

The Relationship Between Defense Mechanisms and Self-Efficacy in Ischemic Heart Patients at Feiz Hospital of Esfahan in 2017

Marjan Saghirzadeh¹, Narges Sadeghi^{2*}, Mehrdad Azarbarzin³

1. MSc Student, Department of Psychiatric Nursing, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Assistant Professor, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3. Assistant Professor, Nursing and Midwifery Sciences Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Article Info

Received: 2018/06/19
Accepted: 2018/11/04
Published Online: 2019/07/23

DOI: 10.30699/ajnmc.27.3.170

Original Article

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Introduction: One of the important factors for behavioral changes in chronic patients, especially cardiac patients, is the increased self-efficacy of these patients. The aim of this study was to determine correlation between defenses mechanism and self-efficacy in Ischemic Heart patient's referred to Feiz hospital of Isfahan in 2017.

Methods: This study was a correlational analytical study that consisted of all Ischemic Heart patient's referred to Feiz hospital of Esfahan in second half of 2017. Based on inclusion criteria and census sampling, 150 patients were included. To collect data we used three questionnaires: demographic, Defense Styles Questionnaire-DSQ and Sullivan's cardiac self-efficacy questionnaire. Data was analyzed using SPSS 19, Kolmogorov-Smirnov test, independent t-test, and Pearson correlation coefficients.

Results: Based on the results, 53.3% of patients were male, 76% of whom were married and 32% had undergraduate education. Findings showed the rate of defense mechanisms with a mean of 193.07 ± 28.45 and their self-efficacy with a moderate mean. Pearson correlation coefficient showed that there is a positive and significant correlation between the developed defense mechanisms with self-efficacy of patients ($r=0.20$, $P=0.013$).

Conclusion: The results of the study indicated that there is a positive and significant relationship between using defense mechanisms and predicting the self-efficacy of patients with ischemic heart; that means by using grown defense mechanisms, the self-efficacy will upgrade. So training and enhancement of developed mechanisms and reduction of unhealthy mechanisms by nurses is suggested.

Keywords: Defenses mechanisms, Self-efficacy, Ischemic heart disease, Patients

Corresponding Information

Narges Sadeghi, Assistant Professor, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: N45sadeghi@yahoo.com

Copyright © 2019, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Saghirzadeh M, Sadeghi N, Azarbarzin M. The Relationship Between Defense Mechanisms and Self-Efficacy in Ischemic Heart Patients at Feiz Hospital of Esfahan in 2017. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27 (3) :170-177

بررسی ارتباط مکانیسم‌های دفاعی و خودکارآمدی بیماران ایسکمیک قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان فیض شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶

مرجان صغیرزاده^۱، نرگس صادقی^{۲*}، مهرداد آذربرزین^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲. استادیار پرستاری، گروه کودکان، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۳. استادیار پرستاری، گروه جراحی داخلی، مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۳/۲۹	<p>مقدمه: یکی از عوامل مهم تغییرات رفتاری در بیماران مزمن، به‌ویژه بیماران قلبی، افزایش خودکارآمدی آنهاست. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه مکانیسم‌های دفاعی و خودکارآمدی در بیماران ایسکمیک قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان فیض شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ انجام شده است.</p> <p>روش کار: مطالعه حاضر توصیفی-هم‌بستگی و از نوع مقطعی است که جامعه آماری آن را بیماران ایسکمیک قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان فیض اصفهان در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ تشکیل داده‌اند. براساس نمونه‌گیری در دسترس، ۱۵۰ بیمار واجد شرایط وارد مطالعه شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک بیماران، سبک‌های دفاعی (DSQ-۴۰) و خودکارآمدی بیماران قلبی سالیوان استفاده شد. داده‌ها نیز به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ و آزمون‌های آماری اسمیرنوف-کولموگروف، t مستقل و هم‌بستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.</p> <p>یافته‌ها: براساس نتایج، ۵۳/۳ درصد بیماران مرد و ۷۶ درصدشان متأهل بودند. ۳۲ درصد نیز تحصیلات زیر دیپلم داشتند. یافته‌ها میزان مکانیسم‌های دفاعی را با میانگین $28/45 \pm 193/07$ و خودکارآمدی آنها را با میانگین در سطح متوسط نشان می‌دهد. با توجه به ضریب هم‌بستگی پیرسون، میان مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته بیماران با خودکارآمدی هم‌بستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($t=20/0, P=0/013$).</p> <p>نتیجه‌گیری: براساس پژوهش حاضر، میان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته با میزان خودکارآمدی بیماران ایسکمیک قلبی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی با افزایش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته، میزان خودکارآمدی آنها ارتقا می‌یابد؛ بنابراین آموزش و تقویت مکانیسم‌های رشدیافته و کاهش مکانیسم‌های رشدنیافته و روان‌آزرده از سوی پرستاران پیشنهاد می‌شود.</p> <p>کلیدواژه‌ها: مکانیسم‌های دفاعی، خودکارآمدی، بیماری ایسکمیک قلبی، بیمار</p>
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۳	
انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۵/۰۱	
نویسنده مسئول: نرگس صادقی استادیار پرستاری، گروه کودکان، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران	
پست الکترونیک: N45sadeghi@yahoo.com	

مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی علت عمده مرگ‌ومیر در کشورهای پیشرفته به شمار می‌رود و در کشورهای در حال توسعه نیز با گذشت زمان و کنترل بیماری‌های واگیر اهمیت فزاینده‌ای یافته است [۱]. ۱۵ تا ۳۰ درصد از کل مرگ‌ومیر در کشورهای در حال توسعه، ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی است [۲] که در ایران نیز جزو مهم‌ترین بیماری‌ها و دومین علت مرگ‌ومیر محسوب می‌شود؛ به‌طوری‌که از هر ۸۰۰ مورد مرگ روزانه در کشور، حدود ۳۶۰ مورد آن به این بیماری‌ها مربوط است. در میان بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های ایسکمیک قلبی شایع‌ترین بیماری مزمن و تهدیدکننده حیات و رایج‌ترین علت بستری در بخش‌های ویژه است [۳].

به‌دنبال بیماری‌های ایسکمیک قلبی، بیماران به‌طور معمول با مشکلات متعددی مانند درد، تغییر در جریان خون بافتی، تحمل‌نکردن فعالیت، سازگاری غیرمؤثر با بیماری، اضطراب و تظاهرات روانی شدید مواجه می‌شوند. در این میان، استرس‌های روانی از نظر جسمی و روحی بر بیمار تأثیر می‌گذارند. این عوامل علاوه بر تغییرات فیزیولوژیک، رفتارهایی از قبیل اضطراب، انکار و افسردگی را نیز ایجاد می‌کنند [۴].

کنترل عوامل خطر ساز و اصلاح سبک زندگی در این بیماران نقشی مهم دارد و به توانمندشدن آنها برای مراقبت از خود منجر می‌شود. یکی از راه‌های توانمندسازی بیماران، ارتقای خودکارآمدی است [۵]. براساس تعریف بندورا^۱ خودکارآمدی، اعتماد و اطمینان فرد به توانایی‌های خود برای انجام‌دادن رفتاری مشخص است [۶]. باورهای خودکارآمدی تعیین‌کننده احساس، طرز فکر، انگیزه و چگونگی رفتار فرد

به‌دنبال بیماری‌های ایسکمیک قلبی، بیماران به‌طور معمول با مشکلات متعددی مانند درد، تغییر در جریان خون بافتی، تحمل‌نکردن فعالیت، سازگاری غیرمؤثر با بیماری،

1. Bandura

شناخت تأثیر عوامل گوناگون از جمله مکانیسم‌های دفاعی و خودکارآمدی در این افراد، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه مکانیسم‌های دفاعی و خودکارآمدی در بیماران ایسکمیک قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان فیض اصفهان انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر توصیفی-هم‌بستگی است که جامعه پژوهشی آن را همه بیماران ایسکمیک قلبی بستری یا مراجعه‌کننده به بیمارستان فیض اصفهان در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ تشکیل داده‌اند. براساس محاسبات آماری با سطح خطای $\alpha=0/05$ ، توان آزمون ۸۰ درصد و در نظر گرفتن موارد ریزش، ۱۵۰ نفر به‌عنوان واحد پژوهش در نظر گرفته شدند [۱۷]. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-۴۰) (به‌منظور بررسی سبک‌های دفاعی) و پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی سولیوان^۱ (برای سنجش خودکارآمدی) بود.

پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی

این ابزار شامل ۸ پرسش بود که در آن سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، سابقه ابتلا به بیماری، دفعات بستری و وضعیت اقتصادی بررسی شد.

پرسشنامه سبک‌های دفاعی (DSQ-۴۰)

این پرسشنامه را Anders و همکاران در سال ۱۹۹۳ تنظیم کردند که براساس پرسشنامه اولیه Band و همکاران که در سال ۱۹۸۳ تهیه شده بود تحول یافت. پرسشنامه سبک‌های دفاعی، ابزاری ۴۰ پرسشی در مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۹) است و ۲۰ مکانیسم دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته اندازه‌گیری می‌کند. در این پرسشنامه به هر مکانیسم دو پرسش اختصاص داده شده است که مجموع آنها، نمره مربوط به همان مکانیسم و میانگین نمرات مکانیسم‌های مربوط به هر سبک، نمره سبک تفسیر دفاعی مورد نظر را نشان می‌دهد. سبکی که بیشترین نمره را داشته باشد، سبک غالب مورد استفاده فرد است. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از سبک‌های دفاعی، رضایت‌بخش توصیف شده است. در نمونه ایرانی، آلفای کرونباخ هر یک از سبک‌های دفاعی رشدیافته، روان‌آزرده و رشدنیافته به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۲ و ۰/۷۴ به دست آمده است [۱۸].

پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی سولیوان

این پرسشنامه ۱۶ گویه با مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت برای سنجش اطمینان و خودکارآمدی فرد در زمینه رعایت مراقبت‌های عمومی، کنترل علائم بیماری و رعایت دستورات دارویی دارد. هر گویه شامل ۴ امتیاز است که به بیشترین میزان اطمینان (گزینه خپلی زیاد) امتیاز ۴ و به کمترین میزان اطمینان (گزینه اصلاً اطمینان ندارم)، امتیاز صفر داده می‌شود. امتیاز خودکارآمدی قلبی به مقیاس صفر

است [۷]. به اعتقاد پژوهشگران، احساس خودکارآمدی به‌دنبال تحمل چالش‌ها و انجام‌دادن متوالی و گام‌به‌گام رفتار در افراد شکل می‌گیرد که می‌توان با اجرای برنامه‌هایی که براساس نیازهای بیماران طراحی می‌شود، خودکارآمدی را در آنان ارتقا داد [۸].

در مطالعات گوناگون، عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی بیماران قلبی مشخص شده است. Babaei و Boroumand سبک زندگی را پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی این بیماران معرفی کرده‌اند [۹]. براساس دیدگاه Shafiei و همکاران، با افزایش خلق، خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر افزایش می‌یابد [۱۰]. یکی از راه‌های ارتقای خودکارآمدی بیماران استفاده از درمان‌های روان‌شناختی و ارتقای مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته است [۱۱]. مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای روانی ناهشیارند که مسئولیت محافظت از خود را در مواجهه با انواع اضطراب بر عهده دارند. این مکانیسم‌ها علاوه بر محافظت فرد در مقابل اضطراب و آگاهی از خطرات و عوامل استرس‌زای درونی و بیرونی، تجربه‌های ذهنی مربوط به افکار، عواطف و هیجان‌های دردناک را نیز تنظیم می‌کنند [۱۲]. ریشه قسمت عمده‌ای از زندگی روانی هر شخص در فرایندهای ناهشیار نهفته است. این بخش از ذهن، در نظام فروید مخزن تکانه‌های غریزی غیرقابل‌دسترس، تجربه‌های سرکوب‌شده خاطرات کودکی پیش از رشد زبان و امیال نیرومند، اما ارضاننده است. انسان‌ها در مواجهه با تهدیدهای داخلی و خارجی، از مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کنند [۱۳]. شوخ‌طبعی زیاد مکانیسمی دفاعی است که به فرد کمک می‌کند برای فعالیت‌های اجتماعی اشتیاق بیشتری داشته باشد. همچنین سبب شکل‌گیری تعاملات اجتماعی و تقویت آنها در طول زمان می‌شود [۱۴]. افراد از نظر مکانیسم‌های خاصی که به کار می‌برند متفاوت از یکدیگر عمل می‌کنند که در اصطلاح به این تفاوت‌های خلق‌وخوی شناختی سبک‌های دفاعی گفته می‌شود؛ پس افراد گوناگون جامعه سبک‌های دفاعی متفاوتی دارند [۱۵].

ناسازگاری در بیمارانی که پیش از ابتلا به بیماری‌های قلبی، مشکلات اجتماعی و استرس بیشتری داشته‌اند، بیشتر گزارش شده و این امر تنها در افرادی که بیماری شدیدتری دارند، شدت ندارد. استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته روند بهبود بیماری را به تأخیر می‌اندازد. همچنین آن دسته از بیماران قلبی که از این دسته مکانیسم‌ها استفاده می‌کنند، به مشکلات بعدی از قبیل آریتمی، بیشتر مبتلا می‌شوند و احتمال مرگ آنان در ماه‌های اول در مقایسه با کسانی که از مکانیسم‌های رشدیافته استفاده کرده‌اند، بیشتر است [۱۶].

نقش برجسته و مهم پرستاران در زمینه خودکارآمدی بیماران ایسکمیک قلبی به‌اندازه کافی مدنظر قرار نگرفته است. همچنین در مطالعات پژوهش حاضر، هیچ مطالعه‌ای یافت نشد که در آن ارتباط مکانیسم‌های دفاعی و خودکارآمدی در بیماران ایسکمیک قلبی بررسی شود. با توجه به ضرورت مراقبت از بیماران ایسکمیک قلبی و همچنین اهمیت

1. Sullivan

مراجعه‌کننده به بیمارستان فیض اصفهان در سال ۱۳۹۶ به‌عنوان واحد پژوهش انتخاب شدند. براساس یافته‌ها، ۵۳/۳ درصد آنها مرد و ۷۶ درصد متأهل بودند. ۳۲ درصد نیز تحصیلات زیر دیپلم داشتند. همچنین بیشتر نمونه‌های پژوهش یعنی ۴۶/۶۲ درصد سابقه ابتلا به بیماری قلبی-عروقی زیر ۵ سال داشتند.

به‌منظور بررسی هم‌بستگی متغیرها، در ابتدا ارزیابی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش به کمک آزمون کولموگروف-اسمیرنوف صورت گرفت؛ بنابراین با توجه به توزیع داده‌ها، از ضریب هم‌بستگی پیرسون برای بیان رابطه متغیرها استفاده شد. براساس یافته‌های پژوهش، مکانیسم‌های دفاعی دلیل تراشی، همه‌کار توانی، بدنی‌سازی، شوخ‌طبعی، پیشاپیش‌نگری، دیردوستی کاذب و عقلانی‌سازی، در میان بیماران بیشتر استفاده شده است. همچنین با توجه به میانگین نمرات خودکارآمدی آزمودنی‌ها، ۶ نفر (۴ درصد) از واحدهای مورد پژوهش، خودکارآمدی ضعیف، ۱۱۰ نفر (۷۳/۲۶ درصد) خودکارآمدی متوسط و ۳۴ نفر (۲۲/۷۴ درصد) خودکارآمدی خوبی داشتند. در مجموع باید گفت تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین خودکارآمدی مردان و زنان وجود ندارد. یافته‌ها میزان مکانیسم‌های دفاعی را با میانگین $28/45 \pm 193/07$ و خودکارآمدی آنها را با میانگین $8/07 \pm 39/46$ که بیانگر خودکارآمدی در سطح متوسط است، نشان می‌دهد (جدول ۱ و ۲). ضریب هم‌بستگی پیرسون نشان می‌دهد میان مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته بیماران با خودکارآمدی، هم‌بستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($r=0/20$, $P=0/013$) (جدول ۳).

تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود و نمرات کسب‌شده در ۳ طبقه ۰-۳۳ (ضعیف)، ۳۴-۶۶ (متوسط) و ۶۷-۱۰۰ (خوب) قرار می‌گیرند [۵].

در این مطالعه به روایی پژوهشگران دیگر در مورد پرسشنامه‌ها اکتفا شده است، اما برای پایایی به روش آزمون-بازآزمون و تعیین ضریب آلفای کرونباخ در میان ۲۰ نفر از نمونه‌ها عمل شد که برای پرسشنامه مکانیسم دفاعی ۰/۸۴ و برای خودکارآمدی ۰/۸۲ به دست آمد. به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش، پژوهشگر ضمن دریافت مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و معرفی خود، همچنین تشریح اهداف پژوهش برای بیماران یادآوری کرد که ذکر نام و نام خانوادگی لازم نیست و شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و تأثیری بر روند درمان آنها ندارد. همچنین بیان شد که افراد برای شرکت در پژوهش مختارند و هر زمان بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. بر این اساس، ۱۷۰ پرسشنامه توزیع شد که از میان آنها ۲۰ پرسشنامه به‌دلیل کامل نبودن از مطالعه حذف شد و در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها روی ۱۵۰ پرسشنامه با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ (SPSS Inc., Chicago, USA)، آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون‌های آماری t مستقل، one way anova و ضریب هم‌بستگی پیرسون) صورت گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۵۰ بیمار ایسکمیک قلبی بستری یا

جدول شماره ۱. شاخص‌های آماری متغیر مکانیسم‌های دفاعی بیماران ایسکمیک

سبک‌های دفاعی	مکانیسم دفاعی	مرد		زن		کل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
دلیل تراشی		۱۱/۶۱	۴/۳۷	۱۱/۷۷	۳/۴۳	۱۱/۶۸	۳/۹۵
فراکنی		۸/۵۷	۳/۸۱	۸/۷۵	۳/۸۳	۸/۶۶	۳/۸۱
انکار		۹/۶۵	۴/۴	۸/۶۷	۳/۸۵	۹/۱۹	۴/۱۷
همه‌کار توانی		۱۰/۴۸	۴/۲۸	۱۰/۱۸	۴/۳۳	۱۰/۳۴	۴/۲۹
نارزنده‌سازی		۹/۸۷	۴/۰۸	۹/۷۸	۳/۴۵	۹/۸۳	۳/۷۹
رشدنیافته		۹/۶۷	۴/۷۵	۹/۴۴	۴/۱۷	۹/۵۶	۴/۴۷
		۱۰/۹۸	۴/۳۴	۱۰/۹	۴/۴۵	۱۰/۹۴	۴/۳۸
		۸/۸۱	۵/۱۹	۸/۷۷	۴/۸	۸/۷۹	۴/۹۹
		۸/۸	۴/۳۵	۸/۱۲	۳/۹۶	۸/۴۸	۴/۱۸
		۸/۹۶	۳/۵۸	۹/۸۲	۳/۷۹	۹/۳۶	۳/۷
		۷/۳	۴/۲۷	۸/۲۵	۴/۱۴	۷/۷۴	۴/۲۳
		۸/۴۲	۳/۸۱	۷/۶۷	۳/۵۷	۸/۰۷	۳/۷

سبک‌های دفاعی	مکانیسم دفاعی	مرد		زن		کل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
فرونشانی		۸/۵۶	۴/۲۱	۹/۲	۴/۰۷	۸/۸۶
رشد یافته	والایش	۹/۳۸	۴/۲۹	۹/۶۱	۴/۱۹	۹/۴۹
۴۰/۱۲ ± ۹/۶۵	شوخی طبیعی	۱۰/۵۳	۴/۲۳	۹/۶۴	۴/۱۲	۱۰/۱۲
	پیشاپیش‌نگری	۱۲/۷۱	۳/۷۶	۱۲/۱	۳/۶	۱۲/۴۲
	دیگردوستی کاذب	۱۱/۲۱	۴/۰۵	۱۰/۷۴	۴/۱۶	۱۰/۹۹
روان آزرده	تشکل واکنشی	۸/۲۳	۴/۲۹	۹/۶۸	۴/۵۹	۸/۹۱
۴۰/۲۵ ± ۹/۷۷	عقلانی‌سازی	۱۰/۸۳	۴/۷۱	۹/۹۸	۴/۴۶	۱۰/۴۴
	ابطال	۱۰/۰۸	۴/۵۰	۹/۷	۴/۲۶	۹/۹۰

جدول شماره ۲. شاخص‌های آماری متغیر خودکارآمدی بیماران ایسکمیک

گروه	مرد	زن	کل	
			تعداد	درصد
خودکارآمدی	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ضعیف (۰-۲۱)	۳	۳/۷۵	۳	۴/۲۸
متوسط (۲۲-۴۳)	۵۶	۷۰	۵۴	۷۷/۱۱
خوب (۴۴-۶۴)	۲۱	۲۶/۲۵	۱۳	۱۸/۵۶
کل در گروه	۸۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰
میانگین کل	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	۳۹/۸۸	۷/۱۶	۳۸/۹۸	۹/۰۳

جدول شماره ۳. هم‌بستگی مکانیسم‌های دفاعی و خودکارآمدی بیماران ایسکمیک

خودکارآمدی						متغیرها
مرد		زن		کل		
P-value	R	P-value	R	P-value	R	
۰/۰۱۳	۰/۲۰	۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۰۴	۰/۲۳	مکانیسم دفاعی رشدیافته
۰/۵۲	-۰/۰۵۲	۰/۳۵	-۰/۱۱	۰/۹۱	۰/۰۱۲	مکانیسم دفاعی رشدنیافته
۰/۷۶	-۰/۰۲۵	۰/۹۶	-۰/۰۰۶	۰/۶۸	-۰/۰۴۷	مکانیسم دفاعی روان آزرده

سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵
 T به معنای ضریب هم‌بستگی پیرسون است.

بحث

است که برخی از آنها با مطالعه حاضر مطابقت دارند و برخی دیگر ناهم‌سو هستند. نتایج مطالعات Sahrakhil و همکاران نشان داد میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی بیماران قلبی $13/26 \pm 38/15$ است؛ یعنی در سطح متوسط قرار دارد که کاملاً هم‌سو و هم‌سطح با مطالعه حاضر است [۲۴]. در مطالعه Hoseinzadeh و همکاران مانند مطالعه حاضر، بیشتر بیماران، خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی رفتار تغذیه‌ای مطلوب داشتند، اما برخلاف مطالعه حاضر در مورد خودکارآمدی جسمانی فقط ۲۸ درصد بیماران در حد مطلوب بودند [۲۵]. مطالعه Jalilian و همکاران نیز در این مورد با مطالعه حاضر هم‌سوئی دارد که در آن مطالعه نیز بیشتر بیماران، خودکارآمدی عمومی متوسطی در برابر بیماری و مشکلات ناشی از آن داشتند [۲۶]. برخلاف مطالعات فوق، در پژوهش Ranjbaran و همکاران، خودکارآمدی بیماران برای انواع رفتارهای افزایش‌دهنده کیفیت خواب پایین بود [۲۷]. در این باره، پژوهش Walker و همکاران نشان می‌دهد خودکارآمدی عمومی بیشتر بیماران تحت مطالعه وی مطلوب بوده است [۲۸]. از دیدگاه پژوهشگر، عوامل گوناگونی مانند جامعه و محیط متفاوتی که مطالعه در آن صورت گرفته است، مکانیسم و نوع بیماری که پیامدهای متفاوت دارد، ابزار مورد استفاده و حتی حجم نمونه می‌تواند توجیه‌کننده تفاوت‌ها باشد، اما پایین بودن میزان خودکارآمدی بیماران در بیشتر مطالعات، نشان‌دهنده توجه ناکافی به این مقوله مهم به‌ویژه از سوی پرستاران است. بدین منظور این امر نیازمند بررسی بیشتر و تعیین راه‌های ارتقای آن است. در مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌داری میان خودکارآمدی، مکانیسم دفاعی رشدنیافته و مکانیسم دفاعی روان‌آورنده مشاهده نشد، اما در مورد خودکارآمدی و مکانیسم دفاعی رشدنیافته، رابطه میان دو متغیر تأیید شد؛ به‌گونه‌ای که با افزایش مکانیسم دفاعی رشدنیافته، خودکارآمدی بیمار افزایش می‌یابد.

Kang و همکاران در پژوهش خود دریافتند که عوامل روان‌شناختی بیشتر از دانش‌شناختی در پیش‌بینی خودکارآمدی این بیماران مؤثر است و حتی این یافته را اساس یک تئوری در مداخلات پرستاری مطرح کردند که این امر می‌تواند در ارتقای خودکارآمدی بیماران مؤثر باشد [۲۹]. براساس مطالعه Shafiei و Babaei با افزایش خلق، خودکارآمدی در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر افزایش می‌یابد [۳۰]. درمان‌های روان‌شناختی و مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته می‌تواند خودکارآمدی بیماران را افزایش دهد [۳۱]. شوخ‌طبعی بالا مکانیسمی دفاعی است که به فرد کمک می‌کند اشتیاق بیشتری برای فعالیت‌های اجتماعی داشته باشد. همچنین سبب شکل‌گیری تعاملات اجتماعی و تقویت آن در طول زمان می‌شود [۳۲].

باید توجه داشت که مطالعات زیادی در مورد مکانیسم‌های دفاعی و خودکارآمدی بیماران ایسکمیک قلبی صورت نگرفته است. براساس جست‌وجوی پژوهشگران نیز پژوهشی که دقیقاً ارتباط میان متغیرهای مذکور را بررسی کند یافت نشد؛ بنابراین پژوهش حاضر می‌تواند اساس توجه بیشتر به این مقوله و مطالعات بیشتر باشد. خودکارآمدی پدیده‌ای مثبت

در پژوهش حاضر، رابطه مکانیسم‌های دفاعی و خودکارآمدی بیماران ایسکمیک بیمارستان فیض اصفهان در سال ۱۳۹۶ بررسی شد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد در میان تمام بیماران، مکانیسم‌های دفاعی دلیل‌تراشی، همه‌کاروانی، بدنی‌سازی، شوخ‌طبعی، پیشاپیش‌نگری، دیردوستی کاذب و عقلمانی‌سازی بیشتر استفاده شده است. در مطالعه حاضر، بیشترین سبک دفاعی به‌کاررفته سبک دفاعی رشدنیافته بود و پس از آن به‌ترتیب مکانیسم روان‌آورنده و رشدنیافته قرار داشتند. براساس مطالعه Basharat و همکاران (۲۰۱۲) مکانیسم‌های رشدنیافته، دفاع بیشتر افراد مبتلا به افسردگی؛ مکانیسم‌های روان‌آورنده، دفاع بیشتر افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و مکانیسم‌های رشدنیافته، دفاع بیشتر افراد عادی بود. مقایسه سبک‌های دفاعی بیماران و افراد عادی، احتمال تأثیرگذاری دفاع ناکارآمد روان‌آورنده و رشدنیافته را بر شکل‌گیری یا تداوم افسردگی و اختلال‌های اضطرابی تأیید می‌کند [۱۲]. نوع مطالعه، بیماران بررسی‌شده، زمان و مکان و جامعه پژوهش از مهم‌ترین تفاوت‌های دو مطالعه است. براساس مطالعه Khodamoradi و همکاران، میانگین مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته و روان‌آورنده در گروه مبتلا به سرطان سینه به‌طور معنی‌داری بیشتر از جامعه غیر بالینی است و در مقابل میانگین مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته در جامعه غیربالینی بیشتر از افراد مبتلا به سرطانی سینه است [۱۹]. مکانیسم و نوع بیماری در دو گروه کاملاً متفاوت است. در مطالعه حاضر انواع مکانیسم‌های دفاعی و رابطه‌سنجی آنها تعیین شده است؛ درحالی‌که مطالعه بررسی‌شده مقایسه‌ای است. از سوی دیگر، جامعه و محیط پژوهش کاملاً متفاوت است و بیماران سرطانی با بیماران قلبی تفاوت دارند. در مطالعه Kachuei و همکاران میزان استفاده از مکانیسم‌های رشدنیافته و روان‌آورنده در افراد سالم و افسرده بیشتر از مکانیسم‌های رشدنیافته است [۳۰]. براساس پژوهش Soltani و همکاران استفاده از مکانیسم دفاعی رشدنیافته میان افراد تحت درمان با همودیالیز و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، اما استفاده از سبک‌های دفاعی روان‌آورنده در افراد تحت درمان با همودیالیز رایج‌تر است [۳۱]. Nowak و همکاران با مطالعه بیماران دیالیزی اعلام کردند که آنها بیشتر از مکانیسم دفاعی انکار استفاده می‌کنند [۳۲]. نتیجه مطالعه Stepanchuk و همکاران درباره بیماران مبتلا به لوسمی در روسیه نشان می‌دهد که آنها بیشتر به‌صورت ترکیبی از مکانیسم‌های انکار، اجتناب و فرار استفاده می‌کنند [۳۳]. طبعاً مکانیسم، آثار، عوارض و زندگی‌کردن با بیماری‌های کلیوی و تحت دیالیز، همچنین لوسمی، با بیماری‌های ایسکمیک قلبی بسیار متفاوت است و نمی‌توان شرایط را یکسان دانست، اما مکانیسم انکار در بیماران مطالعه حاضر زیاد کاربرد زیادی ندارد.

میانگین و انحراف معیار میزان خودکارآمدی واحدهای مورد پژوهش $8/07 \pm 39/46$ است و در سطح متوسط قرار دارد. مطالعات متعددی درباره بیماران متفاوتی انجام شده

آموزش و مشاوره به آنان هستند، باید به نکات مثبت و توانایی‌های بیماران، همچنین میزان خودکارآمدی آنها توجه کنند و بیماران را در دستیابی به زندگی باکیفیت‌تر و کنترل و بهبودی زودتر یاری نمایند.

سپاسگزاری

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری با کد اخلاق ۲۳۸۱۰۴۰۱۸۶۱۰۰۱ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) است که در بیمارستان فیض اصفهان انجام شد؛ از این‌رو از بخش تحصیلات تکمیلی دانشگاه و همکاری صمیمانه ریاست و مدیریت محترم بیمارستان، به‌ویژه رئیس و سرپرستار بخش‌های ویژه و بیماران ایسکمیک قلبی که بدون همکاری آنها این پژوهش ممکن نبود نهایت سپاسگزاری را ابراز می‌داریم.

تعارض در منافع

در میان نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

و ثابت‌شده در ارتقای کیفیت زندگی، احساس استقلال، افزایش تبعیت از درمان و کاهش عوارض بیماری است که توجه به این مقوله و حفظ و ارتقای آن در پرستاری بسیار مهم است [۸، ۱۰] که این امر تنها با شناسایی عوامل مؤثر بر آن و عوامل پیش‌بینی‌کننده آن به دست می‌آید؛ از این‌رو این امر باید در پرستاری به‌صورت ویژه مدنظر قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

براساس پژوهش حاضر، استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته با میزان خودکارآمدی بیماران ایسکمیک قلبی رابطه معنی‌دار و مثبتی دارد؛ یعنی با افزایش استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته، میزان خودکارآمدی آنان ارتقا می‌یابد. تحلیل نتایج نشان می‌دهد با تقویت بیماران ایسکمیک قلبی و آموزش به آنان در مورد مباحث روان‌شناختی و مکانیسم‌های دفاعی، همچنین توجه و تقویت خودکارآمدی آنان می‌توان گامی مهم برای کمک به آنان برداشت. پرستاران یعنی نیروهای درمانی که بیشترین زمان را بر بالین بیمار حضور دارند و پس از ترخیص عهده‌دار

References

- Mohammadian-Hafshejani A, Baradaran H, Sarrafzadegan N, AsadiLari M, Roohani Rassaf M, Bakhsi A, Roohafza H, Chemi S, Bahonar A, Mohammadian M, Moghaddam A. Secular trend changes in mean age of morbidity and mortality from an acute myocardial infarction during a 10-year period of time in Isfahan and Najaf Abad. *Journal of Shahrekord Uuniversity of Medical Sciences*. 2013;14.
- Shahsavari S, Nazari F, Karimyar Jahromi M, Sadeghi M. Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in Jahrom hospitals in 2012-2013. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013 Sep 15;2(2):14-21.
- Shariatifar F, Moeini M, Kheirabadi G. The effect of a supportive program based on family psychosocial needs on care burden Family carers of patients with ischemic heart disease hospitalized in the domestic ward Shahid Chamran Hospital, Isfahan University of Medical Sciences. *Quarterly Journal of Psychology and Educational Sciences*. 2017;3(1):1-8.
- Momeni T, Musarezaie A, Moeini M, Naji Esfahani H. The effect of spiritual care program on ischemic heart disease patients, anxiety, hospitalized in CCU: a clinical trial. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2013;6:554-64.
- Boroumand S, Shahriari M, Abbasi Jebeli M, Baghersad Z, Baradaranfard F, Ahmadpoori F. Determine the level of self-efficacy and its related factors in patients with ischemic heart disease: A descriptive correlational study. *IJNR*. 2015;9(4):61-9.
- Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-efficacy beliefs of adolescents*. 2006 Feb 1;5(1):307-37.
- Masoudi R, Soleimany MA, Moghadasi J, Qorbani M, Mehralian HA, Bahrami N. Effect of progressive muscle relaxation program on self-efficacy and quality of life in caregivers of patients with multiple sclerosis. *JQUMS*. 2011;15(2).
- Akbari Oe. Effect of Continuous Care Model on the Self-Efficacy of Patients with Myocardial Infarction in Controlling Disease Complications. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2015;3(4):194-85.
- Babaei S, Boroumand S. Relationship between lifestyle and cardiac self efficacy among people with heart failure. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2017;5(4):36-44.
- Shafiei Z, Babaei S. Relationship between Mood and Self-Efficacy in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Hospitalized in Isfahan Chamran Hospital Nursing journal of the Vulnerable. 2016;3(6):48-61.
- Asgharkhah E, Shareh H. Effectiveness of group metacognitive therapy in self-efficacy and defense styles in women with multiple sclerosis. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017 Jul;19(4):330-40.
- Basharat M. Mediating role of defense mechanisms in relation between attachment and emotional attachment styles. *Journal of Applied Psychology*. 2012;6(1):7-22.
- Porcerelli JH, Cramer P, Porcerelli DJ, Arterbery

- VE. Defense mechanisms and utilization in cancer patients undergoing radiation therapy: A pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*. 2017 Jun 1;205(6):466-70.
14. Bahadorikhosroshahi J, Khanjani Z. Relationship of Humor and Negative Life Events with Depression among Students. *Zahedan J Res Med Sci* 2012;14(2):96-100.
 15. Zareinezhad Z, Pourhossein R, Rahiminezhad A. The role of mediator of defensive styles in the relationship between my level of development and marital satisfaction. *Journal of Psychological Sciences*. 2017;16(61):6-18.
 16. Aliakbaridehkordi M, Salehi S, Rezaei A. The comparison of the relationship between irrational beliefs and defense styles among cardiac patients and ordinary people. *Scientific Journal Management System*. 2013;2(6):18-32.
 17. Hulley SB, Cummings SR, Newman TB, Browner WS, Grady DG. Designing cross-sectional and cohort studies. *Designing clinical research*. 2013;85.
 18. Kachooei M, Ashtiani AF, Allahyari A. Relationship of personality characteristics and defense styles with eating disorder in University students. *Know Res Appl Psychol*. 2012;13:84-93.
 19. Khodamoradi S, Basharat M, Hemmati A. Comparison of defensive styles in patients with breast cancer with non-clinical group. *Journal of Lorstan university of medical sciences*. 2013;15(3):76-86.
 20. Kachuei M, Parsa V, Soeizi R. Comparative study of defensive styles and personality traits in non-depressed and depressed patients referring to treatment centers affiliated to the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. *Journal of Islamic Azad University*. 2014;24(3):182-8.
 21. Soltani Te. Comparison of psychological hardness and style of defense mechanisms in hemodialysis patients and healthy subjects. *Journal of Applied Psychology*. 2014;8(1):87-100.
 22. Nowak Z, Wańkiewicz Z, Laudanski K. Denial defense mechanism in dialyzed patients. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2015;21:1798.
 23. Stepanchuk E, Zhirkov A, Yakovleva A. The coping strategies, psychological defense mechanisms and emotional response to the disease in Russian patients with chronic leukemia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013 Oct 10;86:248-55.
 24. Sahrakhil Le. The relationship between health literacy and Self-efficacy of cardiovascular patients in selected hospitals in Qazvin. *Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences*; 2015.
 25. Hoseinzadeh Te. Study of Self-efficacy in Patients with Coronary Artery Disease and Its Predictors. *Qom Univ Med Sci J* 2013;7(2):41-8.
 26. Jalilian M, Mostafavi F, Sharifirad G. Association between self-efficacy, perceived social support and quality of life in patients with cardiovascular diseases: A cross-sectional study. *J Health Syst Res*. 2013;9(5):531-9.
 27. Ranjbaran S, Dehdari T, Mahmoodi Majdabadi M, Sadeghniaat-Haghighi K. The survey of sleep self-efficacy and perceived social support status in patients with poor sleep quality after coronary artery bypass surgery. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2014 Dec 15;21(126):33-42.
 28. LauWalker M. Relationship between illness representation and self-efficacy. *Journal of advanced nursing*. 2004;48(3):216-25.
 29. Kang Y, Yang IS. Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *Journal of clinical nursing*. 2013 Sep;22(17-18):2465-73.