



INTERNATIONAL ASSOCIATION  
RAZI  
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM

Philipps  
Universität  
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT  
FÜR RATIONALE PSYCHOLOGIE  
UND PSYCHOTHERAPIE  
Ulrich Gellert  
Department of Psychological  
Science & Psychotherapy

## چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی  
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

### پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در بیماران قلبی-عروقی شهر یاسوج

عزیز بهنام مقدم<sup>۱</sup> - سید مهدی حسینی بادنجان<sup>۲</sup> - محمد بهنام مقدم<sup>۳</sup> - منصور بیرامی<sup>۴</sup> - تورج هاشمی<sup>۵</sup>

#### چکیده

هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی کیفیت زندگی در بیماران قلبی-عروقی بر اساس سلامت عمومی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی بیماران شهر یاسوج بود. نمونه، متشکل از ۷۰ نفر بیماران قلبی-عروقی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهر یاسوج که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از مقیاس کیفیت زندگی، پرسشنامه سلامت عمومی، پرسشنامه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره و گام به گام استفاده شد. نتایج حاصل از این یافته‌ها نشان داد که بین کیفیت زندگی، خودکارآمدی، سلامت عمومی و حمایت اجتماعی رابطه معنادار خوبی در سطح  $p < 0.001$  وجود دارد. همچنین نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که همه متغیرهای پیش‌بین ۷۶ درصد از تغییرات متغیر ملاک (کیفیت زندگی) را پیش‌بینی می‌کنند، علاوه بر این نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که متغیر سلامت عمومی ۶۹ درصد متغیر خودکارآمدی ۴ درصد و متغیر حمایت اجتماعی ۳ درصد به صورت تفکیکی تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی می‌کنند.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی، خودکنترلی، بیماران قلبی-عروقی

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی، مدرس مدعو دانشگاه پیام نور یاسوج: aziz.behnam@yahoo.com

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی، مشاور و روانشناس مرکز مشاوره اداره آموزش و پرورش ناحیه ۳ شیراز

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه

<sup>۴</sup> دانشیار دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

<sup>۵</sup> دانشیار دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

## مقدمه

کیفیت زندگی<sup>۱</sup> ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می-پردازد ماهیت ذهنی بودن کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره ی وضعیت زندگی شان به جای گزارشات دیگران می پردازد. (حیدری و همکاران، ۱۳۸۸) اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می برند حداکثر این اهمیت مربوط به بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آنها شناخته نشده است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۳).

در طول 20 سال اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن افزایش چشمگیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن به صورت یک هدف درآمده است. کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است که از رضایت یا عدم رضایت از جنبه های مختلف زندگی که برای شخص مهم هستند، ناشی می شود. کیفیت زندگی حوزه های سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی، درجه عدم وابستگی و تکامل اجتماعی شخص می-باشد (سامارکو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است چرا که یک مفهوم وسیع و پیچیده میباشد که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می شود. شخصیت سالم آمیزه ای از تجربیات فردی در طول زندگی و عوامل وراثتی می باشد که این دو باهم تصور ذهنی فرد از خوب یا ضعیف بودن کیفیت زندگی را می-سازند. احساس امنیت، تعارضات هیجانی، عقاید شخصی و اهداف و میزان تحمل ناکامیها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند. زمانی که فردی در زندگی احساس رضایت و خوشحالی میکند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد از خود مراقبتی خوبی داشته باشد، سالمتر باقی می ماند، لذا کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت (راجونسی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). بیماریهای قلبی-عروقی از جمله بیماری های مزمنی محسوب می شوند که نه تنها شمار مرگ و میر بالایی را به خود اختصاص می دهند بلکه باعث ایجاد محدودیت در کیفیت زندگی می شود (پورکردی، ۱۳۸۸). محدودیت های ایجاد شده

---

<sup>۱</sup> -Quality of life

2- Sammarco A

<sup>۲</sup> -Ragonesi PD

۳- Dunderdale

۴- Zambroski

همچنین وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی وی می گردد. مارتسون و همکاران (۲۰۰۳) نیز بیان می کنند که منبع اولیه افسردگی و کیفیت زندگی نا مطلوب در این بیماران به سبب وجود علائم متعدد فیزیکی ناشی از بیماری می باشد. همچنین داندردال<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۵) بیان می کنند شدت و تعدد علائم بیماری برای این بیماران ماهیتی تهدیدکننده داشته و احساس قریب الوقوع بودن مرگ سبب بروز اختلالات خلقی می گردد. اضطراب، ترس، نگرانی و اختلالات خلقی نهایتاً سبب عدم بهره مندی از خواب مناسب می شود. علائم فیزیکی ناشی از بیماری و عدم تحمل فعالیت، موجب انزوای اجتماعی و همچنین اختلال در روابط جنسی بیماران شده و در نتیجه نقش های بیمار در زندگی خانوادگی و اجتماعی را تغییر و نهایتاً رضایتمندی آن ها را از زندگی کاهش می دهد. مطالعات متعددی نیز نشان داده است که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند. زامروزکی<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۵) طی تحقیقی مشخص نمودند که عملکرد فیزیکی ضعیف و افسردگی، کیفیت زندگی نامطلوبی را در این بیماران سبب می شود. همچنین در تحقیقاتی که توسط ردینجر و همکاران (۲۰۰۱) انجام یافت، مشخص گردید که زنان مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با زنان مبتلا به دیگر بیماری های مزمن کیفیت زندگی پایین تری دارند. جانسون و همکاران (۲۰۰۶) نیز طی تحقیقی نشان دادند بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با مبتلایان سایر بیماری های مزمن نظیر بیماری های مزمن انسدادی ریه، آرتروز، آنژین ناپایدار و بیماران با سابقه سکته قلبی از کیفیت زندگی پایین تری بهره مند هستند. در همین راستا راهنورد و همکاران (۲۰۰۵) نیز بر اساس تحقیقی که در مورد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی انجام دادند، بیان کردند که این بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته است و اکثر بیماران مورد پژوهش وضعیت نامطلوبی در ابعاد جسمی، فعالیت، روانی و اقتصادی - اجتماعی داشته اند. هماهنگ با پژوهش های قلبی مولی و همکاران (۲۰۰۵) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی این بیماران مطلوب نبوده و بیشترین محدودیت را در حیطه فیزیکی و عملکردی کیفیت زندگی تجربه می کنند. حبث<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۲) بیان می کنند اگر چه بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در همه ابعاد کیفیت زندگی دچار اختلال هستند ولی بعد عملکردی در این بیماران نسبت به سایر بیماری های مزمن بیشتر مختل می شود. جونینجر و همکاران (۲۰۰۲) در بررسی خود کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی را نامطلوب یافتند و می نویسند اکثر بیماران مبتلا به نارسایی قلبی کیفیت زندگی خود را ضعیف توصیف می کنند.

عوامل بسیاری در زندگی با کیفیت مطلوب دخالت دارند یکی از این عوامل حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی مفهومی است که عموماً به عنوان کمکی که از جانب دیگران در شرایط دشوار زندگی دریافت می شود درک می گردد (مولی و همکاران، ۲۰۰۵). حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله ای برای رویارویی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با بیماریهای مزمن و شرایط تنش را شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند. (چان و همکاران، ۲۰۰۴).

حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (سارز و همکاران، ۲۰۰۰).

حمایت اجتماعی<sup>۱</sup> باعث کاهش آثار منفی استرس‌های فراوانی که از محیط و جامعه کسب می‌شود می‌گردد و به تبع آن بر کیفیت زندگی اثر مستقیم و مثبت خواهد داشت (زامبروسکی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰) وجود حمایت اجتماعی در افراد می‌تواند باعث کاهش بیماری قلبی، فشار خون و ..... می‌شود همچنین حمایت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سوء ناشی از بیماری مزمن را کاهش دهد و به بیماران کمک می‌نماید تا سازگاری بهتری را با بیماری خودشان داشته باشند (گالاگان و همکاران، ۱۹۹۳). حمایت اجتماعی باعث افزایش عزت نفس در بیماران می‌گردد و فرد را برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی آماده‌تر نماید. حمایت اجتماعی می‌تواند در برخی از ابعاد کیفیت زندگی تأثیر گذار باشد (گلوزم ن، ۲۰۰۴).

خودکارآمدی<sup>۶</sup>، به طور مستقیم با رفتارهای سالم در ارتباط است و به طور غیر مستقیم روی رفتارهای سالم در جهت رسیدن به اهداف، تأثیر می‌گذارد. خودکارآمدی روی چالش‌هایی که افراد با آن مواجه می‌شوند، اثر می‌گذارد. افراد با خودکارآمدی قوی اهداف مشکل‌تری را انتخاب می‌کنند، آن‌ها روی موقعیت‌ها و شرایط توجه می‌کنند به جای آنکه به، موانع اهمیت دهند. خودکارآمدی، روی میزان استقامت، تعهد و تلاش برای دست‌یابی به هدف، اثر می‌گذارد و اینکه ما معیارهای رفتارمان را تا چه اندازه ای درست بر آورده کرده باشیم احساس خودکارآمدی ما را تعیین می‌کند. خودکارآمدی پایین، می‌تواند انگیزه را نابود کند آرزوها را کم کند، با توانایی‌های شناختی تداخل کرده و تأثیر نامطلوبی بر سلامت جسمانی بگذارد (شولدز، ۱۳۷۸). یافته‌های پژوهش سیوکا چنگک و استفان به نقل از عبدالمهی، (۲۰۰۷) حاکی از آن است که افزایش خودکارآمدی بهبود سلامت روان را بدنبال دارد و افرادی که نمره‌ی خودکارآمدی بالاتری دارند، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند.

از دیدگاه پژوهشگران، احساس خودکارآمدی پایین، با عزت نفس پایین، تفکرات بدبینانه نسبت به خود و توانایی عملکرد خود در ارتباط است. افراد با خودکارآمدی پایین، از هر کنشی که به باور آنها، فراتر از توانایی‌شان باشد پرهیز می‌کنند. از سوی دیگر، احساس خودکارآمدی نیرومند، عملکرد و بهزیستی فرد را افزایش می‌دهد. بررسی‌ها نشان دادند که احساس خودکارآمدی پایین، با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، هم‌چنین با علائم اضطراب و ناراحتی، افسردگی، علایم روان‌تنی و بهزیستی منفی

1- Social support 6-self - efficiency

4- hobbs

5- Zambroski

مشخص می شوند (بندورا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). احساس خودکارآمدی می تواند کلیه جنبه های زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. به عنوان مثال بررسی ها نشان می دهند که هر چه سطح خودکارآمدی بالاتر باشد دامنه امکانات شغلی در نظر گرفته شده بیشتر و. علاقمندی به شغل عمیق تر است (بندورا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). تحقیقات انجام شده نشان می دهند افرادی که از توانایی های خود اطمینان دارند فعالانه در برنامه های بهداشتی ارتقاء دهنده سطح سلامتی شرکت می نمایند (اسوارز، ۱۹۹۵).

## اهداف پژوهش

۱- تعیین نقش تفکیکی و ترکیبی متغیرهای سلامت عمومی، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در پیش بینی کیفیت زندگی در بیماران قلبی - عروقی شهر یاسوج

۲- تعیین ارتباط کیفیت زندگی با متغیرهای سلامت عمومی، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی در بیماران قلبی - عروقی شهر یاسوج

## روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع تحقیقات همبستگی و پیش بینی است که در این تحقیق از روشهای همبستگی پرسون و رگرسیون چند متغیره و گام به گام برای تحلیل نتایج استفاده شده است. این مطالعه روی ۷۰ نفر از بیماران قلبی عروقی مراجعه کننده به درمانگاهها و مراکز درمانی در شهر یاسوج که به روش نمونه گیری در دسترس در مدت ۴ ماه انجام شد. پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت نامه به هر یک از بیماران پرسشنامه های تحقیق در اختیار آنها گذاشته شد.

## ابزار سنجش

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی sf36

این پرسشنامه توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ طراحی شد. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می شود اختصاص به سن - گروه یا بیماری خاصی ندارد. هدف این پرسشنامه ارزیابی حالت سلامت از هر دو بعد وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه های هشت گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است هشت حیطه مختلف

<sup>1</sup>- Bandura

سلامت را مورد ارزیابی قرار می دهد. پایین ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین نمره ۱۰۰ است. پایایی و روایی این پرسشنامه در ایران ۹۰ درصد تایید شده است.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): در این پژوهش از فرم ۲۸ سئوالی استفاده گردیده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس ۱- نشانه های جسمانی ۲- اضطراب و بی خوابی ۳- نارسا کنش وری اجتماعی و ۴- افسردگی می باشد.

نمره فرد در هر یک از خورده مقیاس ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می باشد یعقوبی به نقل از فتحی آشتیانی (۸) اعتبار این پرسشنامه را ۸۶٪ درصد گزارش کرده است ثبات درونی با روش آلفای کرون باخ در مطالعه چان، ۹۳٪ گزارش شده است (فتحی آشتیانی ۱۳۸۳)

۳- پرسش نامه حمایت اجتماعی واکس: این مقیاس که توسط واکس، فیلیس و استوارت تهیه گردیده است دارای ۲۳ سئوال که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را در بر می گیرد و بر اساس یک مقیاس ۴ درجه ای بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف ساخته شده است (۷). سیستم نمره گذاری آن را به صفر و ۱ تغییر داده و ضریب پایایی آن را در نمونه دانشجویی ۹۰٪ و در نمونه دانش آموزی ۷۰٪ گزارش کرده است

پرسشنامه خود کار آمدی شرز:

این پرسشنامه در مقیاس لیکرت و با ۱۷ سئوال تدوین شده است در این پرسشنامه پائینترین نمره ۱۷ و بالا ترین نمره ۸۵ می باشد. راثی (۱۳۸۲) در پژوهش خود ضریب پایانی را ۷۴ % بدست آورده و نیز ضریب پایانی این آزمون را از طریق آلفای کرونباخ ۸۲٪ گزارش کرده است (مقیمی، ۱۳۷۹)

## یافته ها

برای تحلیل ضریب همبستگی بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده نمودیم. همان طور که مندرجات جدول شماره ۱ نشان می دهد بین همه متغیرها با کیفیت زندگی رابطه معنا دار وجود دارد

جدول شماره ۱

|             | کیفیت زندگی | خود کارآمدی | سلامت عمومی | حمایت اجتماعی |
|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| کیفیت زندگی | R=1         | R=/763      | R=/83       | R=/649        |
| sig         | -           | /۰۰۱        | /۰۰۱        | /۰۰۱          |
| N=70        | 70          | ۷۰          | ۷۰          | ۷۰            |

همان طور که مندرجات جدول شماره ۱ نشان می‌دهند سلامت عمومی، خود کارآمدی، حمایت اجتماعی به ترتیب بیشترین رابطه معنا دار با کیفیت زندگی دارند. در بخش دیگری از تحلیل‌ها برای تعیین سهم ترکیبی متغیرها در پیش بینی کیفیت زندگی از روش رگرسیون همزمان استفاده شد. مطابق با ماتریس همبستگی کلیه متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک (کیفیت زندگی) محاسبه گردید که نتایج آن در جدول شماره ۲ درج گردیده است.

جدول شماره ۲

| مدل | R    | مجذور | مجذور اصلاح شده | خطای استاندارد | Df1 | Df2 | f     | Sig |
|-----|------|-------|-----------------|----------------|-----|-----|-------|-----|
| 1   | /۸۷۳ | %۷۶   | %۷۵۱            | ۴/۱۰۷          | ۳   | ۶۶  | ۷۰/۲۷ | ۰۰۱ |
|     |      |       |                 |                |     |     |       |     |

مندرجات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک (کیفیت زندگی) همبستگی حدود  $r=۸۷$  دارد و ضریب تعیین این متغیرها برابر با  $r^2=۷۶$  که این میزان همبستگی با ضریب تبیین  $f^2=۷۰/۲۷$  در سطح  $P < /001$  معنی دار است بنا براین متغیرهای پیش بین قادرند تغییرات متغیر ملاک را به طور معنی دار پیش بینی کنند. به تعبیر دیگر این متغیرها ۷۶ درصد از تغییرات متغیر ملاک را به طور معنی دار پیش بینی می‌کنند. نتایج تحلیل واریانس در جدول شماره ۳ نیز نشان می‌دهد که رگرسیون متغیرهای پیش بین به طرف میانگین متغیر ملاک از نظر آماری معنی دار می‌باشد. چرا که F محاسبه شده  $f=۷۰/۲۷$  در سطح  $P < /۰۰۱$  از نظر آماری معنی دار است.

جدول شماره ۳

| سطح معنی داری | F     | میانگین مجذورات | df | مجموع مجذورات | مدل          |
|---------------|-------|-----------------|----|---------------|--------------|
| /۰۰۱          | ۷۰/۲۷ | ۱۱۸۵/۷          | ۳  | ۳۵۵۷/۲        | رگرسیون باقی |
|               |       | ۱۶/۸۷           | ۶۶ | ۱۱۱۳/۶        | مانده        |
|               |       |                 | ۶۹ | ۴۶۷۰/۱        | کل           |

علاوه بر این جهت تعیین سهم تفکیکی هر یک از متغیرهای پیش بین (سلامت عمومی، خود کارآمدی، حمایت اجتماعی) در تغییرات متغیر ملاک از روش تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده نمودیم.

جدول شماره ۴ تحلیل رگرسیون گام به گام

| سطح معنا داری | $df_2$ | $df_2$ | f     | خطای استاندارد شده | $R^2$ | R    | مدل گام به گام |
|---------------|--------|--------|-------|--------------------|-------|------|----------------|
| /۰۰۰۱         | 68     | 1      | 151   | ۴/۶                | ۱/۶۹  | ٪۸۳  | گام اول        |
| /۰۰۲          | 67     | 1      | ۱۰/۳۳ | ۴/۳                | ٪۷۳۱  | ٪۸۵۵ | گام دوم        |
| /۰۰۵          | 66     | 1      | ۸/۴۵  | ۴/۱                | ٪۷۶۲  | ٪۸۷۳ | گام سوم        |

گام اول: متغیر پیش بین: سلامت عمومی

گام دوم: متغیر پیش بین سلامت عمومی و خود کارآمدی

گام سوم: متغیر پیش بین: سلامت عمومی، خود کارآمدی و حمایت اجتماعی

مطابق یافته های جدول شماره ۴ چنین استنباط می گردد که سلامت عمومی با ضریب تعیین  $R^2 = 69\%$  قادر است به عنوان مهمترین متغیر، تغییرات کیفیت زندگی را به طور معنی دار پیش بینی کند درگام دوم و گام سوم متغیرهای خود کارآمدی و حمایت اجتماعی به ترتیب حدود ۴٪ درصد و ۳٪ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین می کنند. نتایج تحلیل واریانس در جدول شماره ۵ نیز این معنا داری را نشان میدهد.



جدول شماره ۵

| گام | مدل        | مجموع<br>مجذورات | df | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری |
|-----|------------|------------------|----|-----------------|-------|--------------|
| ۱   | رگرسیون    | ۳۲۲۰/۸           | ۱  | ۳۲۲۰/۸۴         | ۱۵۱   | /۰۰۰۱        |
|     | باقی مانده | ۱۴۵۰/۰۲          | ۶۸ | ۲۱/۳۲           |       |              |
|     | کل         | ۴۶۷۰/۸           | ۶۹ |                 |       |              |
| ۲   | رگرسیون    | ۳۴۱۴/۶           | ۲  | ۱۷۰۷/۳          | ۹۱    | /۰۰۱         |
|     | باقی مانده | ۱۲۵۶/۲۶          | ۶۷ | ۱۸/۷۵           |       |              |
|     | کل         | ۴۶۷۰/۸           | ۶۹ |                 |       |              |
| ۳   | رگرسیون    | ۳۵۵۷/۲           | ۳  | ۱۱۸۵/۷          | ۷۰/۲۷ | /۰۰۱         |
|     | باقی مانده | ۱۱۱۳/۶           | ۶۶ | ۱۶/۸            |       |              |
|     | کل         | ۴۶۷۰/۸           | ۶۹ |                 |       |              |

بنا بر این متغیرهای پیش بین هم به صورت همزمان و هم به صورت تفکیکی نقش تعیین کننده در پیش بینی تغییرات متغیر ملاک ( کیفیت زندگی ) دارد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که بین کیفیت زندگی با متغیرهای سلامت عمومی ، حمایت اجتماعی ، خودکارآمدی رابطه معناداری وجود دارد . همچنین در بُعد دیگر از نتایج تحقیق نیز نشان داده شد که متغیرهای پیش بین (سلامت عمومی ، حمایت اجتماعی ، خودکارآمدی) هر کدام در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی نقش و سهم تفکیکی دارند . با توجه به نظریات و پژوهشهای مرتبط سعی در تبیین نتایج فوق داریم.

کیفیت زندگی سازه ی بسیار ارزشمندی است که احساس فرد را درباره ی وضعیت جایگاه سلامتی می سنجد. در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانیهای عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده و دستیابی به اطلاعات کیفیت زندگی نه تنها راهگشای درمانهای موثر تر و پیشرفتهای آینده است بلکه در ارتقای برنامه های حمایتی و اقدامات توانبخشی بسیار موثر می باشد عوامل متعددی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا

به بیماریهای قلبی - عروقی موثر است از جمله عوامل موثر بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماریهای قلبی عروقی: سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و اشتغال آنها، و عوامل روحی - عوامل روانی و اجتماعی آنها می باشد.

بدیهی است که بیماری بر کیفیت زندگی تأثیر می گذارد از طرفی مسئله ی کیفیت زندگی با موضوعهای مانند درک از خود، روابط خانوادگی، حمایت اجتماعی و برخورداری از سلامت جسمی و روانی و خود کارآمدی ارتباط دارد. (گلوژمن، ۲۰۰۴). در همین ارتباط پژوهش ها، نشان می دهد که خود کارآمدی، با سلامت بیشتر، موفقیت بالاتر و یکپارچگی اجتماعی رابطه دارد. این مفهوم، در حیطه های مختلفی از قبیل موفقیت تحصیلی، اختلالات هیجانی، سلامت و، انتخاب شغل و تغییرات اجتماعی - سیاسی کاربرد دارد. در همین راستا جورسالم و میتاگ (۱۹۹۵) نشان دادند افرادی که خود کارآمدی بالاتری داشتند، با تغییرات زندگی سازگاری بهتری ایجاد کرده بودند. سیوکا چنگ و استفان (۲۰۰۰) نشان دادند که افزایش خود کارآمدی، بهبود سلامت روان را به دنبال دارد. شوارتز لوتس سینسکا (۲۰۰۷) نشان دادند که آزمون خود کارآمدی، با اضطراب افسردگی استرس، فرسودگی روانی و شکایات جسمانی همبستگی منفی و با اعتماد به نفس، خوش بینی و هیجانات مثبت همبستگی مثبت دارد. همه عوامل فوق نشان میدهند خود کارآمدی با سلامت عمومی و سلامت روان ارتباط زیادی دارد. همچنین، در تحقیق اوگون یمی و مابکوجه (۲۰۰۷) رابطه خود کارآمدی با اعتماد به نفس و خوش بینی، مثبت و با اضطراب، افسردگی و نشانه های مرضی جسمانی، منفی گزارش شده است یکی از عوامل مهم در کیفیت زندگی خود کارآمدی و مؤلفه های سلامت عمومی می باشد. در همین زمینه مطالعات نشان داده اند که احساس خود کارآمدی نیرومند، عملکرد و بهزیستی، فرد را افزایش می دهد. بررسی ها نشان دادند که احساس خود کارآمدی پایین، با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار، هم چنین با علائم اضطراب و ناراحتی، افسردگی، علائم روان تنی و بهزیستی منفی مشخص می شوند (بندور، ۲۰۰۴). در تایید نتایج فوق یافته های پژوهش سیوکا چنگ و استفان به نقل از عبدالهی (۲۰۰۰) حاکی از آن است که افزایش خود کارآمدی بهبود سلامت روان را به دنبال دارد و افرادی که نمره ی خود کارآمدی بالاتری دارند، از سلامت روانی بیشتری برخوردارند که سلامت روان به نوبه خود کیفیت زندگی را متاثر می سازد. از دیگر عوامل مهم و تاثیر گذار در کیفیت زندگی و سلامت روان حمایت اجتماعی می باشد. حمایت اجتماعی نیرومند ترین نیروی مقابله ای برای رویاروی موفقیت آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با بیماریهای مزمن و شرایط تنش را شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می کند (چان، ۲۰۰۱). پژوهشها نشان داده اند که حمایت اجتماعی از طریق ایفای نقش واسطه ای میان عوامل تنش زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می شود (سارز و همکاران (۲۰۰۱) در تایید نتایج فوق پژوهشها نشان داده اند که حمایت اجتماعی باعث کاهش آثار منفی استرسهای فراوانی که از محیط و جامعه کسب می شود می گردد و به تبع آن بر

کیفیت زندگی اثر مستقیم و مثبت خواهد داشت (گالاگان، ۱۹۹). علاوه بر این نتایج مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد حمایت اجتماعی درک شده از سوی بیماران سرطانی با کیفیت زندگی آنان رابطه معنی دار داشته است. همچنین نتایج مطالعه ضیغمی (۱۳۸۷) نشان داد که بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان ارتباط معنی دار آماری وجود داشت بطوری که افراد دارای حمایت اجتماعی بالا از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند و این یافته با نتایج حاصل از مطالعه سامارکو (۲۰۰۱) مطابقت دارد. نتایج تحقیق سامارکو بر 101 زن مبتلا به سرطان نشان داد که میزان تعلق فرد به شبکه حمایتی و ارتباط متقابل وی با جامعه، منبع با ارزشی در سازگاری روانی و اجتماعی وی محسوب می گردد. یافته های مطالعه وی همچنین نشان داد که ارتباط و حمایت همسر و خانواده سبب افزایش تطابق فرد و بهبود کیفیت زندگی وی می گردد. وی می افزاید با توسعه شبکه حمایتی مناسب در زنان مبتلا به سرطان می توان کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشید بنابراین حمایت اجتماعی برای هر فرد یک رابطه امن و اطمینان بخش بوجود می آورد که احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگیهای اصلی آن است. حمایت اجتماعی هر شخصی هم در آسیب پذیری و هم در مقابله وی نقش دارد. آسیب پذیری جسمی و شناختی به موازات کاهش حمایت اجتماعی افزایش میابد.

## منابع

- ابراهیمی قوام، ضغری. (۱۳۷۱)، اندازه گیری روایی و اعتبار سه مفهوم منبع کنترل، عزت نفس و حمایت اجتماعی در دانشجویان دانشگاه تهران - پایان نامه کارشناسی ارشد - دانشگاه تهران.
- احمدی، فضل الله، سالار علیرضا. (۱۳۸۳)، بررسی کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان. مجله علمی حیات دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- پور کردی و همکاران. (۱۳۸۸)، کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به سکته قلبی، نشریه دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- حیدری علیرضا و همکاران. (۱۳۸۸)، مقایسه کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی و سلامت عمومی افراد آلوده به ویروس ایدز (مقاله S-I-D).

شولدز، دوان. (۱۳۷۸)، نظریه های شخصیت، ترجمه یوسف. کریمی. تهران: نشر ارسباران

ضیغمی شراره، محمدی، غفاری فاطمه (۱۳۸۷)، اختلال در عملکرد جنسی و ارتباط آن با کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان (مقالات sid).

فتحی آشتیانی و همکاران - کتاب آزمون های روان شناختی (۱۳۸۳) انتشارات پیام نور.

مقیم فام، پریسا. (۱۳۷۹). بررسی رابطه خود اثر بخشی با ویژگی های شخصیتی و اثر بخشی تدریس دبیران شهر مراغه در سال ۷۸-۷۹ پایان نامه کارشناسی ارشد.

Abdollahi B. tasire khodkaramadi dar tavanmand saziye karkonan. Available:

Bandura A, Schunk DH. Cultivating competence, self efficacy and intrinsic interest through proximal self motivation. J PSP. 2004; 41(3): 586-9822-. Bandura A, Adams NE. Analysis of self efficacy theory in behavior change, cognitive.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman

Callaghan P, Morrissey J. social support and health: a review. J Adv Nurs; 1993. 18: 203.

Chan, C.W., Molassiotis, A., Yam, B.M., Chang, S.J., & Lam, C.S. (2001). Traveling through the cancer trajectory: social support perceived by women with gynecologic cancer in Hong Kong. Cancer Nurs, 24(5), 387.

Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective?. Eur J Heart Fail. 2005 Jun; 7(4): 572-82.

Feiz 2008; 12(2): 101-8. (Persian)

Glozman JM. Quality of life of caregivers. Neurophysiol Rev. 2004; 14 (4): 183-96

Heidari S, Salahshoorian A, Rafiee F. [Quality of life and social support in cancer patients].

Hobbs FD, Kenkre JE, Roalfe AK, Davis RC, Hare R, Davies MK. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. Eur Heart J. 2002 Dec; 23(23): 1867-76

Holahan, C. K., & Holahan, C. J. (1987). Life stress, hassles, and self-efficacy in aging: A replication and extension. Journal of Applied Social Psychology, 17, 574-592. Article-168/4.asp, Accessed June 7 2007

htSiu-kau, C., & Stephen, Y. K. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. Social Behavior and Personality, 413-422. <http://www.imi.ir/tadbir/tadbir>

Ichikawa, M., & Nat, C.(2006). Perceived social environment quality of life among people living with HIV/AIDS in Northern Thailand.J.AIDS Care,18(2),128-3.

Johansson P, Dahlström U, Broström A. Factors and interventions influencing health-related  
Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, Haass M. Health  
Khoshdel Mosa. Relationship between social support and self respect in students of  
Tabriz.University. Thesis for taking MS grade. Society sciences collage. Tabriz University,

Lee, E.H., Yae Chung, B., Boog Park, H.,& Hong Chung, K.(2004). Relationships of mood  
disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. J  
pain Symptom Manage,27(5),

Martensson J, Dracup K, Canary C, Fridlund B. Living with heart failure: depression and quality  
of life in patients and spouses. J Heart Lung Transplant. 2003 Apr; 22(4): 460-7.

Molly GY, Jhonston DW, Witham MD. Family care giving and CHF. Eur J HF. 2005; 7: 592-  
603.

Ogunyemi, A. O., & Mabekoje, S. O. (2007). Self-efficacy, risk-taking behavior and mental  
health as predictors of personal growth initiative among university undergraduates. Journal of  
Research in Educational Psychology, 12, 349

on quality of life in patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005 Sep; 4(3):198-206.

quality of life in patients with heart failure: a review of the literature. Eur J Cardiovasc Nurs.  
2006 Mar;

Ragonesi PD, Ragonesi G, Merati L, et al. The impact of diabetes mellitus on quality of life in  
elderly patients. Arch Gerontol Geriatrics. 1998;6(6):417-22

Rahnavard Z, Zolfaghari M, Kazemnejad A, Hatamipour Kh. [An investigation of quality of  
life and factors affecting it in the patients with congestive heart failure]. "Hayat" Journal of  
Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2006; 1(12): 77-  
86. (Persian)

Rajabi, Gh. R. (2006). An investigation into thereliability and validity of General Self Efficacy  
Scale-10. The Journal of Modern Thoughts in Education, 2,111-122.(Persian)

related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic  
diseases and relation to functional variables. Heart. 2002 Mar; 87(3): 235-41.

Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L, Ganz PA. Quality of life in patients  
with heart failure: do gender differences exist?. Heart Lung. 2001 Mar-Apr; 30(2): 105-.

Sammarco A. Perceived social support uncertainty and quality of life of younger breast cancer  
survivors. Cancer Nursing. 2001;24(3):212-9

Sammarco A. Perceived social support, uncertainty, and quality of life in younger breast

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). General perceived self-efficacy. In J. Weinmanr, S.W. &

Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2007). Health behavior constructs: Theory, measurement, and research. National Cancer Institute Website. Retrieved <http://dccps.cancer.gov/brp/constructs/selfefficacy/index.html>.

Suarez, L., Ramirez, A.G., Villarreal, R., Marti, J., Mcalister, A., Talavera, G.A., & et al. (2000). Social networks and cancer screening in four U.S. Hispanic groups. *Am J Prev Med*, 19(1), 47-52.9425-433.

Zambroski CH, Moser DK, Bhat G, Ziegler C. Impact of symptom prevalence and symptom