

شناسایی موانع درونی در پذیرش تغییرات رفتاری پایدار در بیماران قلبی: یک مطالعه کیفی مبتنی بر تحلیل مضمون

تاریخ ارسال: ۴ آبان ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۸ آذر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲ دی ۱۴۰۳

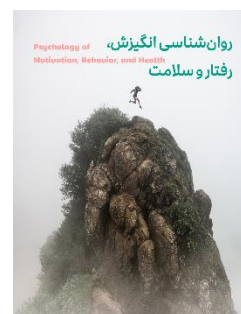
تاریخ چاپ: ۱۳ دی ۱۴۰۳

۱. سعید احمدپور: گروه علوم تربیتی، دانشگاه قم، قم، ایران

۲. الهام عباسی*: گروه روان‌شناسی مثبت‌گرا، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۳. رضا غلامی: گروه مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: e33.abbasi@gmail.com



چکیده

هدف از این پژوهش، شناسایی موانع درونی مؤثر بر پذیرش و تداوم تغییرات رفتاری پایدار در بیماران قلبی بود. این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۲۳ بیمار قلبی ساکن تهران گردآوری شد که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت و با استفاده از نرم‌افزار NVivo مورد تحلیل قرار گرفتند. اعتبار یافته‌ها از طریق معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا تضمین شد. تحلیل داده‌ها منجر به استخراج سه مقوله اصلی شامل: باورها و نگرش‌های محدودکننده، موانع هیجانی و روانی، و مشکلات هویتی و خودآگاهی شد. در مجموع ۱۸ زیرمقوله از مصاحبه‌ها استخراج گردید که به مؤلفه‌هایی نظیر احساس ناتوانی، باور به بی‌فایده بودن تغییر، اضطراب مزمن، احساس گناه، و عدم پذیرش هویت بیمار بودن اشاره داشتند. این موانع درونی نقش مهمی در مقاومت بیماران نسبت به اصلاح سبک زندگی داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که پذیرش تغییرات رفتاری پایدار در بیماران قلبی تنها وابسته به اطلاعات پزشکی نیست، بلکه به شدت تحت تأثیر موانع روان‌شناختی، هیجانی و هویتی قرار دارد. طراحی مداخلات روانی-اجتماعی مبتنی بر اصلاح باورها، حمایت هیجانی، و بازسازی هویت بیماران می‌تواند در ارتقای تبعیت رفتاری آنان مؤثر باشد.

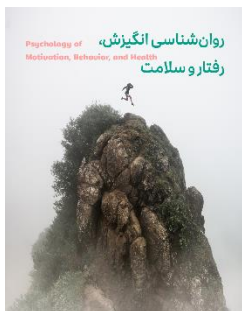
کلیدواژه‌گان: بیماری قلبی، تغییر رفتار، موانع درونی، تحلیل مضمون، مطالعه کیفی

شیوه استناددهی: احمدپور، سعید، عباسی، الهام، و غلامی، رضا. (۱۴۰۳). شناسایی موانع درونی در پذیرش تغییرات رفتاری پایدار در بیماران قلبی: یک مطالعه کیفی مبتنی بر تحلیل مضمون. روانشناسی انگیزش، رفتار و سلامت، ۲(۴)، ۱-۸.



۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Identifying Internal Barriers to Adopting Sustainable Behavioral Changes in Cardiac Patients: A Qualitative Thematic Analysis



1. Saeed Ahmadpour: Department of Educational Sciences, University of Qom, Qom, Iran
2. Elham Abbasi*: Department of Positive Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran
3. Reza Gholami: Department of Family Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: e33.abbasi@gmail.com

Submit Date: 25 October 2024

Revise Date: 28 November 2024

Accept Date: 22 December 2024

Publish Date: 3 January 2025

Abstract

This study aimed to identify internal barriers to adopting and maintaining sustainable behavioral changes in patients with cardiovascular disease. This qualitative study employed thematic analysis. Data were collected through semi-structured interviews with 23 cardiac patients in Tehran, selected via purposive sampling. Interviews continued until theoretical saturation was reached. Data were analyzed using NVivo software, and trustworthiness was ensured through Lincoln and Guba's four criteria. The analysis revealed three major themes: limiting beliefs and attitudes, emotional and psychological barriers, and identity and self-perception issues. A total of 18 subthemes emerged, including feelings of helplessness, belief in the futility of change, chronic anxiety, guilt, and non-acceptance of the patient identity. These internal factors significantly contributed to patients' resistance toward lifestyle changes. The findings suggest that sustainable behavioral change in cardiac patients is influenced not only by medical knowledge but also by deep-rooted psychological, emotional, and identity-related barriers. Psychosocial interventions targeting belief modification, emotional support, and identity reconstruction may enhance patients' adherence to healthy behaviors.

Keywords: Cardiac disease, behavior change, internal barriers, thematic analysis, qualitative research

How to cite: Ahmadpour, S., Abbasi, E., & Gholami, R. (2024). Identifying Internal Barriers to Adopting Sustainable Behavioral Changes in Cardiac Patients: A Qualitative Thematic Analysis. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 2(4), 1-8.



© 2024 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

بیماری‌های قلبی-عروقی همچنان یکی از مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر و ناتوانی در سراسر جهان محسوب می‌شوند و پیشگیری ثانویه و کنترل این بیماری‌ها به‌ویژه از طریق تغییرات رفتاری نظیر ترک سیگار، اصلاح رژیم غذایی، فعالیت بدنی منظم و مدیریت استرس از اهمیت بالایی برخوردار است (World Health Organization, 2021). با وجود شواهد علمی فراوان در مورد تأثیر مثبت تغییرات سبک زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و پیش‌آگهی بیماران قلبی، بسیاری از بیماران در اجرای پایدار این تغییرات با چالش‌های جدی مواجه‌اند (Clark et al., 2022). به نظر می‌رسد بخشی از این چالش‌ها نه در بعد بیرونی، بلکه در سطح درونی و روان‌شناختی افراد نهفته باشد؛ جایی که باورها، هیجانات، نگرش‌ها، هویت فردی و انگیزش‌های درونی نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند.

تغییر رفتار، فرآیندی پیچیده و چندلایه است که به‌ویژه در بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی، نیازمند تعهد طولانی‌مدت، آگاهی، انگیزش و توان روانی فرد است (Michie et al., 2011). بسیاری از مداخلات بالینی تمرکز خود را بر آموزش و توانمندسازی بیرونی گذاشته‌اند، در حالی که پژوهش‌ها نشان می‌دهند موانع روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، ناتوانی در مدیریت استرس، و باورهای ناسازگار نقش اساسی در عدم پایبندی بیماران به برنامه‌های مراقبتی و اصلاح سبک زندگی دارند (Kemp et al., 2018). این موانع می‌توانند موجب شکل‌گیری نوعی مقاومت روانی در برابر تغییر شده و حتی علیرغم آگاهی بیمار از ضرورت تغییر، از اقدام عملی او جلوگیری کنند.

از منظر نظری، مدل‌های متعددی برای درک تغییر رفتار مطرح شده‌اند. مدل مراحل تغییر پروچاسکا و دی کلمنته (Transtheoretical Model) بیان می‌دارد که افراد در مسیر تغییر رفتاری، مراحلی چون پیش‌تأمل، تأمل، آمادگی، عمل و حفظ را تجربه می‌کنند و در هر مرحله با موانع و نیازهای خاصی روبه‌رو هستند (Prochaska & Velicer, 1997). در مرحله پیش‌تأمل، فرد ممکن است اصلاً نیاز به تغییر را نپذیرد یا دلیلی برای آن نبیند. در مرحله تأمل، گرچه فرد به اهمیت تغییر پی برده، اما تردید و دوگانگی ذهنی مانع اقدام می‌شود. این مراحل به‌ویژه در بیماران قلبی، می‌تواند تحت تأثیر متغیرهایی چون درک از خود، هیجانات سرکوب‌شده، تجارب پیشین و باورهای فرهنگی باشد (Guo et al., 2020).

علاوه بر آن، نظریه «هویت سلامتی» (Health Identity Theory) اشاره می‌کند که برداشت افراد از خود به‌عنوان بیمار یا فرد سالم، در تعیین رفتارهای مراقبتی و تغییرات رفتاری نقش محوری دارد. چنانچه فرد پذیرش درونی از نقش «بیمار بودن» نداشته باشد، ممکن است حتی در برابر توصیه‌های درمانی نیز مقاومت کند (Charmaz, 1995). در چنین شرایطی، اصلاح سبک زندگی می‌تواند تهدیدی برای تصویر ذهنی فرد از خود تلقی شود و مقاومت روانی ایجاد کند. این مسئله در مطالعات کیفی نیز دیده شده است؛ به‌طور مثال، در مطالعه‌ای روی بیماران دیابتی، عدم پذیرش هویت بیمار بودن موجب اجتناب از رفتارهای مراقبتی مؤثر شد (Kokanovic et al., 2014).

از سوی دیگر، هیجانات منفی کنترل‌نشده نیز از دیگر عوامل درونی مؤثر در شکست تغییر رفتار محسوب می‌شوند. اضطراب درباره آینده بیماری، افسردگی ناشی از محدودیت‌های جسمی، و احساس گناه از گذشته می‌تواند توان روانی بیماران را برای پایبندی به توصیه‌های درمانی کاهش دهند (Tulloch et al., 2006). این حالت‌های هیجانی، گاه به‌صورت مقاومت پنهان در برابر تغییر رفتار نمود پیدا می‌کنند. به‌عنوان نمونه، بیمار ممکن است آگاهانه با اصلاح رژیم غذایی مخالفت نکند، اما در عمل به دلیل ترس، شرم یا اضطراب، نتواند رفتار جدید را پایدار کند (Luszczynska & Schwarzer, 2005).

یکی دیگر از جنبه‌های مهم در بررسی موانع درونی، نقش باورها و نگرش‌های نهادینه‌شده است. باور به سرنوشت‌گرایی، کاهش اهمیت سبک زندگی، بدبینی به توصیه‌های پزشکی، و مقایسه‌های منفی با دیگران، از جمله سازه‌هایی هستند که در فرهنگ ایرانی نیز به اشکال مختلف بازتولید

می‌شوند (Shojaei et al., 2021). به‌طور مثال، برخی بیماران باور دارند که «بیماری قلبی ارثی است و کاری از دست کسی بر نمی‌آید» یا «اگر قرار باشد سگته کنم، چه رعایت کنم چه نکنم، اتفاق می‌افتد». این نوع نگاه‌های جبرگرایانه می‌تواند انگیزش درونی را به‌شدت تضعیف کند. با توجه به همه این عوامل، به نظر می‌رسد بررسی عمیق و کیفی موانع درونی در مسیر پذیرش تغییر رفتار در بیماران قلبی، ضرورتی انکارناپذیر دارد. اگرچه مطالعات کمی متعددی به شناسایی عوامل جمعیت‌شناختی یا بالینی مؤثر در تبعیت بیماران پرداخته‌اند، اما درک ماهیت درونی موانع، نیازمند رویکردی کیفی، پدیدارشناسانه یا تحلیل مضمون است که بتواند به لایه‌های پنهان تجربه زیسته بیماران دست یابد (Tong et al., 2007). بر همین اساس، مطالعه حاضر با رویکردی کیفی و با بهره‌گیری از روش تحلیل مضمون، به دنبال شناسایی و توصیف موانع درونی مؤثر بر پذیرش تغییرات رفتاری پایدار در بیماران قلبی است. تمرکز اصلی این پژوهش بر مفاهیمی همچون نگرش‌های بازدارنده، هیجانات منفی، تعارضات هویتی و برداشت‌های فرهنگی نادرست است که به‌عنوان موانع روان‌شناختی درونی، مانع از تحقق رفتارهای سالم می‌شوند. هدف نهایی این پژوهش، فراهم ساختن زمینه‌ای برای طراحی مداخلات روانی-اجتماعی و آموزش‌های هدفمند است که بتوانند از سطح عمیق‌تری با مقاومت‌های درونی بیماران مواجهه شوند.

روش‌شناسی

این پژوهش با رویکرد کیفی و با بهره‌گیری از روش تحلیل مضمون (Thematic Analysis) انجام شده است تا موانع درونی مؤثر بر پذیرش تغییرات رفتاری پایدار در بیماران قلبی شناسایی گردد. طراحی مطالعه به صورت کیفی اکتشافی بود که با تمرکز بر تجارب زیسته بیماران تلاش کرد ابعاد عمیق روان‌شناختی و نگرشی آن‌ها را نسبت به تغییر رفتار پایدار درک کند.

جامعه پژوهش شامل بیماران قلبی ساکن تهران بود که سابقه دریافت توصیه‌های تغییر سبک زندگی (مانند رژیم غذایی، ترک سیگار، فعالیت بدنی) را داشتند اما با چالش‌هایی در اجرای پایدار این تغییرات مواجه بودند. با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن تنوع در سن، جنس، وضعیت اقتصادی و شدت بیماری، تعداد ۲۳ نفر از این بیماران برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. ملاک ورود شامل داشتن سابقه حداقل شش ماه از تشخیص بیماری قلبی، توانایی شرکت در مصاحبه، و تمایل آگاهانه برای همکاری در پژوهش بود. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت.

داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شدند. این مصاحبه‌ها به صورت حضوری و در محیط‌های آرام درمانی یا خانگی و با رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان انجام گرفت. سؤالات راهنما به‌گونه‌ای طراحی شده بودند که شرکت‌کنندگان را به بیان آزادانه تجارب، احساسات، تردیدها و موانع ذهنی‌شان در مسیر تغییر رفتار تشویق کند. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود و تمامی مصاحبه‌ها با اجازه کتبی شرکت‌کنندگان ضبط و سپس به‌صورت کامل پیاده‌سازی شدند.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مضمون براون و کلارک استفاده شد. ابتدا داده‌ها به‌صورت کلمه به کلمه رونویسی شدند. سپس پژوهشگران با مطالعه مکرر متن مصاحبه‌ها، کدگذاری اولیه را انجام داده و مفاهیم کلیدی را استخراج کردند. در ادامه، کدهای مشابه در قالب مضامین فرعی و سپس مضامین اصلی دسته‌بندی شدند. به‌منظور افزایش دقت و اعتبار تحلیل، از نرم‌افزار NVivo برای سازماندهی داده‌ها و بررسی همپوشانی کدها استفاده شد. فرایند تحلیل تا زمان رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت، به‌گونه‌ای که اطلاعات جدیدی از مصاحبه‌های پایانی به‌دست نیامد.

برای تأمین اعتبار و قابلیت اعتماد داده‌ها، از چهار معیار پیشنهادی لینکلن و گوبا شامل قابلیت تأیید، انتقال‌پذیری، اتکاپذیری و اعتبار استفاده شد. بازبینی یافته‌ها توسط برخی مشارکت‌کنندگان، هم‌سنجی بین‌کدی توسط پژوهشگران مستقل، و بررسی همخوانی داده‌ها با ادبیات موضوعی از جمله اقدامات اعتبارسنجی بودند. همچنین تلاش شد تا تنوع در تجربه و دیدگاه شرکت‌کنندگان لحاظ گردد تا غنای داده‌ها افزایش یابد.

یافته‌ها

مقوله اول: باورها و نگرش‌های محدودکننده

احساس ناتوانی در کنترل شرایط: بسیاری از مشارکت‌کنندگان احساس می‌کردند که بر شرایط جسمی و رفتاری خود کنترل ندارند و این احساس ناتوانی مانع از اقدام برای تغییر می‌شد. یکی از بیماران گفت: «بدنم دیگه مثل قبل نیست، اصلاً نمی‌تونم خودمو جمع و جور کنم.» دیگری اظهار داشت: «هرچی هم رعایت کنم، آخرش همین میشه، کنترلش از دست من خارجه.»

اعتقاد به بی‌فایده بودن تغییر: برخی بیماران نسبت به اثربخشی تغییر رفتار تردید داشتند. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد: «اگه قرار بود رژیم و ورزش اثر داشته باشه، تا حالا اثر کرده بود.» این باور باعث بی‌حرکی و بی‌انگیزگی برای شروع یا ادامه اصلاح سبک زندگی شده بود.

بدبینی به توصیه‌های پزشکی: بی‌اعتمادی به نظام سلامت و توصیه‌های پزشکان نیز یکی دیگر از موانع بود. فردی در مصاحبه گفت: «پزشکا هر کدوم یه چیز می‌گن، آدم نمی‌فهمه به کی باید گوش کنه.» این بدبینی به‌طور مستقیم در کاهش تبعیت رفتاری مؤثر بود.

مقایسه منفی با دیگران: برخی از مشارکت‌کنندگان با مقایسه خود با دیگران، تغییر رفتار را بی‌معنا می‌دانستند. یکی از بیماران عنوان کرد: «دوست من هم غذاش پرچربه، سیگار هم می‌کشه، ولی اصلاً مریض نیست! پس چرا من باید خودمو اذیت کنم؟»

باورهای غلط درباره بیماری و درمان: برداشت‌های نادرست درباره نقش سبک زندگی در مدیریت بیماری قلبی، مانعی در پذیرش تغییرات بود. برای مثال، یکی از بیماران گفت: «این بیماری ارثیه، ربطی به سبک زندگی نداره.»

باور به سرنوشت‌گرایی: گرایش به سرنوشت‌گرایی و برداشت‌های دینی یا فرهنگی از بیماری نیز مشاهده شد. مشارکت‌کننده‌ای گفت: «هر چی قسمت باشه همونه، اگه قرار باشه بمیرم، رعایت هم فایده نداره.»

تقلیل‌گرایی در نقش سبک زندگی: برخی افراد نقش سبک زندگی در درمان را کم‌اهمیت می‌دانستند. در بیان یکی از مشارکت‌کنندگان آمده است: «دارو مهم‌تره، اینا همش تبلیغه که تغذیه رو بزرگ می‌کنن.»

مقوله دوم: موانع هیجانی و روانی

اضطراب مزمن و نگرانی درباره آینده: نگرانی مداوم نسبت به آینده و احتمال عود بیماری، بسیاری از مشارکت‌کنندگان را به سمت بی‌ثباتی هیجانی سوق داده بود. یکی از آنان گفت: «هر روز فکر می‌کنم نکنه دوباره سخته کنم، حتی خوابم نمی‌بره.»

احساس شرم یا گناه از گذشته: برخی بیماران دچار احساس گناه بابت بی‌توجهی‌های گذشته بودند که موجب احساس ناکامی در شروع دوباره شده بود. یکی اظهار داشت: «اگه زودتر مراقب بودم، شاید الان این جور نمی‌شدم.»

افسردگی و بی‌انگیزگی: حالت‌های افسردگی، از قبیل بی‌حوصلگی و ناامیدی، بارها در گفته‌های بیماران تکرار شد. یکی از آن‌ها گفت: «هیچ انرژی برای شروع ندارم، انگار هیچ چیز مهم نیست دیگه.»

ناتوانی در مدیریت احساسات: بیماران بسیاری به تأثیر احساسات منفی در رفتارهای ناسالم اشاره کردند. برای مثال، یکی گفت: «وقتی عصبانی می‌شم، می‌رم سراغ چیزای مضر، نمی‌تونم جلوی خودمو بگیرم.»

مقاومت روانی در برابر تغییر: مقاومت ناخودآگاه در برابر تغییر، حتی در مواجهه با ضرورت آن، گزارش شد. یکی از بیماران اذعان کرد: «اصلاً دلم نمی‌خواد کسی برام تعیین تکلیف کنه که چی بخورم یا نخورم.»

احساس بی‌پناهی و تنهایی: نبود حمایت اجتماعی و عاطفی، انگیزه تغییر را تضعیف کرده بود. یک نفر توضیح داد: «احساس می‌کنم کسی پشتم نیست، همه‌چیز رو تنهایی باید تحمل کنم.»

مقوله سوم: مشکلات هویتی و خوددراکی

درک ناکارآمد از خود به‌عنوان بیمار: بسیاری از شرکت‌کنندگان پذیرش روانی بیماری را تجربه نکرده بودند. یکی از آن‌ها گفت: «نمی‌تونم باور کنم مریضم، هنوزم فکر می‌کنم مثل قبلم.»

کاهش اعتماد به نفس در پی بیماری: بیماری موجب کاهش خودباوری در برخی بیماران شده بود. یکی اظهار داشت: «دیگه اون آدم قبلی نیستم، فکر می‌کنم از کار افتاده‌ام.»

گسست میان هویت قبلی و شرایط فعلی: تضاد میان گذشته فعال و حال محدود، موجب احساس از خودبیگانگی شده بود. یکی از بیماران گفت: «قبلاً فعال بودم، همه کار می‌کردم، الان نمی‌دونم کی‌ام.»

تضاد میان خواسته‌ها و باید‌ها: تعارض میان خواسته‌های شخصی و توصیه‌های درمانی نیز عامل مقاومت رفتاری بود. مشارکت‌کننده‌ای عنوان کرد: «دلم شیرینی می‌خواد، ولی می‌دونم نباید بخورم. این تضاد آدمو دیوونه می‌کنه.»

تعریف ناکامل از مفهوم مراقبت از خود: برداشت سطحی از مفهوم خودمراقبتی مانع اجرای آن شده بود. برای نمونه: «فکر می‌کردم فقط دارو خوردنه، نمی‌دونستم ورزش و روحیه هم مهمه.»

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش سه مقوله اصلی را به‌عنوان موانع درونی مؤثر در پذیرش و تداوم تغییرات رفتاری پایدار در بیماران قلبی شناسایی کردند: (۱) باورها و نگرش‌های محدودکننده، (۲) موانع هیجانی و روانی، و (۳) مشکلات هویتی و خوددراکی. این موانع اغلب ماهیتی پنهان، پیچیده و چندوجهی داشتند و در تعامل با زمینه‌های فرهنگی، تجارب زیسته، و شرایط روانی بیماران بروز می‌کردند. در ادامه، هریک از این مقوله‌ها با پژوهش‌های پیشین مقایسه و تفسیر می‌شوند.

یافته‌ها نشان داد که بسیاری از بیماران قلبی در پذیرش اهمیت تغییر رفتار، تردید یا مقاومت دارند و برخی باور دارند که این تغییرات بی‌فایده یا غیرضروری است. این نوع باورها در مطالعات پیشین نیز شناسایی شده‌اند. به‌عنوان مثال، در پژوهش Shojaei و همکاران (۲۰۲۱) مشخص شد که باور به سرنوشت‌گرایی، تضعیف اعتماد به نظام سلامت، و نهادینه‌بودن الگوهای تغذیه ناسالم از جمله موانع فرهنگی مهم در مسیر اصلاح سبک زندگی در بیماران ایرانی هستند. همچنین مطالعه Clark و همکاران (۲۰۲۲) بیان می‌دارد که بدبینی به اثربخشی توصیه‌های پزشکی و مقاومت درونی نسبت به تغییر از مهم‌ترین دلایل عدم پایبندی به رفتارهای سالم در بیماران قلبی است.

یافته‌های پژوهش حاضر با نظریه مراحل تغییر پروچاسکا (Prochaska & Velicer, 1997) نیز همخوانی دارد. بسیاری از مشارکت‌کنندگان هنوز در مرحله «پیش‌تأمل» قرار داشتند و اصلاً تمایلی برای شروع تغییر احساس نمی‌کردند. این نشان می‌دهد که برای این گروه از بیماران، تمرکز مداخلات باید بیشتر بر آگاهی‌بخشی، تصحیح باورها و افزایش آمادگی برای تغییر باشد تا صرفاً آموزش مستقیم سبک زندگی.

یکی از یافته‌های مهم این مطالعه، نقش پررنگ هیجانات منفی در عدم پذیرش تغییرات رفتاری بود. بیمارانی که دچار اضطراب، افسردگی، احساس گناه یا شرم بودند، در اجرای رفتارهای سالم دچار مشکل بودند. این یافته با نتایج مطالعه Kemp و همکاران (۲۰۱۸) مطابقت دارد که نشان داد هیجانات منفی کنترل‌نشده در بیماران قلبی یکی از موانع اصلی در تداوم فعالیت بدنی و رعایت تغذیه سالم است. همچنین، پژوهش Tulloch و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان می‌دهد که ناتوانی در مدیریت استرس می‌تواند منجر به بازگشت به رفتارهای ناسالم مانند پرخوری یا سیگار کشیدن شود.

در مطالعه حاضر، برخی بیماران حتی از مقاومت ناآگاهانه خود نسبت به تغییر صحبت کردند. این پدیده در ادبیات روان‌شناسی با عنوان «مقاومت دفاعی» یا Defensive Resistance شناخته می‌شود، که طبق نظریه Luszczynska و Schwarzer (۲۰۰۵) می‌تواند پاسخی به اضطراب ناشی از پذیرش واقعیت بیماری باشد. بنابراین، تمرکز بر راهبردهای مقابله‌ای و تنظیم هیجانی باید بخشی از برنامه‌های مراقبتی برای بیماران قلبی باشد. مقوله سوم، مربوط به برداشت فرد از خود و هویت وی به عنوان «بیمار» بود. برخی بیماران از پذیرش هویت بیمار بودن خود امتناع می‌کردند یا آن را با کاهش عزت نفس و احساس ناکارآمدی همراه می‌دانستند. یافته‌های این بخش با مطالعات کیفی Charmaz (۱۹۹۵) و Kokanovic و همکاران (۲۰۱۴) همسو است که تأکید دارند پذیرش هویت جدید در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، فرآیندی دردناک و تدریجی است و در بسیاری موارد، مقاومت هویتی می‌تواند به اجتناب از اقدامات درمانی منجر شود.

در پژوهش حاضر، برخی مشارکت‌کنندگان احساس می‌کردند که تغییر رفتار باعث تضاد میان «خواسته‌های طبیعی» و «بایدهای درمانی» می‌شود و این تعارض هویتی آنان را دچار آشفتگی روانی کرده است. چنین تعارض‌هایی اغلب در چارچوب نظریه «نقش اجتماعی بیماری» (Sick Role Theory) نیز بررسی شده‌اند، که طبق آن، بیماران برای انطباق با نقش جدید نیاز به بازتعریف خود دارند (Parsons, 1975). بنابراین، حمایت روانی-اجتماعی برای بازسازی هویت بیماران امری ضروری به نظر می‌رسد.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly*, 36(4), 657–680. <https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1995.tb00459.x>
- Clark, A. M., King-Shier, K., Spaling, M., Duncan, A., Stone, J. A., Jaglal, S., & Angus, J. E. (2022). Factors influencing adherence to cardiovascular disease prevention: A review of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 105(2), 247–256. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.09.016>

- Guo, Y., Logan, H. L., Dodd, V. J., Muller, K. E., Marks, J. G., & Riley, J. L. (2020). Health behavior change in patients with chronic disease: A review of theory and evidence. *Health Education Research*, 35(1), 1–17. <https://doi.org/10.1093/her/cyz029>
- Kemp, S. A., Norris, C. M., & McAlister, F. A. (2018). Understanding the role of psychosocial factors in cardiac rehabilitation: A narrative review. *BMJ Open*, 8(12), e022638. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022638>
- Kokanovic, R., Dowrick, C., Butler, E., Herrman, H., & Gunn, J. (2014). Lay accounts of depression and its treatments in primary care. *Sociology of Health & Illness*, 36(3), 377–393. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12053>
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005). Social cognitive theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (2nd ed., pp. 127–169). Open University Press.
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behavior change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Shojaei, S., Behnamfar, R., & Jafari, A. (2021). Cultural barriers in adherence to lifestyle modifications among Iranian patients with cardiovascular disease. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(3), 241–247. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_158_20
- Tulloch, H., Fortier, M. S., & Hogg, W. (2006). Physical activity counseling in primary care: Who has and who should be counseling? *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 6–20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.10.010>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- World Health Organization. (2021). Cardiovascular diseases (CVDs) fact sheet. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))