

رابطه‌ی بین ادراک بیماری، متغیرهای شخصیتی و پیروی از درمان در بیماران سکته‌ی قلبی

رضا باقریان سرارودی^۱، غلامحسین احمدزاده^۲، مهسا بهرامی‌نژاد^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اگر چه مطالعات نقش عوامل روان‌شناختی در پیروی از درمان و توصیه‌های درمانی را مورد تأیید قرار داده است، اما جنبه‌های مختلف نقش ادراک بیماری در پیروی از درمان به طور کامل روشن نیست. مطالعه‌ی حاضر، به منظور بررسی روابط بین متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی، ادراک از بیماری و پیروی از درمان و همچنین، بررسی نقش واسطه‌ای ادراک از بیماری بین ویژگی‌های شخصیتی و پیروی از درمان، انجام گرفت.

روش‌ها: پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی مقطعی و از نوع همبستگی می‌باشد. در این مطالعه، ۸۷ نفر از بیماران مبتلا به سکته‌ی قلبی حاد که در سال ۱۳۹۴ جهت پی‌گیری و ادامه‌ی درمان به بیمارستان‌های تخصصی قلب اصفهان مراجعه نمودند، به روش نمونه‌گیری پی در پی و بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب گردیدند. پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه‌ی کوتاه شده‌ی ادراک بیماری، پرسش‌نامه‌ی پنج عاملی ویژگی شخصیتی NEO و پرسش‌نامه‌ی پیروی عمومی و اختصاصی از درمان توسط بیماران تکمیل گردید. سپس، داده‌ها با استفاده از تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل مسیر داده‌ها ارتباط معنی‌دار بین ویژگی مسؤلیت‌پذیری ($r = 0/263$)، روان‌زندخویی ($r = -0/214$)، برون‌گرایی ($r = 0/245$) و گشودگی ($r = 0/167$) با پیروی عمومی از درمان را نشان داد. همچنین، مشاهده گردید که بین ویژگی برون‌گرایی ($r = 0/309$) با پیروی اختصاصی از درمان رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. همچنین، یافته‌ها نقش واسطه‌ای ادراک از بیماری را بین ویژگی برون‌گرایی با پیروی عمومی ($r = 0/154$) و اختصاصی ($r = 0/139$) از درمان به طور معنی‌داری نشان داد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد علاوه بر این که ادراک بیماران از بیماری می‌تواند بر پیروی از درمان تأثیر مستقیمی داشته باشد؛ همچنین، می‌تواند از طریق برخی ویژگی‌های شخصیتی، اثر غیر مستقیمی بر روی پیروی از درمان اعمال کند. از این رو، پیشنهاد می‌گردد در مداخلات روان‌شناختی، به منظور ارتقای پذیرش درمان بیماران، پدیده‌ی ادراک از بیماری مورد توجه ویژه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: پیروی از درمان، شخصیت، ادراک بیماری، سکته‌ی قلبی

ارجاع: باقریان سرارودی رضا، احمدزاده غلامحسین، بهرامی‌نژاد مهسا. **رابطه‌ی بین ادراک بیماری، متغیرهای شخصیتی و پیروی از درمان در بیماران سکته‌ی قلبی.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۸؛ ۳۷ (۵۶۰): ۱۴۶۱-۱۴۵۴

مقدمه

بیماری‌های مزمن، یکی از مشکلات اصلی حوزه‌ی سلامت است که جوامع با آن روبه‌رو هستند. این بیماری‌ها، طولانی مدت می‌باشند و اغلب درمان‌پذیر نیستند و بیماران مبتلا به این بیماری‌ها، در طول زندگی خود با چالش‌های جدی مواجه هستند (۱). بیماری‌های مزمن، عملکرد بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند و به طور جدی، کیفیت زندگی آنان را متأثر می‌سازند (۲). بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی، بیش از افراد عادی جامعه اضطراب و

افسردگی را تجربه می‌کنند. برآورد شده است که شیوع افسردگی در بین مبتلایان به بیماری‌های مزمن ۶۲-۱۴ درصد است (۴-۳). مشکلات روان‌شناختی بیماران، می‌تواند پیروی از درمان را به طرق مختلف تحت تأثیر قرار دهد.

پیروی از درمان به صورت هم جهت بودن کلیه‌ی رفتارهای بیمار با توصیه‌های پزشکی تعریف می‌شود (۵). عدم پیروی از درمان توصیه شده به بیمار، با پیش‌آگهی نامطلوب در بیماران همراهی دارد (۷-۶). مطالعات قبلی، نشان داده‌اند که ۶۰ درصد بیماران مبتلا به بیماری‌های

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- پزشک عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: رضا باقریان سرارودی؛ دانشیار، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: bagherian@med.mui.ac.ir

توجه به شیوع روزافزون بیماری‌های ایسکمیک قلبی و بار تحمیلی آن بر سیستم سلامت، بررسی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر پیروی از درمان، اهمیت ویژه‌ای دارد. ضمن این‌که در مورد این عوامل، مطالعات چندانی صورت نگرفته است. از این رو، در این مطالعه، ارتباط ویژگی‌های شخصیتی با پیروی از درمان و ادراک بیماری و همچنین، ادراک از بیماری به عنوان متغیر واسطه‌ای در ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و پیروی از درمان مورد بررسی قرار گرفت.

روش‌ها

پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی مقطعی و از نوع همبستگی با کد اخلاق پژوهش ۳۹۵۱۰۵ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. ۸۷ نفر از بیماران مبتلا به سکته‌ی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان‌های تخصصی قلب اصفهان در سال ۱۳۹۴، با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج و با اخذ رضایت کتبی آگاهانه، به صورت بی در پی وارد این مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه، عبارت از گذشت حداقل سه ماه از سکته‌ی قلبی، فقدان سابقه‌ی سکته‌ی قلبی، عدم ابتلا به اختلالات عمده‌ی روان‌پزشکی و عدم ابتلا به سایر بیماری‌های زمینه‌ای به غیر از فشار خون و چربی خون بودند. معیارهای خروج از مطالعه، عبارت از عدم رضایت به ادامه‌ی مطالعه در هر زمانی از مطالعه، عدم تکمیل بخشی یا یکی از پرسش‌نامه‌ها و بروز یک بیماری جدید در افراد در طی مطالعه بودند. پس از جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک، سه پرسش‌نامه‌ی ادراک بیماری و پرسش‌نامه‌ی ۵ عاملی شخصیتی و پیروی از درمان (اختصاصی و عمومی) تکمیل می‌شد.

پرسش‌نامه‌ی کوتاه ادراک بیماری: پرسش‌نامه‌ی کوتاه ادراک بیماری (۲۲) یک پرسش‌نامه‌ی ۹ سؤالی است که برای ارزیابی عاطفی و شناختی بیمار از بیماری خودش طراحی شده است. سؤال‌ها، ادراک بیمار از پیامدهای بیماری، طول مدت بیماری، کنترل‌پذیری و درمان‌پذیری بیماری، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد. دامنه‌ی نمرات ۸ سؤال اول بین ۱۰-۰ است. سؤال ۹، باز پاسخ است و سه علت عمده‌ی ابتلا به بیماری سکته‌ی قلبی را از زبان بیمار جویا می‌شود که این موضوع، از اهداف این مطالعه نبود. ضریب پایایی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده مقیاس‌ها از $r = 0/480$ (قابلیت فهم بیماری) تا $r = 0/700$ (پیامدها) بود. روایی این پرسش‌نامه، در مطالعه‌ی بزازیان و بشارت بررسی و تأیید شده است (۲۳). ضریب Cronbach's alpha نسخه‌ی فارسی $0/84$ و ضریب همبستگی آن با نسخه‌ی فارسی Revised Illness Perception Questionnaire (R-IPQ) معادل $0/71$ می‌باشد. به طور کلی، نتایج استخراج شده از

مزم، پیروی از درمان ضعیفی دارند و ۲۹-۵۰ درصد بیماران در خارج از بیمارستان، داروی خود را به درستی مصرف نمی‌نمایند (۸). تخمین زده می‌شود که تنها نیمی از بیماران دز داروی تجویز شده را به درستی مصرف می‌نمایند و دز مؤثر فارماکولوژیکی دارو در سایر بیماران حاصل نمی‌شود (۹) که این امر، می‌تواند به کاهش اثربخشی درمان، افزایش دز تجویز شده و یا قطع مصرف دارو منجر گردد که به دنبال آن، شدت بیماری فرد نیز بیشتر می‌شود. برای مثال، در پژوهشی دیده شده است که پیروی ضعیف از درمان در بیماران قلبی منجر به افزایش دفعات بستری در بیمارستان می‌شود (۱۰) و با افزایش میزان مرگ و میر (۱۲-۱۱) همراهی دارد.

شواهد نشان می‌دهد یکی از عوامل مؤثر بر میزان پیروی از درمان، ادراک و شناخت هر فرد از بیماری خویش است (۱۳). مفهوم ادراک از بیماری، توسط Leventhal و همکاران مطرح شده است و به مجموعه‌ی نظرات یک بیمار راجع به علت ایجاد بیماری، تبعات بیماری، مدت زمان ادامه یافتن بیماری و امکان بازتوانی و بهبودی بیماری تعریف شده است (۱۳).

Bosch و Velez-Velez (۱۴)، در مطالعه‌ی خویش نشان دادند بیماران نارسایی کلیه با دانش بالاتر از بیماری نسبت به بیماران با دانش آگاهی پایین، به احتمال ۹ برابر بیشتر از درمان خود پیروی می‌کنند. از طرف دیگر، شواهد نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیتی بیمار می‌تواند بر میزان تبعیت از درمان تأثیرگذار باشد. برای مثال، رضایی کارگر و همکاران (۱۵) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که میزان پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت، با میزان ویژگی شخصیتی برون‌گرایی در بیماران ارتباط مستقیمی دارد و همراه با آن، افزایش یا کاهش می‌یابد.

بیات اصغری و همکاران (۱۶)، نشان دادند که بین ویژگی روان‌نژندخویی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد. در مطالعه‌ی دیگری، رضایی کارگر و همکاران (۱۷) بین ویژگی روان‌نژندخویی با پیروی از درمان ارتباط معنی‌داری یافت نشد؛ در حالی که بین ویژگی برون‌گرایی با تبعیت از درمان ارتباط مستقیم و معنی‌داری دیده شد.

مطالعات نشان داده است که گرایش روان‌نژندخویی در مبتلایان به بیماری‌های ایسکمیک قلبی شایع‌تر است و به عنوان یک عامل مستعد کننده برای ابتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی می‌باشد. همچنین، دیده شده است که ویژگی روان‌نژندخویی با پیش‌آگهی ضعیف‌تر در بیماران قلبی و افزایش میزان مرگ و میر در آن‌ها همراه است (۱۸).

در مطالعه دیگری، ارتباط قابل توجهی بین ویژگی‌های شخصیتی بیماران و ادراک از بیماری در بیماران پیوند ریه مشاهده گردید (۱۹). در دو مطالعه‌ی دیگر نیز نشان داده شده است که ادراک بیماری، می‌تواند متأثر از ویژگی‌های شخصیتی هر فرد باشد (۲۱-۲۰). با

بررسی و مشاهده شد که از روایی قابل قبولی برخوردار است. پرسش‌نامه‌های پیش‌گفته، به علاوه‌ی یک پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک به تک تک بیماران داده شد و با نظارت محقق تکمیل گردید. در پایان، اطلاعات جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۳ (version 23, IBM Corporation, Armonk, NY) وارد گردید و با استفاده از تحلیل مسیر، واکاوی گردید.

یافته‌ها

جدول ۱، خصوصیات دموگرافیک و روان‌شناختی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه‌ی سن، جنس، ادراک از بیماری، ویژگی‌های شخصیتی و پیروی از درمان در شرکت کنندگان

متغیر	تعداد (درصد)	میانگین ± انحراف معیار
جنسیت مرد	۴۷ (۵۴/۰۰)	
جنسیت زن	۴۰ (۴۶/۰۰)	
سن مرد (سال)		۵۹/۸۰ ± ۱۲/۰۴
سن زن (سال)		۶۲/۲۷ ± ۱۴/۸۰
سن کل (سال)		۶۰/۹۵ ± ۱۳/۴۸
شخصیتی مسؤلیت‌پذیر ویژگی	۴۲ (۴۸/۲۷)	۴۱/۷۴ ± ۵/۰۷
شخصیتی گشوده‌ی ویژگی	۱۳ (۱۴/۹۴)	۳۸/۱۹ ± ۵/۲۳
شخصیتی توافق‌پذیر ویژگی	۱۳ (۱۴/۹۴)	۳۷/۹۱ ± ۴/۸۸
شخصیتی برون‌گرا ویژگی	۵ (۵/۷۴)	۳۳/۵۷ ± ۴/۹۸
ویژگی شخصیتی روان‌نژندخویی	۱۴ (۱۶/۰۹)	۳۴/۶۴ ± ۷/۹۹
نمره‌ی خام پیروی عمومی از درمان		۲۲/۲۳ ± ۵/۰۹
نمره‌ی خام پیروی اختصاصی از درمان		۳۴/۸۳ ± ۶/۶۶
درصد پیروی عمومی از درمان		۷۴/۱۱ ± ۱۶/۹۹
درصد پیروی اختصاصی از درمان		۵۸/۰۵ ± ۱۱/۱۰
ادراک بیماری		۴۸/۲۷ ± ۹/۴۱

ضرایب همبستگی بین متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و ادراک بیماری در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. ارتباط متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی پنج‌گانه با ادراک بیماری

ویژگی‌های شخصیتی	ادراک بیماری
روان‌نژندخویی	-۰/۵۳۱*
برون‌گرایی	۰/۴۸۰*
گشودگی	۰/۱۳۲
توافق‌پذیری	۰/۲۳۰*
مسؤلیت‌پذیری	۰/۱۰۶

اعداد داخل جدول بیانگر ضریب همبستگی حاصل از تحلیل مسیر می‌باشند.

* $P < ۰/۰۵$

ارزیابی نسخه‌ی فارسی این مقیاس، بیانگر اعتبار خوب و رضایت‌بخش آن بود.

پرسش‌نامه‌ی پنج‌عاملی [NEO-Five-Factor Inventory] (FFI):

برای ارزیابی خصوصیات شخصیتی، از فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی پنج‌عاملی NEO استفاده شد که پنج عامل بزرگ شخصیت را با ۶۰ سؤال می‌سنجد (۲۴). سؤالات این پرسش‌نامه، در قالب مقیاس ۵ نمره‌ای روی طیف لیکرتی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود و از جمع آن‌ها، ۵ نمره از ابعاد اصلی پنج‌گانه شخصیتی به دست می‌آید. نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه‌ی پنج‌عاملی شخصیتی در نمونه از جمعیت ایرانی مورد ارزیابی قرار گرفته است و ضریب Cronbach's alpha برای هر کدام از زیر مقیاس‌های روان‌نژندخویی (N)، برون‌گرایی (E)، پذیرا بودن (O)، توافقی بودن (A) و مسؤلیت‌پذیری (C) به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۳، ۰/۴۲، ۰/۵۸ و ۰/۷۷ و پایایی با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است. همچنین، روایی نسخه‌ی فارسی این ابزار برای هر یک از زیر مقیاس‌های روان‌نژندخویی (N)، برون‌گرایی (E)، پذیرا بودن (O)، توافقی بودن (A) و مسؤلیت‌پذیری (C) به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۹۱، ۰/۷۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۵ به دست آمده است (۲۵).

مقیاس پیروی کلی (General adherence scale یا GAS) و

پیروی اختصاصی (Special adherence scale یا SAS):

مقیاس‌های پیروی کلی و اختصاصی به منظور سنجش میزان پیروی بیماران مزمن توسط Hays و همکاران (۲۶) طراحی شده‌اند. مقیاس پیروی کلی، تمایل بیمار به پیروی از توصیه‌های پزشک را به طور کلی اندازه می‌گیرد. این پرسش‌نامه، دارای پنج ماده است و همسانی درونی آن قابل قبول ($\alpha = ۰/۸۱$) گزارش شده است. مقیاس پیروی اختصاصی، میزان پیروی از توصیه‌های ضروری ویژه‌ی یک بیماری را اندازه می‌گیرد. مقیاس پیروی اختصاصی ویژه‌ی بیماران قلبی، میزان پیروی بیماران قلبی را از توصیه‌های مبنی بر مصرف دارو و تغییر سبک زندگی می‌سنجد. این مقیاس، دارای ۱۰ ماده در مقیاس لیکرت شش درجه‌ای است و همسانی درونی به دست آمده برای آن در حد قابل قبول ($\alpha = ۰/۷۳$) به دست آمده است. همبستگی میان پیروی اختصاصی و کلی، بسیار کوچک و در دامنه‌ی میان ۰/۱۲-۰/۲۹ قرار دارد. پایایی این دو مقیاس در مطالعه‌ی Hays و همکاران (۲۶) بر اساس همبستگی نمرات آزمون، آزمون مجدد با فاصله‌ی دو سال قابل قبول به دست آمده است ($N = ۱۲۸۱$ و $SAS = ۰/۵۵$ ، $GAS = ۰/۶۰$). پرسش‌نامه‌ی حاضر، در مطالعه‌ی توسط سبحانی و همکاران (۲۷) اعتباریابی شد و ضریب Cronbach's alpha به دست آمده برای مقیاس پیروی کلی ۰/۷۶ و برای مقیاس پیروی اختصاصی ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین، روایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی پیش‌گفته

جدول ۳. ارتباط مستقیم و واسطه‌ای متغیرهای گونه‌های (Type) شخصیتی پنج‌گانه با پیروی عمومی و اختصاصی از درمان

پیروی اختصاصی		پیروی عمومی		ویژگی‌های شخصیتی
اثر واسطه‌ای	اثر مستقیم	اثر واسطه‌ای	اثر مستقیم	
-۰/۱۵۳	۰/۰۶۲	-۰/۱۷۰*	-۰/۲۱۴*	روان‌نژدخویی
۰/۱۳۹*	۰/۳۰۹*	۰/۱۵۴*	۰/۲۴۵*	برون‌گرایی
۰/۰۳۷	۰/۰۸۱	۰/۰۴۲	۰/۱۶۷*	گشودگی
۰/۰۶۶	۰/۰۸۶	۰/۰۷۴	۰/۰۳۴	توافق‌پذیری
۰/۰۳۰	۰/۰۲۴	۰/۰۳۴	۰/۲۶۳*	مسئولیت‌پذیری

اعداد داخل جدول بیانگر ضریب همبستگی حاصل از تحلیل مسیر می‌باشند.

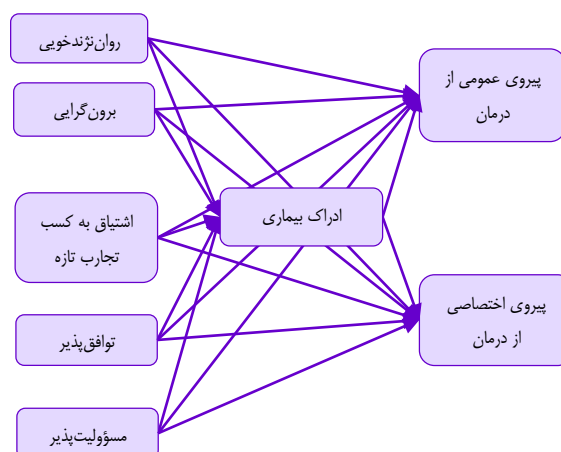
* $P < ۰/۰۵$

پیش‌گفته در بیماران مبتلا به سکته‌ی قلبی حاد مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته‌ها، بیانگر ارتباط بین متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی روان‌نژدخویی، برون‌گرایی، گشودگی و مسئولیت‌پذیری با پیروی از درمان عمومی و ارتباط معنی‌دار ویژگی برون‌گرایی با پیروی از درمان اختصاصی می‌باشد. همچنین، در این مطالعه، ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی روان‌نژدخویی، برون‌گرایی و توافق‌پذیری، با متغیر ادراک از بیماری نشان داده شد. از طرف دیگر، یافته‌ها ناظر بر ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی روان‌نژدخویی و برون‌گرایی با پیروی عمومی از درمان و ویژگی برون‌گرایی با پیروی اختصاصی از درمان بودند.

وجود رابطه بین ویژگی شخصیت روان‌نژدخویی و پیروی از درمان، یکی از یافته‌های مطالعه‌ی حاضر بود که یافته‌های پژوهش رضایی کارگر و سایر همکاران (۱۷) و بیات اصغری و همکاران (۱۶) را تأیید کرد. در این دو مطالعه نیز بین ویژگی روان‌نژدخویی و پیروی از درمان، ارتباط معکوس و معنی‌داری دیده شد. همچنین، یافته‌های این مطالعه، با نتایج مطالعات Axelsson و همکاران (۲۸) در مورد پذیرش درمان در بیماران مزمن، Kubsch و Wichowski (۲۹) در مورد پذیرش درمان و MacLean و Lo (۳۰) در مورد پیروی از درمان در بیماران دیابت همسو می‌باشد. هم‌خوانی نتایج به دست آمده در مطالعه‌ی حاضر با مطالعات قبلی، می‌تواند ناشی از این باشد که افراد با گرایش روان‌نژدخویی، تمایل بیشتری به تجربه‌ی احساس و اضطراب دارند (۳۱). همچنین، مطالعات قبلی نشان داده‌اند که افراد با ویژگی بالای روان‌نژدخویی، تمایل زیادی برای انجام فعالیت‌های مضر برای سلامتی نظیر سیگار کشیدن دارند (۲۸) که این امر، می‌تواند منجر به پیروی ضعیف از درمان در آنان گردد.

یافته‌های این مطالعه، بیانگر رابطه‌ی مستقیم بین ویژگی مسئولیت‌پذیری با پیروی از درمان است. در مطالعه‌ی Christensen و Smith (۳۲) بر روی ارتباط پیروی از درمان و ویژگی‌های شخصیتی بیماران تحت دیالیز، گزارش شده است که بین ویژگی مسئولیت‌پذیری و پیروی از درمان، ارتباط مستقیم و معنی‌داری

ضرایب همبستگی حاصل از تحلیل مسیر بین متغیرهای ادراک بیماری و پیروی عمومی از درمان معادل ۰/۳۲۲ و برای پیروی اختصاصی از درمان معادل ۰/۲۹۱ به دست آمد ($P < ۰/۰۵$). در بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیتی با پیروی از درمان، مشاهده گردید که ویژگی شخصیتی مسئولیت‌پذیر با پیروی عمومی از درمان ($r = ۰/۲۶۳$) و ویژگی شخصیتی برون‌گرایی با پیروی اختصاصی از درمان ($r = ۰/۳۰۹$) دارای قوی‌ترین ارتباط معنی‌دار و مستقیم بودند. با در نظرگیری اثر واسطه‌ای ادراک بیماری، مشاهده گردید که ویژگی شخصیتی برون‌گرایی، ارتباط معنی‌دار و مستقیمی با پیروی عمومی و اختصاصی از درمان دارد ($RSAS = ۰/۱۳$) و ($RGAS = ۰/۱۵$). سایر نتایج به تفصیل در جدول ۳ آمده است.



شکل ۱. بررسی حالات محتمل بین سه متغیر گونه‌های شخصیتی، ادراک

بیماری و پیروی از درمان

بحث

هدف اصلی این مطالعه، بررسی رابطه‌ی متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و پیروی از درمان در بیماران سکته‌ی قلبی با در نظر گرفتن اثر واسطه‌ای ادراک از بیماری بود. در این پژوهش، متغیرهای

می‌تواند عامل مؤثر دیگری بر میزان پیروی از درمان باشد؛ به گونه‌ای که بیماران با بازخورد مثبت بیشتر از درمان، پیروی بیشتری از درمان داشته‌اند (۳۹).

در مطالعه‌ی حاضر، نشان داده شد که بین ویژگی شخصیتی برون‌گرایی و توافق‌پذیری با ادراک رابطه‌ی معنی‌دار و مستقیم و میان گونه‌ی (Type) شخصیتی روان‌نژندخوبی با ادراک از بیماری، ارتباط معکوس و معنی‌دار قوی وجود دارد، اما ویژگی‌های مسئولیت‌پذیری و گشودگی، فاقد ارتباط معنی‌دار با ادراک بیماری بودند.

در بررسی نقش واسطه‌ای متغیر ادراک بیماری در تأثیر ویژگی شخصیتی بر پیروی از درمان نشان داده شد که متغیر ادراک بیماری، اثر واسطه‌ای مثبت و مستقیم در ارتباط تأثیر ویژگی شخصیتی برون‌گرایی با پیروی از درمان عمومی و اختصاصی داشته است. در مورد ارتباط ویژگی شخصیتی توافق‌پذیری، گشودگی و مسئولیت‌پذیری، ادراک از بیماری فاقد نقش واسطه‌ای معنی‌دار بود و در مورد ویژگی شخصیتی روان‌نژندخوبی با پیروی عمومی از درمان، ادراک، اثر واسطه‌ای منفی و معکوس داشته است. بر اساس جستجوی پژوهشگران، پژوهش حاضر اولین مطالعه‌ای بود که به بررسی نقش واسطه‌ای متغیر ادراک بیماری در پیروی از درمان پرداخت.

باید توجه داشت که یافته‌های این پژوهش در چارچوب محدودیت‌های آن قابل تفسیر است. از جمله محدودیت‌های این مطالعه، می‌توان به عدم استفاده از نمرات خرده‌مقیاس‌های ادراک بیماری و محدودیت تعداد نمونه اشاره نمود. همچنین، در نظر نگرفتن متغیرهای زمینه‌ای - اجتماعی مانند سطح تحصیلات و سطح درآمد و میزان افسردگی و اضطراب، یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌باشد که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی، با جبران این نقیصه، پژوهش‌های تکمیلی به این منظور انجام گیرند. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، ماهیت مقطعی بودن آن می‌باشد.

از یافته‌های حاصل در این مطالعه، به طور خلاصه می‌توان نتیجه گرفت که احتمال می‌رود بین برخی ویژگی‌های شخصیتی شامل روان‌نژندخوبی و مسئولیت‌پذیری و پیروی از درمان ارتباط وجود دارد. ضمن این که، علاوه بر ارتباط مستقیم بین برخی ویژگی‌های شخصیتی و پیروی از درمان، ویژگی‌های شخصیتی از طریق ادراک بیماری، بر میزان پیروی عمومی و اختصاصی از درمان اثر خود را اعمال کند.

با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌گردد در مداخلات روان‌شناختی به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران، با آموزش و راهنمایی کافی در مورد جنبه‌های مختلف بیماری، تقویت سطح آگاهی و درک بیماران از بیماری مورد توجه قرار گیرد.

وجود دارد. از این رو، نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه‌ی پیش‌گفته هم‌خوانی دارد. وجود رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار بین ویژگی مسئولیت‌پذیری و پیروی از درمان در پژوهش حاضر با نظریه‌ی Breslin و Wiener هم‌خوانی دارد (۳۳). در این نظریه، بیان شده است که افراد با نمره‌ی پایین ویژگی مسئولیت‌پذیری، اغلب از رژیم درمانی خود پیروی نمی‌کنند. Stromberg و همکاران (۳۴) بیان داشته‌اند که افراد با نمره‌ی بالای ویژگی مسئولیت‌پذیری، دقیق، وقت‌شناس و قابل اعتماد می‌باشند و به نظر می‌رسد به همین دلیل بیشتر از دستورهای پزشکی پیروی می‌کنند.

همچنین، مشاهده‌ی رابطه‌ی بین ویژگی برون‌گرایی و پیروی از درمان با یافته‌ی مطالعه‌ی Marshall و همکاران (۲۱) هماهنگ است و نتایج آنان را نیز تأیید می‌کند.

در این پژوهش، بین ادراک بیماری و پیروی از درمان عمومی و اختصاصی ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید. در سایر مطالعات قبلی نیز نشان داده شده است که بین افزایش آگاهی نسبت به بیماری در بیماران تحت دیالیز و میزان پیروی از درمان، ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد (۳۵، ۱۴). به علاوه، یافته‌های این مطالعه، نتایج مطالعه‌ی Hsiao و همکاران (۳۶) را تأیید می‌کند. این پژوهشگران، مطالعه‌ای تحت عنوان ارتباط ادراک از بیماری و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به بیماری‌های ایسکمیک قلبی انجام دادند که نتایج آنان حاکی از وجود ارتباط مثبت بین میزان ادراک بیماری و پیروی از درمان بود. با این وجود، یافته‌های این مطالعه، با نتایج پژوهش برقی ایرانی و همکاران (۳۷) که به بررسی رابطه‌ی ادراک بیماری و پیروی دارویی در بیماران مبتلا به پارکینسون پرداخته بودند، هم‌خوانی ندارد. آن‌ها دریافتند بین این دو متغیر، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. باید توجه داشت نمونه‌ی مورد مطالعه‌ی این محققین، بیماران پارکینسون بودند و با نمونه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش، به طور کامل متفاوت است.

همچنین، یافته‌های این مطالعه، با یافته‌های مطالعه‌ی Saarti و همکاران (۳۶) مغایرت دارد. این محققین نیز با موضوع ارتباط پیروی از درمان با ادراک از بیماری و رضایت از درمان در بیماران مبتلا به فشار خون، نشان دادند که بین دو متغیر ادراک از بیماری و پیروی از درمان، ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۳۸). تفاوت در نتایج به دست آمده، می‌تواند ناشی از تفاوت در نگرش بیماران نسبت به بیماری خود باشد. برای مثال، در پژوهش دیگری بر روی بیماران مبتلا به فشار خون نشان داده شده است که بیماران مبتلا به فشار خون بالا، بر اساس نوع نگرش به طول مدت بیماری خود به سه دسته بیماری حاد، بینابینی و مزمن طبقه‌بندی می‌شوند و بیماران با نگرش حاد به بیماری خود، پیروی بیشتری از برنامه‌ی درمانی خود نسبت به گروه نگرش مزمن داشته‌اند (۳۶). از طرفی، میزان پاسخ به درمان خود

نویسندگان از حمایت‌های بی‌دریغ این معاونت و همکاری پرسنل بخش مراقبت‌های ویژه مراکز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکتری حرفه‌ای پزشکی مهسا بهرامی‌نژاد با کد پژوهشی ۳۹۵۱۰۵ مصوب معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. بدین وسیله،

References

1. Goodheart C, Lansing M. Treating people with chronic disease: A psychological guide. Washington, DC: American Psychological Association; 1997.
2. Ziarko M, Mojs E, Piasecki B, Samborski W. The mediating role of dysfunctional coping in the relationship between beliefs about the disease and the level of depression in patients with rheumatoid arthritis. *ScientificWorldJournal* 2014; 2014: 585063.
3. Uguz F, Akman C, Kucuksarac S, Tufekci O. Anti-tumor necrosis factor-alpha therapy is associated with less frequent mood and anxiety disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 63(1): 50-5.
4. Isik A, Koca SS, Ozturk A, Mermi O. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2007; 26(6): 872-8.
5. Haynes R. Introduction. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editors. *Compliance in Health Care*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1979. p. 1-7.
6. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med* 1990; 150(4): 841-5.
7. Sullivan SD, Kreling DH, Hazlet TK. Noncompliance with medication regimens and subsequent hospitalizations: A literature analysis and cost of hospitalization estimate. *J Res Pharmaceut Econ* 1990; 2(2): 19-33.
8. Stewart RB, Caranasos GJ. Medication compliance in the elderly. *Med Clin North Am* 1989; 73(6): 1551-63.
9. Dunbar-Jacob J, Schlenk E. Patient adherence to treatment regimens. In: Baum A, Revenson TA, Singer JE, editors. *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2001.
10. Rodgers PT, Ruffin DM. Medication nonadherence--Part I: The health and humanistic consequences. *Managed Care Interface* 1998; 11(8): 58-60.
11. Horwitz RI, Viscoli CM, Berkman L, Donaldson RM, Horwitz SM, Murray CJ, et al. Treatment adherence and risk of death after a myocardial infarction. *Lancet* 1990; 336(8714): 542-5.
12. Gallagher EJ, Viscoli CM, Horwitz RI. The relationship of treatment adherence to the risk of death after myocardial infarction in women. *JAMA* 1993; 270(6): 742-4.
13. Leventhal H, Leventhal EA, Cameron L. Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In: Baum A, Revenson TA, Singer JE, editors. *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2001. p. 19-48.
14. Velez-Velez E, Bosch RJ. Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease. *J Adv Nurs* 2016; 72(4): 849-63.
15. Rezaei Kargar F, Karbandi S, Hasanabadi H, Esmaili H. Type of personality and the amount of adherence to recommended regimens in diabetic patients. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 11(4): 441-8. [In Persian].
16. Bayat Asghari A, Gharaee B, Haidari H, Mousanegad S, Javaheri J, Aramon A. The relationship between personality dimensions adherence in patients with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology* 2016; 4(16): 60-70. [In Persian].
17. Rezaie Kargar F, Karbandi S, Hassanabadi H, Esmaili H. Type of personality and the amount of adherence to recommended regimens in diabetic patients. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 11(4): 441-8. [In Persian].
18. Schiffer AA, Smith OR, Pedersen SS, Widdershoven JW, Denollet J. Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart failure. *Int J Cardiol* 2010; 142(3): 230-5.
19. Goetzmann L, Scheuer E, Naef R, Klaghofer R, Russi EW, Buddeberg C, et al. Personality, illness perceptions, and lung function (FEV1) in 50 patients after lung transplantation. *Psychosoc Med* 2005; 2: Doc06.
20. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal EA, Patrick-Miller L, et al. Illness representations: Theoretical foundations. In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. *Perceptions of health and illness: Current research and applications*. Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers; 1997. p. 19-45.
21. Marshall G, Wortman C, Vickers R, Kusulas J, Hervig L. The five-factor model of personality as a framework for personality-health research. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67(2): 278-86.
22. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie KJ. Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2009; 67(1): 17-23.
23. Bazzazian S, Besharat MA. Reliability and validity of a Farsi version of the brief illness perception questionnaire. *Procedia Soc Behav Sci* 2010; 5: 962-5.
24. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. Psychological tests: Personality and mental health. Tehran, Iran: Besat Publications; 2009. p. 291-308. [In Persian].
25. Atari YA, Aman Elahifard A, Mehrabzadeh Honarmand M. An investigation of relationships between personality characteristics and family- personal factors and marital satisfaction in administrative office

- personnel In Ahvaz. Journal of Education and Psychology 2006; 13(3): 81-108. [In Persian].
26. Hays RD, Kravitz RL, Mazel RM, Sherbourne CD, DiMatteo MR, Rogers WH, et al. The impact of patient adherence on health outcomes for patients with chronic disease in the Medical Outcomes Study. J Behav Med 1994; 17(4): 347-60.
 27. Sobhani Z, Ahadi H, Khosravi S, Poursharifi H, Seirafi M. Psychometric indices of Post Bariatric Surgery Self-Management Behaviors Questionnaire. J Arak Uni Med Sci 2017; 20(1): 84-95. [In Persian].
 28. Axelsson M, Brink E, Lundgren J, Lotvall J. The influence of personality traits on reported adherence to medication in individuals with chronic disease: An epidemiological study in West Sweden. PLoS One 2011; 6(3): e18241.
 29. Wichowski HC, Kubsch SM. The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimens. J Adv Nurs 1997; 25(3): 548-53.
 30. MacLean D, Lo R. The non-insulin-dependent diabetic: success and failure in compliance. Aust J Adv Nurs 1998; 15(4): 33-42.
 31. Bagherian Sararoudi R, Saneei H, Bahrami Ehsan H. The relationship of history of hypertension and illness cognitive representation in post-myocardial infarction. J Isfahan Med Sch 2010; 27(101): 700-10. [In Persian].
 32. Christensen AJ, Smith TW. Personality and patient adherence: Correlates of the five-factor model in renal analysis. J Behav Med 1995; 18(3): 305-13.
 33. Wiener NA, Breslin JM. The Behavioral Sciences in Psychiatry. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 1995.
 34. Stromberg A, Brostrom A, Dahlstrom U, Fridlund B. Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: A critical incident technique analysis. Heart Lung 1999; 28(5): 334-41.
 35. Parvan K, Hasankhani H, Seyyedrasooli A, Riahi SM, Ghorbani M. The effect of two educational methods on knowledge and adherence to treatment in hemodialysis patients: clinical trial. J Caring Sci 2015; 4(1): 83-93.
 36. Hsiao CY, Chang C, Chen CD. An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. Kaohsiung J Med Sci 2012; 28(8): 442-7.
 37. Barghi Irani Z, Aliakbari Dehkordi M, Zare H, Alipour A, Shahidi G. Causal relationship of disease perception, pharma-following and life quality in aged people with Parkinson. Journal of Clinical Psychology and Personality 2014; 2(10): 51-60. [In Persian].
 38. Saarti S, Hajj A, Karam L, Jabbour H, Sarkis A, El Osta N, et al. Association between adherence, treatment satisfaction and illness perception in hypertensive patients. J Hum Hypertens 2016; 30(5): 341-5.
 39. Baumann LJ, Leventhal H. "I can tell when my blood pressure is up, can't I?". Health Psychol 1985; 4(3): 203-18.

The Relationship between Illness Perception, Personality Variables, and Adherence among the Patients with Myocardial Infarction

Reza Bagherian-Sararoudi¹, Gholamhossein Ahmadzadeh², Mahsa Bahraminejad³

Original Article

Abstract

Background: Previous studies has proved that psychological factors could affect treatment adherence, in spite of this, the role of illness perception in treatment adherence is unclear. Current study was conducted in order to investigate the relations between personality characters and treatment adherence and also the role of the illness perception as mediating factor between these two.

Methods: In this cross-sectional correlation study, 87 in-patients with acute myocardial infarction, who was admitted to cardiology wards in hospitals in Isfahan City, Iran, were enrolled into this study using consecutive selection method. Questionnaire of demographics information and brief-illness perception, NEO five-factor inventory and general and specific treatment adherence were completed for the study group, and was analyzed using path analysis.

Findings: Analysis of data path showed a significant relation between conscientiousness ($r = 0.263$), neuroticism ($r = -0.214$), extraversion ($r = 0.245$), and openness to experience ($r = 0.167$) with general treatment adherence, as well as the extraversion ($r = 0.309$) with specific treatment adherence. Moreover, with considering the mediating role of illness perception, it showed that extraversion had strong and meaningful relation with general ($r = 0.154$) and specific ($r = 0.139$) treatment adherence.

Conclusion: It seems that illness perception as mediating factor could affect the relation of personality characters and treatment adherence in patients with acute myocardial infarction. So in psychological interventions, a special attention should be given to strengthen and reform of illness perception that could improve compliance among the patients.

Keywords: Adherence, Personality, Illness perception, Myocardial infarction

Citation: Bagherian-Sararoudi R, Ahmadzadeh G, Bahraminejad M. **The Relationship between Illness Perception, Personality Variables, and Adherence among the Patients with Myocardial Infarction.** J Isfahan Med Sch 2020; 37(560): 1454-61.

1- Associate Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- General Practitioner, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Reza Bagherian-Sararoudi; Associate Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: bagherian@med.mui.ac.ir