/۰۰	۱۲۸
مهارت خواندن		۰/۶۲	۰/۰۰	۱۲۸
دسترسی		۰/۵۵	۰/۰۰	۱۲۸
فهم و درک		۰/۶۴	۰/۰۰	۱۲۸
ارزیابی		۰/۶۳	۰/۰۰	۱۲۸
تصمیم گیری و رفتار		۰/۶۴	۰/۰۰	۱۲۸

با توجه به نتایج جدول، بین سواد سلامت و خرده مقیاس آن (مهارت خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم گیری و رفتار) با متابعت درمانی بیماران دارای نارسایی قلبی در سطح $P < 0.05$ رابطه معنادار و مستقیم حاصل شده است. یعنی با اطمینان ۹۵٪ فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود.

سوال پژوهشی اول : کدامیک از متغیرهای ادراک بیماری و سواد سلامت و خرده مقیاس آن (مهارت خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم گیری و رفتار) پیش بینی کننده بهتری برای متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی می باشند؟
بررسی پیش فرض های رگرسیون: قبل از انجام رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام، باید پیش فرض های رگرسیون مطالعه شود. پیش فرض های رگرسیون چندگانه به شرح زیر است.
توزیع نمرات متغیر وابسته پیوسته باشد.

عدم وجود داده های پرت

عدم وجود همخطی بین متغیرهای پیش بین: برای بررسی این مفروضه از شاخص تورم واریانس (VIF) و شاخص TOLERANCE استفاده شد. شرط عدم همخطی آن است که VIF بزرگتر از ۱۰ نباشد و شاخص TOLERANCE کمتر از ۰/۵۰ نباشد. جدول زیر، شاخص های همخطی را نشان می دهد.

جدول شاخص های بررسی همخطی

پیش بین	VIF	Tolerance
ادراک بیماری	۱/۸۵	۰/۵۴

۱/۰۶	۰/۹۰	سواد سلامت
۰/۶۳	۱۵/۸۷	مهارت خواندن
۰/۸۹	۱/۲۲	دسترسی
۰/۶۲	۱/۷۵	فهم و درک
۱/۱۰	۰/۷۸	تصمیم گیری و رفتار

با توجه به نتایج جدول ۴-۱۰، شاخص تورم واریانس برای هر همه متغیرها پایین است که نشان از عدم وجود همخطی بین پیش بین ها دارد. همچنین شاخص *tolerance* نشان می دهد سهم پیش بین ها در پیش بینی متغیر وابسته نزدیک به یک است و همخطی وجود ندارد.

استقلال نمرات خطا: یکی دیگر از پیش فرض های رگرسیون این است که خطاها با هیچ چیز همبسته نباشند. برای بررسی این مفروضه از شاخص دوربین - واتسون استفاده می شود. مقادیر دوربین - واتسون بین ۱/۵ تا ۲/۵ نرمال و مورد قبول است که با توجه به جدول ۴-۱۱، شاخص دوربین - واتسون برابر ۱/۹۶ است و این مفروضه نیز رعایت شده است.

جدول رگرسیون گام به گام پیش بینی متابعت درمانی براساس ادراک بیماری و سواد سلامت

متغیر	R	R^2	خطای استاندارد برآورد	دوربین - واتسون	F	Sig	B	β	T	Sig
ثابت رگرسیون	۰/۶۹	۰/۴۷	۱/۷۰	۱/۹۲	۱۵/۶۳	۰/۰۰	۰/۸۷	-	۱/۷۵	۰/۰۸
ادراک بیماری							۰/۲۱	۰/۱۷	۱/۹۳	۰/۰۴
سواد سلامت							۰/۰۷	۱/۲۲	۰/۶۰	۰/۵۴
مهارت خواندن							۰/۱۵	۰/۲۸	۱/۰۶	۰/۲۸
دسترسی							۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۱۰	۰/۹۲
فهم و درک							۰/۱۳	۰/۴۵	۰/۹۷	۰/۳۳
ارزیابی							۰/۱۸	۰/۳۹	۱/۱۸	۰/۲۳
تصمیم گیری و رفتار							۰/۱۰	۰/۶۹	۰/۷۸	۰/۴۳

نتایج جدول نشان می دهد که مقدار همبستگی چندگانه بین متغیر ملاک (متابعت درمانی) و متغیر پیش بین ادراک بیماری ۰/۶۹ است که بیانگر همبستگی بالای متغیر ملاک و متغیرهای پیش بین می باشد مجذور (r^2) در مدل مورد استفاده ۰/۴۷ تغییر در نمرات متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی را توسط این عوامل برآورد می شود. چون $P < ۰/۰۱$, $F = ۱۵/۶۳$ نتیجه می گیریم که فرض صفر مبنی بر معنا دار نبودن این مدل در سطح خطای (۰/۰۱) رد می شود و مدل معنا دار است و استفاده از رگرسیون منطقی به نظر می رسد. همچنین ضرائب بتای استاندارد شده برای ارزیابی سهم هر یک از متغیرها در مدل اندازه ای را ارائه می دهد. اعداد بزرگ نشان دهنده ی این هستند که تغییر یک واحد در این متغیرها پیش بینی اثر شدیدتری بر متغیر ملاک دارد. در نتیجه با ثابت بودن سایر متغیرها هر یک واحد افزایش در ادراک بیماری باعث تغییر ۰/۲۱ تغییر در متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی می شود. مقدار بتا برای متغیر پیش بین ادراک بیماری ۰/۱۷ می باشد. با توجه به مقدار t و سطح معناداری فقط برای ادراک بیماری معنادار می باشد. بنابراین فقط متغیر پیش بین ادراک بیماری؛ بیشترین قدرت پیش بینی کنندگی برای متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی می باشد.

بحث و بررسی

فرضیه اول: با بین ادراک بیماری متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی رابطه معنادار دارد.

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴-۸، بین ادراک بیماری با متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی در سطح $P < 0.05$ رابطه معنادار و مستقیم حاصل شده است. یعنی با اطمینان ۹۵٪ فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود که نتایج همسو با نتایج نصرالهی (۱۳۹۷)، شمیلی و همکاران (۱۳۹۷)، علیزاده، اشک تراب، نیک روان مفرد و زایری (۱۳۹۶)، سلطانی، حسینی و عرب (۱۳۹۵)، سلیمی و همکاران (۱۳۹۵)، پورمحسنی کلوری و اسلامی (۱۳۹۵)، سنگلجی (۱۳۹۵)، امت رضا (۱۳۹۵)، دارکاپ و همکاران (۲۰۱۷)، تری (۲۰۱۶)، والتر و فیلیپ (۲۰۱۶)، دارکاپ و همکاران (۲۰۱۵)، کاترین و همکاران (۲۰۱۵)، گالانت (۲۰۱۴)، کایتو و کینوگاوا (۲۰۱۴) و تری (۲۰۱۴) می باشد.

از جمله مسایل بیماران قلبی ادراک بیمار از بیماری است. منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود می باشد. لونتال و نرنز (۱۹۸۳) مدل خودگردانی را مطرح کردند. این مدل، به تبیین بیماری در زمان تشخیص و در طول بیماری می داند و بر نقش پویای فرد در ادراک بیماری تأکید دارد (شارپ، ۲۰۰۶). یافته های 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 برکت (۲۰۰۸) در پژوهش خود در زمینه بررسی ادراک از بیماری و نقش آن در بیماری کرونر قلبی بیان کردند که ادارک بیماری در روند بیماری کرونر قلبی، تأثیری معنادار دارد به نحوی که بیماران دارای ادراک مثبت از بیماری شان، روند رو به بهبود بهتری را نسبت به سایر افرادی که ادراک منفی از بیماری خود دارند، نشان می دهند؛ در پژوهش حاضر، میزان این ارتباط ۱۷ درصد بود و در مطالعه فرز و مرکز (۲۰۱۰) نیز ادراک بیماری ۲۸ درصد از روند رو به بهبود بیماری کرونر قلبی را پیش بینی می کرد (نصرالهی، ۱۳۹۴).

در تبیین نتایج این پژوهش می توان گفت که تجربه بیماری قلبی و جذب اطلاعات از اطرافیان و پزشکان در خصوص این بیماری با استناد به نظریه شناختی یک می تواند 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 طرحواره های شناختی منفی در این بعد شود؛ همچنین احتمال دارد جذب اطلاعات از اطرافیان و پزشکان در خصوص این بیماری با استناد به نظریه شناختی یک می تواند 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 طرحواره های شناختی منفی در این بعد شود. همچنین احتمال دارد جذب اطلاعات طبی در خصوص بیماری کرونر قلبی و بستری شدن در بیمارستان، می توانند سبب تکوین طرحواره شناختی منفی در بیمار شود مبنی بر غیر قابل کنترل بودن حمله قلبی و همین طور درمان ناپذیری بیماری کرونر قلبی؛ این تفسیرهای منفی می توانند پذیرش درمان و متابعت درمانی را تحت تأثیر منفی قرار دهند و حتی موجب بروز عوارض و پیامدهای مستقیم بیشتری شوند؛ بنابراین بیماری که انتظار و دیدی مثبت نسبت به درمان نداشته، احتمال بهبودی خود را بسیار ضعیف تلقی می کند، طبیعی به نظر می رسد که متابعت درمانی پایین تری را نیز نسبت به سایر بیماران که ادراکی مثبت از بیماری خود دارند، نشان دهد.

همچنین نتایج پژوهش با رولتی و دلو رفانه (۲۰۱۰) نشان می داد بیمارانی که از بیماری کرونر قلبی رنج می برند در صورتی که سنی پایین تر داشته باشند همسرشان در قید حیات باشد و از احترام و حمایت خانوادگی قابل قبولی بهره مند باشند، به میزان بیشتری نسبت به دیگران، متابعت درمانی نشان می دهند. به علاوه گالیکسون، بارک، وسپی و همکاران (۲۰۰۹) 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 ساده تر، بیماران قلبی و عروقی که محیط خانوادگی سالم و حمایت کننده ای را تجربه می کنند، در پایداری به اصول درمانی، دستورهای طبی و پیشگیری ثانویه بیماری، ۳۲ درصد بهتر از دیگران، ظاهر می شوند و در پژوهش حاضر نیز میزان همبستگی حمایت اجتماعی و متابعت درمانی، ۴۰ درصد گزارش شده است و حمایت اجتماعی، ۱۹ درصد از متابعت درمانی در بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب را پیش بینی می کند. در همین راستا نتایج مطالعه انجام شده این و همکاران (۲۰۰۷) موید این موضوع است که ادراک بیماری متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی رابطه معنادار دارد.

فرضیه دوم: بین سواد سلامت با متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی رابطه معنادار دارد.

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴-۹، بین سواد سلامت و خرده مقیاس آن (مهارت خواندن، دسترسی، فهم و درک، ارزیابی و تصمیم گیری و رفتار) با متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی در سطح $P < 0.05$ رابطه معنادار و مستقیم حاصل شده است. یعنی با اطمینان ۹۵٪ فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می شود که نتایج همسو با نتایج نصرالهی (۱۳۹۷)، شمیلی و همکاران (۱۳۹۷)، پورمحسنی کلوری و اسلامی (۱۳۹۵)، سنگلجی (۱۳۹۵)، امت رضا (۱۳۹۵)، علیزاده، اشک تراب، نیک روان مفرد و زایری (۱۳۹۵)، محمدی (۱۳۹۵)، میکاییلی (۱۳۹۵)، منگلیان شهربابکی و همکاران (۱۳۹۵)، ذاکری مقدم، صادقی اکبری، چراغی و کاظم نژاد (۱۳۹۴)، چوبداری، دستجردی و شریف زاده (۱۳۹۴)، تری (۲۰۱۶)، والتر و فیلیپ ۱۲ (۲۰۱۶)، دارکاپ و همکاران (۲۰۱۵)، کاترین و همکاران (۲۰۱۵)، گالانت ۱۳ (۲۰۱۴)، کایتو و کینوگاوا ۱۴ (۲۰۱۴)، تری (۲۰۱۴)، کاترین و همکاران (۲۰۱۳) و گالانت ۱۵ (۲۰۱۳) می باشد.

در راستای تبیین یافته های پژوهش می توان گفت: از طرفی پیروی از درمان به صورت میزان مطابقت رفتار فرد با دستورات سلامتی یا درمانی تعریف می شود و از طرف دیگر در بیماری های قلبی بیش از ۵۰ درصد فرایند درمان توسط بیمار انجام می شود و تیم درمانی در فواصل بین ملاقات ها کنترل کمی بر بیمار دارد (نیاکان، ۱۳۹۲).

همچنین افرادی که نیازمند کمک در زمینه درمان هستند باید بتوانند نیاز به درمان را ادارک کنند. ادارک نیاز و در واقع آگاه بودن به شرایط بیماری خود و عوارض آن و جدی گرفتن آن خود از جمله متغیرهایی است که در روش جیم (۲۰۱۰) به طور ویژه ای بر نقش و اهمیت آن تاکید شده است، چرا که تا بیمار نسبت به وضعیت بیماری خود واقف نباشد بسیاری از محرک ها و پیامها ممکن است نادیده انگاشته شده و اعمال به برنامه درمانی نیز اهمیت داده نشود. این که مردم چگونه علائم بیماری خود را تجربه می کنند و چه قدر به کمک های پزشکی و درمانی احساس نیاز می کنند نقش مهمی در پای بندی آنها به درمان دارد. در این مدل به باورهای بیمار در مورد بیماری خود توجه شده است و بنابراین پزشکان می توانند نگرش این بیماران را در مورد بیماری، پیامدهای آن و اهمیت درگیری در برنامه درمانی شکل دهند و نظام درمانی را در جهت تبعیت بیشتر از درمان متحول کنند (قهرمانی، ۱۳۹۲).

اهمیت سواد سلامت در تأثیر بر نتایج سلامتی بیماران به خوبی شناخته شده است و نقش مهمی در تصمیم گیری افراد در مورد نیازهای حوزه سلامت خود ایفا می نماید. سواد سلامت به عنوان یک مهارت اجتماعی و شناختی دارای ابعاد مختلفی از قبیل کسب پردازش، فهم و اجرای دانش و اطلاعات سلامت به دست آمده می باشد که توانایی فهم مفاد آموزشی به عنوان یکی از ابعاد آن، در بیماران اهمیت مضاعف دارد. در سال های اخیر سواد سلامت به عنوان یک مهارت مهم شناخته شده است که بیماران برای تصمیم گیری مناسب بهداشتی در موقعیت های دشوار پیش رو به آن نیاز دارند. بهبود سواد سلامت افراد منجر به پیامدهایی چون افزایش توانایی بالقوه بیماران جهت اخذ تصمیمات آگاهانه، کاهش خطرات تهدیدکننده سلامت، افزایش پیشگیری از بیماری ها، ارتقای امنیت، افزایش کیفیت زندگی و افزایش کیفیت مراقبت از افراد می شود.

یافته های پژوهش نشان می دهد که بعد عملکردی سواد سلامت قدرت تبیین توان متابعت درمانی را در مبتلایان به نارسایی قلبی دارد. بنابراین مهارت های مرتبط با سواد سلامت عملکردی از عوامل لازم و ضروری برای بهبود متابعت درمانی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به شمار می آید. به عبارت دیگر کسانی که سواد سلامت عملکردی بالاتری دارند، خود مراقبتی را بیشتر رعایت می کنند که با یافته های پژوهش های پیشین درباره رابطه سطح سواد سلامت و میزان خود مراقبتی از درمان همخوانی دارد. چن و همکاران در مطالعه خود ارتباط مثبتی را بین سواد سلامت و آگاهی و تبعیت از خود مراقبتی در بیماران با نارسایی قلبی گزارش کردند.

در مطالعه وی و همکاران بیماران با سواد سلامت پایین، آگاهی کمتری از نارسایی قلبی، تبعیت از درمان ضعیف تر و دریافت سدیم بیشتر را گزارش کردند. در مطالعه شیخ شرفی و سید امینی بعد دسترسی و ارزیابی سواد سلامت پیشگویی کننده های بهتری برای حیطه های خود مراقبتی شناخته شدند که به دلیل مقیاس متفاوت سواد سلامت استفاده شده در آن، امکان مقایسه

وجود نداشت. اما در مطالعه مستوکا و همکاران سواد سلامت انتقادی یک عامل تعیین کننده متابعت درمانی در بیماران نارسایی قلبی بود و بیمارانی که دارای سواد سلامت پایین بودند متابعت درمانی ضعیف تری نسبت به کسانی که دارای سواد سلامت بالا بودند، داشتند که با مطالعه ما همخوانی دارد. این فرضیه نیز مانند فرضیه قبل نشان داد که هر چه ادراک و آگاهی فرد از بیماری بیشتر باشد، علاوه بر خودمراقبتی بیشتر در افراد پیروی از دستورات پزشک نیز در آنها بیشتر خواهد بود. چنانچه واضح است پیروی از دستورات پزشک زیرمجموعه خودمراقبتی است و افرادی که خودمراقبتی بیشتری دارند، به تبع دستورات پزشک را بیشتر رعایت و پیروی می کنند.

نتیجه گیری نهایی

در این پژوهش به بررسی رابطه بین ادراک بیماری و سواد سلامت با متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی پرداخته شد. نتایج حاکی از این بود که بین ادراک بیماری و سواد سلامت با متابعت درمانی بیماران نارسایی قلبی روابط مثبت و معناداری برقرار است. به عبارت بهتر هر چه بیماران، ادراک بیشتری از بیماری خود داشته باشند و سواد سلامت بیشتری داشته باشند، تبعیت و پیروی بیشتری از دستورات پزشک خواهند داشت.

بیماری های قلبی جدای از پیش آگهی ضعیف، محدودیت در فعالیت جسمی، قطع تعاملات اجتماعی، دیسترس های روانی، اضطراب، افسردگی، کاهش نشاط، افزایش وابستگی و بازنشستگی زودرس و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی را تحمیل می کند. یکی از عوامل تعیین کننده و موثر در حفظ سلامتی و پیشگیری از تشدید علائم و نشانه های بیماری بویژه در بیماری های مزمن انجام رفتارهای متابعت پزشکی و مراقبت از خود می باشد. پابندی به رفتارهای مراقبت از خود در کنار سواد سلامت بالا علاوه بر پیشگیری از تشدید علائم و نشانه ها در کاهش دفعات بستری، کاهش مرگ و میر، احساس سلامت بیشتر در بیماران مزمن و کاهش هزینه های درمان آنان ضروری و حیاتی می باشد. همچنین بیماران می توانند با کسب مهارت های مراقبت از خود، بر میزان احساس آسایش، توانایی های عملکردی و فرایندهای بیماری خود تأثیرگذار باشند که برای دستیابی به این مهارت ها نیاز به کسب آگاهی و درک درست از بیماری دارند. چنانچه در این پژوهش نشان داده شد، علل و عوامل مختلفی با پیروی از درمان و دستورات پزشک در ارتباط است و توجه به این عوامل مهم و ضروری است تا روند درمان این بیماران بهبود یابد.

محدودیت های پژوهش

تحقیق حاضر با محدودیتهای به شرح زیر مواجه گردیده است.
-تعداد زیاد سؤالات پرسشنامه ممکن است باعث خستگی آزمودنیها و تأخیر در تحویل به موقع پرسشنامه گردیده باشد.
-سوگیری بعضی از بیماران در پاسخ دهی به سؤالهای پرسشنامه - بدلیل ترس از افشای نظریات و حالتهای روانی آنان، علی رغم همه تدابیری که برای جلب اعتماد آنها به کار گرفته شده بود.

پیشنهادات پژوهش

- -بررسی سایر متغیرهای مرتبط با خودمراقبتی و پیروی از دستورات پزشک.
- -انجام مداخلات روانشناختی برای بیماران مزمن به خصوص بیماران قلبی.
- -ترویج مشاوره و رواندرمانی در بیمارستان ها و سایر مراکز درمانی
- -استفاده از یک جامعه وسیع از افراد برای افزایش تعمیم پذیری پژوهش.

منابع و مراجع

- [۱] ابراهیمی قوام، صغری (۱۳۷۵). تعیین ضرایب پایایی و همبستگی سه مفهوم حمایت اجتماعی، عزت نفس و مرجع کنترل بر روی دانش آموزان و دانشجویان تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران.
- [۲] اسلامی، محمد؛ فشارکی، محمد؛ فرمehنی، بهناز؛ حاجی اسماعیل پور، عایشه (۱۳۸۸). بررسی ارتباط افسردگی با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران افسرده و غیر افسرده مبتلا به دیابت. مجله دیابت و لیپید ایران، ۱۰ (۳)، ۳۱۸-۳۱۳.
- [۳] السان، مصطفی. و کنعانی، زینب. (۱۳۹۴). مبانی حقوقی، فلسفی، علمی اجتماعی اخلاق زیستی، همگرایی تاریخی ملت ها در اخلاق زیستی پزشکی: کنگره بین المللی اخلاق زیستی. تهران: پژوهشگاه ملی مهندسی ژنتیک و زیست فناوری.
- [۴] امت رضا، سعید. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر برنامه آموزش خود مراقبتی براساس "الگوی خود مراقبتی اورم" بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به میگرن. مدیریت ارتقای سلامت، ۳ (۱)، ۷-۱۳.
- [۵] بخشانی، نورمحمد؛ خسروی، معصومه؛ رقیعی، مهوش (۱۳۸۹)، وضعیت عملکرد شناختی بیماران مبتلا به ام اس کنگره انجمن روانشناسی ایران.
- [۶] بخشی پور رودسری، پیروی و عابدیان، (۱۳۸۶). بررسی رابطه میان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۸ (۲۹)، ۱۴۵-۱۵۲.
- [۷] برهانی، فریبا؛ عباسزاده، عباس. و کهن، سمین. (۱۳۹۰). بررسی همبستگی خودکارآمدی مقابله با حوادث غیرمترقبه با ویژگی های جمعیت شناسی در پرستاران. مدیریت ارتقای سلامت، ۱ (۱)، ۲۵-۱۷.
- [۸] بزازیان، سعیده و بشارت، محمدعلی (۱۳۸۹). سبک های دلبستگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک. روانشناسی معاصر، ۵ (۱)، ۳-۱۱.
- [۹] بوراکی، شهناز. (۱۳۹۲). رفتارهای مراقبت از خود در بیماران پس از سکته قلبی. پرستاری و مامایی جامعنگر، ۲۳ (۷۰)، ۶۳-۷۰.
- [۱۰] پارسا، ناصر و حسینی، زهره سادات. (۱۳۹۱). تازه های علمی در مورد بیماری ام اس. مجله علم و پژوهش، ۲ (۲): ۲۰-۲۴.
- [۱۱] توانا ز. (۱۳۸۷). ارتباط پزشک با بیمار. دومین کنگره بین المللی اخلاق پزشکی ایران. جلد دوم پوسترها. تهران ۲۸-۳۰.
- [۱۲] جعفریان، نجیبه و صادقی، امیر. (۱۳۹۰). نارسایی قلبیو مراقبت های آن. تهران. انتشارات جامعه نگر، سالمی.
- [۱۳] حاج هاشمی، صادق (۱۳۸۵). بررسی میزان آگاهی مددجویان قلبی- عروقی بستری در مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اهواز در زمینه مراقبت از خود. دومین همایش جامع پرستاری و مامایی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز. دانشکده پرستاری و مامایی.
- [۱۴] حسن زاده، پرستو؛ علی اکبری دهکردی، مهناز و خمسه، محمدابراهیم (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. روانشناسی سلامت، ۲ (۱۲)، ۱۱۸-۱۰۵.
- [۱۵] خطیب زنجانی، نازیلا. (۱۳۹۱). بررسی میزان آگاهی پرستاران در ارتباط با مهارت ارتباط شفاهی موثر. فصلنامه دانشجویی یادگیری الکترونیکی، ۳ (۱)، ۶۵-۷۸.
- [۱۶] دیمتئو، م. ر. (۱۳۸۷) روانشناسی سلامت، ترجمه م. کاویانی، م. عباسپور، ح. محمدی، غ. تقی زاده، و و کیمیا، تهران: انتشارات سمت.
- [۱۷] رضایی محمد (۱۳۸۶)، رابطه بین مغز / سیستم های رفتاری حمایت اجتماعی و افسردگی است. رفاه اجتماعی فصلنامه فارسی، ۴۵، ۲۲۳-۲۱۱.
- [۱۸] رضایی دهنوی، علی؛ نوری، صدیقه و جعفری، ابوالقاسم (۱۳۸۸). بررسی پدیده استیگما در مادران دارای فرزند با نشانگان داون در شهر اصفهان: رویکردی روانی- اجتماعی. خانواده پژوهی، ۵ (۱۹)، ۱۱۷-۱۰۲.
- [۱۹] رفیعی فر، شهرام؛ عطارزاده، ماندانا و احمدزاد اصل، مسعود (۱۳۸۶). نظام جامع توانمند سازی مردم برای مراقبت از سلامت خود. اداره ارتباطات و آموزش سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم. مؤسسه پژوهشگران بدون مرز.
- [۲۰] زمان زاده، علی. (۱۳۹۴). رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی. پزشکی تبریز دانشگاه علوم پزشکی علمی.

- [۲۱] سادوک بنیامین، سادوک ویرجینیا. (۲۰۰۹). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روانپزشکی کاپلان. ترجمه نصرت الله پور افکاری. (۱۳۹۰). انتشارات شهر آب، تهران.
- [۲۲] سارافینو، ادوارد پ (۲۰۰۶). روانشناسی سلامت. ترجمه گروهی از مترجمان (۱۳۹۰). تهران. نشر رشد.
- [۲۳] سلطان زاده، اکبر. (۱۳۸۹). بیماری مغز و اعصاب. تهران. نشر جعفری.
- [۲۴] سنگلجی، بهرام. (۱۳۹۲). رابطه ناتوانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله بهداشت و توسعه، ۲ (۳)، ۳۶-۲۷.
- [۲۵] شریفی، علی اکبر (۱۳۹۰). راهنمای ام.اس.ام.ای (میلیون ۳)، مرکز نشر روانسنجی، تهران.
- [۲۶] شریفی راد، آزادبخت، فیضی، محبی، امیدی و اسکوئی. (۱۳۹۰) نقش حمایت اجتماعی در مراقبت از خود رفتار بیماران دیابتی: یک نقد و بررسی روایت بهداشت سیستمهای شیء. دانشگاه تهران
- [۲۷] شمیلی، فرناز؛ زارع، حسین و اورکی، محمد (۱۳۹۲). پیش-بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبیبر اساس ادراک بیماری. مجله پزشکی ارومیه، ۲۴ (۶)، ۳۷۹-۳۹۲.
- [۲۸] علیپور، احمد؛ صحرانیان، محمدعلی؛ علی اکبری، مهناز و حاجی آقابابائی، مرضیه (۱۳۹۰). ارتباط میان حمایت اجتماعی ادراک-شده و سخت-رویی با سلامت روان و وضعیت ناتوانی در زنان مبتلا به نارسایی قلبی. پژوهش‌های روانشناختی اجتماعی، ۱ (۳)، ۱۱۴-۱۰۳.
- [۲۹] علیزاده، زینب؛ اشک تراب، طاهره؛ نیک روان-مفرد، ملاحت و زایری، فرید (۱۳۹۲). همبستگی حمایت اجتماعی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مدیریت ارتقای سلامت، ۳ (۱)، ۳۴-۲۷.
- [۳۰] عنایتی، میرصلاح-الدین (۱۳۸۵). مقایسه سلامت عمومی، عزت نفس و حمایت اجتماعی در بیماران خودسوز و غیرخودسوز بستری در بیمارستان سوانح سوختگی چرومی گناوه. ارمان دانش، ۴۱ (۱۱)، ۹۲-۸۳.
- [۳۱] فخر موحدی، علی؛ صصلی، مهوش؛ نگارنده، رضا. و راهنورد، زهرا. (۱۳۹۰). تبیین عوامل زمینه ای در ارتباط پرستار-بیمار: یک مطالعه کیفی. کومش، ۳، ۱ (پیاپی ۴۱)، ۱۲۴-۱۱۱.
- [۳۲] فخری، پاک سرشت و حق دوست (۱۳۹۰) بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در نیمه اول سال ۱۳۹۰ در بیمارستان های آموزشی شهر اهواز. جندی شاپور علمی پزشکی.
- [۳۳] فرامرزی، نگار و شلیله، کیوان (۱۳۹۲). مجموعه کتاب های سبز دانستی های پزشکی اسکروز متعدد (MS) موسسه فرهنگی انتشاراتی حیان. تهران، چاپ دوم.
- [۳۴] فرهنگ، سارا. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی و درمان حمایتی بیانگر بر سازگاری روانشناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- [۳۵] فلاتی، نگهدار (۱۳۸۲). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با خودکارآمدی و عادت مطالعه در درس علوم و مقایسه آنها در دانش آموزان دختر و پسر سال سوم راهنمایی و نواحی چهارگانه شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- [۳۶] فلاتی، نگهدار (۱۳۹۲). بررسی رابطه سواد سلامت با امید به زندگی و کاهش دوره درمان مبتلایان به دیابت. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- [۳۷] فولاد چنگ، طیبیه؛ رضایی، حسن و درکه، محسن (۱۳۹۱). بررسی رابطه ادراک بیماری با سازگاری و سلامت عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلوزیس. خلاصه مقالات اولین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام.
- [۳۸] قمری، محمد (۱۳۹۰). رابطه دین-داری و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی منطقه دو. روانشناسی و دین، ۴ (۱)، ۸۹-۱۰۴.
- [۳۹] قهرمانی، علیرضا؛ کامرانی، فرهاد؛ محمدزاده، شهلا و نمادی، مریم (۱۳۹۲). تأثیر آموزش خودمراقبتی بر میزان آگاهی، عملکرد و بستری مجدد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بیمارستان-های شهرستان اردبیل. پژوهش پرستاری، ۸ (۲۹)، ۷۲-۶۵.
- [۴۰] کرمانی، زهرا (۱۳۸۸). بررسی نقش امید در رابطه بین حمایت اجتماعی و معنا در زندگی با افکار خودکشی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی.

- [۴۱] کلانتری، حمید؛ باقریان سراودی، رضا؛ افشار، حمید؛ خرمیان، نیوشا؛ فروزنده، نسیم؛ دقاق زاده، حامد؛ مرانی، محمدرضا و ادیبی، پیمان (۱۳۹۱). ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۲ (۹۰)، ۳۳-۴۱.
- [۴۲] مانسن ر. (۱۳۸۰). مداخله و تامل در اخلاق پزشکی. ترجمه: چمنی ف، ابوترابی ا. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، ج: اول. چاپ: اول.
- [۴۳] محمدی رزوه، نرگس (۱۳۸۷). تعیین عوامل روانشناختی و اجتماعی پدید آیی استرس در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی، ۱۰ (۴)، ۳۰۵-۳۱۰.
- [۴۴] مدنی، حسین (۱۳۸۸). بررسی خود مراقبتی بر میزان عزت نفس بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری گرایش داخلی- جراحی؛ دانشگاه تربیت مدرس.
- [۴۵] مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۹۴). بررسی تاثیر طبقه اجتماعی بر رفتار بیماری در بیماران آرتريت روماتوئید. رساله دکتری جامعه شناسی پزشکی. دانشگاه اصفهان.
- [۴۶] مصلحی شاد، ابراهیم. (۱۳۹۳). تاریخچه و مبانی اخلاق پزشکی. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی، جلسه اول: کلیات اخلاق پزشکی، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.
- [۴۷] مطهری نژاد، فاطمه؛ پروانه، شهریار و قهاری، ستاره. (۱۳۹۵). خستگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی: علل، ارزیابی و درمان. مجله علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد، ۵ (۱)، ۷۳-۸۱.
- [۴۸] منگلیان شهربابکی، پروین؛ شاه نظری، یاسمن؛ محمودی، محمد و فرخ زادیان، جمیله (۱۳۹۱). تأثیر یک برنامه آموزشی خودمراقبتی بر آگاهی و عملکرد بیماران مبتلا به نارسایی قلب. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۱ (۶)، ۶۰۹-۶۱۹.
- [۴۹] منیرپور، نادر؛ بخشی، شهربانو؛ ریسی، زهره؛ صادقیان، سعید و نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۲). بررسی ارتباط میان ادراک بیماری، راهبردهای مقابله و حمایت اجتماعی با متابعت درمانی در افراد مبتلا به بیماری های عروق کرونر قلب. دانشور پزشکی، ۲۱ (۱۰۸)، ۹۴-۸۶.
- [۵۰] میکایلی، نیلوفر. (۱۳۹۱). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، راهبردهای مقابله ای و تاب آوری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. طب پزشکی، ۸ (۳)، ۸۹-۷۸.
- [۵۱] نصرالهی، جواد. (۱۳۹۴). رابطه افسردگی و بهزیستی روان شناختی با ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه خوارسگان اصفهان.
- [۵۲] نیاکان، مریم؛ پاریاد، عزت؛ شیخ الاسلامی، فرزانه؛ کاظم نژاد لیلی، احسان؛ اسدیان راد، محمد؛ بنکدار، حمیدرضا و بوراکی، شهناز (۱۳۹۲). رفتارهای مراقبت از خود در بیماران پس از سکته قلبی. پرستاری و مامایی جامع-نگر، ۲۳ (۷۰)، ۷۰-۶۳.
- [۵۳] هژیر، فرهاد. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در تغییر بازنمایی های ادراک از بیماری و ارتقاء حالات عاطفی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ۱۵ (۶)، ۴۲۶-۴۱۵.
- [54] Alsen P & Brink E (2013). Illness perceptions after myocardial infarction, relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. J Cardiovasc Nurs; 25(2), 1-10.
- [55] Andreoli, Benjamin, Griggs & Wing, K. (2010). Organizational communication and conflict management systems: A social complexity approach. Nordicom Review, 31 (1), 125-141.
- [56] Aminoff, M. J. (2013). Aminoff's Electrodiagnosis in Clinical Neurology. USA: Saunders.
- [57] Aula, P., & Siira, K. (2011). Organizational communication and conflict management systems: A social complexity approach. Nordicom Review, 31 (1), 125-141.
- [58] Balsimelli S. (207). Attention sociated with relapsing- remitting multiple sclerosis patients with mild incapacity. Arq Neuropsiquiatr; 65:262-7.
- [59] Bandura A. Self-Efficacy-The Exercise of Control. San Francisco :W.H. Freeman Co. 1997.
- [60] Beh, L.S., & Loo, L.H. (2013). Job stress and coping mechanisms among nursing staff in public health services. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 2 (7), 131-176.

- [61] Boyer BA, Paharia MI. (2008). Comprehensive hand book of clinical health psychology. New Jersey: John Wiley & Sons.
- [62] Bradly, D. (2010). Neurology in clinical practice. 4th ed. Philadelphia: Elsevier.
- [63] Bruce, J. M., & Lynch, S. G. (2013). Personality traits in multiple sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. *J Psychosom Res*, 70 (5): 479-485.
- [64] Brunner LS, Suddurth DS. Textbook of medical-surgical. Nursing. 10th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 2004; 1718-22.
- [65] Buick, D.L (2011). Illness representations and breast cancer, Coping with radiation and chemotherapy. In, Petrie, K.J. and Weinman, J.A. (Eds.), *Perceptions of Health and Illness*, Harwood Academic Publishers, Singapore; 379-409.
- [66] Carollo.S.(2015). Nurs Geriatr. relationships clinician-tientpa of influence the: women older in literacy health Low. *S C42-S38*):Suppl 2(36).
- [67] Chioveti A. (2006). Bridging the gap between health literacy and patient education for people with multiple sclerosis. *J Neurosci*, 8, 478-495.
- [68] Cosley, J & McCoy, E (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 3, 113-123.
- [69] Coyle KM (2011). The Relationship of Depressive Symptom Over Time on Self Care Behavior in Patient Who Experience a MI. PhD Thesis. The Catholic University of America.
- [70] Deborah BS. Early onset multiple sclerosis: A review for nurse Practitioners. *J Pediatric Health Care* 2012;26:399-408.
- [71] Dracup, K., Moser, D., Pelter, M., Nesbitt, T., Southard, J., Paul, S., Robinson, S., Zègre Hemsey, J & Cooper, L (2015). Rural Patients' Knowledge about Heart Failure. UCSF, School of Nursing San Francisco.
- [72] Del Castillo A, Vazquez ML & Godoy JF (2013). Illness Beliefs About Cancer Among Healthy Adults Who have and have not Lived with Cancer Patients. *Int J Behav Med*; 18(4), 342-51.
- [73] Edger, K.A.; Psychol, D. & Skinner, T.C. (2011), Illness representations and coping as predictors of emotional wellbeing in adolescents with type I diabetes, *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 485-493.
- [74] Fergusson CA (2010). Self-regulation in multiple sclerosis, the role of illness cognitions and coping in adjustment. Scotland, University of Stirling.
- [75] Ferreira ML. (2010). Cognitive deficits in multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*; 68: 632-41.
- [76] Forrest CB. Primary care in the United States: Primary care gate keeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 2003; 326: 692-695
- [77] Gallant, M. (2012). The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30, 170-195.
- [78] Gonzalez B & Luopn J (2008). Patient education by nurse, what we really do achieve? *European Journal of Cardiovascular Nursing*; 4, 107-11.
- [79] Goulding L, Furze G & Birks Y (2011). Randomized controlled trials of interventions to change maladaptive illness beliefs in people with coronary heart disease, systematic review. *Journal of Advanced Nursing*; 66(5), 46-57.
- [80] Harris, L. J. (2012). Ways of coping: Understanding workplace stress and coping mechanisms for hospice nurses. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Pittsburgh Graduate School of Public Health.
- [81] Holzapfel N, Lowe B & Wild B (2010). Self-care and depression in patients with chronic heart failure. *Heart Lung*. 38 (5), 392-7.
- [82] Jaarsma T & Halfen R (2004). Developing a supportive educative program for patient with advanced HF within orems general theory nursing. *Nursing Science Quarterly*; 2, 79-85.
- [83] Joseph, S, & Lindley, A. P. (2010). Positive Psychotherapy: A Metatheory for Psychological practice. 1th ed. Oxford: Rutledge Press.

-
- [84] Judkins Deaton C & Grady KL (2007). State of the science for cardiovascular nursing outcomes, heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*; 19, 329-38
- [85] Kathryn E, Iieana L & David J (2013). Effects of Exercise Training on Health Status in Patients with Chronic Heart Failure. *JAMA*; 301(14), 1451-1459.
- [86] Kasper, Fauci, Hauser, Longo & Jameson K (2015). Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart Lung*, 38(5), 398-409.
- [87] Katio N & Kinugawa K (2011). Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart Lung*, 38(5), 398-409.
- [88] Kenner, M, & Menon, U. (2010). Multiple sclerosis as a painful disease. *Int Rev Neurobiol*, 79: 303-21.
- [89] Koopman W, Schweitzer A. The journey to multiple sclerosis: a qualitative study. *Neur Sci Nurs*. 1999; 31 (1): 17-24.
- [90] Leventhal, F. D. & Nrnz, C. (2004). Defining the clinical course of multiple sclerosis society (USA) Advisory committee on clinical trails of new Agents in multiple sclerosis. *Neurology*, 46, 907-911.
- [91] Libby, Braunwale, Bonow & Zipes S (2012). Anxiety and asthma symptoms in urban adolescents with asthma, the mediating role of illness perceptions. *J Clin Psychol Med Settings*; 17(4), 349-56.
- [92] Lublin, F. D. & Reingold, C. (2009). Defining the clinical course of multiple sclerosis society (USA) Advisory committee on clinical trails of new Agents in multiple sclerosis. *Neurology*, 46, 907-911.
- [93] McGrady ME & Cotton S (2012). Anxiety and asthma symptoms in urban adolescents with asthma, the mediating role of illness perceptions. *J Clin Psychol Med Settings*; 17(4), 349-56.
- [94] Molly Cheah. Challenges and Prospects for Primary Health Care in Malaysia, National Conference on Privatization & Health Care Financing in Malaysia: Emerging Issues and Concerns, April 5th - 6th 1997, p1-8.
- [95] Morgante L. Hope in multiple sclerosis, a nursing perspective. *Int J MS Care*. 2000; 2 (2): 3.
- [96] Moss-Morris, R & Chalder, T (2007). Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*, 55(4), 305-8.
- [97] Moser DK & McKinely Sh (2012). Relationship of persistent symptoms of anxiety to morbidity and mortality outcomes in patients with coronary heart disease. *Journal of Biobehavioral Medicine*; 73(9), 803-9.
- [98] Motl, R. W., McAuley, E., Snook, E. M, & Gliottoni, R. C. (2015). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: Intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychol Health Med*; 14 (1): 111-24.
- [99] Orem, D E (2003). *Nursing concepts of practice*. 6th ed. Mosby.
- [100] Patenaude J, et al. (2003) Changes in Students' Moral Development during Medical School: a Cohort Study, *Canadian Medical Associate Journal*, 168 (7), 245-257.
- [101] Petrie, K. & Weinman, J (2006). More focus needed on symptom appraisal. *Journal of Psychosomatic Research*; 54, 401-493.
- [102] Piña, Oghlakian & Boxe, J (2011). More focus needed on symptom appraisal. *Journal of Psychosomatic Research*; 54, ۴۹۳-۴۰۱ ام.
- [103] Poser, C. M. (2010). The diagnosis and management of multiple sclerosis. *Acta Neural Scand*; 112 (3): 199- 201.
- [104] Razuel, C & Dupanloup, O (2012). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27, 237- 242.
- [105] Rees, G & Fry, H (2006). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Journal of Psychology and Health*; 19 (6), 749-765.

- [106] Schmitt, M. M., Goverover, Y., Deluca, J, & Chiaravalloti, N. (2014). Self-efficacy as a predictor of self-reported physical, cognitive, and social functioning in Multiple Sclerosis. *Rehabil Psychol*; 59 (1): 27-34.
- [107] Schreurs KM & Colland VT (2005). Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviors. *Patient Education and Counseling*; 51, 133-141.
- [108] Sharpe L, Curran L.(2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social science & medicine* 2006; 62(5): 1153-66.
- [109] Sidani S (2006). Self-care in D.M. *Nursing- Sensitive Outcomes*. Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett, 65-113.
- [110] Smeltzer S C, Bare B G, Hinkle J L (2011). Text book of medical surgical nursing. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- [111] Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1998; 213-241.
- [112] Stromberg A (2007). The crucial role of patient education in heart failure. *European Journal of Heart Failure*; 7, 363-69.
- [113] Tolijamo M & Hentinen M (2010). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*; 10, 618-27.
- [114] Tree, H. A (2014). Multiple sclerosis severity, pain intensity and psychosocial factors: Associations with perceived social support, hope, optimism, depression, and fatigue. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy. University of Kansas.