

عوامل پیش‌گویی‌کننده کفایت سلامت درک‌شده در مبتلایان به بیماری مزمن عروق کرونر

آذر طل: دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
مریم صبوری: کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
بهرام محبی: دانشیار، گروه قلب و عروق، مرکز تحقیقات مداخلات قلبی و عروقی، مرکز تحقیقات کاردیوانکولوژی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
الهام شکیبازاده: دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران- نویسنده رابط:
shakibazadeh@tums.ac.ir
مهدی یاسری: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: با وجود پیشرفت‌های سریع تشخیصی و درمانی، بیماران مبتلا به بیماریهای عروق کرونر نیاز به خودمراقبتی دارند. هدف این مطالعه، تعیین عوامل پیشگویی‌کننده کفایت سلامت درک‌شده در بیماران مبتلا به بیماری مزمن عروق کرونر در سال ۱۳۹۸ بود. روش کار: این مطالعه از نوع مقطعی، توصیفی-تحلیلی و روی ۷۰۰ بیمار مزمن عروق کرونر مراجعه‌کننده به مرکز قلب و عروق شهید رجایی تهران به روش در دسترس انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه چهار قسمتی سوالات زمینه‌ای، کفایت سلامت درک شده (PHCS) Perceived Health Competence Scale، کیفیت زندگی و تبعیت از درمان مدانلو جمع‌آوری شد. از نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا برای روایی و از شاخص آلفای کرونباخ برای پایایی پرسشنامه PHCS استفاده شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز معادلات ساختار یافته (SEM) Structural Equation Modeling و تحلیل رگرسیون چند متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

نتایج: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان‌داد بعد جسمانی ($p < 0.001, \beta = 1/0.8$) و روانی ($p < 0.001, \beta = 0/85$) کیفیت زندگی و اهتمام به درمان ($p = 0/01, \beta = 0/12$)، تمایل به مشارکت در درمان ($p = 0/05, \beta = 0/12$) و تردید در اجرا ($p < 0/001, \beta = 0/1$) در زمینه تبعیت از درمان، ارتباط مستقیم و معنی‌داری با کفایت سلامت درک‌شده داشت. بین متغیر سن ($p = 0/03, \beta = -0/13$) با وضعیت کفایت سلامت درک شده ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه، میانگین نمره "بسیار خوب" برای تبعیت از درمان و میانگین نمره "ضعیف" برای کیفیت زندگی، اتخاذ استراتژی‌های بهبود کیفیت زندگی در دو بعد جسمی و روانی می‌تواند منجر به بهبود سطح کفایت سلامت درک‌شده در بیماران قلبی عروقی گردد. تمرکز بر خرده مقیاس تمایل به مشارکت در درمان در زمینه تبعیت از درمان می‌تواند در بهبود کفایت سلامت درک‌شده بیماران موثر باشد.

واژگان کلیدی: کفایت سلامت درک شده، کیفیت زندگی، تبعیت از درمان، بیماری‌های قلبی عروقی

مقدمه

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، بیماری‌های مزمن، علت ۷۰٪ از مرگ و میرها در ایران می‌باشد و بیماری‌های قلبی و عروقی با ۲۱٪، رتبه اول را به خود اختصاص داده و مهمترین عامل مرگ و میر در ایران به شمار می‌رود (۱). در بیمارانی که مبتلا به مشکلات مزمن عروق کرونر هستند، درمان قطعی بیماری، هدفی غیر واقعی و دست نیافتنی تلقی می‌شود، زیرا این بیماری، ناتوان کننده و پیش رونده است و عوامل متعدد بیرونی و درونی بر تشدید و یا بهبود آن مؤثر هستند (۲). با وجود پیشرفت‌های سریع تشخیصی و درمانی، هنوز یک سوم بیمارانی که دچار سکت قلبی می‌شوند فوت می‌کنند و دو سوم آنها که زنده می‌مانند، هرگز بهبودی کامل نمی‌یابند و به زندگی عادی بر نمی‌گردند (۳).

از موضوعات مهمی که در حوزه علوم بالینی و سلامت از اهمیت بسیاری برخوردار است اندازه‌گیری سطح سلامت است. سلامتی مفهومی وسیع است لذا در اندازه‌گیری آن در نظر داشتن ابعاد چندگانه سلامت، بیش از پیش مطرح گردیده و اندازه‌گیری آن به عنوان پیامدی از سطح سلامت در حوزه علوم بهداشتی کاربرد گسترده‌ای یافته است (۴). سلامت، اساسی‌ترین جزء رفاه جامعه به شمار می‌رود. سلامت صرفاً هدف نیست بلکه آن را باید به عنوان منبعی در زندگی روزمره و در جهت دستیابی به سایر اهدافی دانست که در نهایت به افزایش احساس مثبت نسبت به زندگی و توانایی خویشتن‌یابی در افراد منجر می‌شوند (۵). کفایت سلامت درک شده توسط فرد، یکی از رایج‌ترین انواع تعیین‌کننده‌های وضعیت سلامت از دیدگاه ذهنی است که می‌تواند درکی از جنبه‌های مختلف سلامت یعنی سلامت جسمانی، روانی را ایجاد کند. کفایت سلامت درک شده، اعتقادات و باورهای شخصی است که طی آن وضعیت سلامت عمومی ارزیابی می‌شود (۶). کفایت سلامت درک شده با عادات مربوط به سبک زندگی و وضعیت سلامتی

مرتبط است، ویژگی‌های شخصی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد بر PHCS تأثیر می‌گذارد (۷). احساس کفایت با بسیاری از نتایج مثبت به ویژه در زمینه رفتارهای بهداشتی همراه است. مقیاس کفایت سلامت درک شده (PHCS)، یک اندازه‌گیری خاص از درجاتی که فرد احساس می‌کند قادر به مدیریت مؤثر پیامدهای سلامتی خود است، می‌باشد (۶).

همین طور بیماری‌های قلبی و عروقی، موجب از کار افتادگی جسمی و عوارض قابل توجه در بیماران می‌شود و منشا زیان‌های فراوانی برای جامعه و خانواده بیماران است (۸)؛ و بر روند کیفیت زندگی افراد مبتلا اثر گذاشته و باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود. کاهش کیفیت زندگی با بستری شدن‌های مکرر و افزایش خطر مرگ بیمار ارتباط مستقیم دارد و توجه به این شاخص مهم جزء اهداف اساسی درمان و مراقبت بشمار می‌آید (۹). از سویی دیگر کفایت سلامت درک شده، رفتارهای بهداشتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را در بیماران قلبی عروقی پیش‌بینی می‌کند (۱۰). سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را بصورت درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان تعریف می‌نماید (۱۱). کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی بوده و شامل سلامت بدنی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، تعامل با محیط و باورهای شخصی می‌شود (۱۲).

سازمان بهداشت جهانی واژه تبعیت از درمان را برای استفاده در بیماری‌های مزمن پیشنهاد می‌کند. تعریف تبعیت یا تمکین بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، میزان انجام رفتار فرد شامل مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی و یا اجرای تغییر در شیوه زندگی مطابق با توصیه‌های ارائه شده توسط پرسنل مراقب از سلامت می‌باشد (۱۳). با توجه به ماهیت مزمن بیماری‌های قلبی و عروقی، لازم است خودمراقبتی بیشتری توسط بیماران انجام شود. خودمراقبتی اقدام داوطلبانه‌ای است که بیمار با آگاهی و برنامه‌ای از پیش تعیین شده به خود کمک می‌کند. این عمل جنبه‌های مختلف دارد و می‌تواند در راستای

قسمت دوم، سوالات ابزار استاندارد کفایت سلامت درک شده PHCS با ۸ سوال بود. محدوده نمره این ابزار ۴۰-۸ می‌باشد و با لیکرت ۵ درجه ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" (امتیاز ۱ تا ۵) نمره گذاری می‌شود. این ابزار توسط Smith و همکاران (۱۹۹۵) طراحی گردید (۶).

قسمت سوم پرسشنامه مربوط به پرسشنامه ۱۲ سوالی کیفیت زندگی SF-12 بود. نسخه ۱۲ سوالی کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ توسط Ware و همکاران طراحی شد (۱۶). منتظری و همکاران (۲۰۰۹) نیز روایی و پایایی این مقیاس را در ایران مورد بررسی قرار دادند (۴). این پرسشنامه دارای ۸ زیرمقیاس است و دو بعد سلامت جسمی و سلامت روانی دارد. برای نمره گذاری این پرسشنامه، عددی که مقابل هر گزینه وجود دارد نشان دهنده نمره آن گزینه است.

قسمت چهارم، مربوط به پرسشنامه تبعیت از درمان مدانلو (۱۷) بود که برای سنجش تبعیت از درمان بیماری‌های مزمن تنظیم شده است. این بخش شامل ۴۰ سوال با ۷ خرده مقیاس بود. مقیاس اندازه‌گیری در این پرسشنامه لیکرت ۶ قسمتی است که از "کاملاً" با امتیاز ۵ تا "اصلاً" با امتیاز صفر طراحی شده است. نمره‌گذاری تعدادی از عبارات معکوس می‌باشد یعنی به "اصلاً"، امتیاز ۵ و به "کاملاً" امتیاز صفر تعلق می‌گیرد. به منظور تامین روایی محتوایی کمی، نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی محاسبه شد (۰/۹۱۴). همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ بدست آمد (۰/۹۲۱) (α) و پایایی ثبات پرسشنامه با اجرای آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته تامین شد ($r = 0/875$) (۱۷).

ابزار کفایت سلامت درک شده طی مراحل روانسنجی، ترجمه و بازترجمه شد و پس از تایید ابزار اولیه توسط اساتید فن آموزش بهداشت و ارتقای سلامت و متخصصان قلب و عروق و افراد تحت مطالعه روایی ابزار مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی روایی محتوا به شیوه کمی، دو شاخص نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا محاسبه گردید. برای تعیین نسبت روایی محتوا، در خصوص ضرورت و یا عدم ضرورت

حفظ سلامت در ناخوشی‌های جزئی یا مزمن و حاد اعمال شود (۱۴). سطح بالای کفایت سلامت درک شده با تبعیت از درمان مناسب در بیماری‌های مزمن همراه می‌باشد (۱۵). با توجه به تاثیر احساس کفایت سلامت بر رفتارهای سلامتی و مدیریت پیامدهای آن و همچنین رابطه‌ی کیفیت زندگی با میزان بستری شدن بیماران قلبی و عروقی و میزان بهبود یا عود این بیماران تحت تاثیر تبعیت از درمان، بررسی این عوامل اولین بار، در قالب تعیین عوامل پیشگویی کننده کفایت سلامت درک شده در بیماران قلبی و عروقی در سال ۱۳۹۸ طراحی و اجرا شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود که در جهت تعیین عوامل پیش‌گویی کننده کفایت سلامت درک شده در بیماران مزمن عروق کرونر مراجعه کننده به مرکز قلب و عروق شهید رجایی تهران در سال ۱۳۹۸ طراحی و اجرا شد. جمع آوری داده‌ها به روش در دسترس انجام شد. معیارهای ورود در مطالعه، تایید بیماری قلبی و عروقی توسط پزشک، سواد خواندن و نوشتن، رضایت به شرکت در مطالعه و معیار خروج از مطالعه، وجود مشکلات روانشناختی تایید شده توسط پزشک بود. پس از دریافت رضایت آگاهانه کتبی، بیماران پرسشنامه‌ها را به صورت خود ایفا تکمیل نمودند. مطالعه حاضر حاصل پژوهشی است که در مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران انجام شد و مجوز اجرا را کسب نمود.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه کتبی دارای چهار بخش شامل سوالات مربوط به اطلاعات زمینه‌ای، سوالات کفایت سلامت درک شده، سوالات کیفیت زندگی و تبعیت از درمان بود. سوالات زمینه‌ای شامل اطلاعات و خصوصیات فردی و مرتبط با سلامت و بیماری افراد شرکت کننده شامل سن، جنس، سابقه بیماری، میزان درآمد خانواده، استعمال دخانیات، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل بود (۱۳ سوال).

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میانگین کفایت سلامت درک شده $19/20 \pm 66/07$ بوده و همینطور خرده‌مقیاس تمایل به مشارکت در درمان، بیشترین میانگین در بین خرده‌مقیاس‌های تبعیت از درمان $13/20 \pm 88/47$ را دارا بود و طبق تقسیم بندی نمره تبعیت از درمان (۱۷)، افراد تحت مطالعه با $80/84\%$ امتیاز کسب‌شده در طبقه "بسیارخوب" قرار گرفتند. بعد روانی کیفیت زندگی، بیشترین میانگین در بین بعدهای کیفیت زندگی $4/11 \pm 19/63$ را دارا بود طبق تقسیم بندی نمره کیفیت زندگی (۴) افراد تحت مطالعه با نمره کل $16/59$ در طبقه ضعیف قرارگرفتند و از کیفیت زندگی بالایی برخوردار نبودند (جدول ۲).

نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد در بین متغیرهای زمینه‌ای، فعالیت بدنی بصورت گاهی ($\beta = 4/48, p = 0/003$)، فعالیت بدنی به صورت مرتب ($\beta = 5/45, p = 0/05$) ارتباط مستقیم و معنی داری با کفایت سلامت درک شده داشت. همچنین متغیر سن ($\beta = -0/13, p = 0/003$) ارتباط معکوس و معنی داری با کفایت سلامت درک شده نشان داد (جدول ۳).

نتایج پژوهش بیانگر پیش‌گویی‌کنندگی بالاتر بعد جسمانی ($\beta = 1/08, p < 0/001$) نسبت به بعد روانی ($\beta = 0/85$) ($p < 0/001$) کیفیت زندگی با کفایت سلامت درک شده داشتند. در بین خرده‌مقیاس‌های تبعیت از درمان؛ اهتمام به درمان ($\beta = 0/12, p = 0/01$)، تمایل به مشارکت در درمان ($\beta = 0/12, p = 0/05$) و تردید در اجرا ($\beta = 0/1, p < 0/001$) ارتباط مستقیم و معنی داری با کفایت سلامت درک شده داشتند و مقدار R^2 بدست آمده در این مطالعه برابر با $0/490$ بود که اشاره به همبستگی ساده بین متغیرها دارد و به عبارتی شدت همبستگی بین متغیرها را نشان می‌دهد. ضریب تعیین R^2 نشان می‌دهد که $0/25$ درصد از تغییرات در نمرات کفایت سلامت درک شده توسط کیفیت زندگی و تبعیت از درمان توضیح داده شد (جدول ۴).

بر اساس ضریب همبستگی، همه سوالات کفایت سلامت درک شده با بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی و تمام خرده

هر آیتم از ۱۰ متخصص امر نظرخواهی شد و مقادیر CVR بالاتر از $0/62$ مورد پذیرش قرار گرفت. برای تعیین شاخص روایی محتوا CVI، معیارهای مرتبط بودن، وضوح و سادگی هر آیتم بررسی و مقادیر بالاتر از $0/79$ مورد پذیرش قرار گرفت. به منظور تعیین شاخص‌های پایایی، پرسشنامه با فاصله زمانی ۲ هفته بین ۳۰ نفر از بیماران قلبی و عروقی تکمیل شد و مقدار آلفای کرونباخ بر اساس همسانی درونی برای کل پرسشنامه محاسبه شد.

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در بازه‌ی زمانی اردیبهشت تا آبان ماه ۱۳۹۸ و رسیدن تعداد پرسشنامه‌ها به مقدار مورد نظر، واطمینان از کامل بودن آنها وارد نرم افزار SPSS شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی سوالات، از ضریب همبستگی پیرسون برای آزمون‌های آماری توصیفی، از آنالیز معادلات ساختاریافته Structural Equation Modeling (SEM) برای به مدل درآوردن سازه‌ها، روابط میان آنها و از تحلیل رگرسیون چندمتغیره برای تعیین وضعیت پیش‌گویی‌کنندگی کفایت سلامت درک شده استفاده شد. سطح معنی‌داری، کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد. آنالیزها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد.

نتایج

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میانگین سن افراد مورد مطالعه 56 ± 14 سال بود. بطور میانگین، افراد بیمار 76 ± 105 ماه سابقه‌ی بیماری داشتند و میانگین BMI افراد شرکت کننده $27/08 \pm 4/32$ بود. شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا برای پرسشنامه کفایت سلامت درک شده ($CVI = 0/81, CVR = 0/72$) بدست آمد و مقدار آلفای کرونباخ بر اساس همسانی درونی برای کل پرسشنامه $0/78$ محاسبه شد.

جنسیت افراد مورد مطالعه $387 (55/3\%)$ نفر زن و $313 (44/7\%)$ نفر مرد بودند (جدول ۱).

درمان، بیشترین میانگین و پیش‌گویی‌کنندگی را در بین خرده مقیاس‌های تبعیت از درمان داشت و کمترین آن مربوط به خرده مقیاس تردید در اجرا بود که با مطالعه مسرور رودسری و همکاران (۲۰) که نشان دادند تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به فشارخون در سطح مطلوب قرار دارد و همچنین با مطالعه هادی (۲۱) که نشان داد تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به فشارخون پایین است و در مطالعه دیگری (۲۲) که با هدف تعیین عوامل مرتبط با عدم تبعیت درمان در عربستان سعودی انجام شد و نتایج نشان داد که ۳۸٪ بیماران تبعیت از درمان پایینی داشتند، ناهمخوان بود. این اختلاف را می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی، سنی و نوع بیماری نسبت داد. همچنین یکی از مهمترین عوامل عدم تبعیت درمانی، کمبود اطلاعات و دانش است (۲۳). در مطالعه پشت‌چمن و همکاران (۲۴) نشان دادند بیشترین امتیاز مربوط به خرده مقیاس تلفیق درمان با زندگی و کمترین امتیاز مربوط به خرده مقیاس تردید در اجرای درمان می‌باشد که از نظر کسب کمترین میانگین با نتایج مطالعه حاضر همسو بود. همچنین در مطالعه طاهری خرامه و همکاران اشخاصی که باور داشتند وضعیت سلامتی‌شان تابع کنترل شخصی آن‌هاست، برای سلامت خود احساس مسئولیت بیشتر و تبعیت از درمان بالاتری داشتند که با مطالعه حاضر همسو بود (۲۵).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، هر دو بعد جسمانی و روانی کیفیت زندگی، ارتباط مستقیم و معنی‌داری با کفایت سلامت درک‌شده داشتند. بعد روانی کیفیت زندگی، پیش‌گویی‌کنندگی بیشتری نسبت به بعد جسمانی داشت. طبق تقسیم‌بندی نمره کیفیت زندگی (۴) افراد تحت مطالعه با نمره کل ۱۶/۵۹ در طبقه ضعیف قرار گرفتند و از کیفیت زندگی ضعیفی برخوردار بودند. در مطالعه Bachmann و همکاران (۱۰) نشان داده شد که بیماران با کفایت سلامت درک‌شده پایین ممکن است در معرض خطر کاهش کیفیت زندگی بعد از ترخیص از بیمارستان گردند همچنین کفایت سلامت درک‌شده با رفتارهای بهداشتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی همراه بود. مطالعه حیدرزاده

مقیاس‌های تبعیت از درمان به جز خرده مقیاس تلفیق درمان ارتباط آماری معنی‌داری را نشان دادند (جدول ۵).

بحث

تحلیل کفایت سلامت درک‌شده از موضوعات اساسی طراحی مداخلات تغییر رفتار سلامتی است. هدف این پژوهش تعیین عوامل پیش‌گویی کننده کفایت سلامت درک‌شده در بیماران قلبی و عروقی به منظور طراحی مداخلات ارتقایی در مطالعات آینده در حوزه سلامت به منظور بهبود شرایط بیماران قلبی عروقی بود.

در بین متغیرهای زمینه‌ای فقط فعالیت بدنی بصورت گاهی و فعالیت بدنی به صورت مرتب ارتباط مستقیم و معنی‌داری با کفایت سلامت درک‌شده داشت این نتایج با مطالعه Bachmann و همکاران در سال (۲۰۱۸) همسو بود، آنان نشان دادند عدم فعالیت فیزیکی به شدت با مرگ و میر ارتباط دارد، به ویژه در بیماران قلبی عروقی تأثیر کفایت سلامت درک‌شده و اعتقاد بیمار به توانایی او برای دستیابی به اهداف مربوط به سلامت مشخص شد و رابطه بین کفایت سلامت درک‌شده و فعالیت بدنی در زنان نسبت به مردان قوی‌تر بود (۱۸).

بر اساس یافته مطالعه حاضر، متغیر سن ارتباط معکوس و معنی‌داری با کفایت سلامت درک‌شده داشت که با نتایج مطالعه موحد مجد (۱۹) و همکاران از نظر معنی‌داری همسو می‌باشد. آنان نشان دادند سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه بیماری و عزت نفس به طور معناداری با کفایت سلامت درک‌شده رابطه معنی‌دار داشتند.

تبعیت از درمان به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده کفایت سلامت درک‌شده در بین بیماران در طبقه‌بندی "بسیار خوب" (۱۷) قرار گرفت. در بین ۷ خرده مقیاس تبعیت از درمان؛ اهتمام به درمان، تمایل به مشارکت در درمان و تردید در اجرای درمان، ارتباط مستقیم و معنی‌داری با کفایت سلامت درک‌شده داشتند. خرده مقیاس تمایل به مشارکت در

نتیجه گیری

با توجه به اینکه خرده مقیاس تمایل به مشارکت در درمان در زمینه‌ی تبعیت از درمان بیشترین میانگین را به خود اختصاص داد، به نظر می‌رسد استفاده از مداخلات مبتنی بر مشارکت بیماران قلبی عروقی در بهبود کفایت سلامت‌درک‌شده بیماران مفید باشد. به نظر می‌رسد بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی و عروقی ممکن است منجر به افزایش کفایت سلامت درک شده شود. امید آن است که این مطالعه بتواند به عنوان نقشه‌ی راهی برای طراحی مداخلات ارتقایی در افزایش کفایت سلامت درک‌شده و بهبود کیفیت زندگی بیماری قلبی عروقی نقشی هر چند اندک ایفا نماید.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد ۳۹۲۳۲ و کد اخلاق به شماره IR.TUMS.SPH.REC1397.122 مصوب دانشکده بهداشت و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد؛ که بدینوسیله نویسندگان از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت مادی و معنوی، مسوولین و پرسنل محترم مرکز قلب و عروق شهید رجایی و بیماران مراجعه کننده به مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی تهران که در این پژوهش نهایت همکاری را داشتند قدردانی می‌نمایند.

و همکاران (۲۶) نشان داد که در مقایسه کیفیت زندگی بیماران با سایر افراد، ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی بیماران قلبی نمره پایین تری را کسب کرد که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. نتایج پژوهش‌های Lindqvist و همکارش (۲۷) همسو با نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افراد بیمار در حیطه جسمی و ایفای نقش جسمی نیز از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند همچنین مطالعه Bhandari نشان داده کفایت سلامت‌درک‌شده با شیوه زندگی همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت (۲۸). در مجموع با بررسی مطالعات گذشته و نتایج مطالعه‌ی حاضر، رابطه‌ی مستقیم بین فعالیت بدنی، جنسیت، کیفیت زندگی خصوصاً در بعد جسمانی و تبعیت از درمان با کفایت سلامت درک‌شده وجود داشت. محدودیت این مطالعه، استفاده صرف از پرسشنامه و خودگزارش‌دهی در تکمیل پرسشنامه به صورت خودایفا بود که باعث شد افراد در پاسخدهی به سوالات، بیشتر یا کمتر از حد واقعی تخمین بزنند. از نقاط قوت این مطالعه پرداختن به موضوع مهم پیش‌گویی‌کنندگی کفایت سلامت درک‌شده در بیماران قلبی و عروقی بود. تاکنون مطالعه‌ی ای با ابزار اختصاصی ابزار کفایت سلامت درک‌شده در بیماران قلبی و عروقی انجام نشده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای زمینه‌ای در بیماران مطالعه عوامل پیش‌گویی کننده کفایت سلامت درک‌شده در مبتلایان به

بیماری مزمن عروق کرونر

متغیر حالت	فراوانی مطلق (تعداد)	فراوانی نسبی (درصد)
جنس	زن	۳۸۷
	مرد	۳۱۳
شغل	خانه دار	۳۴۰
	آزاد	۱۶۷
	کارمند	۸۰
	بازنشسته	۹۷
	دانشجو	۹
تاهل	کارگر	۴
	بیکار	۳
	مجرد	۸۶
سابقه بیماری	متاهل	۶۱۴
	دارد	۳۶۲
سطح تحصیلات	ندارد	۳۳۸
	زیر دیپلم	۳۷۳
	دیپلم	۱۷۹
میزان درآمدخانوار	بالتر از دیپلم	۱۴۸
	پایین	۱۶۱
	متوسط	۴۴۰
	خوب	۹۵
	عالی	۴
نوع درمان	غذایی	۳۵
	دارویی	۶۶۵
فعالیت بدنی	گاهی	۲۴۰
	مرتب	۵۰
	هیچ وقت	۴۱۰
استعمال دخانیات	بله	۷۹
	خیر	۶۲۱
زندگی به تنهایی	بله	۸۶
	خیر	۶۱۴

جدول ۲- آنالیز توصیفی کفایت سلامت درک شده، کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های تبعیت از درمان در بیماران مطالعه عوامل پیش‌گویی

کننده کفایت سلامت درک شده در مبتلایان به بیماری مزمن عروق کرونر

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	کران پایین	کران بالا
کفایت سلامت درک شده	۶۶/۰۷	۱۹/۲۰	۳/۱۳	۱۰۰/۰۰	۶۴/۶۴	۶۷/۴۹
بعد جسمانی کیفیت زندگی	۱۳/۵۶	۲/۷۳	۶/۰۰	۱۹/۰۰	۱۳/۳۵	۱۳/۷۶
بعد روانی کیفیت زندگی	۱۹/۶۳	۴/۱۱	۶/۰۰	۲۸/۰۰	۱۹/۳۳	۱۹/۹۴
اهتمام به درمان	۸۴/۴۰	۱۶/۳۱	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۸۳/۱۹	۸۵/۶۱
تمایل به مشارکت	۸۸/۴۷	۱۳/۲۰	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۸۷/۴۹	۸۹/۴۴
توانایی تطابق	۸۱/۳۹	۱۳/۴۴	۱۷/۱۴	۱۰۰/۰۰	۸۰/۳۹	۸۲/۳۹
تلفیق درمان	۸۵/۴۳	۱۳/۵۲	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۸۴/۴۳	۸۶/۴۴
چسبیدن به درمان	۸۲/۵۳	۲۶/۷۹	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۸۰/۵۴	۸۴/۵۲
تعهد به درمان	۷۲/۴۳	۲۱/۱۲	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۷۰/۸۷	۷۴/۰۰
تردید در اجرا	۷۱/۲۹	۲۷/۴۲	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰	۶۹/۲۵	۷۳/۳۲

جدول ۳- تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره کفایت سلامت درک‌شده در بیماران مطالعه عوامل پیش‌گویی کننده کفایت سلامت درک‌شده در مبتلایان به بیماری مزمن عروق کرونر

P-value	فاصله اطمینان ۹۵٪		ضریب رگرسیونی β	طبقه‌بندی	متغیر
	بالا	پایین			
۰/۰۳	-۰/۰۱	-۰/۲۵	-۰/۱۳	-	سن
۰/۲۳	۸/۹۵	-۲/۲۰	۳/۳۷	زن	جنس
۰	۰	۰	۰	مرد	
۰/۸۹	۱۹/۴۴	-۲۲/۳۸	-۱/۴۷	خانه دار	شغل
۰/۸۶	۲۲/۰۹	-۱۸/۶۵	۱/۷۲	آزاد	
۰/۷۱	۲۴/۶۰	-۱۶/۹۶	۳/۸۲	کارمند	شغل
۰/۹۵	۱۹/۸۷	-۲۰/۹۳	-۰/۵۳	بازنشسته	
۰/۸۸	۲۲/۲۱	-۲۵/۹۱	-۱/۸۴	دانشجو	شغل
۰/۹۵	۲۵/۷۶	-۲۷/۳۸	-۰/۸۱	کارگر	
۰	۰	۰	۰	بیکار	تاهل
۰/۴۷	۲/۶۱	-۵/۶۰	-۱/۴۹	مجرد	
۰	۰	۰	۰	متاهل	سابقه بیماری
۰/۶۴	۲/۰۵	-۳/۳۰	-۰/۶۲	دارد	
۰	۰	۰	۰	ندارد	سطح تحصیلات
۰/۸۳	۶/۲۸	-۵/۰۷	۰/۶۰	بیسواد	
۰/۹۵	۴/۷۸	-۴/۴۹	۰/۱۴	زیردیپلم	سطح تحصیلات
۰/۴۲	۶/۱۲	-۲/۵۵	۱/۷۸	دیپلم	
۰	۰	۰	۰	بالاتراز دیپلم	میزان درآمد خانوار
۰/۱۸	۵/۶۷	-۲۹/۶۰	-۱۱/۹۶	پایین	
۰/۱۱	۳/۲۶	-۳۱/۴۶	-۱۴/۱۰	متوسط	میزان درآمد خانوار
۰/۱۴	۴/۳۹	-۳۰/۸۷	-۱۳/۲۴	خوب	
۰	۰	۰	۰	عالی	نوع درمان
۰/۹۸	۱۲/۷۹	-۱۲/۵۲	۰/۱۳	غذایی	
۰/۲۳	۱۷/۱۴	-۴/۲۵	۶/۴۴	دارو	نوع درمان
۰	۰	۰	۰	سایر	
۰/۰۰۳	۷/۴۵	۱/۵۰	۴/۴۸	گاهی	فعالیت بدنی
۰/۰۵	۱۰/۹۳	-۰/۲۵	۵/۴۵	مرتب	
۰	۰	۰	۰	هیچوقت	استعمال دخانیات
۰/۲۱	۱/۶۱	-۷/۱۲	-۲/۷۵	بله	
۰	۰	۰	۰	خیر	مدت ابتلا
۰/۶۲	۰/۰۱	-۰/۰۱	۰/۰۰۳	-	
۰/۷۳	۰/۳۷	-۰/۲۶	۰/۰۵	-	BMI

جدول ۴- تجزیه و تحلیل رگرسیون چند متغیره کفایت سلامت درک شده در بیماران مطالعه عوامل پیش‌گویی کننده کفایت سلامت درک شده در مبتلایان به بیماری مزمن عروق کرونر

P-value	فاصله اطمینان ۹۵٪		ضریب رگرسیونی β	خرده مقیاس	متغیر
	بالا	پایین			
<۰/۰۰۱	۱/۶۵	۰/۵۱	۱/۰۸	بعد جسمانی	کیفیت زندگی
<۰/۰۰۱	۱/۲۳	۰/۴۶	۰/۸۵	بعد روانی	
۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۰۲۴	۰/۱۲	اهتمام به درمان	
۰/۰۵	۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۱۲	تمایل به مشارکت	
۰/۳۸	۰/۰۶۴	-۰/۱۶	-۰/۰۵	توانایی تطابق	
۰/۳	۰/۰۵۰	-۰/۱۶	-۰/۰۵	تلفیق درمان	تبعیت از درمان
۰/۹۴	۰/۰۶۴	-۰/۰۶۹	-۰/۰۰۳	چسبیدن به درمان	
۰/۸۷	۰/۰۹۳	-۰/۰۷۸	۰/۰۰۷	تعهد به درمان	
<۰/۰۰۱	۰/۱۵	۰/۰۵۱	۰/۱	تردید در اجرا	
	۰/۲۵				ضریب تعیین

جدول ۵- ارتباط بین کفایت سلامت درک شده با بعد روانی و جسمانی کیفیت زندگی و تبعیت از درمان در بیماران مطالعه عوامل پیش‌گویی کننده کفایت سلامت درک شده در مبتلایان به بیماری مزمن عروق کرونر

متغیرها	کیفیت زندگی								میزان همبستگی	کفایت سلامت درک شده
	بعد جسمانی	بعد روانی	اهتمام به درمان	تمایل به مشارکت	توانایی تطابق	تلفیق درمان	چسبیدن به درمان	تعهد به درمان		
	۰/۲۹۶**	۰/۳۴۳**	۰/۲۳۴**	۰/۱۵۳**	۰/۱۲۴**	-۰/۰۰۷	۰/۱۳۸**	۰/۱۵۷**	۰/۲۰۳**	
	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۵۶	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	P-value

** همبستگی در سطح ۰/۰۱

References

1. Organization WH. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines: World Health Organization; 2002
2. Nekouei ZK, Yousefy A, Manshaee Q. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality. *Iranian Journal of Medical Education*. 2010;10(2).[Persian]
3. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. AHA statistical update. AHA statistical update. Heart disease and stroke statistics–2012 Update. A report from the American Heart Association. 2012;125:e2-e20.
4. Montazeri A, Vahdaninia M, Mousavi SJ, Omidvari S. The Iranian version of 12-item Short Form Health Survey (SF-12): factor structure, internal consistency and construct validity. *BMC Public Health*. 2009;9(1):341. [Persian]
5. Bahrami M, Amiri A, Montazeralfaraj R, Dehghan HR. The Relationship between Social Capital Dimensions and Perceived Health in Yazd Urban Society, 2013. *The journal of Toloo-e-Behdasht*. 2016;15(3):67-77. [Persian]
6. Smith MS, Wallston KA, Smith CA. The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health education research*. 1995;10(1):51-64. doi: 10.1093/her/10.1.51.
7. Togari T, Ikezaki S, Yamazaki Y, Ito M, Zenko A, Taguchi R. The development of perceived health competence scale (PHCS) Japanese version *Japanese Journal of Health and Human Ecology*. 2004;70(5):184-95. doi: 10.3861/jshhe.70.184.
8. Aminian Z, Mohammadzadeh SH, Eslami Vaghar M, Fesharaki M. Effectiveness of teaching ways to deal with stress on quality of life in patients with acute coronary syndrome admitted to hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2013. *Medical Sciences*. 2014;24(3):168-74. [Persian]
9. Nouhi E, Jahani Y, Bahador R S. The study of palliative care and its relationship with quality of life in patients with chronic heart failure. in 2014-2015. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2017;5(4). [Persian]
10. Bachmann JM, Goggins KM, Nwosu SK, Schildcrout JS, Kripalani S, Wallston KA. Perceived health competence predicts health behavior and health-related quality of life in patients with cardiovascular disease. *Patient education and counseling*. 2016;99(12):2071-9. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.020.
11. Isikhan V, Guner P, Komurcu S, Ozet A, Arpaci F, Ozturk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer I. *Cancer nursing*. 2001;24(6):490-5.
12. Atadokht A, Rahimi S, SHafaie P. The role of life orientation and Islamic lifestyle in predicting of life quality in elderly people. *Journal of Gerontology*.

- 2019;3(2):49-58. doi: 10.29252/joge.3.2.49. [Persian]
13. Organization WH. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003.
14. Mansouri K, Hasavari F, Sedghi Sabet M. Self-Care Status and It's Related Factors in Patients with Heart Failure. *Journal of Health and Care*. 2018;19(4):232-41. [Persian].
15. Christensen AJ, Wiebe JS, Benotsch EG, Lawton WJ, Research. Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*. 1996;20(4):411-21. doi: /10.1007/BF02228042.
16. Ware Jr JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*. 1996;220-33. doi: 3766749.
17. Seyed Fatemi N, Raffi F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: a mix method study. *Koomesh*. 2018;20(2):179-91. [Persian]
18. Bachmann JM, Mayberry LS, Wallston KA, Huang S, Roumie CL, Muñoz D, et al. Relation of Perceived Health Competence to Physical Activity in Patients With Coronary Heart Disease. *The American journal of cardiology* 2018;121(9):1032-8. doi: 10.1016/j.amjcard.2018.01.024.
19. Movahed M, Jahanbazian S, Abbasi Shavazi M. The study of self-assessed health among elderly women in shiraz and Yasuj cities. *Elderly Health Journal*. 2016;2(1):27-32. [Persian]
20. Masror Roudsari D, Dabiri Golchin M, Haghani H, Z Parsa Yekta. Relationship between adherence to therapeutic regimen and health related quality of life in hypertensive patients. *Journal of Nursing*. 2013;26(85):44-54. [Persian]
21. Hadi N, Rostami GN, Jafari P. A study on the determining factors for compliance to prescribed medication by patients with high blood pressure. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2005;4(46):223-229. [Persian]
22. Almaghaslah D, Abdelrhman AK, AL-Masdaf SK, Majrashi LM, Matary BM, Asiri WM, et al. Factors contributing to non-adherence to insulin therapy among type 1 and type2 diabetes mellitus patients in Asser region, Saudi Arabia. *Biomedical Research*. 2018;29(10).[Arabia]
23. Majlessi F, Mohebbi B, Tol A, Azam K. Assessing the effect of educational intervention on treatment adherence based on AIM model among patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2017;16(3), 173-182. [Persian]
24. Poshtchaman Z, Jadidi MM, Atashzadeh Sf, Akbarzadeh BA. Assessing patient adherence to treatment after coronary artery bypass graft. *Journal Of Sabzevar University Of Medical Sciences*. 2015;22(4), 668-675. [Persian]
25. Taheri-Kharameh Z, Hazavehei SMM, Ramezani T, Vahedi A, Khoshro M, Sharififard F. The assessment of illness perception and adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. *Journal of Education and*

- Community Health. 2016;3(2):9-15. [Persian]
26. Heidarzadeh M, Ghanavati A, Pashaie A, Kolahdoozipour J, Mohamad Karam A, Rahimzadeh A, et al. Quality of life in congestive heart failure patients: comparing with other groups. Iranian Journal of Nursing Research 2015;10(2):54-62. [Persian]
27. Hatamloo Sadabadi M, Babapour Kheirodin J. Comparison of quality of life and coping strategies in diabetic and non diabetic people. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2013;20(5):581-92. [Persian].
28. Bhandari P. Translation and validation of the Nepalese version of Perceived health competence scale. Asian journal of Nursing education and research. 2014;4(4):492-4.

Predictors of Perceived Health Competence Among Patients with Chronic Coronary Heart Artery Disease

Tol A: PhD. MPH. Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Sabouri M: MSc. Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Mohebbi B: MD. Associate Professor, Cardiovascular Intervention Research Center, Cardio-Oncology Research Center, Shahid Rajaie Cardiovascular, Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Shakibazadeh E: PhD. Associate Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran-Corresponding Author: shakibazadeh@tums.ac.ir

Yaseri M: Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: Mar 25, 2020

Accepted: Jul 12, 2020

ABSTRACT

Background and aim: Despite rapid diagnostic and therapeutic advances, patients with chronic coronary artery disease (CCAD) should adopt self-care behaviors. This study aimed to determine predictors of perceived health competence among CCAD patients in Tehran, Iran in 2019-2020.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted among 700 patients with CCAD referred to Shahid-Rajaie Cardiovascular Center in Tehran selected using the available sampling method. Data were collected using the perceived health competence scale (PHCS), 12-item quality of life scale and Modanloo's adherence to treatment scale questionnaires. The content validity ratio and content validity index were used to determine validity, and the Cronbach's alpha to determine reliability, of the PHCS questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, Structural Equation Modeling (SEM), the software being SPSS₂₅.

Results: The multivariate regression analysis showed that perceived health competence had statistically significant direct associations with physical ($\beta = 1.08$, $p < 0.001$) and psychological ($\beta = 0.85$, $p < 0.001$) domains of quality of life, commitment to treatment ($\beta = 0.12$, $p = 0.01$), willingness to participate in treatment ($\beta = 0.12$, $p = 0.05$) and uncertainty about implementation ($p = 0.1$, $p < 0.001$) of adherence to treatment. There was a significant indirect association between age and perceived health competence ($\beta = -0.13$, $p = 0.03$).

Conclusion: Based on the findings, considering a “very good” and a “poor” mean score for adherence and the quality of life among the patients, respectively, adopting strategies for promoting quality of life in both the physical and mental dimensions can lead to improvements in perceived health competence in cardiovascular patients. In addition, it seems that focusing on subscales of “willingness to participate in treatment” might help in improving the patients' perceived health competence.

Keywords: Perceived Health Competence, Quality of Life, Adherence to Treatment, Cardiovascular Disease