



## بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و پابندی بیماران قلبی کرونر به توصیه‌های پزشکی بعد از جراحی بای‌پس

ابراهیم مسعودنیا<sup>۱\*</sup>، سید خلیل فروزان‌نیا<sup>۲</sup>، مرضیه منتظری<sup>۳</sup>

۱- استادیار جامعه شناسی پزشکی، دانشگاه یزد

۲- فوق تخصص قلب و عروق، رئیس مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۳- کارشناس ارشد جامعه شناسی، دانشگاه یزد

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۸/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۲/۱۴

### چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف تبیین رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و پابندی بیماران قلبی به توصیه‌های پزشکی بعد از جراحی بای‌پس انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر در قالب یک طرح پیمایشی و به صورت مقطعی انجام شد. داده‌های این مطالعه از ۷۵ نفر از بیمارانی که جراحی بای‌پس را در بیمارستان افشار انجام داده بودند جمع‌آوری شد. ابزار سنجش گردآوری داده‌ها نیز مقیاس حمایت اجتماعی (SSS) و پرسشنامه پابندی به توصیه‌های پزشکی بود و برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

نتایج: همبستگی مثبت و معناداری بین حمایت اجتماعی ادراک شده کلی و پابندی بیماران قلبی به توصیه‌های پزشکی ( $P < 0/01$ ) و نیز مولفه‌های حمایت ادراک شده از سوی دیگران مهم ( $P < 0/05$ ) و حمایت ادراک شده از سوی خانواده ( $P < 0/05$ ) وجود داشت. تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه نیز نشان داد که متغیرهای اجتماعی جمعیت شناختی (مرحله ۱)، ۹/۹ درصد و متغیر حمایت اجتماعی (مرحله ۲)، ۵/۸ درصد از واریانس پای بندی به توصیه‌های پزشکی را تبیین کردند. نتیجه‌گیری: متغیر حمایت اجتماعی تاثیر بسزایی بر پابندی بیماران قلبی به توصیه‌های پزشکی دارد. بنابراین، به منظور تقویت پابندی بیماران قلبی به توصیه‌های پزشکی در مداخله‌های رفتاری، توجه به حمایت اجتماعی ادراک شده ضروری است.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده؛ پابندی به توصیه پزشکی؛ بیماران قلبی؛ جراحی بای‌پس

## مقدمه

طی سال‌های اخیر شیوع بیماری قلبی کرونر در کشورهای رو به توسعه از جمله ایران در حال افزایش بوده است (۱). این بیماری به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جوامع بشری علاوه بر آنکه سالانه هزاران نفر را به کام مرگ می‌کشد، هزینه‌های سنگینی را در غالب انجام اعمال جراحی و سایر برنامه‌های درمانی، کنترل عوارض به جامعه تحمیل می‌کند. یکی از جنبه‌های متمایز کننده این بیماری از سایر بیماری‌ها، قابل پیشگیری بودن آن است. امروزه شناخت و کنترل عوامل خطر ساز بیماری قلبی در افراد غیر مبتلا (پیشگیری اولیه) مورد توجه است، اما هیچ تلاشی برای طبقه‌بندی عوامل خطر ساز بعد از عمل جراحی انجام نشده است. پیشگیری و کنترل عوامل خطر ساز حتی در بیماران قلبی پس از دریافت دوره نهایی از جمله جراحی بای‌پس، از اهمیت بالایی برخوردار است. به عنوان مثال، در تکمیل برنامه‌های درمانی، روش‌های کنترل عوامل خطر ساز و پیشگیری ثانویه که در راس آن باز توانی قلبی است می‌تواند در جلوگیری از حملات مجدد موثر باشد (۲). باز توانی قلب به طور چشمگیری در بقا طولانی مدت گرفتارها پس از عمل جراحی نقش دارد (۳). علی‌رغم این توصیف متاسفانه پیشگیری سطح سوم کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و تعداد شرکت کنندگان در برنامه‌های باز توانی بسیار کم است (۴). به طوری که در آمریکا فقط ۲۵-۲۰ درصد بیماران در این برنامه‌ها شرکت می‌کنند، در ایران نیز اقدامات ناچیزی صورت گرفته است و می‌توان گفت بیماران پس از پشت سر گذاشتن مراحل دشوار به حال خود رها می‌شوند و چندان به توصیه‌های پزشک توجه نمی‌کنند. پذیرش و رعایت دستورات درمانی و رفتارهای بهداشتی توسط بیمار، موضوعی است که از دهه اخیر مورد توجه و بررسی قرار گرفته است و این واقعیت کشف شده است که اغلب بین درمان‌ها و دستورات داده شده با آنچه که بیمار انجام داده است، تفاوت‌هایی وجود داشته که گاه موجب تاخیر و یا حتی عدم دستیابی به اهداف مراقبتی- درمانی می‌گردد. پایبندی (Adherence) یا اطاعت (Compliance) به میزانی اشاره دارد که بیماران، رفتارها و درمان‌هایی که از سوی پزشکانشان

توصیه می‌شود را اجرا می‌کنند (۵). به بیان دیگر پایبندی به رژیم‌های درمانی، به تبعیت از توصیه‌ها و دستورات متخصصان مراقبت پزشکی اشاره دارد. مفهوم پایبندی یکی از متغیرهای اساسی رفتار سلامتی است. یکی از متغیرهای رفتار سلامتی که نگرانی متخصصان بهداشت و درمان را برانگیخته است مسأله پایبندی ضعیف به توصیه‌های پزشکی در فرآیند پیشگیری یا درمان است. محققان معتقدند که در صورت عدم اطاعت بیماران از توصیه‌های متخصصان بهداشت و تندرستی، افراد خطر بیماری شدیدتر یا تداوم بیماریشان را می‌پذیرند و نقض پایبندی می‌تواند نتایج خطرناکی را برای فرد به دنبال داشته باشد. طبق بررسی‌های انجام شده، اشتباهات بیماران در تبعیت از توصیه‌های پزشکی عدم پایبندی به رژیم‌های درمانی، ۱۵ درصد از عوامل بستری شدن را در میان بزرگسالان تبیین می‌کند (۶). درباره عدم رعایت دستورات بهداشتی درمانی توسط بیمار، نظریه‌های متعددی وجود دارد. بر اساس این نظریه‌ها، عوامل فردی- خانوادگی، تیم مراقبتی- درمانی و تعاملات آنها با بیمار و خانواده و عوامل مربوط به کیفیت، طول مدت درمان و هزینه‌ها بر رعایت دستورات و رژیم‌های درمانی موثر است. سبب شناسی اطاعت بیماران از توصیه‌های پزشکی بسیار پیچیده است. پژوهش‌های پیشین بر طیفی از متغیرها از جمله، تاثیر جنبه‌های مختلف توصیه پزشکی (۷)، متغیرهای جمعیت شناختی مانند میزان تحصیلات، جایگاه اجتماعی و فرهنگی یا سطح درآمد (۸)، توانایی پزشک در برقراری ارتباط موثر با بیماران، ویژگی‌های خود بیمار (۹)، شکل تعامل پزشک- بیمار (۱۰)، فهم توصیه‌های پزشکی (۱۱)، باورهای تندرستی (۱۲)، پیچیدگی رژیم درمانی، دوره درمان، میزان تغییر رفتاری مورد نیاز (۱۳)، برآیندهای درمان مانند عوارض جانبی درمان و عوارض اجتماعی مانند داغ و برچسب، جدیت، هزینه‌ها و منافع ادراک شده رژیم‌های درمانی (۱۴)، رضایت بیمار از تامین کننده مراقبت‌های پزشکی (۱۵) و نظایر آن تاکید داشتند. درباره حمایت اجتماعی، اگرچه مطالعات متعددی درباره رابطه آن با بروز اختلال‌های قلبی انجام شده است اما مطالعات

محدودی در زمینه تأثیر حمایت اجتماعی بر پایداری و اطاعت بیماران قلبی از توصیه‌های پزشکی انجام شده است. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از اثرات و کارکردهای روابط اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی، از جمله جنبه‌های ارضا کننده هیجانی و عاطفی زندگی قلمداد می‌شود. حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک‌های مادی، طرح یا توصیه سلامتی، حمایت عاطفی از دیگرانی که فرد به آنها علاقه‌مند است یا ارزشمند تلقی می‌شوند و بخشی از شبکه اجتماعی نظیر همسر، بستگان و دوستان به شمار می‌روند (۱۶). منظور از حمایت اجتماعی ادراک شده نوعی قضاوت ذهنی است که بر مبنای آن، فرد تصور می‌کند که خانواده و دوستان وی، در هنگام مواجهه با استرس یا عوامل استرس‌زا به او کمک و مساعدت خواهند کرد.

پژوهش‌ها درباره تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت، بیشتر بر اثرات مثبت آن متمرکز بوده است. برای مثال، مطالعات نشان دادند که حمایت اجتماعی اثرات سودمندی بر قلب و عروق، و سیستم‌های ایمنی بدن دارد (۱۷). با توجه به اینکه عدم تبعیت بیماران از توصیه‌های پزشکی، هر سال منجر به افزایش نرخ مرگ و میر در میان آنها می‌گردد، بنابراین سبب‌شناسی عدم پایداری به توصیه‌های پزشکی و عدم پیروی از درمان، از اهمیت اساسی برخوردار است. با وجود اهمیت حمایت اجتماعی در پایداری بیماران به رژیم‌های درمانی، مطالعات محدودی به ویژه در ایران انجام شده است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تبیین رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و پایداری بیماران قلبی به توصیه‌های پزشکی انجام شده است. به بیان دیگر، مطالعه حاضر در پاسخگویی به این سؤال انجام شده است که آیا هیچ رابطه‌ای بین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی بیماران قلبی کرونر بعد از جراحی بای‌پس و میزان پایداری آنها به توصیه‌های پزشکی و درمانی وجود دارد؟

### روش بررسی

این پژوهش در قالب یک طرح پیمایشی و به صورت مقطعی در مرکز تخصصی قلب و عروق بیمارستان افشار یزد انجام شد. جامعه آماری مطالعه، شامل همه بیماران با علائم قلبی کرونر

می‌شد که در عمل جراحی بای‌پس را انجام داده بودند و جهت معاینه‌های بعدی به کلینیک قلب و عروق بیمارستان افشار یزد مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و فرمول اصلاح شده کاکران، ۷۵ بیمار (۴۸ مرد و ۲۷ زن) انتخاب شدند. معیار ورود افراد به مطالعه، انجام جراحی بای‌پس بوده است. پس از کسب رضایت از بیماران منتخب، آنها به پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه محقق ساخته پایداری به توصیه‌های پزشکی پاسخ دادند. این پرسشنامه‌ها، بصورت یک مصاحبه ساختاریافته تکمیل شدند. برای سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده، از مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (۲۰) استفاده گردید. این مقیاس، مرکب از ۱۲ گویه است که سه مولفه: حمایت ادراک شده از سوی خانواده (۴ گویه)، حمایت ادراک شده از سوی دیگران مهم (۴ گویه) و حمایت ادراک شده از سوی دوستان (۴ گویه) را سنجش می‌کند. همه گویه‌های این مقیاس، بر اساس یک طیف ۵ درجه‌ای (بسیار موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و بسیار مخالف) درجه‌بندی شدند. دامنه نمرات این مقیاس، ۱۲ الی ۶۰ بوده است. سازندگان مقیاس، برای ارزیابی اعتبار ممیز خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی، از مقیاس مراقبت خانوادگی نوجوانان (AFCS) استفاده کردند. آنها همبستگی میان مولفه‌های حمایت خانوادگی، حمایت از سوی دیگران مهم و حمایت دوستان را به مقیاس مراقبت خانوادگی نوجوانان، به ترتیب، برابر با ( $r = 0.76, P < 0.001$ )؛ ( $r = 0.48, P < 0.001$ )؛ و ( $r = 0.33, P < 0.001$ )؛ آنها، هماهنگی درونی ماده‌های مقیاس حمایت اجتماعی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، بترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۹، و ۰/۹۱ محاسبه کردند. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده در ایران نخستین بار توسط Masoudnia (۲۱) به فارسی برگردانده شد. در آن مطالعه با استفاده از تحلیل مولفه‌های اصلی بر روی ۱۲ ماده این مقیاس، ۳ عامل شناخته شدند. این عوامل عبارتند از حمایت از سوی دوستان، حمایت از سوی خانواده و حمایت از سوی دیگران مهم. برای محاسبه میزان پایایی درونی مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده، از روش آلفای کرونباخ

و ۰/۸۰ محاسبه شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند، از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و پایبندی بیماران قلبی به توصیه پزشک و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه برای تعیین سهم متغیر حمایت اجتماعی در میزان پایبند بیماران قلبی به توصیه های پزشکی استفاده گردید.

### نتایج

۷۵ نفر مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۱). ۴۷ نفر مرد و ۲۸ نفر زن بودند. میانگین سنی پاسخگویان ۵۷/۹ با انحراف معیار ۱۵/۷۵ سال بود.

جدول ۱: ویژگی‌های اجتماعی-جمعیت شناختی و بالینی پاسخگویان

سن	Mean ± S.D
۵۷/۹۳ ± ۱۵/۷۷	
میان (دامنه)	۶۰ (۱۲-۸۵)
جنس	
مرد	۴۸ (۰/۶۴)
زن	۲۷ (۰/۳۶)
سن ابتلا	Mean ± S.D
۵۲/۵۲ ± ۱۹/۴۴	
میان (دامنه)	۵۶ (۰-۸۴)
سابقه بیماری در خانواده	
بلی	۳۹ (۰/۵۲)
خیر	۳۶ (۰/۴۸)
تحصیلات	
بی‌سواد	۲۸ (۳۷/۳)
ابتدایی	۱۶ (۲۱/۳)
راهنمایی	۱۰ (۱۳/۳)
متوسطه	۱۷ (۲۲/۷)
فوق دیپلم	۲ (۲/۷)
لیسانس	۲ (۲/۷)

از نظر سن ابتلا به بیماری قلبی، ۹/۳ درصد پاسخگویان گزارش کردند که زیر سن ۲۸ سال، ۴۱/۳ درصد از سنین ۲۹-۵۶ سال و ۴۹/۳ درصد پاسخگویان این پژوهش در گروه سنی ۵۷-۸۴ سال به بیماری قلبی مبتلا شدند. از نظر سابقه بیماری

استفاده گردید. نتایج آن مطالعه نشان داد که میزان پایایی درونی مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده، به طور کلی، برابر با ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی دیگران مهم، به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۷ بوده است. پایایی درونی خرده مقیاس حمایت اجتماعی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ محاسبه گردید که در دامنه خوبی قرار داشت.

برای سنجش پایبندی به توصیه‌های پزشکی، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. این پرسشنامه، مرکب از ۱۸ سؤال بود که دو بعد از پایبندی به توصیه‌های پزشکی را می‌سنجید. نخستین خرده مقیاس، پایبندی به توصیه‌های غذایی بیماران بود. این خرده مقیاس، شامل ۹ سؤال بود که جنبه‌های مختلف پایبندی به توصیه‌های غذایی (برای مثال، رژیم غذایی کم نمک، رژیم غذایی کم چرب، مصرف حبوبات، مصرف سبزیجات، مصرف ماهی، روغن مایع، مصرف اندک گوشت قرمز، مصرف میوه و پیاده‌روی) را می‌سنجید. دومین خرده مقیاس، پایبندی بیماران به توصیه‌های دارویی بود. این خرده مقیاس نیز مرکب از ۹ سؤال بود که جنبه‌های مختلف پایبندی به رژیم‌های دارویی توصیه شده (برای مثال، رضایت از مصرف دارو، مصرف دارو در هر زمان که لازم باشد، مصرف تعداد صحیح دارو، مصرف دارو در زمان مناسب، مصرف دارو با غذای مناسب، مصرف دارو طبق دستور پزشک، عدم فراموشی در مصرف به موقع دارو) را می‌سنجیدند. همه سؤال‌های دو خرده مقیاس، در قالب طیف لیکرت (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) نمره‌گذاری شدند. دامنه نمره برای خرده مقیاس‌های پایبندی به توصیه‌های غذایی، و نیز خرده مقیاس پایبندی به توصیه‌های دارویی، برابر با ۹ الی ۴۵ بود. برای تعیین اعتبار پرسشنامه پایبندی به توصیه‌های پزشکی، از روش اعتبار صوری استفاده شد. پایایی درونی پرسشنامه پایبندی به توصیه‌های پزشکی، بطور کلی و برای خرده مقیاس پایبندی به توصیه‌های غذایی و خرده مقیاس پایبندی به توصیه‌های غذایی، با استفاده از روش آلفای کرونباخ، به ترتیب برابر با ۰/۸۴؛ ۰/۸۲

توصیه‌های پزشکی (رژیم غذایی، رژیم دارویی) و حمایت اجتماعی ادراک شده کلی با توجه به مقدار ( $P < 0/01$ ) وجود داشت. به بیان دیگر هر مقدار میزان حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر باشد، پایبندی به توصیه‌های پزشکی نیز افزایش پیدا می‌کند. همچنین همبستگی مثبت و معناداری بین حمایت ادراک شده از سوی دیگران مهم ( $P < 0/05$ ) و حمایت ادراک شده از سوی خانواده ( $P < 0/05$ ) وجود داشت.

در خانواده، ۰/۴۸ درصد پاسخگویان گزارش کردند که سابقه بیماری قلبی در خانواده نداشتند و ۰/۵۲ درصد پاسخگویان این پژوهش سابقه بیماری قلبی در خانواده داشتند. از نظر سطح تحصیلات، اکثر پاسخگویان از سطوح تحصیلی پایین (بیسواد، ابتدایی و راهنمایی) برخوردار بودند. نتایج همبستگی مرتبه صفر بین متغیرهای میزان پایبند به توصیه‌های پزشکی و حمایت اجتماعی ادراک شده نشان داد که همبستگی مثبت معناداری بین میزان پایبندی بیماران به

جدول ۲: ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین حمایت اجتماعی ادراک شده و پایبندی به توصیه‌های پزشکی

۵	۴	۳	۲	۱	
				۱/۰۰۰	پایبندی به توصیه‌های پزشکی
			۱/۰۰۰	۰/۳۸۵**	حمایت اجتماعی ادراک شده کلی
		۱/۰۰۰	۰/۵۴۱**	۰/۲۱۲	حمایت اجتماعی از سوی دوستان
	۱/۰۰۰	۰/۰۱۵	۰/۷۷۱**	۰/۲۶۰*	حمایت اجتماعی از سوی دیگران مهم
۱/۰۰۰	۰/۵۲۶**	۰/۱۰۱	۰/۶۴۶**	۰/۲۹۰*	حمایت اجتماعی از سوی خانواده

\*\* $p < 0/05$ ; \* $P < 0/01$

اجتماعی) در مرحله دوم انجام شد. نتایج نشان داد (جدول ۳) که متغیرهای وارد شده در مرحله اول توانستند ۹/۹ درصد از واریانس متغیر ملاک میزان پایبند بیماران قلبی به توصیه‌های پزشکی را تبیین کنند. در مرحله دوم متغیر حمایت اجتماعی وارد مدل شد. این متغیر ۵/۶۸ درصد از واریانس متغیر ملاک میزان پایبندی بیماران قلبی به توصیه‌های پزشکی را تبیین کرد.

به منظور تعیین سهم هر یک از متغیرهای تحقیق اعم از متغیرهای کنترل (سن، جنس، سابقه بیماری، درآمد، تحصیلات و شغل) در پیش بینی میزان پایبندی بیماران قلبی به توصیه‌های پزشک، تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی در دو مرحله متغیرهای اجتماعی - جمعیت شناختی (سن، جنس، سابقه بیماری در خانواده، درآمد، تحصیلات و شغل) در مرحله اول و متغیر حمایت اجتماعی (ترکیب ۳ مولفه حمایت

جدول ۳: رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه پایبندی بیماران به توصیه‌های پزشکی

مرحله	متغیر	$\beta$	T	p	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$	F	p
					تنظیم شده	تغییر یافته		
اول	سن	-۰/۱۰۳	-۰/۶۷۲	N.S $\alpha$				
	جنس	-۰/۰۵۰	-۰/۳۸۱	N.S				
	سابقه بیماری قلبی در خانواده	۰/۱۷۳	۱/۴۷	N.S	۰/۱۷۲	۰/۰۹۹	۲/۳۴	*۰/۰۴۰
	درآمد	۰/۱۳۵	۱/۰۵	N.S				
	تحصیلات	۰/۲۲۵	۱/۴۱	N.S				
دوم	شغل	-۰/۱۲۱	-۰/۹۴۵	N.S				
	حمایت اجتماعی	۰/۲۸۵	۲/۳۸	*۰/۰۲۰*	۰/۰۶۵	۰/۰۵۸	۵/۶۸	*۰/۰۲۰

$\alpha$ : معنادار نیست

\* $P < 0/05$

## بحث

مطالعه حاضر با هدف تبیین رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و پایبندی بیماران قلبی به توصیه‌های پزشکی بعد از جراحی بای‌پس انجام شد. عوامل متعددی بر پایبندی بیماران به توصیه‌های پزشک اثر دارند از جمله: عوامل شخصیتی و پیشینه بیمار و پزشک، تعامل پزشک بیمار، فهم توصیه‌های پزشکی، جایگاه اقتصادی- اجتماعی بیمار. پژوهش حاضر بر حمایت اجتماعی ادراک شده تاکید داشت. نتایج این مطالعه، همبستگی معناداری را بین حمایت اجتماعی ادراک شده و پایبندی بیماران قلبی به توصیه پزشکی ( $P < 0/01$ )، نشان داد. این نشان می‌دهد که هر چه حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی بیماران، بالاتر باشد پایبندی آنها به توصیه‌های پزشکی بیشتر است. بیمارانی که احساس می‌کردند حمایت اجتماعی بالاتری از سوی دوستان، اعضای خانواده و دیگران مهم دریافت خواهند کرد، پایبندی بیشتری نسبت به تبعیت از رژیم غذایی توصیه شده (برای مثال، رژیم غذایی کم نمک، کم چرب، مصرف ماهی، مصرف گوشت قرمز دو بار در هفته، مصرف میوه‌جات و نظایر آن) بعد از جراحی بای‌پس داشتند. آنها همچنین، پایبندی بالاتری را نسبت به پیروی از توصیه‌های دارویی داشتند برای مثال، بیماران با سطح حمایت اجتماعی ادراک شده بالا، رضایت بیشتری نسبت به مصرف داروها تجویز شده داشتند، بیشتر از بیماران با سطح حمایت اجتماعی ادراک شده پایین، داروهایشان را در زمان مناسب و با غذای مناسب مصرف می‌کردند، داروها را درست براساس تجویز پزشک مصرف می‌کردند و اعلام کردند که حتی در شرایطی که پیدا کردن داروها دشوار باشد نیز مصرف داروها را قطع نمی‌کنند.

نتایج این مطالعه، با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در باره رابطه مثبت سطح حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی بیماران و میزان پایبندی آنها به درمان همخوانی دارد. Meichenbaum و Turk (۱۲) نشان دادند که عدم وجود حمایت اجتماعی، یکی از دلایل عمده عدم پایبندی به توصیه‌های پزشکی در میان بیماران قلبی است. همچنین، Sherwood (۱۸) و Doherty و همکاران (۱۹) نشان دادند که

برخورداری از حمایت اجتماعی از جانب خانواده و دوستان، با اطاعت و پایبندی بهتر از توصیه‌های پزشکی در رابطه است. مکانیسم اثرگذاری حمایت اجتماعی بر پایبندی به توصیه‌های پزشک بسیار پیچیده است. مطابق با نظریه کنترل اجتماعی در ارتباط با چگونگی اثرگذاری حمایت اجتماعی بر پایبندی به توصیه‌های پزشکی، روابط اجتماعی می‌تواند به تنظیم رفتار اجتماعی و از جمله رفتار مرتبط با سلامت و به ویژه پایبندی به توصیه‌های پزشکی کمک کند. کنترل اجتماعی می‌تواند عملکرد مستقیم یا غیر مستقیم داشته باشد. پژوهش‌ها در قالب این نظریه نشان داده‌اند که افرادی که سطوح بالایی از حمایت اجتماعی، اعم از حمایت اجتماعی را دریافت کنند، در مقایسه با افرادی که حمایت اجتماعی پایین دریافت می‌کنند، بیشتر دارای رفتار سلامتی مناسب هستند و به رفتارهای سلامتی مطلوب بیشتر عمل می‌کند.

تبیین دیگر درباره مکانیسم اثرگذاری حمایت اجتماعی بر پایبندی به توصیه‌های پزشکی، فرضیه هم‌تاسازی بهینه (۶) است. فرضیه هم‌تاسازی بر این عقیده است که آن زمان که بین نیازهای ایجاد شده به وسیله یک رویداد استرس‌زا (برای مثال، بیماری) و نوع حمایتی که در دسترس است، هماهنگی ایجاد شود، حمایت اجتماعی می‌تواند نقش حفاظت‌کننده یا حائل در مقابل تجربه استرس داشته باشد. به بیان دیگر، این فرضیه می‌گوید که بیماری قلبی، یک رویداد استرس‌زا است. از سوی دیگر، دسترسی به درمان و داروها و رژیم‌های توصیه شده پزشک، می‌تواند به عنوان منابع در نظر گرفته شوند. حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی بیماران، می‌تواند نوعی هماهنگی میان رویداد استرس‌زا (بیماری) و منابع (توصیه‌های پزشکی) ایجاد نماید.

مطالعه حاضر، از محدودیت‌هایی نیز برخوردار بود. مهم‌ترین محدودیت این مطالعه، حجم نمونه نسبتاً کوچک آن بود. این محدودیت عمدتاً ناشی از دشواری در کسب رضایت بیماران به همکاری با مصاحبه‌گر و شرایط خاص بیماران بوده است. بنابراین، ضمن آنکه در تعمیم نتایج این مطالعه باید احتیاط

بیماران قلبی به توصیه‌های پزشکی است. بنابراین، تقویت حمایت اجتماعی در بیمارانی که جراحی بای‌پس را انجام می‌دهند به منظور تقویت میزان پایبندی آنان به توصیه‌های پزشکی و رژیم‌های درمانی، به عنوان یک راهبرد مهم در مداخله‌های رفتاری ضروری به نظر می‌رسد.

#### سیاسگزاری

بدین وسیله از مسئولین و پرسنل مرکز تحقیقات و نیز کلینیک قلب و عروق بیمارستان افشار یزد، که کمک شایانی در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه کرده‌اند سپاسگزاری می‌شود.

لازم را انجام داد، به پژوهشگران بعدی توصیه می‌شود که مطالعات خود را به نمونه‌های بزرگتر متمرکز کنند. همچنین، در این مطالعه، تمرکز اساسی بر حمایت اجتماعی ادراک شده بوده است، یعنی حمایتی که بیمار احساس می‌کند که بصورت بالقوه در دسترس است. جهت رفع محدودیت به محققان بعدی پیشنهاد می‌گردد تا بر روی حمایت اجتماعی محقق یا بالفعل تمرکز نمایند.

#### نتیجه‌گیری

به طور خلاصه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده از جمله عوامل موثر بر پایبندی

#### منابع:

- 1- Lopez-Jaramillo P, Casas JP, Bautista L, serrano NC, Morillo CA. *An integrated proposal to explain the epidemic of cardiovascular disease ina developing country. from socioeconomie factors to free radicals.* Cardiology 2001; 96(1): 1-6.
- 2- Lion LA, Gruz PM , Filho FM. *Evaluation of a cardiac rehabilitation program. analysis after ten years of follow up.* Bars Cardiol 1997; 68(1): 13-9.
- 3- Kodis J, Smith KM, Arthur HM, Deniels C, Suskin N, Mckelive RS. *Change in exercise capacity and lipids after clinic versus hom- based aerobic training in coronary artery by pass graft surgery patients.* J Cardinopulm Rehabil 2001; 21(1): 31-6.
- 4- Harlan WP, Sandler SA, Lee LC, Mark DB. *Importance of baseline functional and socioeconomic factors for participation in cardina rehabilitation.* AMJ Cardino 1995; 76: 36-9.
- 5- Sarafino E. *Health psychology: biopsychosocial interactions.* New York: Wiley; 1999.
- 6- Masoudnia E. *Medical sociology.* Tehran: Tehran University Press; 2011. [Persian]
- 7- Jeffery RW. *Long- term effects of interventions for weight loss using food provision and monetary incentives.* J Consulting and Clinical Psychology 1995; 63(5): 793-6.
- 8- Strain JJ. *Noncompliance: its origins, manifestation. and management.* The Pharos of Alpha Omega Alpha 1978; 41: 27-32.
- 9- DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, et al. *Physicians characteristic influence patients adherence to medical treatment: results from the medical out comes study.* Health Psychol 1993; 12(2): 93-102.
- 10- Korsch BM, Negrete VF. *Doctor- patient communication.* Scientific American 1972; 227: 66-74.

- 11- Ley P, Spelman MS. *Communicating with the patient*. London: Staples Press; 1967.
- 12- Meichenbaum D, Turk DC. *Facilitating treatment adherence: a practitioner's guide*. New York: Plenum Press; 1978.
- 13- Ley P. *Satisfaction, complaints, and communication*. Brit J Clinical Psychol 1982; 21: 241-4.
- 14- Rosenstock IM. *The health belief model: a preventative health behavior*. Health Education Monographs 1974; 3: 354-86.
- 15- Hall JA, Roter, DL, Klatz NR. *Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters*. Medical Care 1988; 26: 657.
- 16- Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health*. Trans. Montazeri A. Tehran: Jahad Daneshgahi; 2008.p. 193.[Persian]
- 17- Street CL, Frankin C. *Defining and measuring social support: guidelines for social work practitioners*. Research on Social Work Practice 1992; 2(1): 81-98.
- 18- Sherwood RJ. *Compliance behavior of hemodialysis Patient and the role of the family*. Family Systems Medicine 1983; 1(2): 60-72.
- 19- Doherty WJ, Schrott HG, Metcalf L, Iasiello- Vailas L. *Effect of spouse support and health beliefs on medication adherence*. J Family Practice 1983; 17(5): 837-41.
- 20- Canty-Mitchell JL. *Development and testing of the adolescent family caring scale*. J Transcultural Nursing 2000; 8: 3-12.
- 21- Masoudnia E. *Relationship between perceived social support and risk of postpartum depression disorder*. Iran J Nursing 2011; 24(70): 8-18. [Persian]

## ***Relationship between Perceived Social Support and Adherence to Medical Advices among Patients with Coronary Heart Disease after By-pass Surgery***

**Masoudnia E(PhD)<sup>\*1</sup>, Foroozannia KH(MD)<sup>2</sup>, Montazeri M(MSc)<sup>3</sup>**

<sup>1,3</sup>Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran

<sup>2</sup>Department of Cardiovascular Surgery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

**Received:** 4 Mar 2011

**Accepted:** 3 Nov 2011

### ***Abstract***

**Introduction:** The aim of this study was to determine the relationship between perceived social support and adherence to medical advices among patients with heart disease after by-pass surgery in Yazd.

**Methods:** This study was performed with a survey design and cross-sectional method. Data were collected from 75 patients with coronary heart disease after by-pass surgery in Afshar hospital in Yazd. The instruments of data collection were Perceived Social Support(SSS) and Adherence to Medical Advices Questionnaire.

**Results:** There was a significant correlation between perceived social support( $P<0.01$ ), perceived support by significant others( $P<0.05$ ), and perceived support by family( $P<0.05$ ) and adherence to medical advices among patients with heart disease. Hierarchical multiple regression analysis showed that the social-demographic variables(step 1) explained 9.9% and perceived social support(step2) explained 5.8% of the variance in adherence to medical advices.

**Conclusion:** The results showed that perceived social support variable affects adherence to medical advices. Therefore, to reinforce the adherence to medical advices among patients with coronary heart disease it seems necessary to attend to social support in behavioral interventions.

**Keywords:** Perceived Social Support; Adherence to Medical advices; Coronary Heart Disease; By-pass Surgery

*This paper should be cited as:*

Masoudnia E, Foroozannia KH, Montazeri M. ***Relationship between perceived social support and adherence to medical advices among patients with coronary heart disease after by-pass surgery.*** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci; 19(6): 798-806.

**\*Corresponding author:** Tel: +98 9131011677, Email: masoudnia@yazduni.ac.ir