

## مدل یابی عوامل روانی-اجتماعی-فرهنگی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های کرونی قلب

\*مائده باقری<sup>۱</sup>، محمدنقی فراهانی<sup>۲</sup>، حمیدرضا حسن آبادی<sup>۳</sup>

۱. کاندیدای دکتری تخصصی روان شناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۲. استاد، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۳. استادیار، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۸/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۲/۳۱)

### The Modeling of psychosocial-cultural factors the quality of life of patients with coronary heart disease

\*Maedeh Bagheri<sup>1</sup>, Mohammad nagh Farahani<sup>2</sup>, Hamid reza Hasanabadi<sup>3</sup>

1. PhD Candidate, Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2. Professor, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor, Kharazmi University, Tehran, Iran.

(Received: Nov. 09, 2018 - Accepted: May. 21, 2019)

Original Article

مقاله پژوهشی

#### Abstract

**Objective:** According to lack of detailed information on the most important factors related to quality of life in patients with coronary heart disease, the aim of this study is the modeling of psycho-social-cultural factors on the quality of life in patients with coronary heart disease. **Methods:** The data were collected using hospital scales of anxiety and depression, type D personality, perceived stress, the Mediterranean diet and socioeconomic status, and short forms of Stress coping schemas and individualism of collectivism and the researcher made perceived quality of life scales. 300 patients with coronary heart disease were selected with available sampling, from the February of 2018 to the May of 2018. Analysis based on path analysis was carried out in LISREL software. **Findings:** Adaptive coping strategies (0.13), self-efficacy (0.028), anxiety and depression (-0.024), type D personality (-0.022), and socioeconomic status (0.014) had the most direct effects, and individualism (0.13) and Mediterranean diet (0.12) had the most indirect effect for predicting quality of life. **Conclusion:** It is suggested that patients be helped for using situational coping strategies, social support, acceptance and active emotional expression, to increase the level of self-efficacy on this group and take interventions properly to reduce their anxiety and depression. Also, be taught properly on the Mediterranean diet.

**Keywords:** path analysis, Psychosocial-Cultural Factors, Coronary Heart Disease.

#### چکیده

مقدمه: با توجه به عدم اطلاعات دقیق در مورد مهم ترین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران کرونری قلب، هدف این مطالعه مدل یابی عوامل روانی-اجتماعی-فرهنگی در کیفیت زندگی بیماران کرونری قلب می باشد. روش: داده ها با مقیاس های بیمارستانی اضطراب و افسردگی، تیپ D شخصیت، استرس ادراک شده، تبعیت از رژیم غذایی مدیترانه ای و وضعیت اجتماعی-اقتصادی و فرم های کوتاه مقیاس های طرحواره های مقابله با استرس و فردگرایی جمع گرایی و کیفیت زندگی ادراک شده محقق ساخته، جمع آوری گردید. ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب، از اسفند ۱۳۹۶ تا اردیبهشت ۱۳۹۷، به صورت در دسترس انتخاب شدند. تحلیل مبتنی بر تحلیل مسیر در نرم افزار لیزرل انجام شد. یافته ها: راهبردهای مقابله ای سازگاران (۰.۱۳)، خودکارآمدی (۰.۰۲۸)، اضطراب و افسردگی (۰.۰۲۴-)، تیپ شخصیت D (۰.۰۲۲-) و وضعیت اجتماعی-اقتصادی (۰.۰۱۴) بیشترین اثر مستقیم و فردگرایی (۰.۱۳) و رژیم غذایی مدیترانه ای (۰.۱۲) بیشترین اثر غیر مستقیم را در پیش بینی کیفیت زندگی داشته اند. نتیجه گیری: پیشنهاد می شود به بیماران کمک شود تا از راهبردهای مقابله موقعیتی، حمایت اجتماعی، پذیرش و ابراز هیجانی فعال استفاده کنند، برای آن که میزان خودکارآمدی این گروه را بالا برده و در مورد کاهش اضطراب و افسردگی آنان، مداخلات لازم صورت گیرد. هم چنین، در مورد سبک تغذیه مدیترانه ای آموزش های لازم داده شود.

واژگان کلیدی: تحلیل مسیر، عوامل روانی-اجتماعی-فرهنگی، بیماری های کرونری قلب.

\*نویسنده مسئول: مائده باقری

\*Corresponding Author: Maedeh Bagheri

Email: Mbagheri66.mb@gmail.com

## مقدمه

کولیک و همکاران، ۲۰۱۶؛ علیپور، رضایی، هاشمی و یوسف پور، ۱۳۹۵)، وضعیت اجتماعی-اقتصادی (ورونسی، تونستال- پدو، فراریو، کی، کولاسما، چامپلس و همکاران ، ۲۰۱۷)، ویژگی های شخصیتی D (بیشاپ، ۲۰۱۵؛ حکم آبادی و همکاران، ۱۳۹۶)، افسردگی و اضطراب (سلدنریجک، وگزانگ، باتلان، وینمن، وان چیک و پینکس ، ۲۰۱۵)، درماندگی آموخته شده (لاگراوو، کیوپر، و بوت ، ۲۰۱۵؛ بوس، کونلی، لاورنس، چالمز، جوینس، بکر و همکاران ، ۲۰۱۵)، خودکارآمدی ادراک شده (مائدا، شن، شوارتز، فارل و مالون، ۲۰۱۳)، راهبردهای مقابله ای (شروود، بلومتال، کوچ، هافمن، واتکینز، اسمیت و همکاران ، ۲۰۱۷)، و ارزش های فرهنگی مثل سازه های فردگرایی و جمع گرایی (لونر، ۲۰۰۷) اشاره کرد.

در بیماران با نشانگر های خطر افزایش یافته روانی-اجتماعی-فرهنگی، پیامدهای وخیم تری مثل کاهش بهزیستی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت گزارش شده است و ممکن است این بیماران، علائم بیشتری از بیماری های قلبی را نیز تجربه کنند (پوگوسووا، سانر، پدرسون، کوپل، مک کری و همکاران، ۲۰۱۵). کیفیت زندگی یکی از مسائل مهم سلامتی به شمار می آید که اندازه گیری آن در بسیاری از پژوهش های سلامتی ضروری است. سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup>، کیفیت زندگی را یک مفهوم با طیف گسترده تعریف کرده که به شیوه ی پیچیده ای تحت تاثیر سلامت جسمانی فرد، وضعیت روانشناختی، سطح استقلال، روابط متقابل

طبق گزارش انجمن قلب آمریکا (۲۰۱۵) پیش بینی شده است که در سال ۲۰۳۰ بیماری های قلبی-عروقی جزو سه علت اصلی مرگ و میر در جهان باشد (مظفریان، بنجامین، آمت، بلاها، گاسمن و همکاران، ۲۰۱۵). در ایران نیز، بیماری های قلبی-عروقی جزو اولین علت اصلی مرگ در سال های اخیر بوده است (شهسواری، ناظری، جهرمی و صادقی، ۲۰۱۳). بیماری های کرونری قلب بیانگر تعدادی از شرایط قلبی می باشد که ناشی از ضایعات آترواسکلروتیک در عروق کرونر است (بنجامین و همکاران، ۲۰۱۵). که با سلامت روان مختل شده و پریشانی روان شناختی بیشتر، مرتبط می باشند (مومرستگ، آرتس، زیجلسترا، ویدرشوون، آرنولدتس و دنولت، ۲۰۱۷).

گرچه مدل های زیستی در رابطه با بیماری های کرونری قلب، به خوبی توانسته اند عوامل خطر ساز زیستی را شناسایی کنند، اما مهم ترین عمده ترین نقص این مدل ها این است که بیماری های قلبی را تک علتی (صرفاً جسمانی) در نظر می گیرند، در حالی که امروزه، بسیاری از پژوهش ها، این بیماری ها را چند عاملی در نظر گرفته اند و به نقش عوامل خطر ساز و محافظت کننده ی روانی-اجتماعی- فرهنگی در بروز و پیشگیری و پیش آگهی از بیماری های قلبی تاکید فراوان داشته اند (بیشاپ ، ۲۰۱۵؛ باوت، سافورد و گلسر ، ۲۰۱۵؛ آلگوالاندر ، ۲۰۱۶). از مهم ترین عوامل روانی-اجتماعی-فرهنگی می توان به سبک زندگی (رژیم غذایی، استعمال سیگار، میزان فعالیت جسمانی و وزن نسبی) (کولهانووا، منویل، هافمن، ایکمو،

به بیماری های کرونری قلب، نقش ایفا می کنند، لذا هدف این مطالعه مدل یابی عوامل روانی-اجتماعی-فرهنگی در کیفیت زندگی مرتبط با بیماری های کرونری قلب در جمعیت بزرگسال ایرانی می باشد که در نهایت بتوانیم بیماری های کرونری قلب را بر اساس کیفیت زندگی بیمار ارزیابی کرد.

### روش

این پژوهش با استفاده از مدل یابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) انجام شد. با توجه به تعداد متغیرهای مورد بررسی، از جامعه هدف با روش در دسترس، تعداد افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب با استفاده از فرمول ۱ به ۱۰ (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۱۳) نمونه برداری شدند. با توجه به ۲۷ پارامتر موجود در مدل پیشنهاد شده، تعداد ۳۰۰ نفر، از بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب مراجعه کننده به مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران، از اول اسفند ۱۳۹۶ تا آخر فروردین ۱۳۹۷ انتخاب شدند. جمع آوری داده ها، توسط فرد پژوهشگر، پس از توضیح در مورد هدف پژوهش، اخذ رضایت نامه آگاهانه و کسب اجازه از بیمارانی که توسط متخصص بیماری های قلب، به عنوان بیمار مبتلا به بیماری های کرونری قلب تشخیص داده شدند، صورت گرفت. در ابتدا از طریق مصاحبه ی بالینی و بر اساس ملاک های DSM V معیار های ورود مانند عدم ابتلا به اختلال های سایکوتیک و از طریق سوالات باز پاسخ، سایر ملاک های ورود بررسی شد و سپس، پرسشنامه های پژوهش که با کمک اساتید راهنما و مشاور، به صورت یکپارچه شده تنظیم شده است،

اجتماعی و روابط آن ها با محیط پیرامون می باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۲) و به طور وسیعی، اثر کلی بیماری بر زندگی شخص را ارزیابی می کند (برن، گراهام، رز و سیمونز، ۲۰۱۲). بیماران مبتلا به حمله قلبی، سطوح بالایی از پریشانی هیجانی، عملکردی و جسمانی را تجربه می کنند که تاثیر به سزایی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی آن ها دارد. در پژوهش های مختلف، تایید شده است که هم افرادی که در معرض ابتلا به بیماری های قلبی بوده اند و هم افرادی که مبتلا به بیماری های قلبی بوده اند، به نسبت افراد سالم، کیفیت زندگی پایین تری نشان دادند (آبو، آلبریچ، دینگ، آلیسون، سالمونراگو و همکاران، ۲۰۱۸؛ بوناکیو، دی کاستلنو، دوپله، کوتسوا، پرسپیلو و همکاران، ۲۰۱۸). از طرفی دیگر گزارش شده است که کاهش تدریجی در کیفیت زندگی، با افزایش تعداد وجود عوامل خطر ساز بیماری های قلبی همراه بوده است (دی اسملت، کلیز، آنمانز، دوپله، کوتسوا و همکاران، ۲۰۱۳؛ ایسا، موهگ، ریمل، گریستل، لنزل و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین بررسی آن ضروری به نظر می رسد. با این وجود هنوز در مورد مهم ترین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی مرتبط با بیماری های کرونری قلب از میان کلیه عوامل مرتبط، و سهم هر کدام و نحوه ی ارتباط این عوامل با هم، طی بررسی های انجام شده در سایت های Science direct, Pubmed, Google scholar از سال ۲۰۰۷ تاکنون، و در پژوهش های مختلف، اطلاعات دقیقی در دسترس نمی باشد. با توجه به این فرض که نه تنها عوامل خطر ساز زیستی، بلکه عوامل روانی-اجتماعی-فرهنگی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا

برای غربالگری تدوین شده است (زیگموند و اسنیت، ۱۹۸۳). هماهنگی درونی مقیاس در نمونه های ایرانی، برای زیر مقیاس افسردگی و اضطراب به ترتیب آلفای ۰.۷۰ و ۰.۸۵ به دست آمده است (کاوایی، سیفوریان، شریفی و ابراهیم خانی، ۲۰۰۹). مقیاس تیپ D شخصیت دنولت (۲۰۰۵): از این مقیاس برای سنجش ویژگی های شخصیتی عاطفه مندی منفی و بازداری اجتماعی استفاده شد (دنولت، ۲۰۰۵). همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ و خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ می باشد (دنولت، ۲۰۰۵). در نمونه ی ایرانی ضریب آلفای ۰/۷۷ برای خرده مقیاس عاطفه منفی و ۰/۶۹ برای خرده مقیاس بازداری اجتماعی و ۰/۷۹ برای کل مقیاس توسط ذوالجناحی (۲۰۰۵) گزارش شده است (ذوالجناحی، ۲۰۰۵).

مقیاس استرس ادراک شدی کوهن (۱۹۸۳): برای ارزیابی خودکارآمدی ادراک شده و درماندگی ادراک شده از آن استفاده شد (کوهن، کامارک و مرمستین، ۱۹۸۳). مقادیر ضرایب همسانی درونی نسخه ی فارسی برای خودکارآمدی ادراک شده، درماندگی ادراک شده به ترتیب برابر با ۰.۸۰، ۰.۶۰ به دست آمده است (شکری، ۲۰۱۴). پرسشنامه ی طرحواره های مقابله با استرس: این پرسشنامه شامل هشت خرده مقیاس است که عبارتند از: طرحواره های موقعیتی، بازسازی خود، ابراز هیجانی فعال، انفعال هیجانی، معنایابی، پذیرش، مذهبی، حمایت اجتماعی و کاهش تنش. یافته های مرتبط با همسانی درونی این پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های اول تا نهم به ترتیب معادل ۰.۸۸، ۰.۸۵، ۰.۹۲، ۰.۸۷، ۰.۸۵، ۰.۷۷،

به بیماران به صورت فردی داده شد تا در همان لحظه در مطب پاسخ داده شوند. ابزار جمع آوری داده ها در بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بررسی برخی عوامل مرتبط با سبک زندگی خطرناک مثل استعمال سیگار، میزان پیاده روی بیش از ۳۰ دقیقه در روز، شاخص توده بدنی و در بخش دوم شامل اطلاعات مربوط به سایر متغیرهای اصلی پژوهش بوده است.

معیار ورود: تمایل به شرکت در مطالعه، افراد مبتلا به کلیه انواع بیماری های کرونری قلب (مرد و زن) سنین ۳۰ تا ۶۵ سال، گذشت زمان حده اقل سه ماه از زمان ابتلا به بیماری های کرونری قلب، عدم ابتلا به سایر بیماری های جسمانی مزمن و اختلال های روان پزشکی سایکوتیک. عدم ابتلا به بیماری های کرونری قلب بیش از یک مرتبه، عدم ابتلا به سایر بیماری های قلبی-عروقی. معیار خروج: عدم تمایل به ادامه ی فرایند مصاحبه به هر دلیلی، عدم تکمیل کامل سوالات پرسشنامه.

از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ برای توصیف نمونه و متغیرهای مورد مطالعه استفاده شده است. پس از بررسی و رعایت پیش فرض ها، تحلیل ها مبتنی بر مدل معادلات ساختاری<sup>۱</sup> در نرم افزار LISREL انجام شد که در آن تخمین پارامترها بر اساس برآورد بیشینه درست نمایی انجام پذیرفت.

مقیاس ها و پرسشنامه هایی که مبنای کار قرار گرفتند عبارتند از:

مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی: اولین بار توسط زیگموند و اسنیت<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) به عنوان ابزاری

1- Structural Equation Modeling

2 - Zigmond and Snaith

آلفای کرونباخ) برای این ۵ عامل بین ۰.۷۳ تا ۰.۷۸. به دست آمده است (شولروف، آلسی، چیوشینا، فریا، هاتی و همکاران، ۲۰۱۱). ضریب همسانی درونی برای نمونه های ایرانی بین ۰.۸۳ تا ۰.۹۱ به دست آمده است (شکیبا، بهرامی و کاوه، ۲۰۱۱). در این پژوهش، به دلیل طولانی بودن گویه ها، از هر ۵ عامل مقیاس فردگرایی و جمع گرایی اوکلند، گویه هایی که بیشترین بار عاملی را در پژوهش های قبلی کسب کرده بودند، انتخاب شده اند که در نهایت تعداد گویه های این مقیاس به ۱۳ عدد کاهش یافت.

وضعیت اجتماعی-اقتصادی: از پرسشنامه ی گرمارودی و مرادی (۱۳۸۹) استفاده شد که متغیرهای تسهیلات و اوقات فراغت ( $\alpha$ ; ۰.۷۱)، مشخصات سرپرست و همسر سرپرست خانوار ( $\alpha$ ; ۰.۶۷)، مسکن ( $\alpha$ ; ۰.۶۶)، و هزینه ها و درآمد ( $\alpha$ ; ۰.۳۴)، در نمونه های ایرانی، دارای بالاترین پایایی بودند. و آلفای کلی حیطه های پرسشنامه ۰.۶۰ گزارش شده است (گرمارودی و مرادی، ۱۳۸۹). برای ارزیابی کیفیت زندگی از فرم کوتاه ۳ سوالی محقق ساخته بر اساس پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۳)، استفاده شد. این پرسشنامه ۳ حیطه وسیع را اندازه گیری می کند، که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان شناختی و سلامت کلی. آیتم های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه ای از ۱ (اصلاً) تا ۵ (به شدت) ارزیابی می شود. در صورتی که فرد در هر مورد دارای مشکل باشد نمره پایین و در صورتی که عاری از مشکل باشد نمره بالا را به آن مقیاس اختصاص می دهد. این ابزار به این دلیل

۰.۹۸، ۰.۷۲، ۰.۸۷ گزارش شده است ( وونگ، رکر و پیکاک، ۲۰۰۶)، اما در جمعیت ایرانی فقط ۶ خرده طرحواره های موقعیتی، ابراز هیجانی فعال، انفعال هیجانی، حمایت اجتماعی، پذیرش، مذهبی توانسته اند واریانس طرحواره مقابله با استرس را تبیین کنند و مقدار آلفا به ترتیب ۰.۸۰، ۰.۶۸، ۰.۸۳، ۰.۷۲، ۰.۸۴، ۰.۶۵ محاسبه شده است و آلفای کرونباخ کل سوالات برابر ۰.۸۵ به دست آمده است که نشان دهنده سطوح بالای همسانی درونی برای زیر مقیاس های آن است (فراهانی و خانی پور، ۱۳۹۵). در این پژوهش، به دلیل طولانی بودن گویه ها، از هر ۶ خرده طرحواره گویه هایی که بیشترین بار عاملی را در پژوهش های قبلی کسب کرده بودند، انتخاب شده اند که در نهایت تعداد گویه های این مقیاس به ۱۲ عدد کاهش یافت. در نهایت در تحلیلی عاملی انجام شده، فقط یک عامل پذیرفته شد که به عنوان راهبردهای مقابله ای سازگارانه در نظر گرفته شده است. جهت بررسی همسانی درونی پرسشنامه، از مقدار آلفای کرونباخ استفاده کرده ایم که بین ۰.۵۵ تا ۰.۸۲ بوده است که نشان از همسانی درونی مناسب ابزار اندازه گیری است.

مقیاس فردگرایی جمع گرایی اوکلند: این مقیاس، را شولروف و همکاران (۲۰۱۱)، تدوین کردند. مقیاس فردگرایی / جمع گرایی اوکلند، ۵ عامل را تشکیل می داد. ۲ عامل مربوط به جمع گرایی شامل نصیحت پذیری از دیگران، هماهنگی با گروه و خانواده و ۳ عامل مربوط به فردگرایی شامل رقابت جویی، نیاز به منحصر به فرد بودن و سبک زندگی مسؤولیت پذیر بودند که ضرایب پایایی

### یافته‌ها

سن بیشتر بیماران (۴۳ درصد)، بین ۶۰ تا ۶۵ سال و کمترین (۱۸.۷ درصد)، در سنین ۳۰ تا ۵۰ سال قرار داشته اند. ۶۰.۳ درصد مرد و ۳۹.۷ درصد زن بوده اند. تحصیلات بیشتر بیماران (۴۰.۳ درصد)، در دوره متوسطه و کمترین (۶.۷ درصد)، سطوح مربوط به تحصیلات ارشد به بالا بوده است. بیشتر بیماران (۳۴ درصد) بازنشسته و کمترین فراوانی (۸.۷ درصد) مربوط به افراد با شغل کشاورزی و دامداری بوده است.

۲۰.۳ درصد بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب، در حال حاضر سیگار مصرف می کردند و ۷۶.۷ درصد از بیماران در حال حاضر سیگار مصرف نمی کردند و ۳ درصد هم ترک کرده بودند. هم چنین بیشتر افراد نمونه (۵۴ درصد)، مبتلا به اضافه وزن بودند و فقط ۰.۳ درصد دچار کمبود وزن بوده اند و ۸۸ درصد بیماران، روزانه کم تر از ۳۰ دقیقه، پیاده روی می کردند.

انتخاب شده است که ارزیابی جامعی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامت فرد در ۳ محور ارائه می دهد. در این پژوهش، در مورد تحلیل توزیع آیتم در مقیاس کیفیت زندگی، نمودار توزیع فراوانی سوالات، نشاندهنده ی توزیع نرمال در هر سه سوال بوده است. جهت بررسی همسانی درونی پرسشنامه، از مقدار آلفای کرونباخ استفاده کرده ایم که ۰.۷۸ بوده است که نشان از همسانی درونی مناسب ابزار اندازه گیری است.

پرسشنامه ی تبعیت از رژیم غذایی: از پرسشنامه ی کوتاه مصرف مواد غذایی استفاده شد. این پرسشنامه، شامل ۹ سوال است که یک تخمین کمی از میزان تبعیت فرد از رژیم غذایی مدیترانه ای را می سنجد. (مارتینز-گونزالس، فرناندز-جارنه، سراندو-مارتینز، رایت و گومز گراسیا، ۲۰۰۴). در این پژوهش، جهت بررسی همسانی درونی پرسشنامه، از مقدار آلفای کرونباخ استفاده کرده ایم که بین ۰.۵۴ تا ۰.۸۴ بوده است که نشان از همسانی درونی مناسب ابزار اندازه گیری است.

جدول ۱. ویژگی های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	
۱.۴۵	۵.۰۲	۹	۱	رژیم غذایی مدیترانه ای
۰.۷۲	۲.۹	۵	۱	کیفیت زندگی
۰.۶۹	۳.۶	۵	۱	طرحواره های مقابله ای
۴.۳۹	۱۶.۴۷	۲۴	۲	درماندگی آموخته شده
۳.۱	۹.۳۲	۱۶	۲	خودکارآمدی
۴.۷۲	۱۴.۵۹	۲۴	۰	بازداری اجتماعی
۴.۵۶	۱۶	۲۴	۰	هیجان پذیری منفی
۷.۳۸	۲۲.۶۲	۴۰	۲	اضطراب و افسردگی
۶.۳۵	۱۹.۹۲	۴۰	۱۰	وضعیت اجتماعی-اقتصادی
۰.۸۲	۳.۱۱	۶	۱.۲۰	فردگرایی
۰.۹۱	۴.۵۷	۶	۱.۲۵	جمع گرایی

(۹.۳۲)، بازداری اجتماعی (۱۴.۵۹)، هیجان پذیری منفی (۱۶)، اضطراب و افسردگی (۲۲.۶۲)، وضعیت اجتماعی-اقتصادی (۱۹.۹۲) و مقیاس های و فردگرایی (۳.۱۱) و جمع گرایی (۴.۵۷) به دست آمده است.

ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد پژوهش در جدول ۲ آمده است.

داده های توصیفی (کمترین مقدار، بیشترین مقدار، میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۱ توضیح داده شده است. همان طور که در جدول ۱ نشان داده شده است میانگین متغیرهای تبعیت از رژیم غذایی مدیترانه ای (۵.۰۲)، کیفیت زندگی ادراک شده (۲.۹)، طرحواره های مقابله با استرس (۳.۶)، درماندگی آموخته شده (۱۶.۴۷)، خودکارآمدی

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
رژیم غذایی مدیترانه ای	۱										
کیفیت زندگی	.137*	۱									
طرحواره های مقابله ای	.269**	.200**	۱								
درماندگی آموخته شده	-.108	-.338**	-.086	۱							
خودکارآمدی	-.178**	-.329**	-.135*	.545**	۱						
بازداری اجتماعی	-.113	-.155**	-.178**	.226**	.285**	۱					
هیجان پذیری منفی	-.120*	-.387**	-.111	.508**	.337**	.390**	۱				
اضطراب و افسردگی	-.131*	-.435**	-.140*	.423**	.346**	.328**	.559**	۱			
وضعیت اجتماعی-اقتصادی	.048	.209**	.049	-.169**	-.178**	-.045	-.106	-.133*	۱		
فردگرایی	.042	.053	.171**	.037	.012	-.011	-.003	-.092	.070	۱	
جمع گرایی	.037	-.055	.143*	.003	.003	.052	.066	-.043	.125*	.063	۱

\* همبستگی در سطح ۰.۰۵ معنادار است. \*\* همبستگی در سطح ۰.۰۱ معنادار است.

شده ( $r = -.338^{**}$ )، خودکارآمدی ( $r = -.329^{**}$ )، زیر مقیاس بازداری اجتماعی ( $r = -.155^{**}$ ) و هیجان پذیری منفی ( $r = -.387^{**}$ ) (تیپ شخصیتی D)، اضطراب و افسردگی ( $r = -.435^{**}$ )، و وضعیت اجتماعی-اقتصادی ( $r = .209^{**}$ ) رابطه معنادار داشته است.

همانطور که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است، کیفیت زندگی با همه ی متغیرها به جز فردگرایی ( $r = .053$ ) و جمع گرایی ( $r = -.055$ ) رابطه معنادار داشته است. به عبارتی دیگر کیفیت زندگی با متغیرهای رژیم غذایی مدیترانه ای ( $r = .137^{*}$ )، طرحواره های مقابله با استرس ( $r = .200^{**}$ )، درماندگی آموخته

برای تعیین برازندگی و اعتبار مدل های طراحی شده، ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب<sup>۴</sup> (RMSEA): ۰.۰۷۳ و شاخص برازندگی تطبیقی (CFI): ۰.۸۹ و شاخص نیکویی برازش<sup>۵</sup> (GFI): ۰.۸۹ و شاخص نیکویی اصلاح شده<sup>۶</sup> (AGFI): ۰.۸۲ و شاخص برازش هنجار شده<sup>۷</sup> (NFI): ۰.۸۵ و شاخص تاکر- لوئیس<sup>۸</sup> (NNFI/TLI): ۰.۶۷ به دست آمد.

**اصلاح و برازش مجدد مدل:** در ادامه مبتنی بر پیشنهادهای اصلاحی مدل، ۴ مسیر به کیفیت زندگی اضافه شد و مدل دوباره برازش یافت. بر این اساس، علاوه بر مسیرهای معنی دار اشاره شده؛ مسیرهای خودکارآمدی، تیپ شخصیتی D، اضطراب و افسردگی و وضعیت اقتصادی- اجتماعی به کیفیت زندگی معنی دار به دست آمدند (نمودار ۱).

برای ارزیابی مدل اصلاح شده، از مجذور کای استفاده کردیم. با ۶۶ درجه آزادی، مجذور کای = ۱۰۱.۷۶ به دست آمد که معنادار ( $p < 0.05$ ) بوده است، بنابراین مدل نهایی نسبت به داده ها برازش لازم را پیدا کرد و ارزیابی ادامه می یابد.

برای این مدل اصلاح شده، شاخص های ارزیابی مدل به صورت زیر به دست آمدند. برای تعیین برازندگی و اعتبار مدل های طراحی شده، ریشه میانگین توان دوم خطای

جهت اطمینان از صحت نتایج آماری بدست آمده و اظهار نظر در مورد جامعه آماری، پیش فرض ها مورد بررسی قرار گرفت. شاخص کفایت نمونه گیری<sup>۱</sup> داده های جمع آوری شده این پرسشنامه برابر ۰/۷۹۵ است که مورد قبول می باشد. آزمون کرویت بارتلر رد شد و کرویت برای داده های پرسشنامه برقرار است. با توجه به این که پژوهش گر، بیشتر پرسشنامه ها را برای هر فرد خوانده، هیچ داده گم شده ای وجود نداشت اما تعداد ۱۳ نفر در حین پاسخ گویی به سوالات از ادامه ی کار منصرف شدند و طبق معیار خروج، پرسشنامه ی آن ها از روند مطالعه خارج شد جهت بررسی نرمال بودن، از کشیدگی<sup>۲</sup>، چولگی<sup>۳</sup> و آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شده است که دارای توزیع نرمال می باشد که دلیل دیگری بر استفاده از نرم افزار لیزرل داریم. بر اساس نمودار جعبه ای، داده پرت وجود ندارد.

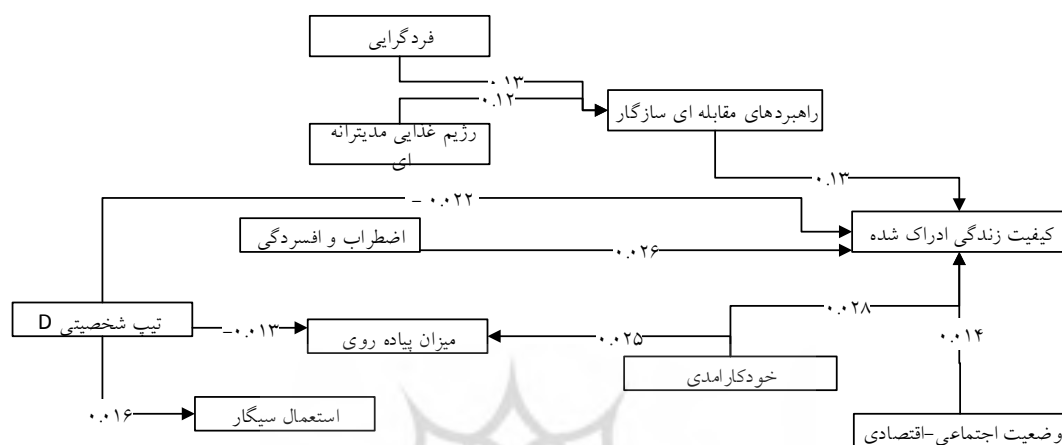
**برازش مدل:** در این مرحله، رژیم غذایی مدیترانه ای و فردگرایی با متغیر راهبردهای مقابله ای و متغیر راهبردهای مقابله ای با متغیر کیفیت زندگی مرتبط شناسایی شدند. برای ارزیابی مدل فرض شده در مقایسه با مدل استقلال از مجذور کای استفاده کردیم. با ۷۴ درجه آزادی، مجذور کای = ۲۰۲.۹۳ به دست آمد که معنادار ( $p < 0.05$ ) بوده است، بنابراین مدل نسبت به مدل استقلال بهبود یافته است.

4. Root Mean Squared Error of Approximation  
5. Goodness of Fit Index  
6. Adjusted Goodness of Fit Index  
7. Normed Fit Index  
8. Tucker-Lewis Index

1 - KMO  
2 - Kurtosis  
3 - Skewness



تقریب<sup>۱</sup> (RMSEA): ۰.۰۴۳ و شاخص برازندگی تطبیقی (CFI): ۰.۹۷ و شاخص نیکویی برازش<sup>۲</sup> (GFI): ۰.۹۷ و شاخص نیکویی برازش اصلاح شده<sup>۳</sup> (AGFI): ۰.۸۹ و شاخص برازش هنجار شده<sup>۴</sup> (NFI): ۰.۹۳ و شاخص تاکر- لوئیس<sup>۵</sup> (NNFI/TLI): ۰.۸۹ به دست آمد.



نمودار ۱. تحلیل مسیر مربوط به ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب

سازگاران در پیش بینی کیفیت زندگی این گروه از بیماران، ایفا کرده است. اما درماندگی آموخته شده و سایر عوامل مرتبط با سبک زندگی مانند استعمال سیگار، میزان پیاده روی در طول روز و میزان فعالیت جسمانی نتوانسته اند کیفیت زندگی ادراک شده را در بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب به طور معناداری پیش بینی کنند.

#### نتیجه گیری و بحث

نتایج این پژوهش نشان داده است که کیفیت زندگی تحت تاثیر متغیرهای مختلفی است که

نتایج تحلیل مسیر مربوط به نمونه های این پژوهش نشان داده است که راهبردهای مقابله ای سازگاران (۰.۱۳)، خودکارآمدی (۰.۰۲۸)، اضطراب و افسردگی (۰.۰۲۶)، تیپ شخصیتی D (۰.۰۲۲) و وضعیت اجتماعی-اقتصادی (۰.۰۱۴) به ترتیب، بیشترین اثرات مستقیم و معنی داری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب داشته اند، در حالی که عوامل فرهنگی (فردگرایی) (۰.۱۳) و عوامل مرتبط با سبک زندگی (رژیم غذایی مدیترانه ای) (۰.۱۲) به ترتیب، بیشترین نقش را به صورت غیر مستقیم و از طریق به کارگیری راهبردهای مقابله ای

3. Adjusted Goodness of Fit Index  
4. Normed Fit Index  
5. Tucker-Lewis Index

1. Root Mean Squared Error of Approximation  
2. Goodness of Fit Index

به کارگیری راهبردهای مقابله ای سازگارانه با کاهش تنش و اضطراب همراه خواهد بود (لانر، ۲۰۰۷). در این پژوهش، ارزش های فردگرایی و افزایش رعایت رژیم غذایی مدیترانه ای به طور معناداری با افزایش به کارگیری راهبردهای مقابله ای سازگارانه در بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب همراه بوده است. که در سطور بعدی شرح داده خواهد شد.

دومین متغیری که بیشترین نقش را در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب ایفا کرده است، خودکارآمدی ادراک شده بوده است. خودکارآمدی، به حس کنترل فرد بر محیط و رفتارش وابسته است و جزو عوامل شناختی است که تعیین می کند که آیا رفتار می تواند تغییرات لازم را ایجاد کند؟ چه میزان تلاش لازم است؟ چقدر می توان در مقابله با موانع و شکست ها مقاومت کرد؟ (شوارزر و لوزینسکا، ۲۰۰۷). خودکارآمدی پایین می تواند در نابود کردن انگیزه، کم کردن آرزوها، تداخل در عملکرد شناختی و در نهایت تاثیر نامطلوب بر سلامت جسمی نقش داشته باشد (بندورا، ۲۰۱۲). وقتی افراد با خودکارآمدی ادراک شده بالا با موقعیت های استرس آور مواجه می شوند، واکنش به استرس کمتر تر است. طوری که خودتردیدی در مقابله ی کارآمد باعث افزایش قابل ملاحظه در ادراک استرس و فعالیت های فیزیولوژیکی می شود. اما پس از آن که خودکارآمدی ادراک شده ی مقابله زیاد بشود، مقابله با وظایف پیش تر تهدید کننده، دیگر باعث ایجاد فعالیت های متفاوت فیزیولوژیکی نمی شود و هم چنین خودکارآمدی ادراک شده در اعمال کنترل عوامل استرس آور، سیستم پاداش درونی را راه اندازی می کند (بندورا، ۲۰۱۲).

به صورت مستقیم و غیر مستقیم نقش ایفا می کند. از میان مهم ترین عوامل روانی-اجتماعی مشخص شده، راهبردهای مقابله ای سازگارانه، خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی، تیپ شخصیتی D و وضعیت اجتماعی-اقتصادی به ترتیب، بیشترین اثرات مستقیم و معنی داری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب داشته اند در حالی که عوامل فرهنگی (فردگرایی) و عوامل مرتبط با سبک زندگی (رژیم غذایی مدیترانه ای) به ترتیب، بیشترین نقش را به صورت غیر مستقیم و از طریق به کارگیری راهبردهای مقابله ای سازگارانه در پیش بینی کیفیت زندگی این گروه از بیماران، ایفا کرده است. علاوه بر این، نتایج مدل یابی معادلات ساختاری، نشان داده است که درماندگی آموخته شده و سایر عوامل مرتبط با سبک زندگی (مثل استعمال سیگار، میزان پیاده روی و شاخص توده ی بدنی) در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب، نقش معناداری نداشته اند. به کارگیری راهبردهای مقابله ای سازگارانه، بیشترین نقش مستقیم را در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب داشته است. راهبردهای مقابله ای سازگارانه ارزیابی شده در این پژوهش، شامل گویه هایی با محتوای راهبردهای مقابله موقعیتی، مقابله از طریق حمایت اجتماعی، پذیرش و ابراز هیجانی فعال بوده است. اگر فرد در این گویه ها، نمره بالا به دست بیاورد، یعنی از راهبردهای مقابله ای سازگارانه استفاده کرده است. منطقی است که اگر بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب از راهبردهای مقابله ای سازگارانه استفاده کنند، کیفیت زندگی مطلوب تری را ادراک خواهند کرد، چرا که

بیماری های کرونری قلب جلوگیری کند (لیچمن، فرونیچر، بلومتال، کارنی و همکاران، ۲۰۱۴).

پس از متغیرهای توضیح داده شده، یکی دیگر از متغیر های پیش بینی کننده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب، تیپ شخصیتی D بوده است که از تعامل دو ویژگی شخصیتی ثابت و کلی تعریف می شود: عاطفه مندی منفی (تمایل به تجربه ی هیجانات منفی در طول زمان و موقعیت ها) و بازداری اجتماعی، (تمایل به بازداری از خود ابرازی در تعاملات است که هیجان های خود را در تعاملات اجتماعی بازداری می کنند). افراد با این تیپ شخصیتی، ممکن است در ظاهر ساکت و آرام به نظر آیند اما هنگام قرار گرفتن در موقعیت های گروهی، احساس تنش و ناامنی می کنند (دنولت، ۲۰۰۵). به عبارتی دیگر، افراد دارای این ریخت شخصیتی مستعد نگرانی، تنش، احساس ناراحتی، نگاه تیره منفی به زندگی هستند. به سادگی عصبانی شده و در کل به میزان کمتر احساسات مثبت را تجربه می کنند، در عین حال که به سادگی دچار احساسات منفی می شوند. به دلیل ترس از طرد یا ترس از بی ارزش شدن از بیان هیجانات خویش از تعامل با افراد دیگر خودداری می کنند و احساسات خویش را در درون خود نگه می دارند. به طور کلی این افراد پیوندهای بین فردی کمتری با دیگران برقرار کرده و هنگام بودن با غریبه ها احساس ناراحتی می کنند (دنولت، ۲۰۰۵). ترکیبی از خصوصیات بازداری اجتماعی و تمایل به تجربه هیجانات منفی باعث اثرات مخرب بر سلامتی و کیفیت زندگی ادراک شده ی افراد می شوند (واندومبرگ، ۲۰۱۷).

وضعیت روانی- اجتماعی (میزان تحصیلات،

اضطراب و افسردگی، سومین متغیری است که بیشترین نقش مستقیم را پس از به کارگیری راهبردهای مقابله ای سازگارانه و خودکارآمدی در پیش بینی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب ایفا کرده است. در پژوهش های گذشته تایید شده است که بیماران مبتلا به حمله قلبی، سطوح بالایی از پریشانی هیجانی مثل اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند که تاثیر به سزایی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی آن ها دارد (آگولوپولو، فوتوس، چاتسنسترافو، گیاکومداکیس و همکاران، ۲۰۱۷؛ آبو، آلبریچ، دینگ، آلیسون، سالمونزاگو و همکاران، ۲۰۱۸؛ ون کانل، هاری، چمید، سانر و برگ، ۲۰۱۱). به نظر می رسد خصوصیات عاطفی افسردگی مثل عدم کسب لذت<sup>۱</sup> (فقدان علاقه یا لذت) اثر سمی خاصی بر قلب داشته باشد (دیویدسون، برگ، کرونیس، شیمبو و همکاران، ۲۰۱۰؛ دامن، ورستگ، بورسما، سرویز و همکاران، ۲۰۱۳). به عقیده برخی از پژوهشگران، این گونه بیماران تمایلی به ادامه برنامه های نوتوانی نداشته و اغلب از نظر اجتماعی منزوی هستند و در مورد رعایت رژیم غذایی و دارویی و نیز ترک سیگار تحمل کمی از خود نشان می دهند و همچنین توصیه های فعالیتهای ورزشی را به کار نمی بندند. افسردگی در بیماران قلبی نه تنها می تواند سبب به تاخیر افتادن دوران بهبودی گردد بلکه می تواند سبب عود و بازگشت مجدد بیماری و کاهش کیفیت زندگی بیماران و نیز اطرافیان شود و درمان افسردگی پس از حمله قلبی می تواند از وقوع حمله قلبی مجدد و کاهش کیفیت زندگی ادراک شده در بیماران مبتلا به

1 - anhedonia

(جمع گرایی و فردگرایی) و بیماری های کرونری قلب، مخصوصاً در جمعیت ایرانی بسیار اندک است، اما طبق مدل تعاملی موس<sup>۱</sup> (۲۰۰۲، ۱۹۸۴) (چون، موس و کرونیکی، ۲۰۰۶)، فرهنگ به عنوان یک سطح کلان اجتماعی و سیستم بوم شناختی تصور شده است که فرایند مقابله را بطور کامل تحت تاثیر قرار می دهد. زمینه های فرهنگی می تواند ارزیابی افراد و انتخابشان را از راهبرد های مقابله تحت تاثیر قرار دهد. افراد با گرایش فردگرایی به احتمال بیشتر عوامل استرس زا را به عنوان یک چالش ارزیابی می کنند تا به عنوان یک تهدید، در حالی که افراد با گرایش جمع گرایی به احتمال بیشتر عوامل استرس زا را به عنوان یک تهدید ارزیابی می کنند تا به عنوان یک چالش (چون، موس و کرونیکی، ۲۰۰۶) و شاید به دلیل همین ویژگی هاست که بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب مراجعه کننده به مراکز تخصصی و فوق تخصصی شهر ساری، با گرایش فرد گرایی، کیفیت زندگی ادراک شده بالاتری را گزارش کرده اند.

رژیم غذایی مدیترانه ای شامل ماهی، چربی های اشباع نشده از روغن زیتون، میوه، سبزیجات، غلات سبوس دار<sup>۲</sup>، حبوبات / آجیل<sup>۳</sup>، و مصرف الکل در حد متوسط می باشد و می تواند به کاهش بار بیماری و یا حتی برای پیشگیری از ایجاد بیماری های قلبی-عروقی کمک کند (ویدمر، فلامر، لرممن و لرممن، ۲۰۱۵). انرژی که فرد از طریق رعایت رژیم غذایی سالم به دست می آورد می تواند انتخاب راهبردهای مقابله ای مناسب را در مواقع استرس زا پیش بینی

سطح درآمد و شغل)، آخرین متغیری است که در این پژوهش، اثر مستقیم در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب داشته است. در گذشته نیز نشان داده است که وضعیت اجتماعی اقتصادی، یکی از قوی ترین و اصلی ترین پیش بین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب و حتی مرگ و میر ناشی از آن بوده است (لطفی، امیری، فروزان نیا و فلاح زاده، ۱۳۹۳).

به عبارتی دیگر، میزان تحصیلات پایین و سطح درآمد پایین و شغل های پر استرس، باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب می شود. می توان استدلال کرد که ممکن است به دلیل میزان تحصیلات پایین، افراد از آگاهی و اطلاعات لازم جهت خودمراقبتی پس از ابتلا به بیماری های کرونری قلب، برخوردار نباشند و به دلیل سطح درآمد پایین، نتوانند از تسهیلات و خدمات لازم استفاده کنند و در نهایت باعث شده است که وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین با شیوع بیشتر عوامل خطر ساز بیماری های قلبی-عروقی و کاهش کیفیت زندگی همراه باشد (هاوراک، مجاهدی، بار، بلیر و همکاران، ۲۰۱۵).

بر اساس نتایج این پژوهش، عوامل فرهنگی (فردگرایی) و عوامل مرتبط با سبک زندگی (رژیم غذایی مدیترانه ای) در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب، نقش غیر مستقیم ایفا کرده اند و این دو عامل از طریق به کارگیری راهبردهای مقابله ای سازگاران، کیفیت زندگی را پیش بینی کرده اند که در این میان فردگرایی نقش بیشتری داشته است. پژوهش های انجام شده در زمینه ی رابطه ی ارزش های فرهنگی

1 - Moos transactional model  
2 - whole grains  
3 - legumes/nuts

در مورد نقش برخی مولفه های سبک زندگی مانند استعمال سیگار، میزان پیاده روی در طول روز و وزن نسبی، بررسی توصیفی نشان داده است که بیشتر بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب، در حال حاضر سیگار مصرف نمی کردند هم چنین بیشتر بیماران، مبتلا به اضافه وزن بودند و بیشتر بیماران، روزانه کم تر از ۳۰ دقیقه، پیاده روی می کردند، اما این متغیرها نتوانسته اند کیفیت زندگی این گروه از بیماران را پیش بینی کنند. به نظر می رسد مولفه های سبک زندگی به عنوان عوامل خطر ساز بیشتر به عنوان علت بیماری های قلبی تاثیر گذار باشد (کولهنووا، منویله، هافمن، ایکمن، کولیک و همکاران، ۲۰۱۶)، گرچه نمونه های این مطالعه شامل بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب مراجعه کننده به مراکز درمانی خصوصی و دولتی شهر ساری بوده است، گرچه افراد مراجعه کننده به مرکز فوق تخصصی قلب استان مازندران هم جزو گروه نمونه بوده است اما تعمیم پذیری نتایج این مطالعه به سایر افراد در شهر ها و استان های دیگر باید با احتیاط صورت پذیرد.

به ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلبی، پیشنهاد می شود که به بیماران کمک کنند تا از راهبردهای مقابله ای سازگارانه مثل راهبردهای مقابله موقعیتی، مقابله از طریق حمایت اجتماعی، پذیرش و ابراز هیجانی فعال استفاده کنند، میزان خودکارآمدی این گروه را بالا برده و در مورد کاهش اضطراب و افسردگی آنان، مداخلات لازم صورت گیرد. هم چنین، در مورد سبک تغذیه مدیترانه ای آموزش های لازم داده شود. هم چنین به مسئولین مربوطه پیشنهاد

کند (کوسمارسکی، کوتوگنا، پوهیک، بیدون و همکاران، ۲۰۱۷). شاید با رعایت مولفه های رژیم غذایی مدیترانه ای، بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب احساس بهتری نسبت به وضعیت جسمی خود خواهند داشت و همین احساس خوب می تواند در مواقع استرس زا، به فرد کمک کند تا از راهبردهای مقابله ای سازگارانه استفاده کند.

از طرفی دیگر متغیرهایی مثل درماندگی آموخته شده، استعمال سیگار، میزان پیاده روی در روز و شاخص توده ی بدنی نتوانستند کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر ساری را به طور معناداری پیش بینی کنند.

پژوهش های گذشته، بیشتر بر نقش استرس ادراک شده در ابتلا به بیماری های کرونری قلب توجه کرده اند (هاقستروم، نورلود، استینز، آرمسترون و همکاران، ۲۰۱۸) و نقش آن در پیش بینی کیفیت زندگی این گروه از بیماران کم تر مورد توجه قرار گرفته است. استرس ادراک شده ترکیبی از درماندگی آموخته شده و خودکارآمدی ادراک شده است که در این پژوهش ترجیح داده شد که این دو زیر مقیاس به صورت جداگانه بررسی شود تا بتوان میزان اهمیت هر کدام را بررسی کرد. طبق نتایج این مطالعه، بر خلاف خودکارآمدی ادراک شده، درماندگی آموخته شده نتوانسته به صورت معنادار کیفیت زندگی ادراک شده را در بیماران مبتلا به بیماری های کرونری قلب پیش بینی کند. گرچه در یک پژوهش نشان داده شده است که درماندگی آموخته شده با علایم افسردگی در بیماران مبتلا به حمله ی قلبی مرتبط بوده است (اسمالهر، ولمن و دیتریچ، ۲۰۱۸).

باقری، فراهانی و حسن آبادی: مدل یابی عوامل روانی-اجتماعی-فرهنگی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های...

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه خوارزمی تهران و پرسنل محترم کلینیک تخصصی سارگل و کلینیک فوق تخصصی طبوبی و بیمارستان فوق تخصصی قلب شهر ساری جهت همکاری های لازم برای جمع آوری داده ها، تشکر و قدر دانی می کنم.

می شود که به افزایش وضعیت اجتماعی-اقتصادی این گروه آسیب پذیر توجه ویژه شود.

### سپاسگزاری

این پژوهش، حاصل پایان نامه دکتری تخصصی از دانشگاه خوارزمی تهران می باشد. بدین وسیله از

### منابع

درمانی شناختی متمرکز بر اصلاح سبک زندگی در بهبود علائم حیاتی و بهزیستی روانشناختی بیماران کرونر قلبی. فصلنامه علمی-پژوهشی روان شناسی سلامت، ۲۰ (۵): ۱۳۶-۱۲۵.

گرمارودی، غلامرضا و مرادی، علی. (۱۳۸۹). طراحی ابزار اندازه گیری وضعیت اقتصادی-اجتماعی در شهر تهران. پایش، ۹ (۲): ۱۳۷-۱۴۴.

لطفی محمدحسن، امیری فاطمه، فروزان سیدخلیل، فلاحزاده حسین، شکاری هانیه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه فاکتورهای اجتماعی اقتصادی با بیماری های عروق کرونری در افراد بالای ۲۵ سال در استان یزد: مطالعه مورد-شاهدی. مجله تحقیقات سلامت، ۳ (۳): ۱۶۸-۱۷۶.

حکم آبادی، محمد ابراهیم، بیگدلی، ایمان الله، اسدی، جوانشیر و اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت سنخ *D* و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی: نقش تعدیل کننده حافظه کاری و حافظه آینده نگر. فصلنامه علمی-پژوهشی روان شناسی سلامت، ۲۴ (۶): ۱۶۱-۱۳۸.

فراهانی، محمدنقی و خانی پور، حمید (۱۳۹۵). ساختار عاملی پرسشنامه طرحواره های مقابله با استرس در نمونه ایرانی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۰ (۴): ۹۲-۷۶.

علیپور، احمد، رضایی، اکبر، هاشمی، تورج و یوسف پور، ناهید. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتار

Abu, H. O., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J. J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R. J., & Kiefe, C. I. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research*, 1-21.

Aggelopoulou, Z., Fotos, N. V., Chatziefstratiou, A. A., Giakoumidakis, K., Elefsiniotis, I., & Brokalaki, H. (2017). The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. *Applied Nursing Research*, 34, 52-56.

- Allgulander, C. (2016). Anxiety as a risk factor in cardiovascular disease. *Current opinion in psychiatry*, 29(1), 13-17.
- Bandura, A. (2012). *On the functional properties of perceived self-efficacy revisited*: Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA. 9-44.
- Benjamin, I., Griggs, R. C., Wing, E. J., & Fitz, J. G. (2015). *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine E-Book*: Elsevier Health Sciences.
- Bhatt, H., Safford, M., & Glasser, S. (2015). Coronary heart disease risk factors and outcomes in the twenty-first century: findings from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. *Current hypertension reports*, 17(4), 29.
- Bishop, G. D. (2015). Personality and Cardiovascular Disease: Overview. *Handbook of Psychocardiology*, 1-14.
- Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Persichillo, M., De Curtis, A., Cerletti, C., . . . Iacoviello, L. (2018). Health-related quality of life and risk of composite coronary heart disease and cerebrovascular events in the Moli-sani study cohort. *European journal of preventive cardiology*, 25(3), 287-297.
- Booth, J., Connelly, L., Lawrence, M., Chalmers, C., Joice, S., Becker, C., & Dougall, N. (2015). Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis. *BMC neurology*, 15(1), 233.
- Burns, T. M., Graham, C. D., Rose, M. R., & Simmons, Z. (2012). Quality of life and measures of quality of life in patients with neuromuscular disorders. *Muscle & nerve*, 46(1), 9-25.
- Chun, C.-A., Moos, R. H., & Cronkite, R. C. (2006). Culture: A fundamental context for the stress and coping paradigm *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 29-53): Springer.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Damen, N. L., Versteeg, H., Boersma, E., Serruys, P. W., van Geuns, R.-J. M., Denollet, J., . . . Pedersen, S. S. (2013). Depression is independently associated with 7-year mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention: results from the RESEARCH registry. *International Journal of Cardiology*, 167(6), 2496-2501.
- Davidson, K. W., Burg, M. M., Kronish, I. M., Shimbo, D., Dettenborn, L., Mehran, R., . . . Rieckmann, N. (2010). Association of anhedonia with recurrent major adverse cardiac events and mortality 1 year after acute coronary syndrome. *Archives of general psychiatry*, 67(5), 480-488.
- de Menezes Caceres, V., Stocks, N., Adams, R., Haag, D. G., Peres, K. G., Peres, M. A., & González-Chica, D. A. (2018). Physical activity moderates the deleterious relationship between cardiovascular disease, or its risk factors, and

- quality of life: Findings from two population-based cohort studies in Southern Brazil and South Australia. *PLoS one*, 13(6), e0198769.
- De Smedt, D., Clays, E., Annemans, L., Doyle, F., Kotseva, K., Pająk, A., . . . De Bacquer, D. (2013). Health related quality of life in coronary patients and its association with their cardiovascular risk profile: results from the EUROASPIRE III survey. *International Journal of Cardiology*, 168(2), 898-903.
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosomatic medicine*, 67(1), 89-97.
- Hagström, E., Norlund, F., Stebbins, A., Armstrong, P. W., Chiswell, K., Granger, C. B., ... & Wallentin, L. (2018). Psychosocial stress and major cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. *Journal of internal medicine*, 283(1), 83-92.
- Havranek, E. P., Mujahid, M. S., Barr, D. A., Blair, I. V., Cohen, M. S., Cruz-Flores, S., . . . Lockwood, D. W. (2015). Social determinants of risk and outcomes for cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 132(9), 873-898.
- Issa, S. M., Hoeks, S. E., Scholte op Reimer, W. J., Van Gestel, Y. R., Lenzen, M. J., Verhagen, H. J., . . . Poldermans, D. (2010). Health-related quality of life predicts long-term survival in patients with peripheral artery disease. *Vascular Medicine*, 15(3), 163-169.
- Kaviani, H., Seyfourian, H., Sharifi, V., & Ebrahimkhani, N. (2009). Reliability and validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS) &58; Iranian patients with anxiety and depression disorders. *Tehran University Medical Journal*, 67(5), 379-385.
- Kuczmarski, M. F., Cotugna, N., Pohlig, R. T., Beydoun, M. A., Adams, E. L., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2017). Snacking and diet quality are associated with the coping strategies used by a socioeconomically diverse urban cohort of African-American and white adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(9), 1355-1365.
- Kulhánová, I., Menvielle, G., Hoffmann, R., Eikemo, T. A., Kulik, M. C., Toch-Marquardt, M., . . . Regidor, E. (2016). The role of three lifestyle risk factors in reducing educational differences in ischaemic heart disease mortality in Europe. *The European Journal of Public Health*, 27(2), 203-210.
- Lagraauw, H. M., Kuiper, J., & Bot, I. (2015). Acute and chronic psychological stress as risk factors for cardiovascular disease: Insights gained from epidemiological, clinical and experimental studies. *Brain, behavior, and immunity*, 50, 18-30.
- Lichtman, J. H., Froelicher, E. S., Blumenthal, J. A., Carney, R. M., Doering, L. V., Frasure-Smith, N., ... & Vaccarino, V. (2014). American Heart Association Statistics Committee of the Council on Epidemiology and Prevention and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Depression as a risk



- factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 129(12), 1350-69.
- Lonner, W. (2007). Handbook of multicultural perspectives on stress and coping: Springer Science & Business Media.
- Hasan Lotfi, M., Amiri, F., Forouzannia, S. K., & Fallahzadeh, H. (2014). The Association between Socio-Economic Factors and Coronary Artery Disease in Yazd Province: a Case-control Study. *Journal of Community Health Research*, 3(3), 168-176.
- Maeda, U., Shen, B.-J., Schwarz, E. R., Farrell, K. A., & Mallon, S. (2013). Self-efficacy mediates the associations of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients. *International journal of behavioral medicine*, 20(1), 88-96.
- Martinez-González, M., Fernández-Jarne, E., Serrano-Martinez, M., Wright, M., & Gomez-Gracia, E. (2004). Development of a short dietary intake questionnaire for the quantitative estimation of adherence to a cardioprotective Mediterranean diet. *Eur J Clin Nutr*, 58(11), 1550-1552.
- Mommersteeg, P. M., Arts, L., Zijlstra, W., Widdershoven, J. W., Aarnoudse, W., & Denollet, J. (2017). Impaired health status, psychological distress, and personality in women and men with nonobstructive coronary artery disease: sex and gender differences: the TWIST (Tweesteden Mild Stenosis) Study. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(2), e003387.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., . . . Fullerton, H. J. (2015). Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, CIR. 0000000000000350.
- World Health Organization. (2012). WHO quality of life-bref (WHOQOL-BREF). *Geneva: World Health Organization*.
- Pogosova, N., Saner, H., Pedersen, S. S., Cupples, M. E., McGee, H., Höfer, S., . . . von Känel, R. (2015). Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *European journal of preventive cardiology*, 22(10), 1290-1306.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). Self-efficacy. *Health Behavior Constructs: Theory, Measurement, and Research*. Retrieved from National Cancer Institute website: <http://cancercontrol.cancer.gov/constructs>.
- Seldenrijk, A., Vogelzangs, N., Batelaan, N. M., Wieman, I., van Schaik, D. J., & Penninx, B. J. (2015). Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease.

- Journal of psychosomatic research*, 78(2), 123-129.
- Shahsavari, S., Nazari, F., Karimyar Jahromi, M., & Sadeghi, M. (2013). Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in Jahrom hospitals in 2012-2013. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(2), 14-21.
- shakiba, a., bahrami, f., & KAVE, F. Z. (2011). The study of the factorial structure and psychometric properties of the Auckland individualism-collectivism scale. 20-30.
- Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Koch, G. G., Hoffman, B. M., Watkins, L. L., Smith, P. J., . . . Sueta, C. (2017). Effects of coping skills training on quality of life, disease biomarkers, and clinical outcomes in patients with heart failure: a randomized clinical trial. *Circulation: Heart Failure*, 10(1), e003410.
- Shokri., S. a. ((2014)). Assessing Stress in Cancer Patients: Factorial Validity of the Perceived Stress Scale in Iran. *Psychiatric nursing*, 2, (13-22).
- Shulruf, B., Alesi, M., Ciochină, L., Faria, L., Hattie, J., Hong, F., . . . Watkins, D. (2011). Measuring collectivism and individualism in the third millennium. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 39(2), 173-187.
- Smallheer, B. A., Vollman, M., & Dietrich, M. S. (2018). Learned Helplessness and Depressive Symptoms Following Myocardial Infarction. *Clinical nursing research*, 27(5), 597-616.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics*. New Jersey, NY: Pearson Education: Inc.
- van Domburg, R. (2017). Type D personality as a predictor of poor health outcomes in patients with cardiovascular disease Response. *NETHERLANDS HEART JOURNAL*, 25(4), 288-288.
- Veronesi, G., Tunstall-Pedoe, H., Ferrario, M. M., Kee, F., Kuulasmaa, K., Chambless, L. E., . . . Ferrieres, J. (2017). Combined effect of educational status and cardiovascular risk factors on the incidence of coronary heart disease and stroke in European cohorts: Implications for prevention. *European journal of preventive cardiology*, 24(4), 437-445.
- von Känel, R., Hari, R., Schmid, J.-P., Saner, H., & Bègré, S. (2011). Distress related to myocardial infarction and cardiovascular outcome: a retrospective observational study. *BMC psychiatry*, 11(1), 98.
- Widmer, R. J., Flammer, A. J., Lerman, L. O., & Lerman, A. (2015). The Mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease. *The American journal of medicine*, 128(3), 229-238.
- Wong, P. T., Reker, G. T., & Peacock, E. J. (2006). A resource-congruence model of coping and the development of the coping schemas inventory Handbook of multicultural perspectives on stress and coping (pp. 223-283): Springer.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). *The hospital anxiety and depression*

- scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zoljanahi A, A. M. (2005). The prevalence of type D personality in the student community and institutional assessment of bio-behavioral characters in the susceptibility for coronary artery disease. Tarbiat Modarres University.

