

رابطه علی خشم و سرسختی روانشناختی با کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری

علیرضا آقاییوسفی*، مریم شاهنده**

*دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه پیامنور، تهران، ایران

** مربی گروه روانشناسی دانشگاه پیامنور و دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه پیامنور (نویسنده مسئول)^۱

The Relationship between Anger, Psychological Hardiness and Quality of life in Coronary Heart Disease Patients

*A. Aghayousefi, *M. shahandeh

* Prof. of Psychology, Payame noor University, Tehran, Iran

**PhD Student of psychology, Payame noor University, Ahwaz, Iran

Abstract

Objective: Various risk factors have been proposed for Coronary heart disease (CHD), which psychological factors have important role in outbreak or intensification and continuance of these disruptions. The aim of this study was to determine the relationship between Anger, Psychological Hardiness and Quality of life on Coronary heart disease Patients.

Methods: The population in this causal relationship study was all Coronary heart disease Patients of Ahwaz. Among them 100 patients was selected using available sampling method that had referred to Golestan Hospital Professional Heart Clinic in Ahwaz city. The research instruments were Spielberger's State-trait Anger Expression Inventory 2 (STAXI-2), Quality of Life Inventory (SF-36) and Psychological Hardiness Scale of Ahwaz.

Results: The proposed model of the relationships between variables was tested using structural equation modeling. The fit indices indicated that the proposed model was fit with data as well (IFI=0.91 , CFI=0.91). The results of the analysis showed that The Anger ($r=0.86$) and hardiness ($r=0.95$) had relationship with Quality of life directly. But there was no indirect relationship between anger and Hardiness.

Conclusion: health has numerous dimensions which effect on quality of life In the other hands psychological indices and quality of life were related to each other, because of their effect on health problems and disease.

Keywords: Type personality, self-compassion, social support, health behavior

چکیده

هدف: عوامل خطر متفاوتی برای بیماری عروق کرونر مطرح است که از آن میان عوامل فشارزای روانشناختی نقش مهمی در ایجاد و یا تشدید و استمرار آن دارند. هدف از مطالعه حاضر، تعیین رابطه علی خشم و سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونر بود.

روش: در این مطالعه علی-همبستگی، جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونری اهواز تشکیل میدادند که ۱۰۰ نفر از بیمارانی که به مرکز تخصصی قلب و عروق بیمارستان گلستان اهواز مراجعه کرده بودند، به عنوان نمونه با روش نمونه گیری در دسترس، از میان آنها انتخاب شدند. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش آزمون سبانه بروز خشم - صفت اسپیلبرگر، پرسشنامه کیفیت زندگی وابسته به سلامت و مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز انجام شد.

یافتهها: نتایج حاکی از ارزیابی الگوی رابطه پیشنهادی با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری است و تحلیلها نشان دادند که دادهها به خوبی با مدل از لحاظ شاخصهای برازندگی، برازش دارند ($IFI=0.91$ و $CFI=0.91$). تحلیل نشان داد که سرسختی روانشناختی ($r=0.95$) و بیان خشم ($r=0.86$) با کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری رابطه مستقیم دارد ولی بین سرسختی روانشناختی و خشم رابطه مستقیمی وجود ندارد.

نتیجهگیری: سلامتی دارای ابعاد متعددی است که بر کیفیت زندگی مؤثر میباشد و از طرفی عوامل روانشناختی و کیفیت زندگی با هم رابطه دارند. به طوری که عوامل روانشناختی روی کیفیت زندگی اثر میگذارند که میتواند موجب مشکلات بهداشتی و بیماری گردد.

کلیدواژهها: خشم، سرسختی روانشناختی، کیفیت زندگی، بیماری - های عروق کرونری

۱. نشانی نویسنده مسئول: shahandehmrm@gmail.com

مقدمه

بیماریهای عروق کرونر^۱ و از جمله آترواسکلروز عروق کرونری، از عوامل عمده مرگ و میر در بیشتر مناطق جهان و از جمله ایران به شمار میرود و هزینه های زیادی به جامعه تحمیل میکند (هدائق، هراتی، قنبری و عزیزی، ۲۰۰۹). پیشبینی میشود تا سال ۲۰۲۰ بیماریهای قلبی سالیانه ۲۵ میلیون نفر را از بین خواهد برد (شفرود و وایل^۲، ۲۰۱۲). پژوهشها در ایران نشان میدهند که بهرغم دادههای درست، نرخ بیماری های عروق کرونر طی سالهای اخیر، بین ۲۰ الی ۴۵ درصد افزایش پیدا کرده است (هدائق و همکاران، ۲۰۰۹).

پژوهشهای پیشین درباره سببشناسی بیماریهای قلبی عروقی بر طیفی از عوامل خطر ساز ایجادکننده، مانند مصرف دخانیات، فشار خون بالا، دیابت قندی، ازدیاد چربی خون و سابقه خانوادگی مثبت و برخی عوامل خطر ساز جدیدتر از جمله؛ چاقی، کاهش فعالیت‌های جسمی در زندگی روزانه و رژیم غذایی آتروژنیک تأکید داشتهاند (کاسپر، فائوسی^۳ براون و همکاران، ۲۰۰۵). تنها در سالهای اخیر بود که محققان متوجه شدند که علاوه بر متغیرهای پزشکی و بالینی، متغیرهای روانی از جمله؛ الگوی رفتاری نوع A، پرخاشگری، خصومت و خشم نیز میتوانند در بروز و شیوع اختلالهای قلبی نقش مهمی داشته باشند (مسعودنیا، ۱۳۸۹). مک کینز و همکارانش در مطالعه‌ای عوامل روانشناختی را سومین علت انفارکتوس میوکارد نامیدهاوند. نظامهای روانشناختی بر تأثیر عوامل روان پویایی انگیزش و شخصیت بر تجربه واکنش به بیماری تأکید می‌ورزند (سیسف و هفتر^۴، ۲۰۰۵).

متخصصان هم‌گیرشناسی دهها سال است که میزان و فراوانی بیماریهای عروق کرونری را در فرهنگهای مختلف بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهشهای

آنان نشان میدهد که بیماری قلبی عروقی، بیماری جوامع پیشرفته است، یعنی میزان بروز بیماریهای قلبی در جوامع صنعتی بیش از سایر کشورهاست (سارافینو^۵، ۲۰۰۶). دلایل متعددی برای این تفاوت وجود دارد ولی مهمترین دلیل، عوامل فشارزای روانی - اجتماعی و بهخصوص تجربه هیجانهای منفی همچون خشم و خصومت است (کوبزانسکی، کاواچی^۶، ۲۰۰۰). خشم^۷ از مشکلات و معضلات خانوادها در قرن اخیر است و عبارت است از یک حالت پدیداری منفی که همراه با هیجانهای داخلی، فیزیولوژیکی و نارساییهای شناختی میباشد (یارچسکی، ماهون^۸ و یارچسکی، ۲۰۰۲).

خشم در شمار پرشورترین هیجانهاست که می تواند به شیوههای گوناگون ایجاد شده و اثرات بسیاری بر ابعاد گوناگون جسمی و روانی داشته باشد (کالاماری، پینی^۹، ۲۰۰۳). خشم از نظر شدت، از تحریک ملایم یا عصبانیت تا جنون و غضب قرار می گیرد. پژوهشگران معتقدند که خشم یکی از عوامل خطر ساز مستقل از عوامل بالینی برای بیماران قلبی عروقی است (مسعودنیا، ۱۳۸۹). مطالعات نشان داده‌اند که استعداد خصومت (تمایل افراد به واکنش نسبت به موقعیتهای ناخوشایند، همراه با پاسخهایی که عصبانیت، ناکامی، تحریکپذیری و بدگمانی) و خشم به درون (فقدان توانایی یا تمایل به ابراز عصبانیت مستقیم به موضوع)، رابطه معناداری با شدت بیماری های عروق کرونر دارند (بلیل، مک کافری، مولدون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۴). مونا^{۱۱} و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که نه تنها بروز خشم بلکه خشم سرکوب شده^{۱۲} نیز با شیوع، شدت و پیشرفت بیماری عروق کرونر رابطه دارد. تجربه خشم میتواند با متغیرهای فردی

5 . Sarafino
6. Kubzansky L.D., Kawachi-
7 . anger
8 . Yarcheski A., Mahon
9 . Calamari E., Pini
10 . Bleil, Mccaffery, Muldoon
11 . Mona
12 . repressed anger

1 . Coronary Heart Disease (CHD)
2 . Shepherd, While
3 . Kasper, Fauci, Braunwald
4 . Csef, H., Hefner, J

مانند؛ جنسیت (زپس، لیبی، بانو و براون والد^۱، ۲۰۰۵) و شخصیت (عبدالهیان، مخبر و کفایی رضایی، ۱۳۸۵) افراد مرتبط باشد. حوادث زندگی تأثیر فراوانی روی میزان استعداد ابتلا به بیماری دارند. حوادث تغییردهنده زندگی، حادثی است که در طی یک تا دو سال قبل از بروز بیماری ایجاد شده‌اند. اکثر کسانی که حادثه استرسزای خفیف تا متوسطی را تجربه میکنند، از استراتژیهای موفق استفاده میکنند ولی اگر حادثه بیش از حد شدید باشد، حتی با وجود استفاده از راهبردهای خوب باز هم احتمال بیماری در آینده نزدیک زیاد است (عبدالهیان و همکاران، ۱۳۸۵).

کیفیت زندگی^۲ به آن دسته از خصوصیتی که برای برای بیمار ارزشمند است و حاصل احساس راحتی یا ادراک خوب بودن است و در راستای توسعه و حفظ منطقی عملکرد جسمانی، هیجانی و عقلانی میباشد، میگویند. به طوری که فرد بتواند تواناییهایش را در فعالیتهای با ارزش زندگی حفظ کند (سپداوالری، چیونگه لی و یان^۳، ۲۰۱۱). ارزیابی کیفیت زندگی کمک میکند تا مشکلات بیماران به طور بنیادینتر مورد توجه قرار گرفته و روشهای درمانی مورد تجدیدنظر قرار گیرند (مرکوریس، آپوستولاکیس، پستالاس^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهشهای متعددی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون پایین است (جبل عاملی، نشاط دوست و مولوی، ۱۳۸۹ و آزادفلاح و پورمحمدرضای تجربی، ۱۳۸۰). تحقیقاتی نیز نشان داده‌اند که نارسایی قلب بیشتر از سایر بیماریهای مزمن شایع باعث اختلال در کیفیت زندگی شده و بیماری موجب کیفیت زندگی بدتری میشود (استوارت و بلو^۵، ۲۰۰۱). همچنین کیفیت زندگی از جمله عواملی است که تحت تأثیر بیماری - های عروق کرونر (لی، یان، دونگ^۶ و دیگران، ۲۰۱۲

۲۰۱۲، بهروزبفر، زنوی و نظامتی، ۱۳۸۸) و آنفاریکتوس قلبی (حسینپور دهکردی و همکاران، ۱۳۸۶) و جراحی بای پس (مرکوریس و همکاران، ۲۰۰۹) قرار میگیرد. محققان پیش از این نشان داده‌اند که خصیصه خشم و خشم درونی، با ضمیمهسازی ایتمای میانی عروق کاروتید (ماتیوز، اوونز، کولر^۷ و همکاران، ۱۹۹۸) و پیدایش پلاک آترواسکلروتیک در عروق کاروتید (ماتسوموتو، یواما، شیمیرز^۸ و همکاران، همکاران، ۱۹۹۳) در رابطه است. کوباسا^۹ (۱۹۷۹) یکی از محققانی است که به بررسی متغیرهای روانشناختی تعدیل کننده‌های پرداخته است که ماهیت و دامنه ارتباط بین رویدادهای زندگی و سلامت را تحت تأثیر قرار میدهند. وی بر این باور است که برخی از افراد ساختار شخصیتی ویژه‌ای دارند که آنها را مصون میسازد و این ساختار شخصیتی را به عنوان سرسختی^{۱۰} معرفی نمود (فیض، نشاط دوست، نایلی، ۱۳۸۰). از دیدگاه کوباسا، سرسختی دربرگیرنده سه مشخصه یا مؤلفه است: الف) اعتقاد به اینکه تمام حوادث، پیامد رفتارهایی است که فرد انجام میدهد و اینکه وی قادر است عوامل فشارزای زندگی خود را تحت تأثیر قرار دهد و آنها را کنترل کرده و یا تغییر دهد و این مؤلفه را مهار^{۱۱} نامید. ب) مؤلفه دیگر تلاشهای فعالانه فرد را دربرمیگیرد که با هدف معنی بخشیدن به زندگی انجام میگیرد. این مؤلفه که به توانایی احساس عمیق درآمیختگی و یا تعهد فرد در رابطه با فعالیتهای و چالشهای زندگی و یافتن معنایی برای آن اشاره دارد تعهد^{۱۲} نامیده میشود. ج) چالش - جویی و مبارزهطلبی مؤلفه سوم در تعریف سرسختی روانشناختی است، چالشجویی در واقع به این باور در فرد اشاره دارد که تحولات زندگی بیش از آنکه

۱. Zipes, Libby, Bonow, Braunwald
 2. quality of life
 3. Cepeda-Valery, Cheong, Lee, Yan
 4. Merkouris, Apostolakis, Pistolas
 5. Stewart, Blue
 6. Li, Yan, Dong

7. Matthews, Owens, Kuller
 8. Matsumoto, Uyama, Shimizu
 9. Kobasa
 9. hardiness
 11. control
 12. commitment

تجارب استرس‌آوری باشند به عنوان یک واقعه هیجان‌انگیز و برانگیزاننده نگریسته میشوند (روشن، شاکری، ۱۳۸۹). آزاد فلاح و همکاران (۱۳۸۰) نشان داده‌اند که تغییرات فشار خون گروه دارای سرسختی کم به نحو چشمگیری بالاتر از گروه دارای سرسختی زیاد است و لذا سرسختی در برابر تنیدگی نقش محافظت‌کننده‌های در ابتلا به فشار خون دارد (آزادفلاح و همکاران، ۱۳۸۰). همچنین به عنوان یک عامل می‌تواند عملکرد و سطح سلامت روانی فرد را به‌رغم تجربه موقعیتهای تنیدگیزا و فشارآور افزایش دهد (مدی، ۲۰۰۲).

نظر به اینکه مطالعات اخیر سبک زندگی پس از مداخلات درمانی پزشکی را بررسی نمودند و رابطه هیجانهای منفی با آن قرنهاست به صورت یک فرضیه باقی مانده بود و تا همین اواخر شواهد متقاعدکننده‌های درباره این رابطه وجود نداشت، لذا لازم است تا عوامل خطر ساز روانشناختی به طور جدی مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به شیوع و بروز بیماریهای کرونری در جوامع مختلف و با عنایت به ویژگیهای این بیماران و ضرورت و اهمیت برنامه‌ریزی به منظور تغییر در زندگی برای پیشگیری از ابتلا و شدت یافتن بیماریهای عروق کرونری، لازم است تا الگوهای بیماریهای مزمنی همچون بیماریهای عروق کرونری چندعلیتی، مورد بررسی قرار گیرد، لذا با استفاده از الگوی کوباسا (۱۹۷۹) که مفهوم شخصیت را به عنوان تبیینی برای ارتباط بین فشارهای روانی با بیماریها پیشنهاد کرده است و نتایج تحقیقات بر روی تأثیرات مثبت حمایت اجتماعی بر روی کیفیت زندگی بیماران سرطانی که با خشم نیز مرتبط میباشد (جولکونن، گوستاوسون- لیلیوس و هیتانن^۱، ۲۰۰۹). در این تحقیق به بررسی مدلی برای رابطه علی خشم، سرسختی و کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری

پرداخته شده است.

روش

طرح پژوهش حاضر، طرح همبستگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری^۲ است که یک روش همبستگی چندمتغیری میباشد. با این روش میتوان اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرها را در الگوی فرض شده، بررسی کرد. با روش الگویابی معادلات ساختاری میتوان به بررسی ساختار علی میان مجموعه‌های از متغیرها پرداخت. این الگو به پژوهشگر اجازه میدهد تا روابط میان مجموعه‌های از متغیرها را تعیین و اثر علی متغیرها را بر یکدیگر فرض نموده و همچنین برازندگی الگوی مفروض را بررسی نماید. بر این اساس ۱۰۰ نفر از بیماران مبتلا به نارسایی عروق کرونری که به مراکز تخصصی پزشکی اهواز مراجعه نمودند به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پژوهش به صورت مقطعی و در ماههای اردیبهشت و خرداد ۱۳۹۰ در بیمارستان گلستان شهر اهواز انجام شد. حجم نمونه شامل ۵۰ بیمار زن و ۵۰ بیمار مرد با علائم آترواسکلروز عروق کرونری است که بیماری آنها با روش تشخیصی آنژیوگرافی کرونری برای شناسایی تنگی لومن شریان کرونری شناخته شده و تجمع غیرطبیعی چربیها و بافت فیروز یا پلاک آتروم در دیواره رگ در آنها تأیید شده بود، استفاده شد، شرکتکنندگان با سابقه بیماری بین ۱ تا ۳ سال وارد مطالعه شدند. نمونه از نظر برخی از عوامل خطر ساز غیرقابل تعدیل بیماری عروق کرونری، مانند سن، جنس و سابقه خانوادگی بیماری قلبی کرونری، تا حد امکان همگنساز شدند تا دو گروه یکسان باشند. پس از انتخاب نمونه از شرکتکنندگان خواسته شد تا به سؤالات پرسشنامه‌های زیر پاسخ دهند.

برای سنجش خشم، از سیاهه بروز خشم- صفت اسپیلبرگر^۳ استفاده شد. این سیاهه یک مقیاس مداد

2. Structural Equation Modeling (SEM)
3. Spielberger's State-trait Anger Expression Inventory 2 (STAXI-2)

1 . Julkunen, Gustavsson-Lilius, Hietanen

صدک ۷۵ ام و بالاتر)، «تا حدی مطلوب یا متوسط» (بین ۲۵ ام تا ۷۵ ام) و «بد» (کمتر از صدک ۲۵) در نظر گرفته شد. در ایران همسانی درونی مقیاس در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است. همچنین آزمون پایایی به روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته، ۰/۷۵ گزارش شده است (منتظری، گوشتاسبی، وحدانی نیا، ۱۳۸۴).

پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز، توسط کیامرثی، نجاریان و مهربانی زاده هنرمند (۱۳۷۷) ساخته شده است.

این پرسشنامه ۲۷ سؤال دارد و میزان سرسختی و سه خرده مقیاس تعهد، مهار و مبارزه طلبی را میسنجد. در مطالعه کیامرثی و همکاران (۱۳۷۷) مقدار آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ به دست آمده است و برای خرده مقیاسهای سرسختی، تعهد (۰/۶۸)، مهار (۰/۸۳) و مبارزه طلبی (۰/۷۰) میباشد.

برای طراحی مدل با استفاده از نرمافزار ایموس نسخه ۱۶، تحلیل مسیر روی دادهها انجام شد. برای انجام این تحلیل از شاخص مجذور کای، مجذور کای نسبی، شاخص برازندگی مقایسه‌ای، شاخص برازندگی افزایشی و شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب استفاده شد.

یافتهها

از ۱۰۰ نفر نمونه پژوهش، ۵۰ نفر بیمار زن و ۵۰ نفر بیمار مرد مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان، ۵۳/۸ سال و میانگین سنی مردان ۵۱/۷ سال و میانگین زمان ابتلا به بیماری ۲/۳ سال بوده است. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی نمرات خشم، سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی در جدول ۱ آمده است.

کاغذی است که دارای ۵۷ آیتم میباشد. گویههای سیاه در سه بخش تنظیم شدهاند: بخش اول، به اندازهگیری خشم میپردازد که در آن پاسخگویان شدت احساس خود را براساس یک مقیاس چهارگزینه‌ای از هیچ=۱ تا خیلی=۴ درجهبندی میکنند. این بخش ۱۵ گویه دارد. بخش دوم با ۱۰ آیتم برای سنجش صفت خشم اختصاص یافته است و خلق و خو و واکنش خشمگینانه را میسنجد. بخش سوم، بروز و کنترل خشم را میسنجد و شامل بروز خشم بیرونی (بروزیافته)، بروز خشم درونی (فروخورده) و کنترل خشم بیرونی و درونی است. این مقیاس چهار درجه‌ای از تقریباً هرگز= ۱ تا همیشه= ۴ درجهبندی شده و ۳۲ آیتم را دربرمیگیرد. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مقیاس در مردان و زنان سالم و بیمار برابر ۰/۷۳ یا بالاتر از آن بود (کمترین ضریب همسانی درونی به خرده مقیاس واکنش خشمناک و مقیاس بیان خشم به طرف بیرون در مردان سالم تعلق داشت). همچنین پایایی مقیاس احساس خشم ۰/۶۴ و در صفت خشم ۰/۷۴ محاسبه شده است. با استفاده از روش بازآزمایی که برای اعتباریابی مقیاس به کار می رود، ضریب همبستگی برای حالت خشم، ۰/۶۴، احساس خشم، ۰/۵۲ و برای کل صفت خشم، ۰/۷۴ به دست آمده است (اصغری مقدم، ۱۳۸۷).

ابزار سنجش کیفیت زندگی (SF-36) توسط سازمان بینالمللی برای بررسی کیفیت زندگی طراحی شده و دربرگیرنده حیطه‌های عملکرد و نقش جسمی، سلامت عمومی و فکری، نشاط، عملکرد اجتماعی و نقش عاطفی بود. سئوالات از مقیاس رتبه‌ای صفر تا پنج برخوردار بودند.

نمره صفر بدترین وضعیت و نمره پنج بهترین حالت ممکن برای هر فرد است. نمرات کلی سئوالها از صفر تا ۱۰۰ تنظیم شده است و براساس پاسخ بیماران سطح کیفیت زندگی به صورت «خوب» (بین

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. کیفیت	۶۷/۷۹	۱۹/۲۴								
۲. خشم	۱۱۹/۶۸	۱۷/۶۱	*۰/۸۶۹							
۳. سرسختی	۷۱/۴۶	۱۸/۹۷	*۰/۹۵۳	*۰/۷۹۰						
۴. تعهد	۲۴/۳۰	۶/۴۴	*۰/۹۲۹	*۰/۷۷۶	*۰/۹۷۸					
۵. مهار	۱۵/۶۷	۶/۰۷	*۰/۸۹۰	*۰/۷۳۵	*۰/۹۴۹	*۰/۹۴۵				
۶. مبارزهجویی	۲۸/۷۸	۶/۸۴	*۰/۸۱۵	*۰/۶۶۲	*۰/۸۶۸	*۰/۸۶۵	*۰/۸۲۸			
۷. خشمدرونی	۲۰/۶۴	۳/۴۰	*۰/۵۱۰	*۰/۵۶۴	*۰/۴۵۶	*۰/۴۵۴	*۰/۴۷۸	*۰/۳۷۵		
۸. خشمبیرونی	۲۰/۲۴	۲/۳۴	*۰/۳۵۱	*۰/۳۵۵	*۰/۳۰۹	*۰/۳۱۸	*۰/۳۲۳	NS/۱۱۸۶	*۰/۳۸۹	
۹. کنترلخشم	۳۰/۸۱	۳/۸۶	*۰/۵۷۱	*۰/۵۹۸	*۰/۵۲۰	*۰/۵۲۳	*۰/۵۰۹	*۰/۴۰۲	*۰/۶۳۴	*۰/۴۲۹

* (p<۰/۰۰۰۱) و ** (p<۰/۰۰۱) و NS عدم معنیداری

جدول ۲، شاخصهای برازندگی الگوی پیشنهادی برای تعیین کفایت برازندگی الگوی پیشنهادی با دادهها پژوهش را نشان میدهد. مطابق با مندرجات جدول ۲ از چند شاخص برازندگی استفاده شد.

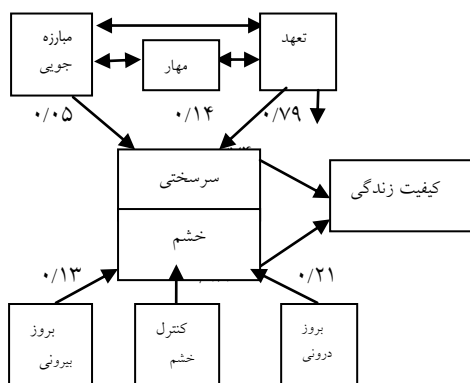
جدول ۲. برازش الگوی پیشنهادی با دادهها براساس شاخصهای برازندگی

شاخص	۲χ	Df	χ ² /df	IFI	CFI	RMSEA
الگوی اولیه پیشنهادی	۴۸۹/۳۸	۲۶	۱۸/۸۲	۰/۶۲۷	۰/۶۲۴	۰/۴۲۴
الگوی اصلاح شده	۱۳۰/۲۴	۲۳	۵/۰۶	۰/۹۱۴	۰/۹۱۳	۰/۲۱۷

از اینرو بسیاری از پژوهشگران مجذور کای را نسبت به درجه آزادی آن (یعنی، مجذور کای نسبی) می - سنجدند (جورسکوگ و سوربوم^۱، ۲۰۰۴). برخی پژوهشگران بیان کردهاند، چنانچه این شاخص کمتر از ۲ باشد برازندگی عالی^۲ و بین ۲ تا ۵ برازندگی خوب^۳

شاخص مجذور کای، شاخص برازندگی مطلق مدل است که هر چه به صفر نزدیکتر باشد و به لحاظ آماری معنیدار نباشد، مدل برازندهتر خواهد بود. وقتی حجم نمونه برابر ۷۵ تا ۲۰۰ باشد مقدار مجذور کای یک اندازه معقول برازندگی است، اما برای مدلهای با N بزرگتر، مجذور کای تقریباً همیشه از نظر آماری معنیدار است (هومن، ۱۳۸۵) و این موجب میشود که آماره مجذور کای تقریباً همیشه برازش مدل را رد کند

1. Joreskog & Sorbom
2. Excellent fit
3. Okay fit



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد مدل نهایی

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه علی خشم، سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری در قالب یک مدل معادلات ساختاری بود. نتایج نشان داد خشم و سرسختی روانشناسی با کیفیت زندگی بیماران رابطه دارند. این نتایج با یافته های پژوهش، جولکونن (۲۰۰۹)، کوباسا (۱۹۷۹)، استوارت (۲۰۰۱)، بل ایل (۲۰۰۶)، مونا (۲۰۰۳)، کاسپر (۲۰۰۵)، مسعودنیا (۱۳۸۸)، هداثی (۲۰۰۹)، بهروزی فر (۱۳۸۸) و فیض (۱۳۸۰) همسو است. نظر به اینکه افراد مبتلا به بیماری عروق کرونر با مسائل و مشکلات زندگی و شرایط فشارزا به صورت هیجانی برخورد میکنند (ویلیامز، نیتو، سانوفورد و تیرولر، ۲۰۰۱)، بنابراین میتوان پی برد که که بسیاری از آنان در رویارویی با چالشها و مسائل زندگی روزمره فاقد توانایی لازم و اساسی هستند و همین امر آنها را آسیبپذیرتر میکند. لذا سریعتر برانگیخته شده و کمتر از افراد سالم توانایی کنترل خشم خود را دارند و بیشتر دست به پرخاشگری فیزیکی میزنند. خشم احساسی کاملاً طبیعی، انسانی و سالم است اما اگر امکان مهار آن وجود نداشته باشد، تخریبکننده خواهد بود و میتواند در کیفیت زندگی

و بزرگتر از ۵ برازندگی ضعیف^۱ و نامقبول الگو را نشان میدهد (تابکینک و فیدل^۲، ۲۰۰۷).

در مدل پیشنهادی اولیه مقدار مجذور کای نسبی در ۱۸/۸۲ به دست آمد، لذا از اصلاحات پیشنهاد شده در الگو استفاده شد و مدل بازسازی گردید و سپس برازش مدل جدید مورد تحلیل قرار گرفت، مندرجات جدول ۲ مقدار مجذور کای نسبی مدل اصلاح شده را ۵ نشان میدهد که حاکی از برازش خوب مدل است. شاخص برازندگی مقایسه‌ای^۳ و شاخص برازندگی

افزایشی^۴ شاخصهایی هستند که برازش یک مدل معین را با مدل پایه نشان میدهند (بولن^۵، ۱۹۹۰). هر چه این شاخصها به یک نزدیکتر باشد، برازش مدل بهتر است. براساس مندرجات جدول ۲ مقدار شاخص برازندگی مقایسه‌ای و شاخص برازندگی افزایشی نزدیک به ۱ است که حاکی از برازش خوب مدل پژوهش حاضر است. شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۶ یکی دیگر از شاخصهای است، که ریشه دوم میانگین مجذورات باقی مانده می باشد که به عنوان تابعی از مقدار کواریانس تفسیر می شود (هومن، ۱۳۸۵). مقادیر شاخص هرچه به یک نزدیکتر باشد، برازش بهتری را نشان میدهد. براساس مندرجات جدول ۲ این مقدار ۰/۲۱۷ است که باز نشانگر برازش خوب مدل است. شکل ۱ ضرایب مسیر مربوط به رابطه علی خشم، سرسختی روانشناختی با کیفیت زندگی را نشان میدهد. براساس این مدل سرسختی بر کیفیت زندگی اثر مثبت و خشم بر آن اثر منفی دارد. همچنین، بین سرسختی و خشم رابطه معنیداری دیده نشد.

1. Poor fit
2. Tabachnick & Fidell
3. Comparative Fit Index (CFI)
4. Incremental Fit Index (IFI)
5. Bollen
6. Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA)

مشکلاتی ایجاد کند (لپز و ادن، ۱۹۹۹). نتایج حاضر با نتایج ماتیوز و همکاران (۱۹۹۸) و ماتسوموتو و همکاران (۱۹۹۳) همسو است.

با توجه به اینکه مشکل در سلامت جسمانی یا عاطفی بر دیگر ابعاد کیفیت زندگی شامل تصور فرد از سلامت عمومی، انرژی و خستگی، فعالیت اجتماعی، سلامت روانی و محدودیت نقشهای معمول تأثیر می-گذارد (چارسولد، ساندرمن، رانچور و دیگران، ۲۰۰۲)، بنابراین میتوان گفت علائم فیزیولوژیکی در بیماری قلبی عروقی و همچنین مشکلات روانشناختی این بیماران مانند اضطراب، افسردگی و خشم، احتمالاً میتوانند باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان شود. همچنین گزارش شده است که مشکلات هیجانی-روانشناختی در بیماران که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است و خود این مشکلات نیز باعث کاهش هر چه بیشتر کیفیت زندگی میشود (ویلا، هایدن، برتراند و همکاران، ۲۰۰۳) در نتیجه هر عاملی که موارد ذکر شده را تضعیف کند، کیفیت زندگی را نیز پایین میآورد و هر عاملی که ابعاد ذکر شده را بهبود بخشد باعث بهبود کیفیت زندگی می-شود. از این رو است که افراد سرسخت، معنا، ارزش و اهمیت خودشان، کار و خانوادشان و به طور کلی زندگی را دریافتهاند. آنها به تلاش و عمل بیش از شانس اهمیت میدهند و معتقدند میتوانند روند رویدادهای زندگی را به دست بگیرند. آنها دارای منبع کنترل مهار درونیاند و رویدادهای مثبت و منفی را پیامد اعمال شخصی میدانند. از طرفی این افراد، تغییر و تحول را قانون ثابت زندگی میدانند و تغییرات را فرصتی برای یادگیری و رشد قلمداد میکنند نه تهدیدی برای امنیت خود (روشن و شاکری، ۱۳۸۷). شخص متعهد احساس ارزشمندی میکند و در زندگی نسبت به چیزهایی احساس مسئولیت مینماید. افرادی که در مؤلفه مهار بالا هستند، سرنوشت خود را تاحد

زیادی در دست دارند و خارج از مهار خود نمیدانند. فردی که دارای مؤلفه مبارزهجویی است، مشکلات زندگی را میدانی برای مبارزه و رشد تلقی میکند و در برابر رویدادهای سخت، حالت درماندگی و تسلیم را نشان نمیدهد (فیض و همکاران، ۱۳۸۰). از سوی دیگر میزان عملکرد شناختی، سطح فعالیت اجتماعی و حس سلامت عمومی در این بیماران کمتر است و وضعیت سلامت جسمانی مانند میزان بروز نشانههای جسمانی و روانی در آنها بیشتر میباشد. بیماران خلق ضعیفتر، نشانههای جسمانی بیشتر و رضایت از زندگی کمتری دارند. با توجه به اینکه کیفیت زندگی به عنوان قضاوتهای شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف میشود، به همین دلیل وقتی که فردی دچار بیماریهای مزمن میشود، علائم فیزیولوژیکی پیش آگهی درمان، رژیم غذایی و موضوعات مرتبط میتوانند اثرات شدیدی بر درک کلی رضایت از زندگی بگذارند. سلامتی دارای ابعاد متعددی است که بر کیفیت زندگی مؤثر میباشد و انسانها از آنرو به سلامتی اهمیت میدهند که بر اهداف دیگر زندگی آنها تأثیر میگذارد، از طرفی سلامتی و کیفیت زندگی دارای رابطهای دوطرفه هستند. به طوری که مشکلات اجتماعی که روی کیفیت زندگی اثر میگذارند می-توانند موجب مشکلات بهداشتی شده و همچنین مشکلات و مداخلات بهداشتی نیز بر کیفیت زندگی مؤثرند. لذا با توجه به شیوع و بروز بیماریهای عروق کرونری در جوامع صنعتی و زندگی ماشینی و با عنایت به ویژگیهای روانشناختی این بیماران و تأثیر بیماری بر روند زندگی مبتلایان لازم است تا به بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای ارزیابی برداشت بیمار از میزان تأثیری که نقصهای بیماریها و درمان آنها بر کارکردهای روزانه و فرصتهای اجتماعی وی گذاشتهاند، پرداخته شود.

انجام شده است. از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش مساعدتها و راهنماییهای لازم را فراهم کردهاند تشکر و قدردانی میشود.

منابع

- آزادفلاح، پرویز؛ پوررضای تجربی، معصومه (۱۳۸۰)، «بررسی تغییرات فشار خون براساس سرسختی در موقعیت شکست»، *مجله روانشناسی*، ۱۹ (۵)، ۲۰۳-۲۱۵.
- احمدی، فضالاه؛ غفرانیپور، فضالاه؛ عارفی، سیدحسن؛ عابدی، حیدرعلی؛ فقیهزاده، سقراط (۱۳۸۱)، «بررسی تأثیر الگوی مشاوره مراقبت مداوم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر»، *مجله روانشناسی*، ۲۱ (۶)، ۸۵-۹۴.
- اصغری مقدم، محمدعلی؛ حکیمیراد، الهام؛ رضازاده، طاهره (۱۳۸۷)، «اعتباریابی مقدماتی نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه حالت صفت خشم»، *دانشور رفتار*، ۱۵ (۲۸)، ۲۱-۳۵.
- بهروزیفر، صدیقه؛ زنوزی، شایسته؛ نظافتی، محمدحسن؛ اسماعیلی، حبیباله (۱۳۸۸)، «بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر»، *نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشکده علوم پزشکی ایران*، ۲۲ (۷) و ۴۱/۳۱.
- جبل عاملی، شیدا؛ نشاطدوست، حمیدطاهر؛ مولوی، حسین (۱۳۸۹)، «اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و فشارخون بیماران مبتلا به فشارخون»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۵ (۲)، ۸۸-۹۷.
- حسنپور دهکردی، علی؛ دلآرام، معصومه؛ فروزنده، نسرين؛ گنجی، فروزان؛ اسدی نوغابی، احمدعلی؛

با توجه به یافتههای حاصل از این پژوهش و سایر مطالعات صورت گرفته در این زمینه میتوان نتیجه گرفت که اجرای برنامههای مختلف مداخلات روانشناختی همچون آموزش مهارتهای زندگی می تواند با تغییر در سبک زندگی و اصلاح نظام رفتاری و روانشناختی افراد مستعد ابتلا به بیماریهای قلبی و عروقی و افراد بیمار، گامهای اساسی در جهت تسریع روند بهبودی بیماران و کاهش عوامل خطر ساز بیماری کرونری قلب برداشته و حتی به نحو چشمگیری از بروز بیماری در افراد پیشگیری کنیم.

گفتنی است که شمار کم آزمودنیها و روش نمونهگیری در دسترس، برای تعمیم یافتههای به دست آمده، لزوم انجام پژوهشهای مشابه با نمونههای بزرگتر در پژوهشهای گسترده را ضروری مینماید.

همچنین بررسی سایر عوامل اجتماعی و روانشناختی مؤثر بر کیفیت زندگی و استفاده از برنامههای درمانی مبتنی بر شیوههای روانشناختی جهت تغییر و اصلاح نظام رفتاری بیماران از جمله پیشنهادهایی است که میتوان در رابطه با پژوهش حاضر ارائه نمود. با توجه به مسأله تعمیمپذیری پیشنهاد میشود، پژوهشگران بعدی روی جمعیتهای مختلف با سنین متفاوت به پژوهش بپردازند. همچنین، با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سرسختی روانشناختی یکی از عوامل روانشناختی است که نقش مهمی در کیفیت زندگی بیماران ایفا میکند، پیشنهاد میشود که کارگاههای آموزشی برای کلیه افراد جامعه بهویژه جامعه مستعد ابتلا به بیماریهای مزمن در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری

این پژوهش با همکاری بیمارستان گلستان شهر اهواز

- Psychological Bulletin*, 107(2), 256-259.
- Calamari, E.; Pini, M. (2003), Dissociative experiences and anger proneness in late adolescent females with different attachment styles , *Adolescence*, 38(150), 287-303.
- Cepeda-Valery, B.; Cheong, A. P.; Lee, A.; Yan, B. P. (2011), Measuring health related quality of life in coronary heart disease: The importance of feeling well , *International Journal of Cardiology*, 149, 4° 9.
- Csef, H.; Hefner, J. (2005), Stress and myocardial infarction *MMW Fortschr Med*, 147(13), 33-35.
- Hadaegh, F.; Harati, H.; Ghanbarian, A.; Azizi, F. (2009), Prevalence of coronary heart disease among tehran adults: Tehran lipid and glucose study , *East Med Health J.*, 1(1)5, 157-66.
- Jaarsveld, C. H. M.; Sanderman. R.; Ranchor, A. V.; Ormel, J.; Veldhuisen, D. J. & Kempen, G. I. (2002), Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: A prospective study , *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 1105-12.
- Jöreskog, K. G. & Sörbom, D. (2004), LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS command language , *Lincolnwood, IL: Scientific Software International*.
- Kasper, D. L.; Fauci, A.; Braunwald, E.; Hauser, S. L.; Longo, D. L.; Jameson, J. J.; et al. (2005), *Harrison's principles of internal medicine* , 16th ed, New York: Mac Grow-Hill, 1425-34.
- Kobasa, S.C. (1979), Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness , *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kubzansky, L. D.; Kawachi, I. (2000), Do Negative Emotions Cause Coronary Heartdisease? *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 48, 323- 337.
- Li, R.; Yan, B. P.; Dong, M.; Zhang, Q.; Wai-Kwok Yip, G.; Chan, C. & et al. (2012), Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome *International Journal of Cardiology*, in press.
- بخشا، فوزیه؛ صادقی، بهمن (۱۳۸۶)، «بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکنه قلبی مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی درمانی هاجر»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۹(۳)، ۷۸-۸۴.
- روشن، رسول؛ شاکری، رضا (۱۳۸۹)، «بررسی اعتبار و پایایی مقیاسی برای سنجش سرسختی روانشناختی دانشجویان»، *دانشور رفتار*، ۱۷(۴۰)، ۳۵-۵۲.
- عبدالهیان، ابراهیم؛ مخبر، نغمه؛ کفایی رضوی، زیبا (۱۳۸۵)، «بررسی مقایسه‌ای پاسخهای مقابله‌ای و رویدادهای مهم زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر»، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۸ (۲۹ و ۳۰)، ۳۷-۴۲.
- فیض، عبدالله؛ نشاطدوست، حمیدطاهر؛ نائلی، حسین (۱۳۸۰)، «بررسی رابطه سرسختی روانشناختی و روشهای مقابله با تنیدگی»، *مجله روانشناسی*، ۲۰(۵)، ۳۰۳-۳۱۵.
- کیامرثی، آذر؛ نجاریان، بهمن؛ مهربانزاده هنرمند، مهناز (۱۳۷۷)، «ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سرسختی روانشناختی»، *مجله روانشناسی*، ۷(۲)، ۲۷۱-۲۸۴.
- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹)، «خصوصیت، خشم و خطر بروز آترواسکلروز عروق کرونر»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸(۶)، ۵۴۰-۵۵۱.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا؛ وحدانینیا، مریم سادات (۱۳۸۴)، ترجمه، «تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36»، *مجله پایش*، ۱(۱)، ۴۹-۵۶.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۵)، *مدلسازی ساختاری با نرمافزار لیزرلو*، انتشارات سمت، تهران.
- Bleil, M. E.; Mccaffery, J. M.; Muldoon, M. F.; Sutton-tyrrell, K. I. M.; Manuck, S. B. (2004), Anger related personality traits , *Psychosomatic Medicine*, 66, 633° 639.
- Bollen, K. A. (1990), Overall fit in covariance structure models: Two types of sample size effects ,

- Lopez, L. L. & Oden, G. C. (1999), The role of aspiration level in risky choice: A comparison of cumulative prospect theory and SP/A theory , *Journal of mathematical psychology*, 43, 286-300.
- Maddi, S. R. (2002), The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research and practice , *Consulting Psychology Journal*, 54, pp. 173-185.
- Matsumoto, Y.; Uyama, O.; Shimizu, S.; Michishita, H.; Mori, R.; Owada, T. & et al. (1993), Do anger and aggression affect carotid atherosclerosis? *Stroke*, 24,983-6.
- Matthews, K. A.; Owens, J. F.; Kuller, L.H.; Sutton-Tyrrell, K.; Jansen-McWilliams, L. (1998), Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women? *Psychosom Med*, 60(5), 633-8.
- Merkouris, A.; Apostolakis, E.; Pistolas, D.; Papagiannaki, V.; Diakomopoulou, E.; Patiraki, E. (2009), Quality of life after coronary artery bypass graft surgery in the elderly , *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 74° 81.
- Mona, P.; Fitzmaurice, G.; Kubzansky, L. D.; Rimm, E. B.; Kawachi, I. (2003), Anger Expression and Risk of Stork and Coronary Heart Disease Among Male Health Professionals , *Psychosomatic Medicine*, 65,100-110.
- Sarafino, O.; Edward, P. (2006), *Health Psychology*, Fifth edition, New York: John Wiley & Snos. Inc.
- Shepherd, C. W.; While, A. E. (2012), Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review , *International Journal of Nursing Studies*, In press.
- Stewart, S.; Blue, L. (2001), Improving outcomes in chronic heart failure *A practical guide to specialist nurse intervention*, London: BMJ.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007), *Using Multivariate Statistics* (5th Ed.), New York, Allyn and Bacon.
- Vila, G.; Hayder, R.; Bertrand, C.; Falissard, B.; De Blic, J.; Mouren-Simeoni, M. C. & et al. (2003), Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents *Sychosomatics*, 4, 319-28.
- Williams, J. E.; Nieto, F. J.; Sanford, C. P.; Tyroler, H. A. (2001), Effect of an Angery Temperament on Coronary Heart Disease Risk , *American Journal of Epidemiology*, 154, 230-235.
- Yarcheski, A.; Mahon, N. E.; Yarcheski, T. J. (2002), Anger in early adolescent boys and girls with health manifestations , *Nursing Research*, 51, 229-236.
- Zipes, D. P.; Libby, P.; Bonow, R.; Braunwald, E. (2005), *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. 7th ed , Philadelphia: WB Saunders, 1345-51.