

بررسی رابطه سبک‌های دل‌بستگی و رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلب

علی نویدیان* معصومه مرادقلی** اسدالله کیخایی*** فرشید سعیدی‌نژاد****

چکیده

زمینه و هدف: توجه به عوامل روان‌شناختی و اجتماعی مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی از جمله سبک‌های دل‌بستگی، اقدامی مهم در زمینه کنترل بیماری‌های مزمن به حساب می‌آید. این پژوهش با هدف تعیین رابطه سبک‌های دل‌بستگی و رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام یافته است. روش بررسی: این پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی در مورد ۱۸۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلبی که در بخش‌های CCU و Post CCU بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۳ بستری بودند و به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند انجام یافته است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه تجدیدنظر شده تجارب در روابط نزدیک (ECR-R) و پرسشنامه خودمراقبتی بیماران نارسایی قلب (SCHFIV6.2) است. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS ۷.20 شد و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی-مستقل، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره رفتارهای خودمراقبتی در گروه بیماران با سبک دل‌بستگی ایمن (۱۲/۶۶±۶۲/۸۹) به طور معناداری بیش از گروه بیماران با سبک دل‌بستگی ناایمن (۱۱/۱۶±۴۳/۴۰) است ($p < 0/05$). همچنین مدل رگرسیون نشان داد که نمره ابعاد اضطرابی و اجتنابی دل‌بستگی و سن، پیش‌بینی‌کننده نمره رفتارهای خودمراقبتی در بیماران است.

نتیجه‌گیری: با توجه به رابطه سبک‌های دل‌بستگی و رفتارهای خودمراقبتی در این مطالعه و پایین بودن سطح رفتارهای خودمراقبتی در بیماران با سبک دل‌بستگی ناایمن، ضروری است اهمیت مداخلات روان‌شناختی در درمان طولانی مدت نارسایی مزمن قلبی مورد تأکید قرار گیرد.

نویسنده مسئول:
معصومه مرادقلی؛
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی زاهدان

e-mail:
reyhane_102@yahoo
.com

واژه‌های کلیدی: رفتار خودمراقبتی، سبک دل‌بستگی، نارسایی قلبی

- دریافت مقاله: فروردین ماه ۱۳۹۴ - پذیرش مقاله: تیر ماه ۱۳۹۴

مقدمه

شیوع بالای بیماری‌های مزمن توجه جدی بهداشت عمومی در جوامع غربی را به خود جلب کرده است. زیرا این بیماری‌ها به ندرت به طور کامل درمان می‌شوند (۱). فاز نهایی بیماری‌های قلبی و عروقی مزمن، نارسایی قلبی است (۲). نارسایی قلبی یک سندرم کلینیکی

پیچیده با علل مختلف است که طی آن نقص عملکردی یا ساختمانی در قلب باعث می‌شود شخص نتواند فعالیت‌های خود را بدون علائمی مانند تنگی نفس، خستگی و ضعف انجام دهد (۳). سیر فزاینده شیوع و بروز بیماری در جامعه، افزایش فراوانی بیماری‌های ایسکمیک قلبی، مرگ و میر بالا، طول عمر کوتاه بیماران مبتلا به نارسایی قلب، بستری شدن‌های مکرر توأم با هزینه بالا از جنبه‌های مهم نارسایی قلبی است (۴). گزینه‌های زیادی برای کنترل

* مرکز تحقیقات سلامت بارباری، دانشیار گروه آموزشی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

** کارشناس ارشد روان‌شناسی

*** مربی گروه آموزشی هوشبری دانشکده پران‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

**** دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

آموزشی مؤثر، لازم است مشخص شود که کدام گروه بیماران درگیر رفتارهای خودمراقبتی نمی‌شوند و علل احتمالی آن کدام است (۱۴).

در بیماری‌های مزمن از جمله نارسایی قلبی، عوامل اجتماعی و روان‌شناختی نقش حیاتی در مدیریت و سازگاری با این بیماری‌ها دارند (۱۵). در این میان سبک‌های دلبستگی به دلیل نقش تعیین‌کننده‌ای که در روابط بین فردی و واکنش فرد در موقعیت‌های استرس‌زا دارند، حایز اهمیت خاص هستند.

نظریه دلبستگی (Attachment Theory) یکی از مدل‌های مناسب برای شناخت روش‌های سازش یافته و سازش نیافته‌ای است که افراد از طریق آن‌ها با چالش‌های متعدد زندگی مواجه می‌شوند (۱۶). تحقیقات اخیر در زمینه دلبستگی به کاربرد نظریه دلبستگی در بیماری‌های جسمی معطوف شده است. زیرا نظریه دلبستگی، بنا بر مفروضه‌های بنیادین خود، توان یکپارچه‌سازی متغیرهای زیستی، روانی، اجتماعی سلامت و بیماری را به منظور تبیین سازگاری با بیماری طبی دارد (۱۷). براساس نظریه دلبستگی، تعامل‌های مکرر بین کودک و مراقب به الگوهای پایدار پاسخ به استرس، دریافت حمایت اجتماعی، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و سازگاری با بیماری منتهی می‌شود (۱۸). طبق نظریه بالبی افراد تجربه‌های اولیه خود با مراقبان را درونی‌سازی کرده، روان‌سازده‌های شناختی پایداری از روابط را شکل می‌دهند. این روان‌سازده‌ها تصور فرد از خود، به عنوان یک فرد شایسته مراقبت و سزاوار دریافت کمک و حمایت از دیگران را

نارسایی قلبی وجود دارد که خودمراقبتی یکی از این روش‌ها است (۴) و رعایت رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به این اختلال از اهمیت به‌سزایی برخوردار است (۵). خودمراقبتی ناکافی منجر به ایجاد پیامدهای ضعیف سلامتی (۶) و بستری شدن مجدد می‌شود (۷). مطالعات نشان داده‌اند که حداقل ۵۰٪ بیماران مبتلا به نارسایی قلبی رفتارهای خودمراقبتی را اعمال نمی‌کنند و همین امر منجر به بستری شدن مجدد آن‌ها می‌شود (۴). در نقطه مقابل، خودمراقبتی مؤثر، عاملی مهم در ارتقای پیامدهای مثبت سلامتی و پیشگیری از بستری شدن‌های مکرر است (۸). لذا در سال‌های اخیر، درمان بیش‌تر بر پذیرش درمان، آموزش به بیمار و مراقبت از خود متمرکز بوده است (۹).

نارسایی قلبی، بیماری غیرقابل برگشت است ولی با اقدامات دارویی و غیردارویی می‌تواند کنترل شود. درمان‌های غیردارویی، معطوف به رفتار خودمراقبتی بیماران است (۱۰). خودمراقبتی از نظر مفهومی به دو بخش تقسیم می‌شود: استمرار خودمراقبتی (Self care Maintenance) یعنی رفتارهایی که هدف آن حفظ ثبات فیزیولوژیک است و دیگری مدیریت رفتارهای خودمراقبتی (Self care Management) به معنای انجام رفتارهایی که در واکنش به علایم صورت می‌گیرد (۱۱ و ۱۲). رفتارهای خودمراقبتی در بیماران قلبی معمولاً زیر حد مطلوب است (۱۳). بنابراین لازم است مداخلات مؤثری برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی از طریق آموزش طراحی و پیشنهاد شود. برای طراحی مداخله‌های

روش بررسی

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی است و کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بخش‌های CCU و Post CCU بیمارستان‌های خاتم الانبیا (ص) و علی بن ابیطالب (ع) دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۳، جامعه مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند. با توجه به این که در مطالعات همبستگی و رگرسیون حداقل حجم نمونه ۱۰۰ نفر و یا به ازای هر متغیری که در تحلیل رگرسیون وارد می‌شود اندازه نمونه را باید به میزان ۱۰ تا ۱۵ نفر افزایش داد، بنابراین برای اطمینان بیش‌تر تعداد ۱۸۰ بیمار از بین بیماران بستری در بخش‌های CCU و Post CCU بیمارستان‌های خاتم الانبیا (ص) و علی بن ابیطالب (ع) شهر زاهدان با توجه به بستری تدریجی بیماران به روش نمونه‌گیری در دسترس از نیمه شهریور تا پایان آذر ۱۳۹۳ انتخاب شدند. قطعی بودن تشخیص نارسایی قلب در پرونده، EF پایین‌تر از ۴۰٪ در اکوکاردیوگرافی (کلاس ۲ و ۳ نارسایی قلب طبق طبقه‌بندی انجمن قلب نیویورک)، تأهل، عدم ابتلای به اختلال روان‌پزشکی و اعتیاد، بهبود حال عمومی و توانایی برقراری ارتباط از معیارهای ورود به مطالعه و عدم همکاری بیمار، گذشت کم‌تر از ۶ ماه از تشخیص بیماری، کلاس بالای نارسایی قلبی و حال عمومی بد بیماران از جمله معیارهای خروج از مطالعه بودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به بیماری، پرسشنامه سبک دلبستگی و

تحت تأثیر قرار می‌دهد. این روان‌سازیه‌های شناختی بر تعامل فرد با دیگران و تعبیر و تفسیر فرد از وقایع در طول زندگی تأثیر دارد (۱۹).

روان‌شناسان اجتماعی در رفتارهای دلبستگی بین فردی، دو نوع اختصاصی ایمن و نایمن را در بین بزرگسالان شناسایی کرده‌اند (۲۰). افراد با سبک دلبستگی ایمن بیشتر از روش‌های مقابله‌ای مؤثر استفاده نموده، توانایی جلب اعتماد و حمایت اجتماعی را دارا هستند و ارتباط درمانی خوبی با کارکنان بهداشتی درمانی برقرار می‌کنند که این امر احتمالاً منجر به ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در آنان می‌شود (۲۱ و ۲۲). بر عکس افراد با سبک دلبستگی نایمن در برخورد با مشکلات جسمانی دچار بحران شده، عواطف منفی شدید شده‌ای را در پی بیماری نشان می‌دهند، نسبت به نیازهای خود بی‌توجه بوده و تعامل و همکاری ضعیفی با کارکنان بهداشتی درمانی دارند که امکان عدم پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی را افزایش می‌دهد (۲۳-۲۵). با توجه به ویژگی‌های روانی و رفتاری مثبت و منفی ناشی از دو نوع سبک دلبستگی ایمن و نایمن، انتظار می‌رود رفتارهای خودمراقبتی به شدت تحت تأثیر سبک‌های دلبستگی بیماران قرار داشته باشد (۲۳). با توجه به این که در این زمینه مطالعات کمی صورت گرفته است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه سبک دلبستگی و رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام یافته است.

پرسشنامه مربوط به رفتارهای خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی بود. با توجه به سطح سواد پایین بیماران در این منطقه کلیه پرسشنامه‌ها توسط یک نفر دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری به عنوان همکار طرح از طریق مصاحبه تکمیل گردید. در پژوهش حاضر برای تعیین سبک دلبستگی بیماران از پرسشنامه تجدیدنظر شده تجارب در روابط نزدیک (Experiences in Close Relationships- Revised Questionnaire=ECR-R) Fraley و همکاران استفاده شد. Fraley و همکاران خزانه‌ای کامل از ۳۲۳ آیتم از رویکردهای نظری دلبستگی را که توسط Brennan و همکاران در سال ۱۹۹۸ جمع‌آوری شده بود، مدنظر قرار دادند. آن‌گاه با انجام تحلیل عوامل، دو عامل اضطراب و اجتناب استخراج شد. تحلیل‌های عاملی در مورد هر عامل انجام و در نهایت ۱۸ آیتم برای هر مقیاس در نظر گرفته شد (۲۶). بنابراین ECR-R پرسشنامه‌ای ۳۶ سؤالی در مورد دلبستگی بزرگسالان است که برای هر یک از ابعاد اضطراب و اجتناب دارای ۱۸ آیتم می‌باشد. آیتم‌ها براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالف تا ۷= کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. آیتم‌های ۱ تا ۱۸ به مقیاس اضطراب و آیتم‌های ۱۹ تا ۳۶ به مقیاس اجتناب مربوط است. با محاسبه میانگین نمرات ۱۸ آیتم در هر بعد نمره ابعاد اضطراب و اجتناب به دست می‌آید. بدین ترتیب حداقل نمره دلبستگی ناایمن اضطرابی و اجتنابی ۱ و حداکثر ۷ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بیش‌تر اضطراب و اجتناب است (۲۷). روایی پیش‌بین این ابزار

توسط Sibley و همکاران و روایی همگرا و واگرایی آن توسط Fairchild و Finney مورد تأیید قرار گرفته است (۲۷ و ۲۸) Fraley و همکاران با استفاده از روش بازآزمایی، ضریب پایایی ۰/۹۴ را برای مقیاس اضطراب و ضریب پایایی ۰/۹۵ را برای مقیاس اجتناب گزارش کردند (۲۶). Sibley و همکاران نیز با بازآزمایی سه هفته‌ای، ضریب پایایی مقیاس اضطراب را ۰/۹۲ و ضریب پایایی مقیاس اجتناب را ۰/۹۰ گزارش کردند (۲۷). در مطالعه نیفروشان و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس اضطراب و اجتناب به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۹ و پایایی به شیوه بازآزمایی برای مقیاس اضطراب و اجتناب به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ به دست آمد (۲۹).

خودمراقبتی به وسیله پرسشنامه خودمراقبتی در بیماران نارسایی قلب (Self Care Heart Failure) SCHFIV6.2 Index) مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه خودمراقبتی بیماران نارسایی قلبی توسط Riegel در سال ۲۰۰۴ طراحی و ساخته شد (۱۲) و در سال ۲۰۰۹ شیوه نمره‌گذاری جدیدی برای آن پیشنهاد و مورد استفاده قرار گرفت (۳۰). این ابزار شامل ۲۲ پرسش در ۳ بخش شامل رفتارهای خودمراقبتی (۱۰ سؤال)، مدیریت رفتارهای خودمراقبتی (۶ سؤال) و اطمینان به انجام خودمراقبتی (۶ سؤال) است. آیتم‌های بخش اول برروی مقیاس ۴ درجه‌ای: ۱=هرگز، ۲=گاهی اوقات، ۳=اغلب اوقات، ۴=همیشه یا روزانه. آیتم‌های بخش دوم برروی مقیاس ۴ درجه‌ای: ۱=به احتمال کم، ۲=تاحدودی، ۳=احتمالاً، ۴=به احتمال زیاد و

آیتم‌های بخش سوم بر روی مقیاس ۴ درجه‌ای: ۱=مطمئن نیستم، ۲=تأخوری مطمئنم، ۳=مطمئنم، ۴=خیلی مطمئنم، نمره‌گذاری می‌شود. پس از نمره‌گذاری اعداد به دست آمده از هر مقیاس و نمره کل تبدیل به ۱۰۰ شده و نمره هر فرد بین ۰ تا ۱۰۰ تعیین می‌گردد. هرچه نمرات افزایش یابد بدین معناست که رفتارهای خودمراقبتی بهبود و ارتقا یافته است. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط زمان‌زاده و همکاران و مودب و همکاران تعیین و مورد استفاده قرار گرفته است (۳۱ و ۳۲). همچنین پایایی ابزار در مطالعه حاضر به شیوه بازآزمایی (۸۹٪) و آلفای کرونباخ کل ابزار (۰/۹۱) مورد تأیید قرار گرفته است.

داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS v.20 شد و با استفاده از آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و آمار تحلیلی (آزمون‌های تی‌مستقل، آنالیز واریانس، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $p < 0/05$ از نظر آماری معنادار تلقی شد.

اخذ رضایت شفاهی برای شرکت در مطالعه، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، توضیح مراحل کار و هدف پژوهش، عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی و اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه برای مراجعه به محیط پژوهش به عنوان ملاحظات اخلاقی در این مطالعه مورد توجه قرار گرفته است.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهش، حداقل سن بیماران ۲۹ و حداکثر ۷۲ سال با میانگین و

انحراف معیار $11/04 \pm 57/71$ بود. ۵۹/۴٪ آنان را مردان تشکیل می‌دادند. اکثر بیماران شرکت‌کننده در مطالعه بی‌سواد (۳۷/۸٪) و کم‌ترین درصد آن‌ها دارای مدرک دانشگاهی (۹/۴٪) بودند. تقریباً نیمی از بیماران شرکت‌کننده در مطالعه بی‌کار بودند (۴۸/۹٪) و شغل آزاد با (۶/۷٪)، پایین‌ترین درصد اشتغال را به خود اختصاص داده بود (جدول شماره ۱).

میانگین و انحراف معیار نمره رفتارهای خودمراقبتی، مدیریت رفتارهای خودمراقبتی، اطمینان به انجام خودمراقبتی و کل رفتار خودمراقبتی در گروه بیماران با سبک دلبستگی ایمن به ترتیب $69/85 \pm 11/97$ ، $69/73 \pm 9/73$ ، $55/04 \pm 9/73$ و $60/01 \pm 10/44$ و در گروه بیماران با سبک دلبستگی ناایمن به ترتیب $53/76 \pm 13/61$ ، $43/76 \pm 10/41$ ، $38/73 \pm 16/30$ و $50/91 \pm 16/30$ و $40/43 \pm 16/11$ بود. نتیجه آزمون t در سطح معناداری $p < 0/05$ نشان داد نمره رفتارهای خودمراقبتی و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه تفاوت معناداری دارد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۳ همبستگی ابعاد دلبستگی ناایمن (اضطراب، اجتناب) با رفتارهای خودمراقبتی، مدیریت رفتارهای خودمراقبتی، اطمینان به انجام خودمراقبتی و کل رفتارهای خودمراقبتی را در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که بین میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی، مدیریت رفتارهای خودمراقبتی، اطمینان به انجام خودمراقبتی و خودمراقبتی کل با میانگین نمره ابعاد اضطراب و اجتناب دلبستگی ناایمن رابطه منفی معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). بدین معنی که با افزایش

ابعاد اضطراب و اجتناب دلبستگی ناایمن نمره ابعاد خودمراقبتی و نمره خودمراقبتی کل کاهش می‌یابد (جدول شماره ۳).

جهت بررسی پیش‌بینی عوامل مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی از رگرسیون خطی استفاده شد. جدول شماره ۴ نتایج حاصل از آنالیز رگرسیون خطی را نشان می‌دهد. تمام متغیرهای فردی و نمرات ابعاد اضطراب و اجتناب به شیوه رگرسیون گام به گام انجام یافت. در مدل نهایی یعنی مدل ۳ عوامل اضطراب $p < 0/001$ اجتناب $p = 0/002$ و سن $p < 0/001$ به عنوان عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودمراقبتی بیماران در معادله باقی ماندند. مدل به لحاظ آماری معنادار بود. متغیر

اول براساس R2 خام و متغیر دوم به بعد براساس R2 تصحیح شده گزارش شد. نتایج تحلیل رگرسیون در پیش‌بینی خودمراقبتی از طریق نمره بعد اضطراب نشان می‌دهد که نمره کل بعد اضطراب نقش مهمی در پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی بیماران ایفا می‌کند و به تنهایی می‌تواند ۵۶٪ رفتارهای خودمراقبتی بیماران را تبیین کند. پس از آن، متغیر سن ۸٪ از واریانس خودمراقبتی و در نهایت متغیر اجتناب ۱٪ از واریانس خودمراقبتی را تبیین کرد. در مجموع متغیرهای بعد اضطراب دلبستگی، سن و بعد اجتناب دلبستگی قادرند ۶۵٪ واریانس نمره خودمراقبتی بیماران را تبیین کنند.

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بستری در بخش‌های CCU و Post
CCU بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۳

| درصد | تعداد | شاخص آماری | |
|------|-------|-----------------------|---------|
| | | متغیرهای جمعیت‌شناختی | |
| ۵۹/۴ | ۱۰۷ | مرد | جنس |
| ۴۰/۶ | ۷۳ | زن | |
| ۱۰۰ | ۱۸۰ | جمع | |
| ۳۷/۸ | ۶۸ | بی‌سواد | تحصیلات |
| ۱۹/۴ | ۳۵ | ابتدایی | |
| ۲۱/۷ | ۳۹ | راهنمایی | |
| ۱۱/۷ | ۲۱ | دیپلم | |
| ۹/۴ | ۱۷ | دانشگاهی | |
| ۱۰۰ | ۱۸۰ | جمع | شغل |
| ۴۸/۹ | ۸۸ | بی‌کار | |
| ۲۰/۶ | ۳۷ | کارگر | |
| ۱۴/۴ | ۲۶ | کارمند | |
| ۶/۷ | ۱۲ | آزاد | |
| ۹/۴ | ۱۷ | بازنشسته | |
| ۱۰۰ | ۱۸۰ | جمع | |

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی و ابعاد آن در سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن

| نتیجه آزمون | نایمن | | ایمن | | سبک دلبستگی ابعاد خودمراقبتی |
|-------------|--------------|---------|--------------|---------|---------------------------------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| ۰/۰۰۰۱ | ۱۳/۶۱ | ۴۳/۷۶ | ۱۱/۹۷ | ۶۹/۸۵ | رفتارهای خودمراقبتی |
| ۰/۰۰۱ | ۱۰/۴۱ | ۳۸/۷۳ | ۹/۷۳ | ۵۵/۰۴ | مدیریت رفتارهای خودمراقبتی |
| ۰/۰۲ | ۱۶/۳۰ | ۵۰/۹۱ | ۱۰/۴۴ | ۶۰/۰۱ | اطمینان به انجام خودمراقبتی |
| ۰/۰۰۱ | ۱۶/۱۱ | ۴۰/۴۳ | ۱۲/۶۶ | ۶۲/۸۹ | خودمراقبتی کل |

جدول ۳- همبستگی بین ابعاد اضطراب و اجتناب دلبستگی با ابعاد رفتارهای خودمراقبتی

| | اضطراب | اجتناب |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|
| اجتناب | $r=0/52$ $p<0/0001$ | ۱ |
| رفتارهای خودمراقبتی | $r=-0/85$ $p<0/0001$ | $r=-0/63$ $p<0/0001$ |
| مدیریت رفتارهای خودمراقبتی | $r=-0/44$ $p<0/0001$ | $r=-0/20$ $p=0/0001$ |
| اطمینان به انجام خودمراقبتی | $r=-0/83$ $p<0/0001$ | $r=-0/64$ $p<0/0001$ |
| خودمراقبتی کل | $r=-0/86$ $p<0/0001$ | $r=-0/62$ $p<0/0001$ |

جدول ۴- نتایج آنالیز رگرسیون به منظور تعیین پیش‌بینی نمره رفتار خودمراقبتی از روی نمره اضطراب، اجتناب و سن

| متغیرهای پیش‌بینی کننده مدل | B | Std. Erroe | Beta | T | P | R | R2 |
|-----------------------------|-------|------------|-------|--------|--------|------|------|
| نمره کل اضطراب | -۱/۶ | ۰/۸۲ | -۰/۷۵ | -۲۰/۴۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۵ | ۰/۵۶ |
| سن | -۱۰/۴ | ۲/۱۵ | -۰/۱۷ | -۴/۸۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۰ | ۰/۶۴ |
| نمره کل اجتناب | -۰/۵۰ | ۰/۱۶ | -۰/۱۳ | -۳/۱۱ | ۰/۰۰۲ | ۰/۸۱ | ۰/۶۵ |

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی در گروه بیماران با سبک دلبستگی ایمن به طور معناداری بالاتر از گروه بیماران با سبک دلبستگی نایمن است یعنی افراد ایمن خودمراقبتی بهتری در مدیریت بیماری‌شان نسبت به بیماران با سبک دلبستگی نایمن نشان می‌دهند.

گرچه مطالعه مشابهی که بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلب انجام شده باشد، یافت

نشد ولی همسو با نتیجه پژوهش حاضر در مورد رابطه سبک دلبستگی و رفتارهای مراقبت از خود در بیماران جسمانی، نتیجه مطالعه نیکوگفتار در خصوص نقش سبک دلبستگی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نیز نشان داد که بین رفتارهای خودمراقبتی با سبک دلبستگی ایمن رابطه مثبت و با سبک‌های دلبستگی نایمن رابطه منفی وجود دارد (۲۳). در مطالعه بزازیان و همکاران، نیز نتایج حاصل از رگرسیون در خصوص رابطه سبک

دلبستگی با بهزیستی روان‌شناختی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران دیابت نشان داد که سبک‌های دلبستگی ایمن، دوسوگرا و اجتنابی تبیین‌کننده بهزیستی روان‌شناختی و سبک دلبستگی ایمن در حد قابل قبولی پیش‌بینی‌کننده واریانس هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابتی بود (۳۳).

نتیجه یک مطالعه در مورد کودکان با بیماری‌های قلبی مادرزادی نیز نشان داده است که وخامت بیماری قلبی در کودکان ایمن و ناایمن به هنگام تشخیص با هم تفاوتی نداشته است، ولی یک پیگیری یک ساله نشان داد که میزان بهبودی کودکان ناایمن به گونه‌ای معنادار کمتر از کودکان ایمن بوده است. شاید بخشی از این عدم بهبودی به رفتارهای بهداشتی و مراقبتی کودکان با سبک دلبستگی ناایمن برگردد (۳۴).

بنابراین یافته اصلی این پژوهش مبنی بر رفتارهای خودمراقبتی بهتر در گروه بیماران با سبک دلبستگی ایمن با نتایج سایر پژوهش‌ها مانند Stafford و همکاران، van Ittersum و همکاران، و با نتایج پژوهش‌های Attale و همکاران و Ciechanowski، در بیماران دیابت همسو است (۲۴ و ۳۹-۳۵).

در افراد ایمن انتظارات مثبت از خود و دیگران شامل در دسترس و قابل اعتماد بودن و نگرش مثبت نسبت به خود به عنوان فردی ارزشمند و لایق حمایت، شکل می‌گیرد (۲۰). افراد ایمن با عقاید مثبت در مورد ارزش و کارآمدی خود، حس درونی ارزش مراقبت داشتن و اعتماد به دیگران، در زمان نیاز توانایی جلب مراقبت و حمایت را دارند. بنابراین

دلبستگی ایمن با توان بالقوه اعتماد به دیگران و برقراری ارتباط مناسب می‌تواند دریافت حمایت لازم در موقعیت‌های استرس‌زا از جمله بیماری را امکان‌پذیر سازد. پیامد این فرآیند شکل‌گیری ادراک صحیح از بیماری و باور به کنترل‌پذیر بودن آن است، از سوی دیگر ارتباط درمانی مناسب بین پزشک و بیمار باعث تقویت اتحاد درمانی و پذیرش درمان و انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌شود (۲۱ و ۴۰).

براساس نتایج پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۵) افراد ایمن در مقایسه با افراد ناایمن، در مواجهه با تنیدگی‌های زندگی بیش‌تر از راهبردهای مقابله‌ای مسأله محور و هیجان محور مثبت استفاده می‌کنند و کم‌تر به راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور منفی متوسل می‌شوند و این امر می‌تواند به ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران کمک کند (۱۶). دلبستگی ناایمن اجتنابی با سردی در تعاملات و رقابت، عدم اعتماد به مؤثر بودن حمایت اجتماعی و برعکس با نظر مثبت نسبت به خود و استقلال مشخص می‌شود. بنابراین افراد با این سبک دلبستگی با بیماری دچار بحران شده و نمی‌توانند به اطلاعات کافی در مورد بیماری و شناخت آن دست یافته و تبعیت لازم از توصیه‌های درمانی را داشته باشند (۴۱). افراد دلبسته ناایمن دوسوگرا و اجتنابی در تنظیم عواطف دچار مشکل بوده و عواطف منفی ناشی از بیماری را بیش برآورد می‌کنند و این عامل باعث کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیمار می‌گردد (۲۴). در افراد ناایمن اجتنابی به دلیل عدم دریافت حمایت، تصویر بدنی مثبت و خودمهارگری در

آنان شکل نمی‌گیرد، بنابراین در زمان بیماری، نسبت به نیازهای بدنی خود بیگانه بوده و خودمهارگری لازم را ندارند. این امر منجر به کاهش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران با سبک دلبستگی ناایمن می‌شود (۲۵). به طور کلی بیماران با سبک دلبستگی ناایمن به خود متکی و کمتر به دیگران و حمایت‌های آنان وابسته‌اند، همکاری ضعیفی با ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی دارند و این خود تأثیر منفی بر رفتارهای خودمراقبتی می‌گذارد (۲۳ و ۴۱). سطح دلبستگی ناایمن به خصوص اجتنابی با سطح کم‌تر ورزش، مراقبت از اندام‌ها، رژیم‌های غذایی، مصرف مرتب داروها، و از سوی دیگر افزایش رفتارهای پرخطر مانند مصرف دخانیات و سیگار رابطه دارد (۳۶، ۳۸، ۳۹) که اغلب این رفتارها در رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی هم مصداق دارد.

عدم بررسی سایر عوامل مؤثر در خودمراقبتی، مقطعی بودن مطالعه، استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی به جای استفاده از شاخص‌های آزمایشگاهی به عنوان پیامد رعایت یا عدم رعایت رفتارهای خودمراقبتی از جمله مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش به حساب می‌آیند.

به طور کلی با آن که ارتباط دلبستگی بزرگ‌سالی با موضوعات مطرح در روان‌شناسی به صورت گسترده‌ای بررسی شده ولی تعداد پژوهش‌ها در قلمرو ارتباط دلبستگی و بیماری‌های جسمانی به مراتب کمتر انجام یافته است. نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که گرچه رفتارهای خودمراقبتی در بیماران

قلبی وضعیت چندان مطلوبی ندارد (از نظر Riegel و همکاران (۳۰)، نمره بالاتر از ۷۰ از ۱۰۰ نشان‌دهنده وضعیت مطلوب خودمراقبتی است)، با وجود این در بیماران نارسایی قلب با سبک‌های دلبستگی ناایمن وضعیت رفتارهای خودمراقبتی به طور معناداری پایین‌تر از بیماران با سبک دلبستگی ایمن گزارش گردید. براساس یافته‌های این مطالعه با شناسایی بیماران با سبک دلبستگی ناایمن که احتمالاً بیش‌تر در معرض کاهش رفتارهای خودمراقبتی و کاهش تبعیت از درمان قرار دارند، می‌توان در کنار درمان‌ها و مراقبت‌های پزشکی، این بیماران را هدف مداخلات روان‌شناختی هم قرار داد تا بدین‌وسیله زمینه کنترل این بیماری مزمن و غیرقابل برگشت بیش‌تر فراهم شود. پیش‌بینی سطح پایین رفتارهای خودمراقبتی از روی سبک‌های دلبستگی ناایمن از یک سو به شناسایی افراد در معرض خطر و آموزش مؤثر رفتارهای خودمراقبتی این گروه بیماران کمک خواهد کرد و از سوی دیگر فرصت درک چهارچوب تحولی دلبستگی بیماران توسط متخصصان و پرستاران باعث همدلی بیش‌تر، تعاملات مؤثرتر و احساس ناکامی کم‌تر بیماران مبتلا به نارسایی قلب در اجرای رفتارهای خودمراقبتی خواهد شد. آزمودن این رابطه در نمونه‌های بالینی دیگر و اندازه‌گیری شاخص‌های فیزیولوژیک ناشی از پایبندی مؤثر به رفتارهای خودمراقبتی و انجام تحقیق آینده‌نگر به منظور بررسی رابطه علی بین سبک‌های دلبستگی و رفتارهای خودمراقبتی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی زاهدان است و جا دارد که از کلیه بیماران شرکت‌کننده در مطالعه،

مدیران بیمارستان‌ها و سرپرستاران و پرستاران بخش‌های CCU و Post CCU بیمارستان‌های آموزشی خاتم الانبیا (ص) و علی ابن ابیطالب (ع) زاهدان تشکر و قدردانی شود.

منابع

- 1 - Kiviruusu O, Huurre T, Aro H. Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: are males more vulnerable? *Soc Sci Med*. 2007 Jul; 65(2): 173-86.
- 2 - Binafar N. [Cardio-vascular diseases]. Tehran: Eshtiagh Publications; 1999. P. 21-45. (Persian)
- 3 - Annema C, Luttk ML, Jaarsma T. Reasons for readmission in heart failure: Perspectives of patients, caregivers, cardiologists, and heart failure nurses. *Heart Lung*. 2009 Sep-Oct; 38(5): 427-34.
- 4 - Albert NM. Promoting self-care in heart failure: state of clinical practice based on the perspectives of healthcare systems and providers. *J Cardiovasc Nurs*. 2008 May-Jun; 23(3): 277-84.
- 5 - Navidian A, Yaghoobinia F, Ganjali A, Khoshsimae S. The effect of self-care education on the awareness, attitude, and adherence to self care behaviors in hospitalized patients due to heart failure with and without depression. *PLOS ONE*. 2015 Jun; 10(6): 1-13.
- 6 - Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviours and heart failure: Does experience with symptoms really make a difference? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010 Jun; 9(2): 92-100.
- 7 - Heo S, Moser DK, Lennie TA, Riegel B, Chung ML. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: a cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *Int J Nurs Stud*. 2008 Dec; 45(12): 1807-15.
- 8 - Mast C. Personal and environmental factors affecting self care behaviors of patients with heart failure. MSc. Thesis, USA, Ball State University, 2008. P. 1-12.
- 9 - Gonzalez B, Lupon J, Herreros J, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Patient's education by nurse: what we really do achieve? *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2005 Jun; 4(2): 107-11.
- 10 - Jaarsma T, Stromberg A, Martensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*. 2003 Jun; 5(3): 363-70.
- 11 - Oosterom-Calo R, van Ballegooijen AJ, Terwee CB, te Velde SJ, Brouwer IA, Jaarsma T, et al. Determinants of heart failure self-care: a systematic literature review. *Heart Fail Rev*. 2012 May; 17(3): 367-85.
- 12 - Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J Card Fail*. 2004 Aug; 10(4): 350-60.
- 13 - van der Wal MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol*. 2008 Apr 10; 125(2): 203-8.
- 14 - Stromberg A. The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2005 Mar 16; 7(3): 363-9.
- 15 - Snoek FJ. Management of diabetes: Psychological aspects of diabetes management. Abingdon: The Medicine Publishing Company; 2002. P. 39-44.
- 16 - Besharat MA, Karimi K, Rahiminejad A. [Investigate the relationship between attachment style and personality dimensions]. *Journal of Psychology and Education*. 2006; 36(1,2): 37-55. (Persian)
- 17 - Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med*. 2002 Jul-Aug; 64(4): 660-7.
- 18 - Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991 Aug; 61(2): 226-44.
- 19 - Pickering L, Simpson J, Bentall RP. Insecure attachment Predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences*. 2008 Apr; 44(5): 1212-24.

- 20 - Bahrami F, Eshghi R, Yousefi N, Navidian A, Etemadi O, Joukar M, et al. [Translation of A review of adult attachment theory, psychodynamics and couples relationship]. Janson SM, Vifan VE (Authors). Tehran: Danjeh Publications; 2009. P. 33-38. (Persian)
- 21 - Maunder RG, Lancee WJ, Nolan RP, Hunter JJ, Tannenbaum DW. The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *J Psychosom Res.* 2006 Mar; 60(3): 283-90.
- 22 - Bartley M, Head J, Stansfeld S. Is attachment style a source of resilience against health inequalities at work? *Soc Sci Med.* 2007 Feb; 64(4): 765-75.
- 23 - Nikoogoftar M. [The role of attachment style and health locus of control on self care behaviors of type 1 diabetes]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism.* 2013; 12(4): 309-16. (Persian)
- 24 - Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *J Psychosom Res.* 2009 Mar; 66(3): 211-20.
- 25 - Bazzazian S, Besharat MA. [Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with type I diabetes]. *Contemporary Psychology.* 2010; 5(1): 3-11. (Persian)
- 26 - Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol.* 2000 Feb; 78(2): 350-65.
- 27 - Sibley CG, Fischer R, Liu JH. Reliability and validity of the revised experiences in close relationships (ECR-R) self-report measure of adult romantic attachment. *Pers Soc Psychol Bull.* 2005 Nov; 31(11): 1524-36.
- 28 - Fairchild AJ, Finney SJ. Investigating validity evidence for the experiences in close relationships-revised questionnaire. *Educational and Psychological Measurement.* 2006 Feb; 66(1): 116-35.
- 29 - Nilforooshan P. [Structural equation model of quality of marital relationship based on psychological characteristics of spouses]. Ph.D Thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, 2010. (Persian)
- 30 - Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs.* 2009 Nov-Dec; 24(6): 485-97.
- 31 - Zamanzadeh V, Valizadeh L, Jamshidi F, Namdar H, Maleki A. Self-care behaviors among patients with heart failure in Iran. *J Caring Sci.* 2012 Dec; 1(4): 209-214.
- 32 - Moadab F, Ghanbari A, Salari A, Kazemnejad E, Sadaghi Sabet M, Pariad E. [Study status of self-care behaviors and gender differences in patients with heart failure]. *Journal of Payavard Salamat.* 2014; 8(3): 220-34. (Persian)
- 33 - Bazzazian S, Besharat MA, Rajab A. [Study of relationship of attachment style and Illness perception with psychological well-being and HbA1C in type 1 diabetes]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism.* 2010; 10(2): 188-96. (Persian)
- 34 - Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosom Med.* 2001 Jul-Aug; 63(4): 556-67.
- 35 - van Ittersum MW, van Wilgen CP, Hilberdink WK, Groothoff JW, van der Schans CP. Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Educ Couns.* 2009 Jan; 74(1): 53-60.
- 36 - Attale C, Guedeney N, Sola A, Slama G, Dantchev N, Consoli SM. 223-Attachment style and glycemic control in type I diabetes mellitus. *J Psychosom Res.* 2004 Jun; 56(6): 597.
- 37 - Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry.* 2001 Jan; 158(1): 29-35.
- 38 - Ciechanowski PS, Hirsch IB, Katon WJ. Interpersonal predictors of HbA(1c) in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2002 Apr; 25(4): 731-6.
- 39 - Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Von Korff M, Ludman E, Lin E, et al. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosom Med.* 2004 Sep-Oct; 66(5): 720-8.
- 40 - Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion.* 2003 Jun; 27(2): 77-102.
- 41 - Taylor RE, Marshall T, Mann A, Goldberg DP. Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychol Med.* 2012 Apr; 42(4): 855-64.

Relationship between Attachment Styles and Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure

Ali Navidian* (Ph.D) - Masomeh Moradgholi** (MSc.) - Asadollah Kykhaee*** (MSc.) - Farshid Saeedinegad**** (B.Sc).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Mar. 2015
Accepted: Jun. 2015

Background & Aim: Psychological and social factors such as attachment styles may influence chronic diseases through self-care behaviors. This study was conducted to determine the relationship between attachment styles and self-care behaviors in patients with heart failure.

Methods & Materials: In this correlational study, 180 patients with heart failure hospitalized in CCUs and Post CCUs of educational hospitals in Zahedan in 2014 were selected through convenience sampling. Data collection tools included the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) questionnaire and Self-Care of Heart Failure Index (SCHFIV6.2). Data were analyzed in the SPSS-20 using the descriptive statistics, independent T-Test, Pearson's correlation and regression analysis.

Results: The mean and standard deviation of self-care behaviors score of the group with secure attachment style (62.89 ± 12.66) was significantly higher than the group with insecure attachment style (40.43 ± 16.11) ($P < 0.05$). Also, the regression model showed that the score of anxiety, attachment avoidance and age were as predictors of the self care scores in patients.

Conclusion: Regarding the relationship between attachment styles and self-care behaviors; and the low level of self-care in patients with insecure attachment style, psychological interventions should be considered through long-term treatment of chronic heart failure.

Corresponding author:
Masomeh Moradgholi
e-mail:
reyhane_102@yahoo.
com

Key words: attachment styles, self-care behaviors, heart failure

Please cite this article as:

- Navidian A, Moradgholi M, Kykhaee A, Saeedinegad F. [Relationship between Attachment Styles and Self-Care Behaviors in Patients with Heart Failure]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2015; 21(2): 6-17. (Persian)

* Pregnancy Health Research Center, Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

** MSc. in Clinical Psychology, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

*** Dept. of Anesthesia, School of Paramedical, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

**** MSc. Student in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran