SALMAND
IRANIAN JOURNAL OF AGEING
2026. Vol 21. Issue 3

Research Paper

Relationship of Perceived Social Support and Self-Compassion With Treatment Adherence Mediated by Coping Strategies in Older Adults With Cardiovascular Diseases

Parisa Janjani[1, 2], Khodamorad Momeni[3], Amir Shiani[4], Sarira Daniali[1], Mohammad Reza Majzoobi[5], *Parisa Nosrati[3]

1. Cardiovascular Research Center, Health Policy and Promotion Institute, Imam Ali Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
2. Department of Rehabilitation Sciences, School of Rehabilitation Sciences, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
3. Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
4. Department of Speech Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
5. Department of Psychology, Developmental Psychology and Clinical Psychology of the Lifespan, University of Siegen, Siegen, Germany.

Use your device to scan and read the article online

Citation Janjani P, Momeni Kh, Shiani A, Daniali S, Majzoobi MR, Nosrati P. Relationship of Perceived Social Support and Self-Compassion With Treatment Adherence Mediated by Coping Strategies in Older Adults With Cardiovascular Diseases. Iranian Journal of Ageing. 2026; 21(3):364-379. [Persian]. http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.3091.3

http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.3091.3

ABSTRACT

Objectives Cardiovascular diseases (CVDs) are among the leading causes of mortality in older adults, and treatment adherence plays a critical role in managing and improving these conditions. Psychological factors such as perceived social support and self-compassion may significantly influence treatment adherence. Coping strategies may mediate this relationship. Therefore, the present study aimed to examine the relationship of perceived social support and self-compassion with treatment adherence, mediated by coping strategies, in older adults with CVDs.

Methods & Materials This is a descriptive-correlational study using structural equation modeling (SEM). Participants were 242 older adults with a CVD (in a stable condition) hospitalized at or referred to Imam Ali Hospital in Kermanshah, Iran, in 2024, who were selected through convenience sampling. The instruments included the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Self-Compassion Scale–Short Form, the Coping Inventory for Stressful Situations–Short Form, and the Treatment Adherence Questionnaire. Data analysis was conducted in SPSS software, version 26 and AMOSsoftware, version 24.

Results Path analysis revealed that perceived social support (β=0.19, P<0.001) and self-compassion (β=0.38, P<0.001) had significant direct effects on treatment adherence. Perceived social support was positively associated with problem-focused coping (β=0.43, P<0.001) and negatively associated with emotion-focused (β=−0.40, P<0.001) and avoidance coping strategies (β=−0.26, P<0.001). Similarly, self-compassion was positively related to problem-focused coping (β=0.34, P<0.001) and negatively related to emotion-focused (β=−0.45, P<0.001) and avoidance coping (β=−0.68, P<0.001). In the final model, problem-focused coping positively predicted treatment adherence (β=0.10, P<0.001), while emotion-focused coping (β=−0.31, p<0.001) and avoidance coping (β=−0.46, P<0.001) had significant negative effects. Sobel's test confirmed the mediating role of coping strategies in the relationship of perceived social support and self-compassion with treatment adherence, with significant indirect path coefficients for perceived social support (z=3.18 for problem-focused, z=2.21 for emotion-focused, and z=2.05 for avoidance coping; P<0.001), and self-compassion (z=2.57 for problem-focused, z=1.96 for emotion-focused, and z=2.01 for avoidance coping; P<0.001).

Conclusion Perceived social support and self-compassion can affect treatment adherence among older adults with CVDs. These effects are both direct and indirect (through coping strategies). The results highlight the need to address psychological and social dimensions in CVD treatment planning and to use psychotherapeutic and educational interventions for improving treatment adherence in older adults with CVDs.

Keywords Coping skills, Social support, Self-Compassion, Treatment adherence, Cardiovascular disease, Aged

Article Info:
Received: 10 Oct 2025
Revised: 13 Feb 2026
Accepted: 28 Feb 2026

* ***Corresponding Author:***
Parisa Nosrati
Address: Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
Tel: +98 (905) 8583910
E-mail: parisanosrati77@yahoo.com

Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Given the high prevalence of cardiovascular diseases (CVDs) as one of the leading causes of mortality worldwide and in Iran, as well as the serious consequences of non-adherence to treatment regimens observed in more than half of patients, the necessity of examining psychological and social factors associated with treatment adherence in CVD patients becomes increasingly evident. Previous studies have demonstrated that perceived social support and self-compassion can play a significant role in enhancing adherence to treatment. Moreover, coping strategies have been identified as mediating variables in managing psychological stress and facilitating patients' adjustment to illness conditions. Accordingly, the present study aims to investigate the direct and indirect (through coping strategies) relationships of perceived social support and self-compassion with treatment adherence among elderly patients with CVDs in Iran. This study seeks to provide a structural model that addresses the existing gap in prior research and offers a foundation for designing effective interventions to improve CVD patients' adherence to treatment.

Methods and Materials

This is analytical correlational study using structural equation modeling (SEM). The study population consisted of elderly patients with CVDs hospitalized or referred to the cardiology outpatient clinic of Imam Ali Hospital in Kermanshah, Iran, in 2024. Based on Loehlin's (2004) recommendation (at least 200 samples needed for multifactor models), and considering a 10% attrition rate, a sample size of 220 was determined. Participants were selected using convenience sampling. Inclusion criteria were willingness to participate in the study and having a diagnosed CVD, while exclusion criteria were a history of open-heart surgery, heart failure, recent myocardial infarction (within the past six months), severe psychiatric disorders (e.g., psychosis, major depression, bipolar disorder, substance abuse), cancer, pregnancy, and congenital heart disease.

The instruments included: the 12-item Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) developed by Zimet et al. (1988) [30]; the Self-Compassion Scale – Short Form (SCS-SF) by Raes et al. (2011) [32]; the 21-item Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) by Endler and Parker (1990) [34]; and the 40-item Treatment Adherence Questionnaire developed by Fatemi (2018)[36]. Trained interviewers explained the study objectives to eligible patients, obtained their written informed consent, and administered the questionnaires. Data collection was scheduled at times convenient for participants. A total of 260 questionnaires were collected, of which 18 were excluded due to incomplete responses, leaving 242 valid cases for analysis. Data were analyzed in SPSS software, version 26 and AMOS software, version 24. Descriptive statistics were first reported, followed by conducting Pearson's correlation test and SEM with maximum likelihood estimation. Model fit indices were calculated, with statistical significance set at 0.05.

Results

Among the 242 participants, 105 (43.3%) were female and 137 (56.6%) were male. Regarding marital status, 215 (88.8%) were married, 8 (3.3%) were single, 10 (4.1%) were divorced, and 9 (3.7%) were widow/widowed. Prior to testing the conceptual model, the assumptions of SEM—including normality, independence of errors, and multicollinearity—were examined. The values of skewness and kurtosis indicated that the distribution of variables was within the normal range. The Durbin–Watson statistic was 1.75, which falls within the acceptable range (1.5–2.5), confirming independence of errors. In addition, variance inflation factors and tolerance indices showed no evidence of multicollinearity among the variables.

Pearson's correlation test results revealed that perceived social support, self-compassion, and problem-focused coping strategies were positively and significantly associated with treatment adherence, whereas emotion-focused and avoidance coping strategies were negatively and significantly related to adherence. These findings provided the basis for conducting path analysis. The obtained model fit indices included $\chi^2/df=1.92$, GFI=0.903, AGFI=0.910, CFI=0.940, TLI=0.950, and RMSEA=0.062, all of which were within acceptable or ideal ranges. Therefore, the conceptual model demonstrated satisfactory fit.

The final model showed that self-compassion ($\beta=0.38$) had a stronger predictive effect on treatment adherence compared to perceived social support ($\beta=0.19$). Problem-focused coping strategies exerted a positive effect ($\beta=0.10$), while emotion-focused ($\beta=-0.31$) and avoidance coping strategies ($\beta=-0.46$) had negative and significant effects on adherence. Direct path coefficients indicated that all relationships were significant at $P<0.001$.

In addition to direct effects, Sobel's test was conducted to examine indirect effects. The results (Table 1) demonstrated that coping strategies significantly mediated the relationships between perceived social support, self-com-

Table 1. Results of Sobel's test for examining the indirect effects of perceived social support and self-compassion on treatment adherence through coping strategies in elderly patients with cardiovascular disease

Pathway	Sobel's test (z)	P
Perceived social support→Problem-focused coping→Treatment adherence	3.18	0.001
Perceived social support→Emotion-focused coping→Treatment adherence	2.21	0.001
Perceived social support→Avoidance coping→Treatment adherence	2.05	0.001
Self-compassion→Problem-focused coping→Treatment adherence	2.57	0.001
Self-compassion→Emotion-focused coping→Treatment adherence	1.96	0.001
Self-compassion→Avoidance coping→Treatment adherence	2.01	0.001

SALMAND
IRANIAN JOURNAL OF AGEING

passion, and treatment adherence. Specifically, indirect pathways through problem-focused, emotion-focused, and avoidance coping strategies were all statistically significant.

Conclusion

The findings of the present study indicated that perceived social support and self-compassion play a significant role in predicting treatment adherence among elderly patients with CVDs in Iran. The results further demonstrated that problem-focused coping strategies exert a positive effect on treatment adherence, whereas emotion-focused and avoidance coping styles have negative effects. In addition, perceived social support, by increasing feelings of belonging and psychological security, strengthens patients' motivation to adhere to treatment regimens and indirectly influences adherence through reducing maladaptive coping strategies. The structural model underscores the importance of combining internal psychological resources with external social support in promoting treatment adherence among elderly patients with CVDs.

Data Availability

The data generated from this study are available solely for scientific and research purposes. Upon reasonable request from qualified researchers, the data can be provided by the corresponding author, subject to ethical principles and confidentiality of participants' information.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study received ethical approval from the Ethics Committee of Kermanshah University of Medical Sciences (Code: IR.KUMS.REC.1402.620). All participants signed informed consent forms after receiving full explanations regarding the study objectives. Confidentiality of information, anonymity, and the right to withdraw at any stage of the study were guaranteed.

Funding

This study was funded by Kermanshah University of Medical Sciences.

Authors' contributions

The authors contributed equally to the preparation of this article. All authors read and approved the final version of the manuscript.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the manager and staff of Imam Ali Hospital in Kermanshah for their kind cooperation during data collection, as well as all participants for their time and cooperation.

مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشفقت‌ورزی با تبعیت از درمان با میانجی‌گری راهبردهای مقابله‌ای در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی_عروقی

پریسا جانجانی[۱،۲]، خدامراد مومنی[۳]، امیر شیانی[۴]، سریرا دانیالی[۱]، محمدرضا مجذوبی[۵]، *پریسا نصرتی[۳]

۱. مرکز تحقیقات قلب و عروق، پژوهشکده سیاست‌گذاری و ارتقای سلامت، بیمارستان امام علی (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. گروه علوم توانبخشی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.
۴. گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۵. گروه روان‌شناسی، (روان‌شناسی رشد و بالینی طول عمر)، دانشگاه زیگن، زیگن، آلمان.

Use your device to scan and read the article online

Citation Janjani P, Momeni Kh, Shiani A, Daniali S, Majzoobi MR, Nosrati P. Relationship of Perceived Social Support and Self-Compassion With Treatment Adherence Mediated by Coping Strategies in Older Adults With Cardiovascular Diseases. Iranian Journal of Ageing. 2026; 21(3):364-379. [Persian]. http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.3091.3

http://dx.doi.org/10.22034/sija.2026.3091.3

چکیده

اهداف بیماری‌های قلبی‌عروقی از علل عمده مرگ‌ومیر سالمندان بوده و تبعیت از درمان نقش حیاتی در مدیریت آن دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشفقت‌ورزی با تبعیت از درمان با میانجیگری راهبردهای مقابله‌ای در سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی انجام شد.

مواد و روش‌ها این مطالعه توصیفی-همبستگی مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلابه عروق کرونر پایدار بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود که ۲۴۲ نفر از آن‌ها به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت (۱۹۸۸)، خودشفقت‌ورزی فرم کوتاه ریس (۲۰۱۱)، سبک‌های مقابله‌ای اندلر و پارکر (۱۹۹۰) و تبعیت از درمان مدانلو (۱۳۹۲) بودند. داده‌ها پس از رعایت ملاحظات اخلاقی جمع‌آوری و با نرم‌افزارهای SPSS و AMOS به‌ترتیب با نسخه ۲۶ و ۲۴تحلیل شدند.

یافته‌ها تحلیل مسیر نشان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شده (β=۰/۱۹، P<۰/۰۰۱) و خودشفقت‌ورزی (β=۰/۳۸، P<۰/۰۰۱) اثر مستقیم و معناداری بر تبعیت از درمان دارند. همچنین هر دو متغیر با مقابله مسئله‌محور رابطه مثبت و با سبک‌های هیجان‌محور و اجتنابی رابطه منفی معنادار داشتند (P<۰/۰۰۱). افزون‌براین، مقابله مسئله‌محور اثر مثبت (β=۰/۱۰، P<۰/۰۰۱) و راهبردهای هیجان‌محور (β=۰/۳۱، P<۰/۰۰۱) و اجتنابی (β=۰/۴۶، P<۰/۰۰۱) اثر منفی بر تبعیت درمانی بر جای گذاشتند. آزمون سوبل تأیید کرد تمام مسیرهای غیرمستقیم حمایت اجتماعی و خودشفقت‌ورزی با تبعیت از درمان از طریق هر سه سبک مقابله‌ای معنادار هستند (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشفقت‌ورزی افزون بر تأثیر مستقیم، به‌واسطه کاهش مقابله‌های ناسازگارانه (هیجان‌محور و اجتنابی) و تقویت راهبرد مسئله‌محور، تبعیت از درمان را در سالمندان قلبی ارتقا می‌بخشند. بنابراین، طراحی مداخلات روان‌شناختی با محوریت تقویت خودشفقت‌ورزی، منابع حمایتی و اصلاح مهارت‌های مقابله‌ای، گامی مؤثر در جهت بهبود پایبندی درمانی این بیماران خواهد بود.

کلیدواژه‌ها راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودشفقت‌ورزی، تبعیت از درمان، بیماری قلبی عروقی، سالمندان

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۸ مهر ۱۴۰۴
تاریخ اصلاح: ۲۴ بهمن ۱۴۰۴
تاریخ پذیرش: ۰۹ اسفند ۱۴۰۴

* **نویسنده مسئول:**
پریسا نصرتی
نشانی: کرمانشاه، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی، گروه روان‌شناسی.
تلفن: ۸۵۸۳۹۱۰ (۹۰۵) ۹۸+
پست الکترونیکی: parisanosrati77@yahoo.com

Copyright © 2026 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-By-NC: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

امروزه بیماری‌های قلبی عروقی[1] یکی از جدی‌ترین مخاطراتی است که سلامت انسان را تهدید کرده و رایج‌ترین علت مرگ و میر و ناتوانی در جهان است. براساس آمار سازمان بهداشت جهانی[2] در سال ۲۰۱۹ به‌دلیل بیماری‌های قلبی حدود ۱۷/۹ میلیون نفر جان خود را از دست داده اند که این رقم در برگیرنده ۳۲ درصد کل مرگ و میر جهان است [۱]. ایران نیز یکی از بالاترین نرخ‌های شیوع بیماری‌های قلبی عروقی و مرگ و میر ناشی از آن را دارد (بیش از ۹ مورد در هر صد نفر). با توجه به پیر شدن جمعیت بدیهی است که ناتوانی و مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مزمن در بین سالمندان بیشتر شود و در این میان، بیماری‌های قلبی عروقی از شایع ترین بیماری‌های مزمن و علت مرگ و میر بزرگسالان در سراسر دنیا می‌باشد [۲، ۳].

از سوی دیگر یکی از اصلی‌ترین نگرانی‌ها و مشکلات بالینی که نظام سلامت به طور مکرر با آن مواجه است، مشکلات مربوط به تبعیت نکردن بیماران از روند درمان است. این امر خصوصا در بیماری‌های مزمن مانند بیماری قلبی که بیماران باید به مدت طولانی از درمان تجویز شده پیروی نمایند، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند چرا که متاثر از عوامل متعدد روانی است که اگر نادید گرفته شود، رسیدن به اهداف سلامتی را غیرممکن می‌سازد [۴]. شیوع بالای بیماری‌های قلبی-عروقی اهمیت مقابله با این بیماری را به‌روشنی آشکار می‌سازد. اما مطالعات نشان داده‌اند در بیش از ۵۰ درصد بیماران قلبی، عدم تبعیت از درمان دیده می‌شود [۵]. سازمان بهداشت جهانی نیز گزارش می‌دهد تقریباً ۵۰ درصد بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، پایبندی به درمان و داروهای تجویزشده را ندارند و در نتیجه این سازمان عدم پیروی از درمان را به‌عنوان یک اولویت عمده مراقبت‌های بهداشتی قابل‌پیشگیری و یک مانع اساسی برای بهبود نتایج بالینی معرفی کرده است [۴]. مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی تبعیت از درمان، درجه پیروی از دستورات و توصیه‌های ارائه‌شده توسط پرسنل مراقبت‌های بهداشتی است که مستلزم انجام رفتارهایی مثل مصرف دارو، رعایت‌کردن رژیم غذایی و تغییر در شیوه زندگی می‌باشد. سازمان مذکور، عوامل مؤثر در پیروی از درمان را در پنج دسته عوامل اجتماعی و اقتصادی، عوامل مرتبط با بیماری، عوامل مرتبط با درمان، عوامل مرتبط با سیستم مراقبت‌های بهداشتی و عوامل مرتبط با خود بیمار، طبقه‌بندی نموده است [۶].

تحقیقات نشان داده‌اند ادراک فرد از حمایت اجتماعی[3] نقش مؤثری در ارتقای تبعیت درمانی[4] بیماران قلبی دارد [۷]. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به برداشت شناختی فرد از محیط پیرامون و کیفیت روابطش با دیگران اطلاق می‌شود؛ به‌ویژه زمانی که فرد احساس می‌کند دیگران او را دوست دارند، برایش احترام و ارزش قائل‌اند و در مواقع نیاز از او مراقبت خواهند کرد. این نوع حمایت، فرد را بخشی از یک شبکه اجتماعی متعهد و یاری‌گر تلقی می‌کند. حمایت اجتماعی می‌تواند شامل انواع مختلفی ازجمله حمایت عاطفی، ارزشی، عملی و مالی، اطلاعاتی و شبکه‌ای باشد که هریک به‌نوبه خود در بهبود سازگاری روانی و رفتاری فرد با شرایط درمانی مؤثر هستند [۸]. ازسوی‌دیگر، باتوجه‌به اینکه بیماری‌های مزمن می‌توانند به بروز فشارهای روانی قابل‌توجهی منجر شوند، آگاهی فرد از ماهیت بیماری و دریافت حمایت‌های اجتماعی نقش مهمی در ارتقای توانایی او برای مقابله‌ای مؤثر و سازگارانه با این شرایط ایفا می‌کند [۹-۱۱]. درنتیجه، نوع راهبرد مقابله‌ای که بیماران در مواجهه با چنین موقعیت‌هایی انتخاب می‌کنند، می‌تواند بر عملکرد روانی و رفتاری آنان اثرگذار باشد و نحوه مدیریت بیماری و میزان پایبندی به درمان را تحت تأثیر قرار دهد [۱۲].

دیگر عامل تأثیرگذار بر میزان پیروی از درمان خودشفقت‌ورزی[5] است. در کنار حمایت اجتماعی، خودشفقت‌ورزی نیز به‌عنوان یک منبع روان‌شناختی درونی می‌تواند بر رفتارهای درمان‌پذیر بیماران اثرگذار باشد. برخلاف حمایت اجتماعی که بیشتر بر منابع بیرونی فرد تکیه دارد، خودشفقت‌ورزی به توانایی فرد در مواجهه مهربانانه با خود و پذیرش محدودیت‌ها اشاره دارد [۱۳]. براساس تعریف کریستین نف، خودشفقت‌ورزی نوعی نگرش سالم و مثبت نسبت به خود است که شامل احساسات مهرآمیز به خود، پذیرش بدون قضاوت ناکامی‌ها و ناتوانی‌ها، و درک تجارب شخصی به‌عنوان بخشی از تجربه مشترک انسانی می‌شود. این مفهوم سه مؤلفه اصلی را در بر می‌گیرد: مهربانی با خود در برابر خودانتقادی، احساس پیوند انسانی در برابر انزوا و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی [۱۴]. خودشفقت‌ورزی می‌تواند منبعی مؤثر برای مقابله با چالش‌های خاص ناشی از ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی باشد [۱۵]. این ویژگی روان‌شناختی به افراد کمک می‌کند تا از طریق بازسازی شناختی، دیدگاه متعادل‌تری نسبت به موقعیت‌های ناراحت‌کننده اتخاذ کنند، عوامل استرس‌زا را بهتر شناسایی نمایند و برنامه‌های عملی مناسبی برای مواجهه با شرایط موجود تدوین کنند [۱۶]. مطالعات نشان داده است خودشفقت‌ورزی به‌طور معناداری تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت را پیش‌بینی می‌کند [۱۷].

1. Cardiovascular Disease
2. World Health Organization (WHO)
3. Perceived social support
4. Adherence to the treatment
5. Self-compassion

اگرچه مطالعات پیشین نشان داده‌اند حمایت اجتماعی و خودشفقت‌ورزی نقش مؤثری در ارتقای تبعیت از درمان در بیماران دارند، اما به نظر می‌رسد متغیرهای روان‌شناختی دیگری نیز بتوانند در این رابطه نقش واسطه‌ای ایفا کنند. یکی از این متغیرهای مهم، راهبردهای مقابله‌ای[6] است که فرد در مواجهه با شرایط سخت و ناگوار آن‌ها را به کار می‌گیرد [۱۸].راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری هستند که با هدف کنترل و مدیریت رویدادهای استرس‌زا مورد استفاده قرار می‌گیرند. براساس رویکردهای اولیه، این فرآیندها شامل سه دسته اصلی هستند: راهبردهای مسئله‌محور که با هدف حل و مدیریت مستقیم مشکل به کار می‌روند؛ راهبردهای هیجان‌محور که تمرکز آن‌ها بر تنظیم هیجانات ناشی از موقعیت استرس‌زا است؛ و راهبردهای اجتنابی که شامل انکار یا دوری از موقعیت چالش‌برانگیز از طریق فعالیت‌های جایگزین می‌باشند [۱۹]. درمجموع، راهبردهای هیجان‌محور و اجتنابی به‌عنوان سبک‌های ناسازگار مقابله‌ای شناخته می‌شوند، درحالی‌که راهبردهای مسئله‌محور به‌عنوان سبک‌های سازگارانه در مواجهه با تنش‌های روزمره تلقی می‌گردند [۲۰]. نقش راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه در ارتقای سلامت جسمانی، روانی و کیفیت زندگی بیماران قلبی اثبات شده است، به‌گونه‌ای که مشارکت فعال در فعالیت‌ها و استفاده از راهبردهای حل مسئله توانسته است به بهبود وضعیت بیماری قلبی کمک کند [۲۱].

پژوهش‌های انجام‌شده قبلی، ارتباط بین خودشفقت‌ورزی و راهبردهای مقابله‌ای را نشان داده است. ازسوی‌دیگر، ازآنجایی‌که بیماری‌های مزمن می‌توانند باعث فشار روانی گردند، توانایی بیمار در مقابله مؤثر با وضعیت موجود و راهبردهای مقابله‌ای مورداستفاده از طریق ارزیابی شناختی وی از موقعیت، می‌تواند بر پایبندی او به درمان تأثیر بگذارد [۱۲]، به‌طوری‌که هوکسترا و همکاران در مطالعه خود نشان دادند اتخاذ یک راهبرد مقابله‌ای مؤثر و فعال، با تبعیت از درمان بیشتری همراه است [۲۲]. مطالعات داخلی و خارجی پیشین نشان داده‌اند حمایت اجتماعی ادراک‌شده [۲۳،۷]. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر [۲۴،۱۲] موجب افزایش میزان تبعیت از درمان می‌گردند. همچنین یافته‌ها نشان داده‌اند حمایت اجتماعی ادراک‌شده [۱۰، ۲۵] با راهبردهای مقابله‌ای که بیماران به کار می‌گیرند، ارتباط دارند؛ اما تحقیقات انجام‌شده قبلی روابط متغیرهای ذکرشده با یکدیگر را به‌صورت جداگانه بررسی نموده‌اند و تاکنون روابط ساختاری این متغیرها روی بیماران قلبی‌عروقی به شکل مدل پژوهش حاضر، مطالعه نگردیده و در این زمینه شکاف مطالعاتی وجود دارد. باوجوداین که در سال‌های اخیر حوزه مراقبت‌های بهداشتی شاهد پیشرفت‌های چشمگیری بوده، اما پایبندی ضعیف و عدم تبعیت از درمان برای بیماران مزمن، همچنان به‌صورت یک معضل و چالش حل‌نشده باقی‌مانده است [۲۶] و عواقب عدم تبعیت از رژیم‌های درمانی، هم برای بیماران و هم برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند بسیار شدید و غیرقابل‌جبران باشد؛ زیراکه از نظر بالینی پیروی نکردن می‌تواند سبب کاهش اثرات مفید درمانی، عود و افزایش میزان بستری و مرگ‌ومیر ناشی از آن گردد [۲۷]. بنابراین، انجام مطالعه و پژوهش با هدف کمک به غلبه کردن بر موانع و مشکلات مربوط به عوامل فردی تبعیت، ازجمله موارد مرتبط با خصوصیات روان‌شناختی بیمار، بسیار مهم و ضروری به نظر می‌رسد.

مدل مفروض پژوهش در تصویر شماره ۱ نشان داده شده است. در مدل مفهومی پژوهش حاضر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشفقت‌ورزی به‌عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده‌اند که می‌توانند به‌طور مستقیم بر تبعیت از درمان اثرگذار باشند. درعین‌حال، این دو عامل از طریق راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان متغیر واسطه نیز بر تبعیت درمانی تأثیر می‌گذارند. به‌بیان‌دیگر، حمایت اجتماعی و خودشفقت‌ورزی با شکل‌دهی سبک‌های مقابله‌ای سالمندان، زمینه افزایش راهبردهای مسئله‌محور و کاهش راهبردهای هیجان‌محور و اجتنابی را فراهم می‌سازند و درنهایت بر میزان پایبندی به درمان اثر می‌گذارند. در این چارچوب، تبعیت از درمان به‌عنوان متغیر وابسته قرار دارد. براین‌اساس، پژوهش حاضر درپی پاسخ به این سؤال است که آیا حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشفقت‌ورزی می‌توانند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق راهبردهای مقابله‌ای بر تبعیت از درمان در سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی‌عروقی تأثیرگذار باشند؟

روش

این مطالعه تحلیلی و روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع تحلیل معادلات ساختاری بود. جامعه موردمطالعه شامل سالمندان مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی که شامل بیماران بستری و نیز بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. درارتباط‌با حجم نمونه، در نظر گرفتن ۱۰تا ۲۰ شرکت‌کننده برای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش معمولی کمترین مجذورات استاندارد به‌عنوان یک قاعده سرانگشتی مناسب است. لوهین (۲۰۰۴) بیان می‌کند که برای مدل‌هایی با دو یا چهار عامل، پژوهشگر باید روی گردآوری دست کم ۱۰۰ مورد یا بیشتر از آن مثلاً ۲۰۰ مورد برنامه‌ریزی کند [۲۸، ۲۹]. با در نظر گرفتن عواملی مثل پرسش‌نامه‌های ناقص یا مخدوش و مواردی از این قبیل، ۱۰ درصدی برای ریزش حجم نمونه و باتوجه‌به توصیه لوهین مبین برداشتن نمونه‌ای بیش از ۲۰۰ نفر است، بنابراین ۲۲۰ نفر به‌عنوان نمونه مطالعه به‌صورت در دسترس در نظر گرفته شد.

6. Coping strategies

ملاک‌های ورود به مطالعه، شامل ۱. رضایت آگاهانه و ۲. افراد با تشخیص بیماری قلب و عروق و دارای پرونده در بیمارستان بود.

ملاک‌های خروج از مطالعه شامل ۱. بیماران با عمل جراحی قلب باز(CABG)، ۲. افراد مبتلا به نارسایی قلبی، افرادی که طی ۶ ماه گذشته سابقه MI داشته‌اند، ۳. بیماران با تشخیص بیماری روانپزشکی شدید مثل سایکوزها، افسردگی، دوقطبی، سوء مصرف مواد و غیره، ۴. بیماران مبتلا به سرطان، زنان باردار، افراد با بیماری قلبی مادرزادی بود.

ابزار

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده[7]

این پرسش‌نامه را زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ تهیه و تدوین کرده‌اند. این مقیاس یا ابزار ۱۲ عبارتی با سه زیرمقیاس خانواده، دوستان، افراد مهم است. تمام ماده‌های این مقیاس براساس طیف لیکرت (از کاملاً مخالف ۱ نمره تا کاملاً موافق ۷ نمره) نمره‌گذاری می‌شود. نمره بیشتر در این مقیاس، بیانگر سطح بالای حمایت اجتماعی ادراک‌شده است. اعتبار درونی برای کل مقیاس ۰/۸۸، برای زیرمقیاس خانواده ۰/۸۷، برای زیرمقیاس دوستان ۰/۸۵ و برای زیرمقیاس افراد مهم ۰/۹۱ گزارش شده است [۳۰]. در ایران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را برای نمره کل و زیرمقیاس بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ ذکر کرده‌اند [۳۱]. آلفای کرونباخ کل در این پژوهش ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسش‌نامه خودشفقت‌ورزی[8](فرم کوتاه)

پرسش‌نامه ۱۲ سؤالی خودشفقت‌ورزی توسط ریس و همکاران در سال ۲۰۱۱ برای اندازه‌گیری سه مولفه مهربانی به خود در برابر قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی طراحی و تدوین کرده‌اند. ماده‌های پرسش‌نامه در یک مقیاس لیکرت ۵ رتبه‌ای (از تقریباً هرگز نمره ۱ تا تقریبا همیشه نمره ۵) تنظیم شده که نمره بیشتر سطح بالاتر شفقت به خود را نشان می‌دهد. میزان پایایی این ابزار ۰/۸۶ گزارش گردیده و در مورد روایی، همه شاخص‌های مربوط به آن مطلوب گزارش شده و حاکی از آن است که مدل ۶ عاملی خودشفقت‌ورزی برازش قابل‌قبولی دارد [۳۲]. در ایران روایی سازه پرسش‌نامه تأیید و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش شده است [۳۳]. آلفای کرونباخ کل در این پژوهش ۰/۷۹ به دست آمد.

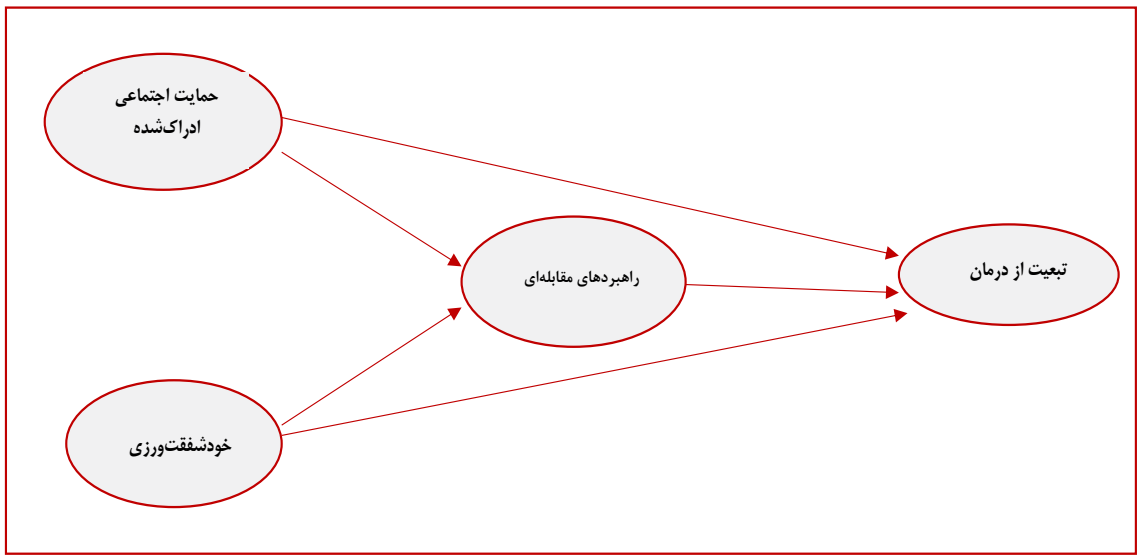
پرسش‌نامه سبک‌های مقابله ای[9](فرم کوتاه)

این پرسش‌نامه را اندلر و پارکر در سال ۱۹۹۰ساخته‌اند. پارکر و اندلر ابتدا پرسش‌نامه را که شامل ۷۰ ماده بود، بر روی ۵۵۹ دانشجوی پسر و دختر اجرا کردند، سپس با استفاده از تحلیل عاملی، داده‌ها را تفسیر و سه روش مقابله‌ای عمده را استخراج کردند که عبارت بودند از مقابله مسئله‌مدار، مقابله هیجان‌مدار و مقابله اجتناب‌مدار. سپس در سال ۱۹۹۰، پارکر و اندلر ماده‌های پرسش‌نامه را مورد تجدید نظر قرار دادند و به ۶۶ ماده تقلیل دادند و مجدداً بر روی ۳۹۴ دانشجو اجرا کردند و درنهایت پس از تحلیل عاملی داده‌ها، آن را به ۴۸ ماده کاهش دادند [۳۴]. این پرسش‌نامه دارای یک فرم کوتاه ۲۱ سؤالی نیز هست و هر ۷ سؤال یک راهبرد مقابله را می‌سنجد که در این پژوهش از فرم کوتاه آن استفاده شد. سؤالات پرسش‌نامه به‌صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز ۱ امیتاز تا خیلی زیاد ۵ امتیاز) نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره برای هر روش مقابله‌ای ۳۵ و حداقل آن ۷ می‌باشد [۳۴]. ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه برای راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌محور و اجتنابی به‌ترتیب برابر با ۰/۷۲، ۰/۷۷ و ۰/۷۴ گزارش گردیده است. در مطالعه محبی و همکاران مقادیر ضرایب همسانی درونی برای مقابله مسئله‌محور ۰/۷۸، هیجان‌محور ۰/۷۹ و اجتنابی ۰/۷۹ به دست آمده است [۳۵]. آلفای کرونباخ کل در این پژوهش برای راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور، هیجان‌محور و اجتنابی به‌ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۷ و ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه تبعیت از درمان[10]

این پرسش‌نامه را در سال ۱۳۹۲، مدانلو در زمینه بیماران مزمن طراحی و روان‌سنجی کرده‌اند. این پرسش‌نامه ۴۰ سؤالی و ۷ حیطه می‌باشد و به‌صورت لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً با امتیاز ۵ تا اصلاً با امتیاز صفر طراحی شده است. حیطه‌های اهتمام در درمان شامل ۹ سؤال، تمایل به مشارکت در درمان شامل ۷، توانایی تطابق درمان با زندگی شامل ۷ سؤال، تلفیق درمان با زندگی شامل ۵ سال، چسبیدن به درمان شامل ۴ سؤال، تعهد به درمان شامل ۵ سؤال و تردید در اجرای درمان ۳ سؤال می‌باشد. نمره‌گذاری تعدادی از عبارات معکوس می‌باشد؛ یعنی به اصلاً امتیاز (۵) و به کاملاً امتیاز (۰) تعلق می‌گیرد. به‌این‌ترتیب حداکثر و حداقل نمره برای هر طبقه قابل‌محاسبه می‌باشد. جهت نمره‌گذاری عبارات به طرف مثبت می‌باشد؛ یعنی هرچه نمره کل یا نمره هر خرده‌مقیاس بیشتر باشد، فرد پاسخ‌دهنده از تبعیت بالاتری برخوردار است و امتیاز بیشتری به آن تعلق می‌گیرد. نمره صفر تا ۲۵ به معنای تبعیت از درمان ضعیف، ۲۶تا ۵۰ به معنای تبعیت از درمان متوسط، ۵۱ تا ۷۵ به معنای تبعیت از

7. Perceived social support questionnaire
8. Self-compassion questionnaire
9. Coping styles questionnaire
10. treatment adherence questionnaire



تصویر ۱. مدل مفروض رابطه خودشفقت‌ورزی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با تبعیت از درمان از طریق نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای

درمان خوب و ۷۶ تا ۱۰۰ به معنای تبعیت از درمان بسیار خوب در نظر گرفته می‌شود. همسانی درونی پرسش‌نامه با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است [۳۶]. آلفای کرونباخ کل در این پژوهش ۰/۷۶ به دست آمد.

روش مطالعه

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و اخذ سایر مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش از مراجع ذی‌صلاح، مرحله مقدماتی پژوهش انجام شد. پس از طراحی پرسش‌نامه‌ها، پرسشگر آموزش‌دیده با مراجعه به بخش‌های بستری از بیماران واجد شرایط برای شرکت در پژوهش، انجام مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها دعوت به عمل آمد. نمونه‌گیری از سالمندان مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی با وضعیت پایدار انجام شد که شامل بیماران بستری و نیز بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به درمانگاه قلب بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه بود.

اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح و پس از اخذ رضایت‌نامه و همچنین اطمینان بخشی در زمینه محرمانه بودن پاسخ‌ها و عدم لزوم ذکر نام، بر پاسخگویی کامل و با دقت پرسش‌نامه‌ها تأکید شد. از شرکت‌کنندگان درخواست شد اگر در فرآیند تکمیل پرسش‌نامه با مشکلی از قبیل (ابهام در سؤالات) مواجه شدند از پژوهشگر درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. باتوجه‌به اینکه بیماران قلبی‌عروقی به‌علت بار سنگین بیماری در شرایط خاص جسمانی و روانی قرار دارند، به‌منظور افزایش دقت مطالعه و دریافت پاسخ‌های درست‌تر و دقیق‌تر، از کوتاه‌ترین فرم پرسش‌نامه‌ها برای اجرای این مطالعه استفاده گردید. همچنین سؤالات زمانی از بیماران پرسیده شد که شرایط مناسب پاسخگویی به سؤالات را داشتند (از بیماران پرسیده شد که علاوه بر رضایت بر شرکت در مطالعه چه زمانی فرصت مناسب برای پاسخگویی به سؤالات است و پرسشگر در زمان تعیین شده مراجعه و سؤالات پرسیده و ثبت شد). درنهایت از ۲۶۰ پرسش‌نامه جمع‌آوری‌شده، ۱۸ پرسش‌نامه به‌دلیل پاسخ‌دهی ناقص حذف و تعداد ۲۴۲ پرسش‌نامه تجزیه‌وتحلیل شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS به‌ترتیب نسخه ۲۶ و ۲۴ استفاده شد. در گام نخست، از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف‌معیار و فراوانی برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای اصلی پژوهش بهره گرفته شد. سپس، به‌منظور بررسی روابط اولیه بین متغیرها، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. درنهایت، برای آزمون مدل مفهومی پژوهش و ارزیابی نقش میانجی راهبردهای مقابله‌ای، از تحلیل مدل معادلات ساختاری با روش برآورد بیشینه درست‌نمایی استفاده شد. شاخص‌های برازش مدل نیز برای ارزیابی کفایت مدل گزارش گردیدند. در این پژوهش ($P<0/001$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش در جدول شماره ۱ نوشته شده است.

از ۲۴۲ نفر شرکت‌کننده سالمند در مطالعه، ۱۰۵ نفر (۴۳/۳ درصد) زن و ۱۳۷ نفر (۵۶/۶ درصد) مرد بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۲۱۵ نفر (۸۸/۸ درصد) متأهل، ۸ نفر (۳/۳ درصد) مجرد، ۱۰ نفر (۴/۱ درصد) مطلقه و ۹ نفر (۳/۷ درصد) همسر فوت‌شده داشتند.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

مشخصات جمعیت‌شناختی		تعداد (درصد)
جنسیت	خانم	۱۰۵(۴۳/۳)
	آقا	۱۳۷(۵۶/۶)
وضعیت تاهل	متأهل	۲۱۵(۸۸/۸)
	مجرد	۸(۳/۳)
	مطلقه	۱۰(۴/۱)
	همسر فوت‌شده	۹(۳/۷)

سالمند

پیش از آزمون مدل پژوهش، مفروضات معادلات ساختاری شامل نرمال بودن، استقلال خطا و هم‌خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفت. برای ارزیابی نرمال بودن توزیع متغیرها از شاخص‌های چولگی و کشیدگی استفاده شد. نتایج نشان داد توزیع نمرات تمام متغیرها در محدوده نرمال (بین ۱+ و ۱-) قرار دارد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون استفاده شد که نتایج آن نشان داد بین خطاها همبستگی وجود ندارد (D.W=۱/۷۵)، محدوده بین ۱/۵ تا ۲/۵ قابل‌قبول است. واریانس تورم[11] و عوامل تحمل[12] برای ارزیابی همسویی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده استفاده شد. نتایج نشان داد بین متغیرها همخوانی وجود ندارد (دامنه VIF کمتر از ۱۰ و تلورانس بالاتر از ۰/۱ بود). فرض دیگر برقراری رابطه خطی بین متغیرهای مستقل و وابسته است که با همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن به همراه میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای موردمطالعه در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

روابط بین متغیرها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ گزارش شده است. این نتایج نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودشفقت‌ورزی و راهبردهای مسئله‌محور با یکدیگر دارای همبستگی مثبت و معنی‌داری بوده‌اند. همچنین راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی همبستگی معکوس و معنی‌داری با سایر متغیرها داشته است. باتوجه‌به همبستگی معنادار دوتایی بین متغیرهای پژوهش، در مرحله بعد، تحلیل مسیر اجرا شد. در مدل مطالعه حاضر، براساس یافته‌های تجربی و مبانی نظری مطالعات بیماران قلبی، متغیر راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان متغیر میانجی برای تبیین رابطه خودشفقت‌ورزی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با تبعیت از درمان در نظر گرفته شد. برای بررسی برازش مدل پژوهش، از چندین شاخص معتبر استفاده گردید و نتایج مرتبط در جدول شماره ۳ گزارش شده‌اند.

در مجموع، باتوجه‌به مقادیر شاخص‌های برازش الگوی تدوین‌شده و مرز مقادیر قابل‌قبول ذکرشده در جدول شماره ۳، می‌توان نتیجه گرفت که مدل ارائه‌شده در این پژوهش مورد پذیرش است. به‌عبارت‌دیگر، با در نظر گرفتن دامنه مطلوب این شاخص‌ها، داده‌ها تا حد زیادی از مدل نظری پژوهش حمایت

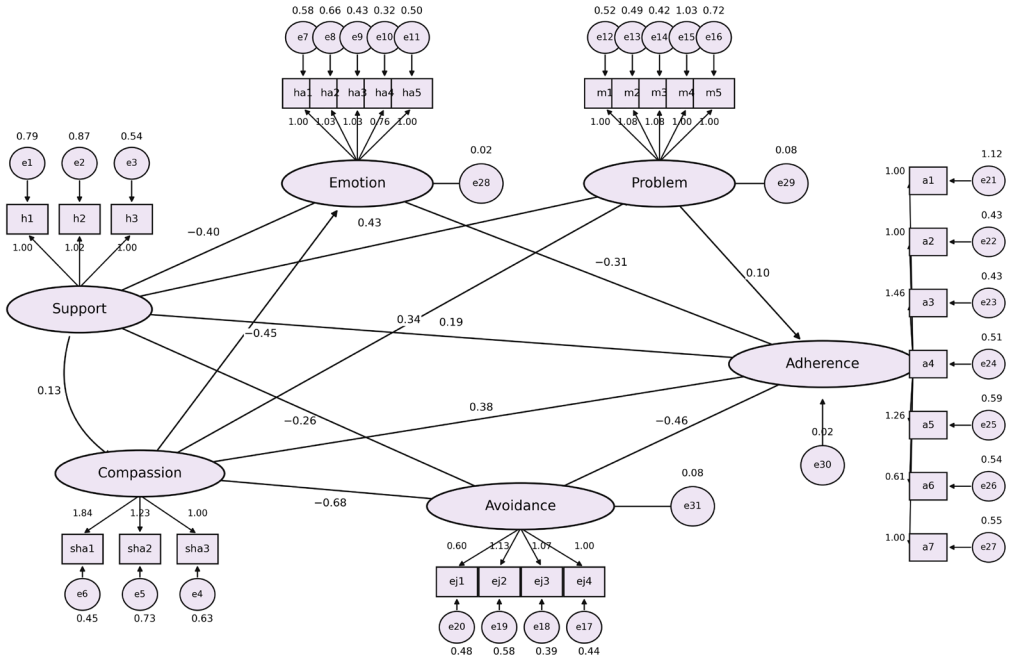
11. Variance Inflation Factor (VIF)
12. Tolerance

جدول ۲. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین±انحراف‌معیار	تبعیت از درمان	حمایت اجتماعی ادراک‌شده	خودشفقت‌ورزی	مسئله‌محور	هیجان‌محور	اجتنابی
تبعیت از درمان	۱۳۸/۸۳±۱۵/۹۸	۱					
حمایت اجتماعی	۵۲/۵۵±۱۰/۳۳	۰/۵۴۲	۱				
خودشفقت‌ورزی	۴۸/۳±۳/۵۴	۰/۳۲۷	۰/۵۲۳	۱			
مسئله‌محور	۲۳/۲۲±۵/۶۶	۰/۶۲۳	۰/۲۹۸	۰/۵۹۸	۱		
هیجان‌محور	۱۹/۷۵±۴/۴۰	-۰/۴۷۵	-۰/۴۶۶	-۰/۳۶۹	-۰/۴۷۵	۱	
اجتنابی	۱۵/۱۲±۴/۲۵	-۰/۷۲۳	-۰/۵۲۵	-۰/۶۸۹	۰/۷۴۵	۰/۴۸۶	۱

•ضریب همبستگی بین متغیرها همگی در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند.

سالمند



سالمند

تصویر ۲. مدل مفهومی پژوهش نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشفقت‌ورزی با تبعیت از درمان در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی_عروقی

می‌کنند. بنابراین، این شاخص‌ها نشان‌دهنده عالی بودن مدل هستند. تصویر شماره ۲ مدل پژوهش را نشان می‌دهد که در آن مشاهده می‌شود مسیرهای مدل معنادار هستند.

مدل نهایی پژوهش در تصویر شماره ۲ نشان داد خودشفقت‌ورزی با ضریب مسیر بالاتر (β=۰/۳۸) نسبت به حمایت اجتماعی ادراک‌شده (β=۰/۱۹) سهم قوی‌تری در پیش‌بینی تبعیت درمانی سالمندان قلبی دارد و این نکته اهمیت منابع روان‌شناختی درونی را برجسته می‌کند. درعین‌حال، حمایت اجتماعی نیز از طریق راهبردهای مقابله‌ای اثرگذار بود و نشان داد ترکیب منابع بیرونی و درونی می‌تواند تبعیت درمانی را ارتقا دهد. راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور اثر مثبت و سازگارانه‌ای داشتند (β=۰/۱۰)، درحالی‌که سبک‌های هیجانی (β=۰/۳۱) و اجتنابی (β=-۰/۴۶) اثرات منفی و قابل‌توجهی نشان دادند. این الگو به‌طور یکپارچه روشن می‌سازد که تبعیت درمانی نه‌تنها تحت تأثیر عوامل اجتماعی و روان‌شناختی است، بلکه کیفیت راهبردهای مقابله‌ای بیماران تعیین‌کننده مسیر نهایی پایبندی به درمان محسوب می‌شود.

جدول شماره ۴ نتایج مسیرهای مستقیم بین متغیرهای اصلی پژوهش را در مدل معادلات ساختاری نشان می‌دهد. مطابق یافته‌ها، حمایت اجتماعی ادراک‌شده (β=۰/۱۹، P<۰/۰۰۱) و خودشفقت‌ورزی (β=۰/۳۸، P<۰/۰۰۱) تأثیر مستقیم و معناداری بر تبعیت از درمان دارند. همچنین، هر دو متغیر پیش‌بین با راهبردهای

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

نماد	مقدار قابل‌قبول	مقدار ایدئال	مقدار	نتیجه
χ^2/df	۳<χ^2/df≤۵	۰≤χ^2/df≤۳	۱/۹۲۰	ایدئال
GFI	۰/۸۰≤GFI<۰/۹۵	۰/۹۵≤GFI≤۱/۰۰	۰/۹۰۳	قابل‌قبول
AGFI	۰/۸۰≤GFI<۰/۹۵	۰/۹۵≤GFI≤۱/۰۰	۰/۹۱۰	قابل‌قبول
CFI	۰/۹۰≤CFI<۰/۹۷	۰/۹۷≤CFI≤۱/۰۰	۰/۹۴۰	قابل‌قبول
TLI	۰/۹۰≤TLI<۰/۹۷	۰/۹۷≤TLI≤۱/۰۰	۰/۹۵۰	قابل‌قبول
RMSEA	۰/۰۵<RMSEA≤۰/۸۰	۰ ≤RMSEA≤۰/۰۵	۰/۰۶۲	قابل‌قبول

سالمند

جدول ۴. ضرایب مسیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

متغیر	برآورد استاندارد	خطای معیار	T	P
حمایت اجتماعی ادراک‌شده——>تبعیت از درمان	۰/۱۹	۰/۳۵۲	-۶/۴۷۰	۰/۰۰۱
خودشفقت‌ورزی——>تبعیت از درمان	۰/۳۸	۰/۴۷۳	۵/۲۷۶	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک‌شده ——>راهبرد مسئله‌محور	۰/۴۳	۰/۱۲۳	۶/۵۶۵	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی شده——>راهبرد هیجان‌محور	-۰/۴۰	۰/۱۰۲	۶/۵۳۱	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک‌شده ——>راهبرد اجتنابی	-۰/۲۶	۰/۱۲۶	-۴/۰۶۷	۰/۰۰۱
خودشفقت‌ورزی——>راهبرد مسئله‌محور	۰/۳۴	۰/۱۲۲	۵/۳۴۸	۰/۰۰۱
خودشفقت‌ورزی——>راهبرد هیجان‌محور	-۰/۴۵	۰/۱۵۱	-۵/۱۴۵	۰/۰۰۱
خودشفقت‌ورزی——>راهبرد اجتنابی	-۰/۶۸	۰/۳۳۷	-۵/۱۹۵	۰/۰۰۱
راهبرد مسئله‌محور ——>تبعیت از درمان	۰/۱۰	۰/۰۱۴	۵/۲۷۳	۰/۰۰۱
راهبرد هیجان‌محور——>تبعیت از درمان	-۰/۳۱	۰/۱۱۲	-۴/۵۸۹	۰/۰۰۱
راهبرد اجتنابی——>تبعیت از درمان	-۰/۴۶	۰/۰۱۲	-۶/۶۴۱	۰/۰۰۱

سالمند

مقابله‌ای رابطه معنادار برقرار کرده‌اند؛ به‌طوری‌که حمایت اجتماعی ادراک‌شده با راهبرد مسئله‌محور رابطه مثبت (β=۰/۴۳) و با راهبردهای هیجان‌محور (β=-۰/۴۰) و اجتنابی (β=-۰/۲۶) رابطه منفی دارد. خودشفقت‌ورزی نیز به‌طور مشابه با راهبرد مسئله‌محور رابطه مثبت (β=۰/۳۴) و با راهبردهای هیجان‌محور (β=-۰/۴۵) و اجتنابی (β=-۰/۶۸) رابطه منفی و معنادار نشان داده است. در مسیرهای نهایی، راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محور اثر مثبت (β=۰/۱۰) و راهبردهای هیجان‌محور (β=-۰/۳۱) و اجتنابی (β=-۰/۴۶) اثر منفی و معناداری بر تبعیت از درمان داشته‌اند.

این نتایج نشان‌دهنده نقش مستقیم و مؤثر متغیرهای روان‌شناختی و راهبردهای مقابله‌ای در پیش‌بینی تبعیت درمانی بیماران قلبی هستند ضرایب همبستگی ساده بین راهبردهای هیجان‌محور و اجتنابی با تبعیت از درمان به‌ترتیب -۰/۴۷۵ و -۰/۷۲۳ با ضرایب مسیر استاندارد در مدل معادلات ساختاری به‌ترتیب -۰/۳۱ و -۰/۴۶ متفاوت هستند. این تفاوت طبیعی است، زیرا ضرایب مسیر در مدل اثرات منحصربه‌فرد هر متغیر را پس از کنترل سایر متغیرهای واردشده در مدل نشان می‌دهند؛ درحالی‌که ضرایب همبستگی صرفاً بیانگر رابطه‌ی دو متغیر بدون در نظر گرفتن اثرات هم‌زمان سایر متغیرها هستند. برای بررسی اثرات غیرمستقیم متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشفقت‌ورزی بر تبعیت از درمان از طریق راهبردهای مقابله‌ای، از آزمون سوبل استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ ارائه گردیده است.

جدول ۵. نتایج آزمون سوبل برای بررسی اثرات غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشفقت‌ورزی بر تبعیت از درمان از طریق راهبردهای مقابله‌ای در سالمندان مبتلا به بیماری قلبی_عروقی

پیش‌بین	مسیر	میانجی	مسیر	ملاک	Sobel's test (z)	P-
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	<——	مسئله‌محور	<——	تبعیت درمان	۳/۱۸	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	<——	هیجان‌محور	<——	تبعیت درمان	۲/۲۱	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	<——	اجتنابی	<——	تبعیت درمان	۲/۰۵	۰/۰۰۱
خودشفقت‌ورزی	<——	مسئله‌محور	<——	تبعیت درمان	۲/۵۷	۰/۰۰۱
خودشفقت‌ورزی	<——	هیجان‌محور	<——	تبعیت درمان	۱/۹۶	۰/۰۰۱
خودشفقت‌ورزی	<——	اجتنابی	<——	تبعیت درمان	۲/۰۱	۰/۰۰۱

سالمند

جدول شماره ۵ نتایج آزمون سوبل را برای مسیرهای غیرمستقیم نشان می‌دهد و بیانگر آن است که راهبردهای مقابله‌ای شامل سبک‌های مسئله‌محور، هیجان‌محور و اجتنابی می‌توانند به‌عنوان متغیرهای میانجی در ارتباط بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشفقت‌ورزی با تبعیت از درمان ایفای نقش کنند. معناداری آماری تمامی مسیرها (P<۰/۰۰۱) نشان‌دهنده نقش واسطه‌ای قابل توجه این راهبردها در مدل مفهومی پژوهش است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خودشفقت‌ورزی نقش مهمی در پیش‌بینی تبعیت از درمان در سالمندان مبتلا به بیماری‌های قلبی ایفا می‌کنند. این نتایج با مطالعات پیشین هم‌راستا هستند که بر اهمیت عوامل روان‌شناختی در مدیریت بیماری‌های مزمن تأکید دارند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افزایش احساس تعلق، امنیت روانی و دریافت کمک‌های عاطفی و عملی، می‌تواند انگیزه بیماران را برای پیروی از دستورات درمانی تقویت کند. همچنین، خودشفقت‌ورزی با ایجاد نگرش مثبت نسبت به خود، کاهش خودانتقادی و ارتقای تاب‌آوری روانی، نقش مؤثری در سازگاری بیماران با شرایط بیماری دارد.

ابتدا اثر مستقیم خودشفقت‌ورزی بر تبعیت از درمان نشان داده شد. افشاری نیز در مطالعه خود نشان داد خودشفقت‌ورزی به‌طور معناداری تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت را پیش‌بینی می‌کند [۱۷]. در یک مطالعه دیگر، متغیر خودشفقت‌ورزی، پیش‌بینی‌کننده منحصربه‌فرد و مهمی برای مراقبت از خود دیده شد [۳۷] در تبیین این یافته شاید بتوان گفت خودشفقت‌ورزی از یک‌سو، با افزایش تاب‌آوری و تسهیل مستقرشدن افراد در لحظات چالش‌برانگیز [۳۸] و از سوی دیگر با کاهش استرس درک‌شده آن‌ها در رویارویی با وضعیت موجود، باعث بهبود تبعیت از درمان بیماران می‌گردد [۳۹]. علاوه‌براین، تأثیر مستقیم خودشفقت‌ورزی بر راهبردهای مقابله‌ای در مطالعه حاضر به دست آمد که این یافته قبلاً طی پژوهش‌هایی تأیید شده است؛ برای‌مثال اورت و همکاران در یک فراتحلیل به بررسی رابطه خودشفقت‌ورزی و اشکال مختلف راهبردهای مقابله‌ای پرداختند که نشان داد بین شفقت‌به‌خود و مقابله سازگارانه، همبستگی مثبت و بین شفقت‌به‌خود و مقابله ناسازگار، همبستگی منفی وجود دارد [۴۰]. آن‌ها در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که خودشفقت‌ورزی برای درک مکانیسم‌های درگیر مقابله با استرس و وقایع زندگی بسیار مهم و ضروری است [۴۱].

همچنین نتایج مطالعه نشان داد راهبردهای مقابله‌ای تأثیر مستقیم روی تبعیت از درمان دارند. این یافته نیز با مطالعات پیشین انجام‌شده در این زمینه همخوانی داشته و سایر پژوهشگران نیز به این نتیجه دست یافته‌اند که استفاده از راهبرد مقابله‌ای سازگارانه و مناسب به‌عنوان عامل مهمی، موجب افزایش تبعیت از درمان در بیماران می‌شود [۲۲، ۲۴].

کورالو و همکاران در مطالعه خود، به این نتیجه دست یافتند که راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، با کاهش پریشانی به مدیریت طولانی‌مدت بیماری کمک کرده و تبعیت از درمان را بهبود می‌بخشد [۴۲]. به نظر می‌رسد توانایی بیماران در مقابله مؤثر با وضعیت موجود و راهبردهای مقابله‌ای که بدین منظور اتخاذ می‌نمایند، از طریق ارزیابی شناختی آن‌ها از موقعیت، بر عملکردشان تأثیر گذاشته و تبعیت بیماران از درمان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۲]. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند مسیر غیرمستقیم میان خودشفقت‌ورزی و تبعیت از درمان از طریق راهبردهای مقابله‌ای، از نظر آماری معنی‌دار است. به‌عبارت‌دیگر، سطح بالای خودشفقت‌ورزی در بیماران به افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور و کاهش تمایل به بهره‌گیری از سبک‌های هیجانی و اجتنابی منجر می‌شود؛ و این تغییر در سبک مقابله، به‌نوبه خود موجب ارتقای تبعیت از درمان می‌گردد. خودشفقت‌ورزی به‌طورکلی موجب تقویت درک فرد از منابع درونی برای مواجهه با عوامل استرس‌زا می‌شود [۴۳]. این ویژگی با ایجاد احساس امنیت عاطفی، به افراد کمک می‌کند تا با نگاهی بازتر و متعادل‌تر به مشکلات خود بنگرند، در مواجهه با دشواری‌ها کمتر به راهبردهای اجتنابی متوسل شوند، ابتکار عمل را در دست گرفته و رویکردی فعال و مسئله‌محور را در پیش گیرند [۴۴].

علاوه‌براین، شفقت به خود باعث می‌شود افراد مسئولیت‌پذیری بیشتری نسبت به نقش خود در رخدادهای منفی داشته باشند، شرایط دشوار را قابل‌تغییر تلقی کنند و در نتیجه انگیزه بیشتری برای ایجاد تحول در وضعیت موجود پیدا کنند [۴۵، ۴۶].

علاوه‌براین، نتایج پژوهش نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک‌شده تأثیر مستقیم، مثبت و معناداری بر تبعیت از درمان در بیماران قلبی دارد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین هم‌راستا بوده و بر نقش کلیدی حمایت اجتماعی در فرآیند درمان تأکید دارد. به‌طور خاص، مشخص شده است حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان یک عامل تسهیل‌گر مهم، می‌تواند تبعیت درمانی را در بیماران قلبی افزایش دهد. ابراز همدلی، محبت و توجه ازسوی اطرافیان موجب تقویت احساس امنیت روانی و تعلق خاطر در بیمار می‌شود که این امر انگیزه او را برای پایبندی به درمان افزایش می‌دهد. افزون‌برآن، فرد در سایه روابط حمایتی قادر خواهد بود از توصیه‌ها، راهنمایی‌ها و اطلاعات ارائه‌شده توسط دیگران در مواجهه با چالش‌های درمانی بهره‌مند گردد، که این خود نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌های درمانی و مدیریت بهتر بیماری ایفا می‌کند [۷]. اثر مستقیم مثبت و معنادار راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور و تأثیر مستقیم و منفی

راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌محور و اجتنابی بر روی تبعیت از درمان نیز مورد تأیید پژوهش حاضر قرار گرفت که با یافته‌های قبلی در این زمینه همخوانی دارد. این موضوع که راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند بر عملکرد بیماران تأثیر گذاشته و تبعیت از درمان را تحت تأثیر قرار دهد و نیز ارتباط بین تداوم درمان و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، در مطالعات قبلی تأیید شده بود [۱۲]؛ به‌عبارت‌دیگر راهبردهای مقابله‌ای مؤثر به افراد کمک می‌کنند تا بر رویدادهای استرس‌زا همانند بیماری مزمن غلبه و آن را بهتر مدیریت نمایند [۴۲].

نتایج پژوهش نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک‌شده تأثیر مستقیم، مثبت و معناداری بر راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محور دارد، درحالی‌که تأثیر آن بر راهبردهای هیجان‌محور و اجتنابی منفی و معنادار است. این یافته با مطالعات پیشین از جمله پژوهش آگباریا و همکاران هم‌راستا است که نشان داده‌اند حمایت اجتماعی با سبک مقابله‌ای مسئله‌محور رابطه مثبت و با سبک‌های هیجانی و اجتنابی رابطه منفی دارد. به‌نظر می‌رسد ارتباطات اجتماعی و شبکه‌های حمایتی با افزایش اعتمادبه‌نفس در بیماران، به‌عنوان منبعی مؤثر برای مقابله با موقعیت‌های دشوار عمل می‌کنند [۱۰]. پس از بررسی مسیرهای مستقیم، نتایج تحلیل مسیرهای غیرمستقیم نیز نشان دادند حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌تواند از طریق راهبردهای مقابله‌ای بر تبعیت از درمان تأثیرگذار باشد. به‌بیان‌دیگر، افزایش سطح حمایت اجتماعی موجب تقویت استفاده از راهبردهای مسئله‌محور و کاهش تمایل به سبک‌های هیجانی و اجتنابی می‌شود که این تغییر در سبک مقابله، به‌نوبه‌خود تبعیت درمانی را ارتقاء می‌بخشد. می‌توان چنین تبیین کرد که تعاملات اجتماعی و حمایت‌های عاطفی، ضمن افزایش اعتمادبه‌نفس بیماران، با فراهم آوردن فرصت‌هایی برای تبادل اطلاعات مرتبط با بیماری و درمان و همچنین ایجاد بسترهای یادگیری، به افراد کمک می‌کنند تا سبک‌های مقابله‌ای مؤثرتر و سازگارانه‌تری را اتخاذ نمایند. درنتیجه، با بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای فعال، فرد تلاش می‌کند تا شدت عوامل استرس‌زای زندگی—از جمله بیماری مزمن خود—را از طریق پایبندی بیشتر به درمان کاهش داده و آن را به‌طور مؤثری مدیریت کند.

نوآوری اصلی پژوهش حاضر در ارائه یک مدل یکپارچه است که هم‌زمان نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودشفقت‌ورزی و راهبردهای مقابله‌ای را در تبعیت درمانی سالمندان قلبی‌عروقی بررسی می‌کند. برخلاف مطالعات پیشین که عمدتاً روابط دوتایی میان متغیرها را گزارش کرده‌اند، این مدل نشان می‌دهد اثرات روان‌شناختی و اجتماعی در کنار یکدیگر و از طریق سازوکارهای مقابله‌ای عمل می‌کنند. یافته‌ها همچنین آشکار ساختند خودشفقت‌ورزی سهم قوی‌تری در پیش‌بینی تبعیت درمانی نسبت به حمایت اجتماعی دارد؛ به‌گونه‌ای‌که ضرایب مسیر آن بالاتر و پایدارتر بودند. این نتیجه ازنظر بالینی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا نشان می‌دهد توانمندسازی بیماران در پرورش نگرش شفقت‌آمیز نسبت به خود، می‌تواند حتی فراتر از حمایت بیرونی، به افزایش پایبندی درمانی منجر شود. درعین‌حال، نقش حمایت اجتماعی همچنان قابل‌توجه است و ترکیب این دو عامل در یک مدل جامع، تصویری کامل‌تر از فرآیندهای روان‌شناختی مؤثر بر تبعیت درمانی ارائه می‌دهد.

با وجود تلاش در طراحی دقیق و اجرای منسجم این پژوهش، برخی محدودیت‌ها قابل‌ذکر هستند که می‌توانند در تفسیر نتایج تأثیرگذار باشند. نخست، استفاده از روش خودگزارش‌دهی توسط بیماران ممکن است با خطای پاسخ‌گویی همراه باشد؛ به‌گونه‌ای که احتمال ارائه اطلاعات نادقیق یا پاسخ‌های غیرصادقانه به‌ویژه در موضوعات حساس وجود دارد. این مسئله می‌تواند بر اعتبار داده‌ها و تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد. دوم، داده‌ها صرفاً از طریق پرسش‌نامه‌های بسته جمع‌آوری شده‌اند و از روش‌های کیفی مانند مصاحبه‌های عمیق یا مشاهده مستقیم استفاده نشده است. بهره‌گیری از روش‌های کیفی در مطالعات آینده می‌تواند به درک عمیق‌تری از تجربه زیسته بیماران، نحوه ادراک آن‌ها از حمایت اجتماعی، خودشفقت‌ورزی و سبک‌های مقابله‌ای منجر شود. سوم، دامنه جغرافیایی پژوهش محدود بوده و نمونه‌گیری تنها از بیماران قلبی در یک منطقه خاص انجام شده است. این موضوع ممکن است قابلیت تعمیم نتایج به سایر گروه‌های بیماران مزمن یا مناطق مختلف را کاهش دهد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، پژوهش در سطح گسترده‌تری ازنظر جغرافیایی و با مشارکت بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن مانند دیابت، سرطان یا بیماری‌های تنفسی انجام شود تا امکان مقایسه و تعمیم نتایج فراهم شود.

یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، کنار گذاشتن بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید (مانند سایکوزها، افسردگی اساسی و اختلال دوقطبی و سو مصرف مواد) از نمونه مطالعه بود. این امر اگرچه به‌منظور افزایش دقت در جمع‌آوری داده‌ها و جلوگیری از سوگیری در پاسخ‌دهی انجام شد، اما تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌سازد؛ زیرا یافته‌ها صرفاً در مورد سالمندانی قابل‌استفاده است که مبتلا چنین اختلالاتی نباشند. درمجموع، رفع این محدودیت‌ها در پژوهش‌های آینده می‌تواند به غنای بیشتر داده‌ها، افزایش اعتبار نتایج و ارائه راهکارهای کاربردی‌تر در حوزه سلامت روان و تبعیت درمانی بیماران مزمن منجر گردد.

نتیجه‌گیری نهایی

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، خودشفقت‌ورزی و راهبردهای مقابله‌ای در تبعیت از درمان بیماران قلبی انجام شد. یافته‌ها نشان دادند حمایت اجتماعی و خودشفقت‌ورزی نه‌تنها به‌صورت مستقیم بر تبعیت

درمانی تأثیرگذارند، بلکه از طریق راهبردهای مقابله‌ای نیز اثرات غیرمستقیم و معناداری دارند. به‌ویژه، راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور به‌عنوان سبک‌های سازگارانه، نقش واسطه‌ای مؤثری در ارتقای تبعیت از درمان ایفا کردند، درحالی‌که سبک‌های هیجانی و اجتنابی با کاهش تبعیت درمانی همراه بودند. نوآوری اصلی این پژوهش ارائه یک مدل یکپارچه برای نخستین بار است که ارتباط میان حمایت اجتماعی، خودشفقت‌ورزی و راهبردهای مقابله‌ای را در تبعیت درمانی بیماران قلبی نشان می‌دهد. این نتایج نشان می‌دهند عوامل روان‌شناختی مانند ادراک حمایت اجتماعی و خودشفقت‌ورزی، در کنار سبک‌های مقابله‌ای، می‌توانند به‌عنوان مؤلفه‌های کلیدی در بهبود رفتارهای درمان‌پذیر بیماران مزمن در نظر گرفته شوند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده، برخورد فعال با موقعیت‌های استرس‌زا و بهره‌گیری از منابع حمایتی، همگی در افزایش انگیزه و توانایی بیماران برای پایبندی به درمان نقش دارند. این نتایج می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات آموزشی و توانبخشی باشد که علاوه‌بر جنبه‌های پزشکی، بر ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای و منابع روان‌شناختی بیماران تمرکز دارند. همچنین، توجه به این عوامل در سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و افزایش اثربخشی درمان در این گروه جمعیتی کمک کند. انجام پژوهش‌های آینده با نمونه‌های متنوع‌تر و بررسی متغیرهای دیگر، می‌تواند در غنی‌تر شدن شواهد علمی این حوزه مؤثر باشد.

دسترسی‌پذیری داده‌ها

داده‌های حاصل از این پژوهش صرفاً برای اهداف علمی و پژوهشی قابل‌دسترسی هستند. در صورت درخواست موجه از سوی پژوهشگران معتبر، داده‌ها با رعایت اصول اخلاقی و حفظ محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان، از طریق نویسنده مسئول قابل‌ارائه خواهد بود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با کد اخلاق (IR.KUMS.REC.1402.620) و دریافت مجوزهای لازم از مراجع ذی‌ربط انجام شد. تمامی شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات کامل درباره اهداف پژوهش، رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند. محرمانگی اطلاعات، عدم الزام به ذکر نام و حق انصراف در هر مرحله از پژوهش برای شرکت‌کنندگان تضمین شد

حامی مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شده است

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان در طراحی، اجرا، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله مشارکت فعال داشته‌اند. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کرده‌اند و مسئولیت کامل مطالب ارائه‌شده را می‌پذیرند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از مدیریت و کارکنان بیمارستان امام علی (ع) کرمانشاه، به‌خاطر همکاری صمیمانه در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها، و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان محترم که با صبوری پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند، صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

References

[1] World Health Organization. Cardiovascular Diseases (CVDs) Factsheet. Detail. The top 10 causes of death. Geneva: World Health Organization; 2021. [Link]

[2] Emamian MH, Hashemi H, Fotouhi A. Predicted 10-year risk of cardiovascular disease in the Islamic Republic of Iran and the body mass index paradox. Eastern Mediterranean Health Journal. 2020; 26(12):1465-72. [DOI:10.26719/emhj.20.012] [PMID]

[3] Fahimfar N, Khalili D, Sepanlou SG, Malekzadeh R, Azizi F, Mansournia MA, et al. Cardiovascular mortality in a Western Asian country: Results from the Iran Cohort Consortium. BMJ Open. 2018; 8(7):e020303. [DOI:10.1136/bmjopen-2017-020303] [PMID]

[4] Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-Garcia A, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. BMC Family Practice. 2019; 20(1):132. [DOI:10.1186/s12875-019-1019-3] [PMID]

[5] Zyryanov SK, Fitilev SB, Vozzhaev AV, Shkrebniova II, Shindryaeva NN, Klyuev DA, et al. Medication adherence in patients with stable coronary artery disease in primary care. Research Results in Pharmacology. 2020; 6(2):97–103. [DOI:10.3897/rrpharmacology.6.54130]

[6] Tan CS. The Need of Patient Education to Improve Medication Adherence Among Hypertensive Patients. Malaysian Journal of Pharmacy. 2020; 6(1):1-5. [DOI:10.52494/MOEL1486]

[7] Burton A, Walters K, Marston L, Osborn D. Is there an association between perceived social support and cardiovascular health behaviours in people with severe mental illnesses? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2020; 55(12):1659-69. [DOI:10.1007/s00127-020-01879-9] [PMID]

[8] Reid KM, Taylor MG. Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. Social Science Research. 2015; 54:246-62. [DOI:10.1016/j.ssresearch.2015.08.009] [PMID]

[9] Liu Y, Wei M, Guo L, Guo Y, Zhu Y, He Y. Association between illness perception and health behaviour among stroke patients: The mediation effect of coping style. Journal of Advanced Nursing. 2021; 77(5):2307-18. [DOI:10.1111/jan.14761] [PMID]

[10] Agbaria Q, Mokh AA. Coping with Stress During the Coronavirus Outbreak: The Contribution of Big Five Personality Traits and Social Support. International Journal of Mental Health and Addiction. 2022; 20(3):1854-72. [DOI:10.1007/s11469-021-00486-2] [PMID]

[11] Zhang X, Liu Y, Zou J. Perceived Stress, Resilience, Perceived Social Support and Self-Management Behaviour in Young- and Middle-Aged Patients With Multiple Chronic Conditions: A Structural Equation Modelling. Journal of Clinical Nursing. 2026; 35(1):305-16. [DOI:10.1111/jocn.17843] [PMID]

[12] Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Szemik S. Selected psychological aspects and medication adherence in oncological patients. Cancer Medicine. 2020; 9(3):943-50. [DOI:10.1002/cam4.2691] [PMID]

[13] Zolfaghari F, Babaei S, Nazari F, Momeni-Ghaleghasemi T. The Relationship Between Self-compassion and Mood in Iranian Patients with Heart Failure: A Cross-sectional Study. Journal of Nursing and Midwifery Sciences. 2025; 12(3):e157439. [DOI:10.5812/jnms-157439]

[14] Neff K. Self-Compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and Identity. 2003; 2(2):85-101. [DOI:10.1080/15298860309032]

[15] Austin J, Drossaert CHC, Schroevers MJ, Sanderman R, Kirby JN, Bohlmeijer ET. Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: A mixed methods systematic review. Psychology & Health. 2021; 36(1):16-42. [DOI:10.1080/08870446.2019.1699090] [PMID]

[16] Al-Refae M, Al-Refae A, Munroe M, Sardella NA, Ferrari M. A Self-Compassion and Mindfulness-Based Cognitive Mobile Intervention (Serene) for Depression, Anxiety, and Stress: Promoting Adaptive Emotional Regulation and Wisdom. Frontiers in Psychology. 2021; 12:648087. [DOI:10.3389/fpsyg.2021.648087] [PMID]

[17] Afshari A. [Prediction of diabetic patients' treatment adherence by self compassion, emotional regulation and spritual welbeing (Persian)]. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2018; 16(4):466-75. [DOI:10.52547/rbs.16.4.466]

[18] Jalil MF, Ali A, Ahmed Z, Kamarulzaman R. The Mediating Effect of Coping Strategies Between Psychological Capital and Small Tourism Organization Resilience: Insights From the COVID-19 Pandemic, Malaysia. Frontiers in Psychology. 2021; 12:766528. [DOI:10.3389/fpsyg.2021.766528] [PMID]

[19] Stanisławski K. The Coping Circumplex Model: An Integrative Model of the Structure of Coping With Stress. Frontiers in Psychology. 2019; 10:694. [DOI:10.3389/fpsyg.2019.00694] [PMID]

[20] Compas BE, Jaser SS, Bettis AH, Watson KH, Gruhn MA, Dunbar JP, et al. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. Psychological Bulletin. 2017; 143(9):939-91. [DOI:10.1037/bul0000110] [PMID]

[21] Iqbal K, Irshad Y, Ali Gilani SR, Hussain S, Ahmad M, Khan UA, et al. Quality of Life in Patients Undergoing Cardiac Surgery: Role of Coping Strategies. Cureus. 2021; 13(7):e16435. [DOI:10.7759/cureus.16435]

[22] Hoekstra T, Wilming L, Sjobbema C, Brouwer S. Exploring treatment adherence in long-term sick-listed workers and the impact of coping strategies, illness perceptions and perceived health. BMC Public Health. 2022; 22(1):259. [DOI:10.1186/s12889-022-12676-1] [PMID]

[23] Khiyali Z, Javidi Z, Banaei E, Ghasemi A, Dehghan A. [Relationship between perception of aging and social support with treatment adherence in the aged with type 2 diabetes in Fasa, 2018 (Persian)]. Journal of Gerontology. 2021; 5(4):54-65. [Link]

[24] Badrizadeh A, Rezaii Jamaloi H, Khanzadeh M, Foroughi S, Saki M. [Adherence to Treatment Based on Social Support and Coping Strategies in Patients with Type 2 Diabetes (Persian)]. Yafteh. 2021; 23(3):13-24. [DOI:10.32592/Yafteh.2021.23.3.2]

[25] Maghsoodi S, Salehinejad Z. Relationship Between Social Support and Coping Strategies and Disease Among the Cancer Patients of the City of Kerman. Journal of Research and Health. 2020; 10(6):375-82. [DOI:10.32598/JRH.10.6.1401.1]

[26] Kleinsinger F. The Unmet Challenge of Medication Nonadherence. The Permanente Journal. 2018; 22(3):18-033. [DOI:10.7812/TPP/18-033] [PMID]

[27] Rosen OZ, Fridman R, Rosen BT, Shane R, Pevnick JM. Medication adherence as a predictor of 30-day hospital readmissions. Patient Preference and Adherence. 2017; 11:801-10. [DOI:10.2147/PPA.S125672] [PMID]

[28] Hooman HA. [Structural Equation Modeling With LISREL Application (Persian)]. Thran: SAMT; 2012. [Link]

[29] Loehlin JC. Latent Variable Models: An Introduction to Factor, Path, and Structural Equation Analysis. (4th ed.). New York: Psychology Press; 2004. [DOI:10.4324/9781410609823]

[30] Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment. 1988; 52(1):30-41. [DOI:10.1207/s15327752jpa5201_2]

[31] Salimi A, Joukar B, Nikpour R. [Internet and communication: Perceived social support and loneliness as antecedent variables (Persian)]. Psychological Studies. 2009; 5(3):81-102. [Link]

[32] Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2011; 18(3):250-5. [DOI:10.1002/cpp.702] [PMID]

[33] Shahbazi M, Rajabi Gh, Maghami E, Jolodari A. [Confirmatory Factor Analysis of the Persian Version of the Self-Compassion Rating Scale-Revised (Persian)]. Journal of Psychological Models and Methods. 2015; 6(19):31-46. [Link]

[34] Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. Journal of Personality and Social Psychology. 1990; 58(5):844-54. [DOI:10.1037/0022-3514.58.5.844] [PMID]

[35] Mohebi S, Shokri O, Khodaei A. [Psychometric Analysis of the Coping Inventory for Stressful Situations-Short Form (CISS-SF) among Students (Persian)]. Quarterly of Educational Measurement. 2020; 11(40):87-113. [DOI:10.22054/jem.2020.40240.2025]

[36] Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. [Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study (Persian)]. Koomesh. 2018; 20(2):179-91. [Link]

[37] Miller JJ, Lee J, Niu C, Grise-Owens E, Bode M. Self-Compassion as a Predictor of Self-Care: A Study of Social Work Clinicians. Clinical Social Work Journal. 2019; 47:321-31. [DOI:10.1007/s10615-019-00710-6]

[38] Pérez-Aranda A, García-Campayo J, Gude F, Luciano JV, Feliu-Soler A, González-Quintela A, et al. Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2021; 21(2):100229. [DOI:10.1016/j.ijchp.2021.100229] [PMID]

[39] Sirois FM, Hirsch JK. Self-Compassion and Adherence in Five Medical Samples: The Role of Stress. Mindfulness. 2019; 10(1):46-54. [DOI:10.1007/s12671-018-0945-9] [PMID]

[40] Muris P, Simon E, Lijphart H, Bos A, Hale W 3rd, Schmeitz K, et al. The Youth anxiety measure for DSM-5 (YAM-5): Development and first psychometric evidence of a new scale for assessing anxiety disorders symptoms of children and adolescents. Child Psychiatry and Human Development. 2017; 48(1):1-17. [DOI:10.1007/s10578-016-0648-1] [PMID]

[41] Ewert C, Vater A, Schröder-Abé M. Self-Compassion and Coping: A Meta-Analysis. Mindfulness. 2021; 12(5):1063-77. [DOI:10.1007/s12671-020-01563-8]

[42] Corallo F, Bonanno L, Di Cara M, Rifici C, Sessa E, D'Aleo G, et al. Therapeutic adherence and coping strategies in patients with multiple sclerosis: An observational study. Medicine (Baltimore). 2019; 98(29):e16532. [DOI:10.1097/MD.0000000000016532] [PMID]

[43] Uzer-Kremers L, Bralet MC, Angerville B, Jeanblanc J, Pierrefiche O, Martinetti MP, et al. Is Self-compassion linked to treatment adherence in schizophrenia? Schizophrenia Research. 2020; 222:493-5. [DOI:10.1016/j.schres.2020.05.058] [PMID]

[44] Ceccarelli LA, Giuliano RJ, Glazebrook CM, Strachan SM. Self-Compassion and Psycho-Physiological Recovery From Recalled Sport Failure. Frontiers in Psychology. 2019; 10:1564. [DOI:10.3389/fpsyg.2019.01564] [PMID]

[45] Khalili N, Bahrami M, Ashouri E. Self-Compassion and Adherence to Treatment in Patients with Cancer. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2021; 26(5):406-10. [DOI:10.4103/ijnmr.IJNMR_174_20] [PMID]

[46] Zhang JW, Chen S. Self-Compassion Promotes Personal Improvement From Regret Experiences via Acceptance. Personality & Social Psychology Bulletin. 2016; 42(2):244-58. [DOI:10.1177/0146167215623271] [PMID]