

بررسی رابطه‌ی سابقه‌ی فشار خون بالا و طرحواره شناختی بیماری در بیماران پس از سکته قلبی

دکتر رضا باقریان سرارودی*، دکتر حمید صانعی**، دکتر هادی بهرامی احسان***

*روان‌شناسی بالینی و سلامت، استادیار گروه روان‌پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

**فوق تخصص قلب و عروق، دانشیار گروه قلب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

***روان‌شناس، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۸۷/۱۰/۲۴

تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۱۲

چکیده

بر اساس نظریه‌ی لونتال، بیماران جسمی بازنمایی‌های طرحواره گونه از بیماری جسمی به وجود می‌آورند که می‌تواند جنبه‌های مختلف سازگاری آنان با بیماری جسمی را تحت تأثیر قرار دهد. هدف این مطالعه بررسی ارتباط سابقه‌ی فشار خون بالا و بازنمایی‌های بیمار در بیماران پس از سکته‌ی قلبی بود.

تعداد ۱۷۶ نفر بیمار ۳۲ تا ۸۴ سال، که با تشخیص قطعی سکته قلبی در یکی از بیمارستان‌های مجهز به واحد مراقبت قلبی شهر اصفهان طی پنج ماه اول سال ۱۳۸۵ بستری شده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. داده‌های حاصل از اجرای فرم کوتاه مقیاس ادراک بیماری و پرسشنامه‌ی اطلاعات طبی، جمعیت شناختی و پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. اطلاعات طبی بیمار از پرونده بیمار استخراج شد و سابقه‌ی فشار خون بالا از طریق استخراج اطلاعات، شرح حال، سابقه‌ی مصرف داروهای ضد فشار خون بالا و تأیید قطعی آن توسط پزشک معالج (کاردیولوژیست) بیمار انجام گرفت. بنابراین بیماران به دو گروه با سابقه‌ی فشار خون بالا و بدون چنین سابقه‌ی تقسیم شدند. در تحلیل داده از آزمون‌های χ^2 و t و روش تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس استفاده گردید.

در مجموع ۳۰/۷ درصد از آزمودنی‌ها دارای سابقه فشار خون بالا بودند. یافته‌های تحلیل کواریانس چند متغیری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در نمرات ادراک بیماری ($P = ۰/۰۳۳$, $F = ۲/۵۰۱$) نشان داد. همچنین نتایج تحلیل کواریانس تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در دو بعد کنترل‌پذیری/درمان‌پذیری ($P = ۰/۰۲۶$, $F = ۵/۴۵$) و پیامدهای بیماری ($P = ۰/۰۲۶$, $F = ۵/۰۵۴$) نشان داد. با این وجود در ابعاد ماهیت بیماری ($P = ۰/۴۶۲$, $F = ۰/۲۲۸$) و مدت زمان بیماری ($P = ۰/۵۴۹$, $F = ۰/۳۶۱$) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

به طور کلی یافته‌ها تأیید نمود که بیماران با سابقه‌ی فشار خون بالا پس از سکته‌ی قلبی در مقایسه با بیماران بدون سابقه‌ی فشار خون بالا تلقی ناگوارتری از حمله‌ی قلبی خویش دارند. همچنین نتایج نشان داد سابقه‌ی فشار خون بالا ممکن است با ادراک بیمار از پیامدهای بیماری و کنترل‌پذیری/درمان‌پذیری ارتباط داشته باشد. البته، یافته‌ها چنین ارتباطی را با ابعاد ماهیت بیماری و مدت زمان بیماری مورد تأیید قرار نداد. بنابراین احتمال دارد بیماران با سابقه‌ی فشار خون بالا پس از سکته‌ی قلبی طرحواره‌های شناختی منفی در مورد برخی ابعاد حمله‌ی قلبی پدید آورند.

سابقه‌ی فشار خون بالا، بازنمایی شناختی بیماری، ماهیت بیماری، پیامدهای بیماری، مدت زمان بیماری، کنترل‌پذیری، درمان‌پذیری.

مقدمه:

روش‌ها:

یافته‌ها:

نتیجه‌گیری:

واژگان کلیدی:

تعداد صفحات: ۱۱
تعداد جدول‌ها: ۴
تعداد نمودارها: -
تعداد منابع: ۲۲

دکتر رضا باقریان سرارودی، روان‌شناسی بالینی و سلامت، استادیار گروه روان‌پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

E-mail: bagherian@med.mui.ac.ir

آدرس نویسنده مسؤول:

مقدمه

بیماری قلبی شایع‌ترین علل مرگ زودرس در جوامع مختلف (۱) و همچنین دارای تأثیرات منفی بر بهزیستی مبتلایان به آن است (۲-۳). در پژوهش‌های مربوط به سازگاری با بیماری‌های مزمن توجه خاصی به ادراک بیمار از ماهیت بیماری وی شده است (۴). بر اساس نظریه Leventhal و همکاران (۵) بیماران رفتار و واکنش‌های هیجانی خویش به بیماری را بر اساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل پذیری و درمان پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌نمایند (۶). پژوهش‌ها نشان داده است که این ابعاد شناختی بیماری با بهزیستی پایین، برگشت به کار و ضعف در مراقبت از خود در بیماری‌های مزمن ارتباط دارد (۷-۸). شواهد اولیه‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد ادراک بیماری و ابعاد این پدیده‌ی روان‌شناختی عواملی هستند که احتمال دارد سبب افزایش عوارض بیماری، کاهش بهبودی و کاهش سازگاری در بیماران سکته‌ی قلبی شود (۹-۱۰).

همچنین کیفیات ادراک بیماری جنبه‌های مختلف تجربیات آنان از بیماری نظیر جستجوی درمان‌های طبی احتمالی، کیفیت زندگی و پیروی از توصیه‌های پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱). به عنوان مثال Alsen و همکاران (۱۲) در یک مطالعه‌ی کیفی پیرامون ادراک بیماری چهار ماه پس از سکته‌ی قلبی نتیجه گرفتند که ادراک بیماری یکی از عوامل مهم مؤثر بر پیروی از توصیه‌های پزشکی است. Petrie و همکاران (۱۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که میزان ناتوانی در بیمارانی که باور دارند سکته‌ی قلبی آنان پیامدهای منفی خواهد داشت، بیشتر بوده است و با تأخیر بیشتر به کار برگشتند. به همین ترتیب بیمارانی که نگرش منفی‌تر نسبت به بیماری قلبی خود داشتند و یا بیماری خویش را کمتر

درمان پذیر تلقی می‌نمودند، در برنامه‌های توانبخشی کمتر شرکت می‌کردند (۱۴-۱۵). Brink و همکاران (۱۶) در یک مطالعه‌ی دیگر نتیجه گرفتند خستگی و سایر مشکلات جسمی پس از سکته‌ی قلبی که بیمار را از شرکت در فعالیت‌های قلبی باز می‌دارد، فرایند خودتنظیمی را در بیمار تحت تأثیر قرار می‌دهند.

از طرف دیگر ادراک بیماری تحت تأثیر متغیرهای گوناگونی است که شناخت آن‌ها به منظور مداخله بسیار حائز اهمیت است (۱۰)؛ گرچه در نظریه‌ی خودتنظیمی بیان شده است که ادراک بیماری تحت تأثیر عوامل متعددی می‌باشد و تا به حال این پدیده‌ی روان‌شناختی به عنوان یکی از متغیرهای مهم سازگاری با برخی از بیماری‌های مزمن مورد مطالعه قرار گرفته، اما نقش عوامل تکوین دهنده‌ی ادراک بیماری به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است (۴). مهم است که بدانیم چگونه ادراک بیماری شکل می‌گیرد، چگونه اصلاح می‌شود و چه گروهی از بیماران به منظور تغییر جنبه‌های شناختی بیماری خویش، باید تحت مداخله قرار گیرند.

Leventhal و همکاران اظهار داشته‌اند که ادراک بیماری تحت تأثیر دامنه‌ی وسیعی از متغیرها شامل متغیرهای فردی نظیر متغیرهای طبی و فرهنگی - اجتماعی است (۵). به عنوان مثال در مطالعه‌ای مشاهده شد که محتوی ادراک بیماری تحت تأثیر تجربیات شخصی بیماری، درمان آن، عوامل فرهنگی - اجتماعی و محیط اجتماعی است (۱۷). یکی از عواملی که ممکن است بر ادراک بیماری تأثیر مهمی داشته باشد، تجربه‌ی قبلی عوامل خطر ساز آن بیماری نظیر فشار خون بالا می‌باشد که ممکن است بر شناخت از بیماری تأثیر قابل توجهی داشته باشد.

Aalto و همکاران (۴) در مطالعه‌ای در مورد عوامل

"پیش‌بینی افسردگی پس از سکته‌ی قلبی" به دست آمده بود (۱۹). طرح پژوهش اصلی در شورای پژوهشی دانشگاه تهران مورد تصویب قرار گرفت و پروتکل آن هیچ گونه تضادی با موازین کمیته‌ی اخلاق پژوهش نداشت. موافقت کتبی و آگاهانه از هر یک از بیماران شرکت کننده در این پروژه اخذ گردید. در پروژه‌ی مادر، اطلاعات لازم طی دوره‌ی بستری بیماران با استفاده از پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی و طبی جمع‌آوری شد و سپس در مقطع دو هفته پس از حمله‌ی قلبی و ثبت وضعیت عمومی آنان، ابعاد بازنمایی شناختی بیماری با به کارگیری فرم کوتاه مقیاس ادراک بیماری مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه بخشی از داده‌های مورد نیاز، از استخر داده‌های پروژه‌ی اصلی جدا شد و برای تعیین رابطه‌ی ابعاد بازنمایی شناختی بیماری و سابقه‌ی فشار خون بالا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در اجرای مقیاس ادراک بیماری از بیماران خواسته می‌شد گزینه‌های هر ماده را با دقت بخوانند و با در نظر گرفتن دیدگاه خویش، موافقت خود را روی یک طیف ده درجه‌ای بین صفر تا نه مشخص سازد.

آزمودنی‌ها: نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۱۷۶ بیمار سکته‌ی قلبی بین سن ۳۲ تا ۸۴ سال و با میانگین سنی ۵۶ سال بود که با تشخیص قطعی سکته‌ی قلبی در یکی از بیمارستان‌های مجهز به CCU شهر اصفهان طی ۵ ماه اول سال ۱۳۸۵ بستری شده بودند. آزمودنی‌ها به طور عمده مرد (۸۴ درصد)، متأهل (۸۸/۶ درصد)، و از طبقه اجتماعی - اقتصادی پایین و متوسط (۸۷ درصد) بودند. ۱۲۳ نفر آنها فاقد سابقه‌ی قبلی سکته‌ی قلبی بودند. ۴۸/۳ درصد بیماران با تشخیص سطح سکته‌ی قلبی

تعیین کننده‌ی ادراک بیماری نشان دادند که عوامل خطر ساز بیماری قلبی با ادراک ماهیت، پیامد و مدت زمان بیماری ارتباط دارد در حالی که با بعد کنترل پذیری/درمان پذیری ارتباط ندارد. بر خلاف این نتایج، Broadbent و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ی دیگری هیچ رابطه‌ای بین ادراک بیماری و شاخص‌های مربوط به خطر سکته‌ی قلبی در بیماران پس از سکته‌ی قلبی مشاهده نکردند. به عبارت دیگر دیدگاه این بیماران با ارزیابی‌های خطر بالینی آن‌ها شامل سابقه‌ی سکته قلبی هماهنگ نبود. همچنین Constant و همکاران (۱۱) در مطالعه‌ی نشان دادند که شدت ادراک شده‌ی بیماری با شدت واقعی بیماری ارتباط ندارد. با این وجود، در یک مطالعه‌ی اخیر Alsen و همکاران نتیجه گرفتند که ادراک سکته‌ی قلبی در بیماری که حمله‌ی قلبی را به عنوان نشانه‌ی یک بیماری مزمن تلقی می‌نماید، متفاوت از ادراک بیماری در بیماری است که حمله‌ی قلبی را به عنوان یک رویداد حاد ادراک می‌کند (۱۲). بنابراین با توجه به نتیجه‌گیری Alsen و همکاران، برداشت‌های نظری و شواهد محدود به نظر می‌رسد که وجود عوامل خطر ساز قلبی نظیر فشار خون بالا به عنوان یک بیماری مزمن می‌تواند تلقی بیمار از حمله قلبی را متفاوت سازد.

تاکنون به طور اختصاصی رابطه‌ی سابقه‌ی فشار خون بالا و ادراک بیماری در بیماران پس از سکته‌ی قلبی مورد توجه قرار نگرفته است. هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین تجربه‌ی فشار خون بالا و ابعاد طرح‌واره‌ی شناختی بیماری در بیماران پس از سکته‌ی قلبی است.

روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی نتیجه‌ی تحلیل ثانویه‌ی بخشی از داده‌هایی است که در طرح پژوهشی تحت عنوان

Leventhal را پوشش می‌دهد. هدف اصلی از استفاده از این مقیاس ارزیابی طرحواره‌ی شناختی بیمار از حمله‌ی قلبی وی است. هر کدام از ماده‌های این مقیاس به استثنای ماده‌ی نه در یک درجه‌بندی بین صفر تا ده پاسخ داده می‌شود. ضمن این که برای سهولت فهم آزمودنی‌ها از درجه‌بندی ماده‌ها و پاسخ به آن‌ها، فاصله‌های درجه‌بندی شده بین صفر تا ده تعریف شد. با استفاده از این ابزار می‌توان چند شاخص از ابعاد طرحواره‌ی شناختی بیمار از بیماری خویش را به دست آورد و از جمع آیت‌های مربوط به هر بعد نمره‌ی آن بعد را محاسبه نمود. این مقیاس در مقایسه با روش‌های به کار رفته در سایر پژوهش‌ها برای ارزیابی ادراک بیمار از شدت بیماری خود از اعتبار و پایایی بیشتری برخوردار است (۲۰). ماده‌ی نه این مقیاس به دیدگاه بیمار در مورد علل بیماری وی مربوط می‌گردد و در آن ماده از بیمار خواسته می‌شود که فهرست سه مورد از علل بیماری را به ترتیب اولویت ارائه نماید. از این رو در پژوهش‌های مربوط به ارزیابی ادراک بیمار نتایج هشت ماده‌ی اول به عنوان شاخص دیدگاه بیمار از شدت بیماری خویش به طور مجزا مورد تحلیل قرار می‌گیرد و داده‌های ماده‌ی نه به منظور بررسی نظر بیماران در مورد علل بیماری نیز جداگانه بررسی می‌شود. در این پژوهش با عنایت به هدف مورد نظر در ارزیابی از ادراک بیماری این آیت حذف گردید. به منظور تهیه‌ی نسخه‌ی فارسی این مقیاس، ابتدا در ترجمه و برگردان نسخه‌ی انگلیسی به فارسی از همکاری و مشاوره‌ی یک نفر فوق لیسانس زبان انگلیسی نیز استفاده شد. سپس نسخه‌ی فارسی تهیه شده توسط یکی از استادان گروه زبان انگلیسی بار دیگر به انگلیسی باز گردانده شد و بعد از تأیید نسخه‌ی

دامی (Anterior) و ۵۱/۷ درصد غیر قدامی (Non anterior) بستری شدند.

بیماران نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس (پی در پی) بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: دو معیار از سه معیار تشخیص سکته‌ی قلبی و موافقت بیمار برای ورود به مطالعه بود. معیارهای تشخیص سکته‌ی قلبی شامل ۱. درد قفسه‌ی سینه مشخصه‌ی کم‌رسانی خون (Typical Ischemic) به عضله‌ی قلب که حداقل ۲۰ دقیقه طول بکشد؛ ۲. وجود تغییرات پاتولوژیک بیانگر ایسکمی/انفارکتوس در امواج الکتروکاردیوگرافی (ECG) و ۳. افزایش آنزیم‌های قلبی است.

معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل این موارد بود:

- ۱) سکته‌ی قلبی بیمار ثانوی بر جراحی (Bypass) یا آنژیوپلاستی (Angioplasty) باشد؛ ۲) وجود بیماری طبی جدی دیگری که موجب کاهش امید به زندگی شود؛ ۳) وجود اختلال عمده‌ی روان‌پزشکی در بیمار؛ ۴) تحت درمان‌های افسردگی بودن؛ ۵) وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار؛ ۶) عدم توانایی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها ایجاد مشکل کند؛ ۷) شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک معالج طی زمان بستری؛ ۸) وقوع یک سکته‌ی قلبی طی زمان بستری به دلایل طبی دیگر؛ ۹) عدم امکان پیگیری بیمار پس از ترخیص.

ابزار و ارزیابی: فرم کوتاه مقیاس ادراک بیماری (Brief Illness Perception Scale): این مقیاس نسخه‌ی خلاصه شده‌ی مقیاس ادراک بیماری است که تمام ابعاد شناختی مطرح در نظریه خودنظم‌بخشی

نمرات در تمام ماده‌ها به دست می‌آید و بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد.

اعتبار و پایایی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک به کرات مورد بررسی قرار گرفته و در سطح بالایی گزارش شده است. به تازگی Osman و همکاران (۲۲) ضریب پایایی همسانی درونی ماده‌های نسخه‌ی دوم پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضرایب همبستگی بالایی با سایر پرسش‌نامه‌ی افسردگی نیز گزارش نمودند.

تعیین سابقه‌ی فشار خون بالا: اطلاعات پزشکی بیمار مانند سابقه‌ی فشار خون بالا از سوابق و پرونده‌ی وی استخراج و در پرسش‌نامه‌ی طبی بیمار منظور گردید. سپس تعیین قطعی سابقه‌ی فشار خون بالا از طریق استخراج اطلاعات و سوابق مربوط از مدارک، شرح حال بیمار، سابقه‌ی مصرف داروهای ضد فشار خون بالا و تأیید قطعی آن توسط پزشک معالج (کاردیولوژیست) بیمار انجام گرفت.

لگاریتم حداکثر آنزیم CPK: لگاریتم حداکثر آنزیم CPK به عنوان شاخص شدت سکته‌ی قلبی است که بر اساس بالاترین سطح آنزیم طی ۴۸ ساعت بعد از حمله‌ی قلبی بر مبنای ۱۰ محاسبه گردید.

اجرا: در پروژه‌ی مادر، اطلاعات لازم طی دوره بستری بیماران با استفاده از پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی و طبی جمع‌آوری شد و سپس در مقطع دو هفته پس از حمله قلبی و تثبیت وضعیت عمومی آنان، ابعاد بازنمایی شناختی بیماری با به کارگیری فرم کوتاه مقیاس ادراک بیماری مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه بخشی از داده‌های مورد نیاز، از استخر داده‌های پروژه اصلی جدا و برای تعیین رابطه ابعاد بازنمایی شناختی بیماری و سابقه فشار خون بالا

فارسی این مقیاس، محقق کیفیات روان‌سنجی آن را روی نمونه‌های ایرانی مورد بررسی جداگانه قرار داد. آلفای کرونباخ در نمونه‌ی ۱۷۶ نفری از بیماران سکته‌ی قلبی ایرانی برای این مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین نتایج حاصل از بررسی پایایی بازآزمایی این مقیاس در یک نمونه‌ی ایرانی ۶۲ نفر بیمار قلبی به فاصله‌ی سه هفته ۰/۶۸ به دست آمد. همچنین اعتبار محتوی این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روان‌شناسان و روان‌پزشکان با استفاده از طیف لیکرتی شش درجه‌ای برای آیتم‌ها و ده درجه‌ای برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. به طور کلی نتایج استخراج شده از این ارزیابی بیانگر اعتبار خوب و رضایت بخش این مقیاس بود (۱۹).

پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی و طبی

بیماران: اطلاعات جمعیت شناختی و طبی بیماران از طریق پرسش‌نامه‌ای که به منظور جمع‌آوری این دسته داده‌ها تنظیم و تدوین شده بود به دست آمد. اطلاعات جمعیت شناختی نظیر سن، جنس، تاهل و غیره در این پرسش‌نامه درج شد. اطلاعات پزشکی بیمار مانند سابقه‌ی فشار خون بالا از سوابق و پرونده‌ی وی استخراج و در پرسش‌نامه‌ی مورد اشاره منظور گردید.

دومین نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II) یا BDI-II: پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک یکی از شناخته‌ترین آزمون‌های سنجش افسردگی است که توسط روان‌پزشک مشهور Aaron T. Beck در سال ۱۹۶۱ تدوین شده است (۲۱). این آزمون شامل ۲۱ ماده و هر ماده دارای چهار جمله می‌باشد که هر کدام علامتی از افسردگی را از صفر تا ۳ درجه‌بندی می‌کند. نمره‌ی هر فرد در پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک، با جمع

لگاریتم حداکثر آنزیم CPK به عنوان شدت سکته‌ی قلبی نیز به عنوان دیگر متغیر کنترل وارد تحلیل آماری شد. بنابراین دو متغیر میزان افسردگی حین بستری و شدت سکته‌ی قلبی به عنوان متغیرهای کواریانس در تعدیل نمره‌های آزمودنی‌ها در ارزیابی ابعاد بازنمایی شناختی بیماری وارد مدل تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس گردید؛ نتایج در جدول شماره‌ی ۳ و ۴ نشان داده شده است.

جدول شماره‌ی ۲ میانگین‌ها و انحراف استاندارد نمرات ادراک بیماری و ابعاد بازنمایی شناختی بیماری سکته‌ی قلبی در کل بیماران، بیماران سکته‌ی قلبی با سابقه‌ی فشار خون بالا و بیماران سکته‌ی قلبی بدون سابقه‌ی فشار خون بالا را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) با وارد کردن متغیر افسردگی حین بستری و لگاریتم حداکثر آنزیم CPK (شدت سکته‌ی قلبی) به عنوان متغیرهای کواریت تفاوت معنی‌داری بین دو گروه ($F=2/501, P < 0/033$) نشان داد. نتایج آزمون لامدا، به عنوان رایج‌ترین آزمون مورد نظر در تحلیل کواریانس چند متغیری، نیز این تفاوت را نشان داد ($F=2/501, P < 0/033$) (جدول ۳).

نتایج تحلیل کواریانس ابعاد بازنمایی شناختی بیماری در مقایسه‌ی بیماران مبتلا به سکته‌ی قلبی با سابقه‌ی فشار خون بالا و بدون سابقه‌ی فشار خون بالا (با وارد کردن متغیرهای افسردگی حین بستری و لگاریتم حداکثر آنزیم) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در دو بعد پیامدهای بیماری ($F=5/054, P=0/026$) و کنترل پذیری/درمان پذیری ($F=5/45, P=0/026$) نشان داد. این نتایج تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بیمار در ابعاد ماهیت بیماری ($F=1/462$ و $P=0/228$)

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در اجرای مقیاس ادراک بیماری از بیماران خواسته می‌شد گزینه‌های هر ماده را با دقت بخواند و با در نظر گرفتن دیدگاه خویش، موافقت خود را روی یک طیف ده درجه‌ای بین صفر تا نه مشخص سازد.

روش تحلیل داده‌ها: در مقایسه‌ی ویژگی‌های دو

گروه با سابقه‌ی و بدون سابقه‌ی فشار خون بالا از آزمون آماری t مستقل و χ^2 استفاده گردید. همچنین داده‌های مورد استفاده در این مطالعه با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۱۷۶ بیمار سکته‌ی قلبی بستری شده، ۵۴ بیمار (۳۰/۷ درصد) دارای سابقه‌ی فشار خون بالا بودند. جدول ۱ مقایسه‌ی بیماران با سابقه و بدون سابقه‌ی فشار خون بالا را از لحاظ هر یک از متغیرهای دموگرافیک و طبی در زمان بستری با استفاده از تحلیل تک متغیری نشان می‌دهد. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که دو گروه در هیچ‌یک از ویژگی‌ها تفاوت معنی‌دار با یکدیگر ندارند. با این وجود، ضرایب همبستگی افسردگی حین بستری (r) برای ابعاد بازنمایی شناختی بیماری شامل ماهیت، پیامد، کنترل پذیری/درمان پذیری و مدت زمان به ترتیب ۰/۵۳۴، ۰/۵۰۴، ۰/۳۳ و ۰/۴۳ بود. همچنین ضریب همبستگی بین افسردگی حین بستری و نمره‌ی کل ادراک بیماری ۰/۶۰ به دست آمد و همه‌ی این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. با توجه به معنی‌داری این ضرایب، متغیر شدت علائم افسردگی حین بستری به عنوان متغیر کنترل وارد تحلیل آماری گردید. همچنین

(P و مدت زمان بیماری ($F = 0/361$, $P = 0/549$) نشان نداد (جدول ۴).

جدول ۱. مقایسه ویژگی‌های دو گروه با سابقه فشار خون بالا و بدون سابقه فشار خون بالا

P-Value	ویژگی‌ها	
	گروه بدون فشار خون بالا ۱۲۲n =	گروه با سابقه فشار خون بالا ۵۴N =
۰/۱۶	۵۵/۲	۵۷/۵
۰/۲۲	۸۴	۷۸
۰/۳۴	۹۰	۸۳
۰/۳۹	٪۶۱	٪۷۰
	٪۲۸	٪۲۴
	٪۱۱	٪۶
		طبقه‌ی اجتماعی اقتصادی (٪)
۰/۵۶۳	۶۵	۵۹
	۲۷	۲۸
	۸	۱۳
۰/۸۸	۵۲	۵۴
۰/۵۷۹	۴۲	۴۶
۰/۹۱۲	۱۲/۸۵	۱۳/۰۲
۰/۸۶۱	۳۹	۴۰
۰/۲۹۵	۴۷	۵۰
۰/۶۴۷	۲/۷۹	۲/۸
۰/۲۸۴	۳۸	۴۶

جدول ۲. میانگین‌ها و انحراف استاندارد نمرات ادراک بیماری و ابعاد بازنمایی شناختی بیماری سکتی قلبی

کل بیماران		بیماران بدون سابقه فشار خون بالا		بیماران با سابقه فشار خون بالا		مولفه‌ها
S.D	میانگین	S.D	میانگین	S.D	میانگین	
۲/۶۷	۵/۳۱	۲/۷۱	۵/۱۶	۲/۵۷	۵/۶۵	ماهیت
۴/۱۲	۷/۷۸	۴/۲۱	۸/۲	۳/۷۸	۶/۸۳	کنترل پذیری/درمان پذیری
۴/۱۲	۷/۷۸	۲/۶۱	۴/۹۹	۲/۶۱	۵/۸۵	پیامدهای بیماری
۳/۰۶۵	۴/۹۴	۲/۹۶	۴/۷۴	۳/۲۸	۵/۴۳	مدت زمان بیماری
۹/۱۷	۲۳/۳	۹/۰۴	۲۳/۱	۹/۵۵	۲۳/۷۶	نمره‌ی کل

جدول ۳. خلاصه‌ی نتایج آزمون‌های تحلیل MANCOVA داده‌های مربوط به ابعاد بازنمایی شناختی بیماری در مقایسه‌ی بیماران سکتی قلبی

با سابقه و بدون سابقه فشار خون بالا

توان آماری	p-value	F	df	value	آزمون
۰/۸۲	۰/۰۱۴	۳/۲۲۳	۴	۰/۰۷۱	Pillai's Trace
۰/۸۲	۰/۰۱۴	۳/۲۲۳	۴	۰/۹۲۹	Wilks' Lambda
۰/۸۲	۰/۰۱۴	۳/۲۲۳	۴	۰/۰۷۶	Hotelling's Trace
۰/۷/۲	۰/۰۱۴	۳/۲۲۳	۴	۰/۰۷۶	Roy's Largest Root

میزان افسردگی حین بستری و حداکثر آنزیم CPK (به عنوان شاخص شدت سکته‌ی قلبی) به عنوان متغیرهای کواریت در تحلیل MANCOVA مد نظر قرار گرفت. جدول ۴. خلاصه‌ی نتایج آماری تحلیل کواریانس داده‌های مربوط به ابعاد بازنمایی شناختی بیماری در بیماران پس از سکته‌ی قلبی

منابع تغییر	SS	df	MS	F	p-value	توان آماری
ماهیت بیماری	۷/۵	۱	۷/۵	۱/۴۶۲	۰/۲۲۸	۰/۲۲۵
پیامدهای بیماری	۲۵/۹۲	۱	۲۵/۹۲	۵/۰۵۴	۰/۰۲۶	۰/۶۱
کنترل پذیری/درمان پذیری	۷۵/۲۴	۱	۷۵/۲۴	۵/۴۵	۰/۰۲۶	۰/۶۱
مدت زمان بیماری	۱۶/۰۳	۱	۱۶/۰۳	۰/۳۶۱	۰/۵۴۹	۰/۳

میزان افسردگی حین بستری و حداکثر آنزیم CPK (به عنوان شاخص شدت سکته‌ی قلبی) به عنوان متغیرهای کواریت در تحلیل کواریانس مد نظر قرار گرفت.

بحث

به طور کلی نتایج این بررسی نشان داد که به احتمال قوی بیماران با سابقه‌ی فشار خون بالا پس از سکته‌ی قلبی در مقایسه با بیماران بدون سابقه‌ی فشار خون بالا طرحواره‌های شناختی منفی‌تری از حمله‌ی قلبی در نظام شناختی خویش تکوین می‌دهند؛ یعنی تفسیر ناگوارتری از حمله‌ی قلبی فعلی خویش دارند. همچنین یافته‌های مربوط به ابعاد بازنمایی شناختی بر اساس نظریه‌ی Leventhal رابطه‌ی بین سابقه‌ی فشار خون بالا و دو بعد ادراک بیماری شامل، پیامدهای بیماری و کنترل پذیری/درمان پذیری را مورد تأیید قرار داد. البته این یافته‌ها رابطه‌ی بین سابقه‌ی فشار خون بالا و ابعاد ماهیت بیماری و مدت زمان بیماری را مورد تأیید قرار نداد. بنابراین احتمال دارد بیماران پس از سکته‌ی قلبی با سابقه‌ی فشار خون بالا در مقایسه با بیماران بدون فشار خون بالا، انتظار پیامدهای بیشتر و ناگوارتری از سکته‌ی قلبی خویش دارند و بیماری خویش را کمتر قابل کنترل و قابل درمان می‌دانند. بین افسردگی حین بستری و ابعاد بازنمایی شناختی بیماری ضرایب همبستگی معنی‌دار وجود داشت. با توجه به تأثیر خلق بر شناخت و نقش آن در تفسیر بیماران از بیماری، در این مطالعه داده‌های مربوط به افسردگی حین بستری وارد تحلیل آماری شد و مشاهده گردید که شرایط

خلقی بیماران تأثیر قابل توجهی در تعیین چگونگی تفسیر و پردازش شناختی از بیماری در بیماران پس از سکته‌ی قلبی دارد. همچنین در این مطالعه حداکثر آنزیم CPK اندازه‌گیری شده طی ۴۸ ساعت پس از حمله‌ی قلبی که به عنوان شدت سکته‌ی قلبی در نظر گرفته می‌شود، به عنوان متغیر کنترل وارد تحلیل آماری شد. به عبارت دیگر، افسردگی و شدت سکته‌ی قلبی به عنوان متغیرهای کنترل مورد توجه قرار گرفت و در تحلیل کواریانس وارد شد و آن چه به عنوان تفاوت دو گروه در طرحواره‌های شناختی از بیماری مشاهده گردید، تفاوت تعدیل شده از طریق کنترل آماری متغیرهای مذکور بر شناخت‌های بیمار از بیماری خویش بود.

در جستجوی متون علمی در مورد عوامل مرتبط با ادراک بیماری در بیماران قلبی، فقط به دو مطالعه‌ی ناهمگن دسترسی پیدا شد و به نظر می‌رسد مطالعات دیگری در این زمینه انجام نگرفته است.

به طور کلی یافته‌های مطالعه‌ی حاضر فقط با نتایج مطالعه Aalto و همکاران (۴) در مورد مؤلفه‌ی پیامد در ادراک بیماری همخوانی دارد؛ در حالی که با نتایج آنان در مورد ابعاد، ماهیت، مدت زمان بیماری و کنترل پذیری/درمان پذیری هماهنگی ندارد. در مطالعه Aalto و همکاران از میان عوامل دموگرافیک و طبی مختلف، یکی از عوامل مورد بررسی نیز وجود عوامل خطر ساز

احتمالاً انتظار حمله قلبی مجدد نقش داشته باشد و موجب تشکیل طرحواره‌ی شناختی منفی در این بعد شود. همچنین احتمال دارد جذب اطلاعات طبی در مورد فشار خون و عوارض آن، مدت زمان ابتلا به بیماری فشار خون و ضرورت مصرف مداوم داروهای فشار خون می‌تواند سبب تکوین طرحواره‌ی شناختی منفی در بیمار مبنی بر غیر قابل کنترل بودن حمله قلبی مجدد و همین‌طور درمان ناپذیری بیماری قلبی شود.

با توجه به یافته‌های این مطالعه شاید بیماران پس از سکته‌ی قلبی با سابقه‌ی فشار خون بالا تلقی ناگوارتری از بیماری جسمی خویش پیدا کنند. این تفسیرهای منفی می‌تواند پذیرش و جستجوی درمانه‌ای مؤثرتر را در بیمار تحت تأثیر قرار دهد و حتی موجب عوارض و پیامدهای منفی بیشتری شود. این موضوعی است که می‌تواند در پژوهش‌های بعدی مورد مطالعه قرار گیرد. با توجه به این یافته‌ها به نظر می‌رسد لازم است در فعالیت‌های بالینی برداشت از حمله‌ی قلبی در بیماران سکته‌ی قلبی دارای سابقه‌ی عوامل خطرسازی نظیر فشار خون بالا مورد واریسی قرار گیرد و در صورت نیاز، مداخلات مناسب به منظور تقلیل اثرات بالقوه منفی این شناخت‌ها بر سایر جنبه‌های زندگی بیمار و بهبود احساسات آنان از وضعیت جسمی به کار گرفته شود.

گرچه در این مطالعه برخی از متغیرهای دموگرافیک و جمعیت شناختی کنترل شد، اما تمرکز این بررسی بر رابطه‌ی سابقه‌ی فشار خون و ادراک بیماری بود و سایر متغیرهای مرتبط مد نظر قرار نگرفت. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده، دامنه‌ی وسیعی از متغیرهای مربوط مورد ارزیابی قرار گیرد و با یک مدل آماری مناسب ارتباط آن‌ها با ادراک بیماری در بیماران سکته‌ی قلبی آزمون شود.

بیماری قلبی به طور کلی بوده است (۴). بنابراین چه بسا تفاوت یافته‌های این مطالعه با مطالعه‌ی مذکور در ابعاد ماهیت، مدت زمان بیماری و کنترل پذیری/درمان پذیری ناشی از تفاوت‌های متدولوژیک، نمونه‌ی مورد بررسی و مدل‌های فرضی مختلف باشد. در مطالعه Aalto و همکاران عوامل متعدد مد نظر قرار گرفته و سپس وارد مدل‌های پیش‌بینی شده است؛ در صورتی که در مطالعه‌ی حاضر تنها رابطه‌ی فشار خون بالا و طرحواره‌ی شناختی با کنترل سایر عوامل مورد بررسی قرار گرفت. همچنین نتایج این مطالعه با یافته‌های مطالعه Broadbent و همکاران (۱۸) هماهنگی ندارد. در مطالعه‌ی آنان شاخص‌های مربوط به خطر سکته‌ی قلبی مجدد در نظر گرفته شده است در صورتی که همان‌گونه که اشاره شد، در مطالعه‌ی حاضر فقط سابقه‌ی فشار خون بالا مورد توجه بوده است. احتمال می‌رود تفاوت یافته‌های این مطالعه با مطالعه Broadbent و همکاران نیز ناشی از تفاوت متدولوژیک و تعدد عوامل طبی مد نظر در مطالعه‌ی آنان باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که سابقه‌ی فشار خون بالا با تمام ابعاد ادراک بیماری در بیماران پس از سکته‌ی قلبی رابطه‌ی یکسان ندارد. یافته‌های این مطالعه چنین رابطه‌ای را فقط با دو بعد پیامد و کنترل پذیری/درمان پذیری مورد تأیید قرار داد و در ابعاد ماهیت و مدت زمان بیماری تأیید نکرد. بررسی و مقایسه میانگین‌های دو گروه در ابعاد شناختی ماهیت و مدت زمان بیماری (جدول ۲) نشان می‌دهد که هر دو گروه در این ابعاد دیدگاه مشابه دارند. تجربه‌ی فشار خون بالا و جذب اطلاعات قلبی در مورد عوارض این بیماری می‌تواند در ایجاد انتظار عوارض بیشتر و

تشکر و قدردانی

غرضی، سپاهان، سینا و سعدی اصفهان در اجرای پژوهش قدردانی می‌شود.

از همکاری کارکنان محترم بخش‌های CCU در بیمارستان‌های الزهرا (س)، نور، فیض، چمران، شریعتی،

References

1. British Heart Foundation. Coronary heart disease statistics. [Online]. [cited 2009 Sep 2]. Available from: URL: <http://www.heartstats.org/>
2. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE, Jr., Aaronson NK, Mosconi P, et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 2004; 13(2): 283-98.
3. Torres MS, Calderon SM, Diaz IR, Chacon AB, Fernandez FL, Martinez IF. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. *Qual Life Res* 2004; 13(8): 1401-7.
4. Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro AR. Illness perceptions in coronary heart disease. Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *J Psychosom Res* 2005; 58(5): 393-402.
5. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health* 1998; 13(4): 717-33.
6. Hagger MS, Orbell S. A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology and Health* 2005; 20(2): 161-73.
7. Horne R, Weinman J. Self-regulation and Self-management in Asthma: Exploring The Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs in Explaining Non-adherence to Preventer Medication. *Psychology & Health* 2002; 17(1): 17-32.
8. Griva K, Myers LB, Newman S. Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health* 2000; 15(6): 733-50.
9. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *Am J Crit Care* 2004; 13(2): 136-45.
10. Wearden AJ. Illness perception interventions for heart attack patients and their spouses: invited commentary. *J Psychosom Res* 2009; 67(1): 25-7.
11. Constant A, Castera L, Quintard B, Bernard PH, de L, V, Couzigou P, et al. Psychosocial factors associated with perceived disease severity in patients with chronic hepatitis C: relationship with information sources and attentional coping styles. *Psychosomatics* 2005; 46(1): 25-33.
12. Alsen P, Brink E, Persson LO. Patients' illness perception four months after a myocardial infarction. *J Clin Nurs* 2008; 17(5A): 25-33.
13. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996; 312(7040): 1191-4.
14. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med* 2002; 64(4): 580-6.
15. Cooper A, Lloyd G, Weinman J, Jackson G. Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart* 1999; 82(2): 234-6.
16. Brink E, Karlson BW, Hallberg LR. Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *J Adv Nurs* 2006; 53(4): 403-11.
17. Petrie KJ, Weinman JA. Illness representations and recovery from myocardial infarction. In: Petrie KJ, Weinman J, Editors. *Perceptions of health and illness: current research and applications*. Amsterdam: Harwood Academic; 1997.
18. Broadbent E, Petrie KJ, Ellis CJ, Anderson J, Gamble G, Anderson D, et al. Patients with acute myocardial infarction have an inaccurate understanding of their risk of a future cardiac event. *Intern Med J* 2006; 36(10): 643-7.
19. Bagherian R. An exploratory investigation of predictors of depression following myocardial infarction. [Ph.D Thesis]. Tehran: University of Tehran; 2007.
20. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60(6): 631-7.
21. Beck AT. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979. p. 184-200.
22. Osman A, Barrios FX, Gutierrez PM, Williams JE, Bailey J. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II in nonclinical adolescent samples. *J Clin Psychol* 2008; 64(1): 83-102.

Received: 2009.1.13
Accepted: 2009.5.2

The Relationship of History of Hypertension and Illness Cognitive Representation in Post-Myocardial Infarction

Reza Bagherian Sararoodi PhD^{*}, Hamid Saneei MD^{**},
Hadi Bahrami Ehsan PhD^{***}

^{*} Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center and Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

^{**} Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

^{***} Assistant Professor, Department of Psychology, The University of Tehran, Tehran, Iran.

Background:	Abstract According to self-regulation model of Leventhal, medical patients construct schematic representations of illness which may impact on various dimensions of their adjustment with the medical condition. The purpose of this study was to exam the relationship of the history of hypertension and illness representations among post-myocardial infarction patients.
Methods:	One hundred and seventy six consecutive patients following myocardial infarction admitted to the CCU wards were selected based on the inclusive and exclusive criteria. Data obtained by using demographic questionnaire, Brief Illness Perception questionnaire (B-IPQ) and Beck Depression Inventory-II. Their medical data were obtained from medical records and history of hypertension was confirmed by cardiologist based on information recorded, history of patient and taking medications for hypertension. Therefore, the patients were divided into two groups with and without previous hypertension. χ^2 test, student's t-test, MANCOVA and Covariance were used to analyze the data.
Findings:	30.7% had history of hypertension. A significant difference was seen between two groups in B-IPQ scores ($F = 2.501, P = 0.033$). Also, it showed significant differences in two dimensions of controllability/treatability ($F = 5.45, P = 0.026$) and consequences ($F = 5.054, P = 0.026$). However, there were no significant differences in identity ($F = 1.262, P = 0.228$) and timeline ($F = 0.261, P = 0.549$) between two groups.
Conclusion:	Generally, the findings confirmed that the post-myocardial infarction patients with history of hypertension explain their cardiac attack as a more adverse event than those without history of hypertension. Also having previous hypertension may be associated with patient's perception of consequences and controllability/treatability of myocardial infarction. However, these findings did not support such link with perception of identity and timeline of the disease. Thus, the post MI patients with history of hypertension likely develop negative schema about some dimensions of cardiac attack.
Key words:	Hypertension, Illness perception, Identity, Consequences, Timeline, controllability, treatability.
Page count:	11
Tables:	4
Figures:	-
References:	22
Address of Correspondence:	Reza Bagherian PhD, Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center and Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran E-mail: bagherian@med.mui.ac.ir