

Predicting the Quality of Life by Health Locus of Control and Illness Perception in Patients with Cardiovascular Diseases

Soltani Sh¹, *Hassani F², Golshani F², Koochak Entezar R²

Author Address

1. PhD Student General Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding author's email: Far.hassani@iauctb.ac.ir

Received: 2020 October 20; Accepted: 2021 Jun 3

Abstract

Background & Objectives: Cardiovascular Disease (CVD) is a debilitating condition that reduces the Quality of Life (QoL) due to its comorbid biopsychosocial complications. Furthermore, QoL, as an essential aspect of healthcare, plays an effective role in treatment and care planning. Accordingly, an individual's perception of the disease, the role of the patient in controlling their disease, the treatment process, and the degree of its success, can be of prime importance regarding the QoL. Identifying psychological variables involved in the QoL of patients with CVDs can be effective in improving their QoL. Therefore, the current study aimed to investigate the role of the health control centers and disease perception in predicting the QoL in patients with CVDs.

Methods: The statistical population of the present correlational study included all patients with CVDs referring to Shahid Rajaei Hospital, Tehran Heart Center, and Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran City, Iran, in 2019. The statistical sample consisted of 350 hospitalized and outpatient volunteers who were selected by convenience sampling method. The inclusion criteria of the study were the ability to share information and experiences; having a CVD; the age of >30 years, and one year has passed since the illness. The exclusion criteria of the study were the patient's unwillingness to continue cooperation and the occurrence of unfavorable physical conditions and exacerbation of the disease. The instruments used in this study were a researcher-designed demographic questionnaire, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (Rector et al., 1984), Brief Illness Perception Questionnaire (Broadbent et al., 2006), and Multidimensional Health locus of Control Scale (Wallston et al., 1978). The obtained data were analyzed using descriptive statistics, such as mean and standard deviation as well as inferential statistics, using Pearson correlation coefficient and multivariate regression analysis in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.01.

Results: There was a significant and positive relationship between all subscales of the health control center (including internal control source, control source related to important people & control source related to chance) and the QoL in the examined patients ($p < 0.01$). Additionally, concerning the relationship between disease perception and QoL, only the subscales of perception of outcomes, the perception of disease duration, and personal control presented a significant and positive relationship with patients' QoL ($p < 0.01$). Regarding treatability, symptom recognition, and concerns, and QoL provided no significant relationship with disease, emotions, emotional response, and the ability to understand the disease ($p > 0.01$). The regression analysis data also revealed control source subscales related to significant others ($\beta = 0.36$, $p < 0.001$), control source related to chance ($\beta = 0.26$, $p < 0.001$), the perception of consequences ($\beta = 0.13$, $p < 0.001$), and personal control ($\beta = 0.10$, $p = 0.015$) could predict the QoL in the study patients.

Conclusion: The present research findings suggested that the subscales of the health control center, including the control source related to significant others and the control source related to chance, and the subscales of disease perception, including the perception of consequences and personal control can predict the QoL in patients with CVDs.

Keywords: Quality of life, Patients, Cardiovascular diseases, Health locus of control, Illness perception, Personal control.

نقش کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی

شیوا سلطانی^۱، * فریبا حسنی^۲، فاطمه گلشنی^۲، رؤیا کوچک‌انتظار^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

*Far.hassani@iauctb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۹ مهر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۳ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی متغیرهای روان‌شناختی دخیل در کیفیت زندگی بیماران قلبی می‌تواند در بهبود ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر واقع شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی انجام شد.

روش بررسی: روش این مطالعه از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را تمامی بیماران قلبی بیمارستان شهید رجائی، مرکز قلب تهران و بیمارستان خاتم‌الانبیاء در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. تعداد ۳۵۰ نفر از بیماران قلبی بستری‌شده و سرپایی به صورت نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان علاوه بر پرسشنامه جمعیت‌شناختی به پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مینه‌سوتا (رکتور و همکاران، ۱۹۸۴)، پرسشنامه مختصر ادراک بیماری (بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶) و مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت (والستون و همکاران، ۱۹۷۸) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۱ بود.

یافته‌ها: بین همه زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت (شامل منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس) با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه معنادار و مثبت وجود داشت ($p < 0/01$)؛ همچنین در ارتباط بین ادراک بیماری با کیفیت زندگی فقط زیرمقیاس‌های ادراک از پیامدها، ادراک طول مدت بیماری و کنترل شخصی با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه معنادار و مثبت داشتند ($p < 0/01$)؛ همچنین زیرمقیاس‌های منبع کنترل مربوط به افراد مهم ($\beta = 0/36, p < 0/001$)، منبع کنترل مربوط به شانس ($\beta = 0/26, p < 0/001$)، ادراک از پیامدها ($\beta = 0/13, p < 0/001$) و کنترل شخصی ($\beta = 0/15, p = 0/10$) توانستند کیفیت زندگی بیماران قلبی را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش حاضر، زیرمقیاس‌های متغیر کانون کنترل سلامت شامل منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس و زیرمقیاس‌های متغیر ادراک بیماری شامل ادراک از پیامدها و کنترل شخصی می‌توانند کیفیت زندگی بیماران قلبی را پیش‌بینی کنند.
کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، بیماران قلبی، کانون کنترل سلامت، ادراک بیماری.

پژوهش‌های متعددی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن رابطه ادراک بیماری و کیفیت زندگی را بررسی کرده‌اند و نتایج مشابهی کسب کرده‌اند؛ از جمله عیدی و همکاران نشان دادند، ۴۲ درصد از کیفیت زندگی بیماران قلبی براساس ادراک بیماری پیش‌بینی‌شدنی است (۱۴). نتایج پژوهش مهاجرانی و همکاران نیز رابطه بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران را تأیید کرد (۱۰). در بررسی بهادر و همکاران مشخص شد، کیفیت زندگی بیماران با نارسایی مزمن قلبی یک ماه بعد از ترخیص به مراتب بهتر از زمان پذیرش و زمان ترخیص است (۴). زهرایی و همکاران رابطه بین ادراک بیماری را با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس^{۱۰} منفی و معنادار، به دست آوردند (۱۵). اسکالون و همکاران بیان کردند، بین کیفیت زندگی و ادراک درد بیماران با عمل جراحی ستون فقرات رابطه معناداری وجود دارد (۱۶).

باتوجه به اینکه بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی عروقی بر ابعاد گوناگون کیفیت زندگی اثر دارند و کیفیت زندگی نیز بر روند درمان و برنامه مراقبتی از بیماران مؤثر است (۴)، ضرورت دارد که عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی شناسایی شود و در برنامه‌های درمانی و ارتقای کیفیت زندگی مدنظر قرار گیرد. پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد، کانون کنترل سلامت و ادراک از بیماری از جمله عوامل روان‌شناختی فردی است که می‌تواند در ارزیابی بیماران از شرایط و بیماری خود دارای نقش مؤثری باشد؛ به همین دلیل در کیفیت زندگی بیماران نقش دارد؛ اما بررسی این متغیرها در بیماران قلبی عروقی محدود است و نیاز به انجام دادن پژوهش‌های بیشتری در این زمینه است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری در بیماران قلبی اجرا شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را تمامی بیماران قلبی بیمارستان شهید رجائی، مرکز قلب تهران و بیمارستان خاتم‌الانبیاء شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. تعداد ۳۵۰ نفر از بیماران قلبی بستری‌شده و سرپایی به صورت نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. حجم نمونه براساس فرمول $5+K\sqrt{50}$ به دست آمد (۱۷). معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: توانایی به اختیار گذاشتن اطلاعات و تجربیات خود؛ مبتلا بودن به یکی از بیماری‌های قلبی؛ داشتن سن بیشتر از ۳۰ سال؛ گذشتن یک سال از بیماری. ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش تمایل نداشتن بیمار به ادامه همکاری و بروز شرایط جسمانی نامساعد و تشدید بیماری بود. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در پژوهش عبارت بود از: اطلاعات لازم در زمینه پژوهش به صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ افراد داوطلبانه در

بیماری قلبی عروقی^۱ اصطلاحی عام برای بیماری‌های قلب و رگ‌های خونی است و یکی از عوامل شایع مرگ افراد بیشتر از ۳۵ سال در کشورهای صنعتی است (۱). اصطلاح بیماری قلبی اغلب برای اشاره به حمله قلبی به کار می‌رود؛ باوجوداین، بیماری قلبی سایر بیماری‌های قلب را نیز در بر می‌گیرد. حمله قلبی^۲ یا سکته قلبی^۳ هنگامی اتفاق می‌افتد که جریان خون یکی از عروق کرونر قلب قطع شود و این کمبود و فقدان خون موجب تخریب و حتی مرگ آن بخش از قلب شود (۲). اولین مسئله‌ی جامعی که بیماران قلبی با آن مواجه هستند، کیفیت زندگی^۴ و تغییرات مربوط به آن است. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به جنبه‌هایی از کیفیت زندگی اشاره می‌کند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم با سلامت ارتباط دارد و ناشی از ارزیابی ذهنی فرد درباره جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی سلامت خود است؛ همچنین تحت تأثیر تفاوت‌های فردی، در اشخاص مختلف متفاوت است (۳). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماری‌های مزمن بسیار حائز اهمیت است و می‌تواند در برنامه‌ریزی برای درمان، ارتقای دانش و آگاهی، مهارت‌های مراقبت از خود و در مجموع بهبود کیفیت زندگی مؤثر واقع شود (۴).

از جمله متغیرهای مؤثر در کیفیت زندگی بیماران، کانون کنترل سلامت^۵ است. کانون کنترل سلامت عبارت است از باور فرد به اینکه سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی یا بیرونی است (۵). افرادی که احساس کنترل فردی قوی دارند، حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری را بیشتر در کنترل خود می‌دانند؛ همچنین هنگام ابتلا به بیماری می‌توانند بهتر با بیماری خود کنار بیایند و در فرایند توان‌بخشی^۶، کارآمدتر عمل کنند (۶) و کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند (۷). ریضا و همکاران در زمینه رابطه منبع کنترل سلامت و کیفیت زندگی نشان دادند، بین منبع کنترل بیرونی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون ارتباط منفی و معنادار وجود دارد (۸). صمدی فرد و میکائیلی نیز دریافته‌اند که بین منبع کنترل و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت رابطه معنادار و مثبت وجود دارد (۹). عامل دیگر مؤثر در کیفیت زندگی بیماران، ادراک بیماری^۷ است. ادراک بیماری شامل بازنمایی شناختی^۸ سازمان‌یافته بیمار از بیماری خود و باور به جنبه‌های مختلف وضعیت جدید خود است (۱۰). براساس مدل خودگردانی لونتال^۹، بیمار رفتار و واکنش هیجانی خود را درقبال بیماری براساس برداشت در زمان مشاهده علائم بیماری، برداشت شخصی بیمار از درمان‌ها، باور درباره اثر احتمالی بیماری بر کل زندگی، مدت زمان بیماری و باور درباره میزان کنترل و دوره‌ای بودن بیماری و درمان، مشخص می‌کند (۱۱). به عبارتی ادراک از بیماری سبب شناسایی عوامل اثرگذار بر سازگاری و پذیرش بیماری می‌شود (۱۲) و با کیفیت زندگی بیمار مرتبط است (۱۳).

7. Illness perception

8. Cognitive representation

9. Leventhal Self-Regulatory Model

10. Multiple Sclerosis (MS)

1. Cardiovascular disease

2. Heart attack

3. Myocardial infraction

4. Quality of life

5. Health locus of control

6. Rehabilitation

پژوهش شرکت کردند؛ به آن‌ها در زمینه رازداری و محفوظماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

از ابزارهای زیر در پژوهش استفاده شد.

– پرسشنامه جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل اطلاعاتی درباره سن، جنس، وضعیت تأهل، طول مدت بیماری و نوع بیماری قلبی بود.
– پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مینه‌سوتا^۱: این پرسشنامه توسط رکتور و همکاران در سال ۱۹۸۴ ساخته شد (به نقل از ۱۸). این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است که محدودیت‌های جسمانی، روانی و اجتماعی-اقتصادی ناشی از علائم نارسایی قلبی را در یک ماه گذشته بررسی می‌کند. هشت سؤال جنبه جسمانی و عملکرد فیزیکی، پنج سؤال جنبه روانی-عاطفی و سؤالات باقیمانده دیگر جنبه اقتصادی-اجتماعی بیمار را می‌سنجند. هر سؤال براساس طیف لیکرت شش‌تایی از خیر=صفر تا خیلی زیاد=۵، پاسخ داده می‌شود. در این مقیاس نمرات بیشتر، نشان‌دهنده کیفیت زندگی ضعیف‌تر در بیمار است (به نقل از ۱۸). این پرسشنامه از نظر پایایی از تحلیل همسانی خوبی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برخوردار بود (۱۸). در ایران اسکندری و همکاران پایایی پرسشنامه را با تحلیل همسانی درونی و روش آزمون بازآزمون به دست آوردند. نتایج تحلیل نشان داد، میانگین کیفیت زندگی بیماران کلاس چهار درمقایسه با بیماران کلاس یک در همه ابعاد بیشتر و معنادار است. کلاس بیماری براساس تقسیم‌بندی انجمن قلب نیویورک و میزان فعالیت‌های مجاز روزانه مشخص می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بود و ضریب پایایی آزمون مجدد در دو بار اجرا شد و به فاصله دو هفته، در تمام ابعاد بیشتر از ۰/۹۰ بود (۱۹).

– پرسشنامه مختصر ادراک بیماری^۲: این پرسشنامه برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری توسط بردابنت و همکارانش در سال ۲۰۰۶ طراحی شد (۲۰). این پرسشنامه دارای ۱۱ سؤال و ۱۱ خرده‌مقیاس است. هر خرده‌مقیاس به صورت یک سؤال است و همه خرده‌مقیاس‌ها (به جز مربوط به علیت) در مقیاس درجه‌بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شوند. پنج خرده‌مقیاس واکنش شناختی به بیماری را می‌سنجند که عبارت‌اند از: ادراک از پیامدها؛ ادراک طول مدت بیماری؛ کنترل شخصی؛ درمان‌پذیری؛ شناخت علائم. دو ماده واکنش عاطفی را نشان می‌دهند که شامل نگرانی درباره بیماری، عواطف و واکنش عاطفی است، یک ماده قابلیت درک و فهم بیماری را می‌سنجد و جهت‌گیری علی یک سؤال باز است که از بیمار خواسته می‌شود سه عامل از مهم‌ترین عواملی را فهرست کند که باعث بیماری وی شدند (۲۰). در پژوهش بردابنت و همکاران ضریب پایایی این پرسشنامه

از طریق بازآزمایی برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها از $r=0.48$ (قابلیت فهم بیماری) تا 0.70 (پیامدها) بود. برای ضریب روایی خرده‌مقیاس کنترل شخصی از پرسشنامه خوداثربخشی ویژه بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد که $r=0.61$ بود (۲۰). باقریان سرارودی و همکاران نسخه فارسی این مقیاس را تهیه کرد و آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ به دست آمد؛ به طور کلی، نتایج استخراج‌شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت‌بخش است (۲۱).

– مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت^۳: این مقیاس در سال ۱۹۷۸ توسط والس‌تون و همکاران به منظور تعیین کانون کنترل سلامت افراد ساخته شد (۲۲). این مقیاس هیجده سؤال و سه خرده‌مقیاس منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مرتبط به شانس دارد. آزمودنی باید در مقیاس لیکرتی شش‌تایی از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶ میزان موافقت یا مخالفت خود را با هریک از آن‌ها بیان کند (۲۲). در پژوهش والس‌تون و همکاران ضریب پایایی کادر-ریچاردسون برای هریک از مقیاس منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۱ و ۰/۷۷ گزارش شد (۲۲). در مطالعه مشکي و همکاران، مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ از همسانی درونی برخوردار بود (۲۳).

تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی با استفاده از شاخص‌های توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار، شاخص‌های کجی و کشیدگی و در بخش استنباطی و آزمون فرضیه پژوهش از طریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری ۰/۰۱ بود.

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های به دست آمده درخصوص توزیع نمره‌های جمعیت‌شناختی از ۳۵۰ بیمار شرکت‌کننده در این مطالعه تعداد ۱۷۳ بیمار مرد و ۱۷۷ نفر زن بودند که در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۵ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان 37.26 ± 2.93 سال بود. برای بررسی میزان رابطه بین کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با کیفیت زندگی بیماران قلبی از ضریب همبستگی پیرسون و همچنین برای پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج جدول ۱ شامل شاخص‌های توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های کجی و کشیدگی است.

جدول ۱. شاخص‌های آماری متغیرهای کیفیت زندگی، منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری بیماران قلبی (N=۳۵۰)

متغیرها	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
کیفیت زندگی		۵۸/۴۱	۱۷/۹۹	- ۰/۶۸	۰/۸۲
کانون کنترل سلامت	منبع کنترل درونی	۲۲/۴۸	۵/۰۳	- ۰/۸۴	۱/۶۶
	منبع کنترل مربوط به افراد مهم	۲۲/۳۶	۵/۱۵	- ۰/۸۸	۱/۴۸

3. Multidimensional Health locus of Control Scale

1. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire

2. Brief Illness Perception Questionnaire

۱/۴۳	- ۰/۸۵	۵/۴۱	۲۲/۵۹	منبع کنترل مربوط به شانس	
- ۰/۶۲	- ۰/۴۶	۲/۳۳۶	۶/۱۶	ادراک از پیامدها	
- ۰/۴۵	- ۰/۰۸	۱/۹۸	۶/۱۹	ادراک طول مدت بیماری	
- ۰/۱۰	۰/۱۴	۱/۸۰	۶/۲۳	کنترل شخصی	
- ۰/۶۷	- ۰/۳۹	۲/۱۸	۶/۱۲	درمان‌پذیری	ادراک بیماری
- ۰/۸۷	- ۰/۱۷	۲/۱۴	۶/۰۶	شناخت علائم	
- ۰/۸۶	- ۰/۳۴	۲/۵۲	۵/۹۴	نگرانی درباره بیماری	
- ۰/۸۲	- ۰/۴۶	۲/۶۲	۶/۴۸	عواطف و واکنش عاطفی	
- ۰/۸۱	- ۰/۳۴	۲/۴۹	۶/۴۶	قابلیت درک و فهم بیماری	

جدول ۱ نتایج کجی و کشیدگی را برای بررسی نرمال بودن توزیع نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیرهای کیفیت زندگی، کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری، در بیماران قلبی نشان می‌دهد. قدر مطلق ضریب کجی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش باید در بازه (۲-۲) است.

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیرها	مؤلفه‌ها	کیفیت زندگی
کانون کنترل سلامت	منبع کنترل درونی	** ۰/۵۱۸
	منبع کنترل مربوط به افراد مهم	** ۰/۵۸۷
	منبع کنترل مربوط به شانس	** ۰/۵۶۶
	ادراک از پیامدها	** ۰/۱۴۹
	ادراک طول مدت بیماری	** ۰/۱۴۸
ادراک بیماری	کنترل شخصی	** ۰/۱۳۸
	درمان‌پذیری	۰/۰۰۴
	شناخت علائم	- ۰/۰۲۱
	نگرانی درباره بیماری	- ۰/۰۱۲
	عواطف و واکنش عاطفی	۰/۰۶۱
	شناخت قابلیت درک و فهم بیماری	۰/۰۵۳

** $p < 0.01$

ضرایب به دست آمده در جدول ۲ بیانگر همبستگی بین زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت و برخی زیرمقیاس‌های ادراک بیماری با کیفیت زندگی بیماران قلبی است. به عبارت دقیق‌تر، بین همه زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه معنادار و مستقیم مشاهده می‌شود ($p < 0.01$)؛ یعنی با افزایش کانون کنترل سلامت بیماران قلبی، کیفیت زندگی آنان نیز افزایش می‌یابد. همچنین از زیرمقیاس‌های ادراک بیماری فقط ادراک از پیامدها، ادراک طول مدت بیماری و کنترل شخصی با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه معنادار و مستقیم دارند ($p < 0.01$)؛ یعنی به هر اندازه ادراک از پیامدها، ادراک طول مدت بیماری و کنترل شخصی بیماران قلبی بیشتر شود، کیفیت زندگی آنان نیز ارتقا می‌یابد؛ اما در زیرمقیاس‌های درمان‌پذیری، شناخت علائم، نگرانی درباره بیماری، عواطف و واکنش عاطفی و شناخت قابلیت درک و فهم بیماری با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه معناداری مشاهده نشد.

جدول ۳. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی براساس زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری

مقدار p	مقدار t	ضرایب استاندارد		مقدار B	مقدار خطای معیار	متغیرهای پیش‌بین
		ضرایب استاندارد	β			
۰/۷۶۸	- ۰/۲۹۵	---	---	- ۱/۳۴۵	۴/۵۶۲	مقدار ثابت
< ۰/۰۰۱	۴/۴۷۴	۰/۳۶	۰/۲۷۹	۱/۲۴۸	۰/۲۷۹	منبع کنترل مربوط به افراد مهم
< ۰/۰۰۱	۳/۲۴۵	۰/۲۶	۰/۲۶۶	۰/۸۸۲	۰/۲۶۶	منبع کنترل مربوط به شانس
< ۰/۰۰۱	۳/۰۱۸	۰/۱۳	۰/۳۲۲	۰/۹۷۲	۰/۳۲۲	ادراک از پیامدها
۰/۰۱۵	۲/۴۴۹	۰/۱۰	۰/۴۱۹	۱/۰۲۶	۰/۴۱۹	کنترل شخصی

جدول ۳ نتایج رگرسیون چندمتغیره گام‌به‌گام را نشان می‌دهد. براساس نتایج تحلیل رگرسیون، زیرمقیاس‌های منبع کنترل مربوط به افراد مهم

($p < 0/001$)، $\beta = 0/36$)، منبع کنترل مربوط به شانس ($p < 0/001$)، $\beta = 0/26$)، ادراک از پیامدها ($p < 0/001$)، $\beta = 0/13$) و کنترل شخصی ($p = 0/10$)، $\beta = 0/10$) می‌تواند کیفیت زندگی بیماران قلبی را پیش‌بینی کند.

۴ بحث

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد، همه زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت (شامل منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس) با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه مثبت و معنادار داشتند؛ همچنین برخی زیرمقیاس‌های ادراک بیماری شامل ادراک از پیامدها، ادراک طول مدت بیماری و کنترل شخصی با کیفیت زندگی بیماران قلبی دارای رابطه مثبت و معناداری بودند؛ اما در زیرمقیاس‌های درمان‌پذیری، شناخت علائم، نگرانی درباره بیماری، عواطف و واکنش عاطفی و شناخت قابلیت درک و فهم بیماری با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطه معناداری مشاهده نشد. صمدی فرد و میکائیلی رابطه بین منبع کنترل و کیفیت زندگی را در بیماران دیابتی بررسی کردند. نتایج نشان داد رابطه بین منبع کنترل و کیفیت زندگی در این بیماران معنادار و مثبت است (۹). مهاجرانی و همکارانش نیز در بررسی رابطه بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران قلبی، نتایج مشابهی را به دست آوردند (۱۰).

در تبیین یافته پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بین منبع کنترل سلامت و همه زیرمقیاس‌های آن با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، می‌توان به محدودیت‌هایی اشاره کرد که بیماران قلبی در فعالیت‌های روزانه خود دارند و تا حدودی آن‌ها را برای فعالیت‌های روزمره وابسته به اطرافیان می‌کند؛ چراکه این امر می‌تواند در ادراک کنترل فرد بر زندگی خود مؤثر واقع شود و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. در منابع کنترل مرتبط با سلامت، فرد میزان کنترل خود بر مدیریت شرایط درمان خویش، اعتماد به توانایی و تخصص گروه درمان و میزان شانس و تقدیر را در نظر می‌گیرد. منبع کنترل درونی در صورتی می‌تواند بر کیفیت زندگی بیمار اثر منفی داشته باشد و آن را کم کند که بیمار بخواهد مشکلات پیش‌آمده در روند درمان را به خود ربط دهد؛ در این صورت دایره معیوبی در شبکه باورهای فرد ایجاد می‌شود (۸)؛ در نتیجه کیفیت زندگی بیماران قلبی دستخوش تغییر می‌شود و بر شدت و وخامت بیماری اثر می‌گذارد (۷)؛ برعکس اگر بیماران رفتار خود را در پیروزی از پزشک و درمان، عامل مؤثری در بهبود روند درمان بدانند، منبع کنترل درونی می‌تواند کیفیت زندگی را ارتقا بخشد (۸). همچنین منبع کنترل سلامت وابسته به افراد مهم از جمله پزشک، تیم درمان و افراد حمایتگر خانواده می‌تواند به عنوان منابع کنترل بیرونی در شرایط بیمار نقش مؤثری داشته باشد. هنگامی که بیمار به تخصص و مهارت تیم درمان اعتماد دارد، استرس کمتری را تجربه می‌کند؛ همچنین امیدوارتر است و کیفیت زندگی مطلوب‌تر می‌شود (۲۳). از سویی دیگر داشتن حمایت روانی اجتماعی همواره عاملی مؤثر در کیفیت زندگی به‌شمار می‌رود (۳) و زمانی که بیماران خانواده خود را حمایتگر بدانند، کیفیت زندگی مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر نقش منبع کنترل سلامت وابسته به افراد مهم را تأیید می‌کند؛ اما در پژوهش حاضر بین عوامل بیرونی

مربوط به شانس و اقبال با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار وجود داشت و در برخی پژوهش‌ها معمولاً این زیرمقیاس با کیفیت زندگی رابطه منفی دارد (۸) که می‌توان این نتایج را با توجه به باورهای مذهبی و فرهنگی جامعه ما تبیین کرد. در فرهنگ و اعتقادات مذهبی ما قضا و قدر از جمله امور پذیرفته شده است؛ همچنین در برابر خواست خداوند پذیرش و تسلیم شیوه‌ای آرامش‌بخش است و نتایج حاصل به دلیل اصول اعتقادی و پذیرش تقدیر الهی است. در پژوهش باسینگ و همکاران راهبردهای مقابله‌ای مذهبی یکی از عوامل مؤثر در درمان و کیفیت زندگی بیماران مزمن است (۲۴).

در تبیین یافته دیگر پژوهش مبنی بر رابطه مثبت و معنادار زیرمقیاس‌های ادراک از پیامدها، ادراک طول مدت بیماری و کنترل شخصی با کیفیت زندگی بیماران قلبی می‌توان اشاره کرد که مؤلفه‌های متعدد ادراک بیماری از جمله انتظارات فرد از آینده بیماری، طول مدت بیماری، قابلیت کنترل و نیز قابلیت درمان آن به نوعی می‌تواند کیفیت زندگی بیمار را تعیین کند (۱۴). دام و سیستفلد در زمینه نقش مفهوم سلامت جسمی و روحی بر ادراک بیماری افراد اظهار کرده‌اند که نوع ادراک و تفسیر بیماری با بهزیستی روان‌شناختی و نیز جسمانی رابطه معناداری دارد (۱۲). وجود رابطه بین بازنمایی‌های شخصی از بیماری و کیفیت زندگی بیماران مزمن بر اساس نظریه خودگردانی است. این دیدگاه افراد را حل‌کننده‌های مشکل فعال می‌داند که در پاسخ به بیماری یا سایر تهدیدهای جسمی، بازنمایی‌های شناختی و هیجانی را هم‌زمان باهم شکل می‌دهند. این بازنمایی‌های شناختی بیماری شامل تعداد و تجربه علائم واقعی است که به عنوان بخشی از بیماری در نظر گرفته می‌شود و نیز برچسب انتزاعی به آن داده می‌شود (شناخت بیماری) (۱۵)؛ همچنین انتظارات در زمینه طول مدت احتمالی بیماری (خط زمانی)، باور درباره پیامدهای جسمی، اجتماعی و هیجانی (پیامدها)، ادراکات درباره میزان قابلیت درمان یا کنترل آن و نیز باور درباره دلایل بیماری را در بر می‌گیرد (۱۳). این بازنمایی‌های به هم پیوسته بیماری چارچوبی مفهومی برای بیمار به وجود می‌آورند که از طریق آن توصیه‌های مراقبان سلامتی را پردازش می‌کنند و این امر به نوبه خود سازگاری به بیماری را تعیین می‌کند؛ بنابراین ادراک بیماران از بیماری بر رفتار، عملکرد و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. هرچه بیمار پیامدهای بیماری خود را شدید، زمان بیماری را طولانی، کنترل خود بر بیماری را ضعیف و علائم بیماری را شدیدتر بداند و در برابر بیماری و شرایط خود واکنش عاطفی شدیدتر داشته باشد، کیفیت زندگی ضعیف‌تری را تجربه می‌کند.

یافته‌های این مطالعه نتایج مطالعات گذشته را توسعه داده است و با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به محققان برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود در این زمینه مطالعاتی بر گروه‌های مختلف بیماران مزمن، بیماران صعب‌العلاج و شهرهای دیگر انجام دهند.

۵ نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود که زیرمقیاس‌های متغیر کانون کنترل سلامت شامل منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس و زیرمقیاس‌های متغیر ادراک بیماری شامل ادراک از پیامدها و کنترل شخصی می‌تواند کیفیت

زندگی بیماران قلبی را پیش‌بینی کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از بیماران قلبی بیمارستان شهید رجایی، مرکز قلب تهران و بیمارستان خاتم‌الانبیاء و پرسنل این بیمارستان‌ها که در مطالعه حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش فرم رضایت‌نامه کتبی امضا شده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینه پژوهش به صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند؛ به آن‌ها در زمینه رازداری و محفوظ ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در پیوست رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، دردسترس است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

باتوجه به اینکه مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است، نویسنده اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های استاد راهنما و اساتید مشاور کل پژوهش را انجام داده است.

References

1. Kwok CS, Pradhan A, Khan MA, Anderson SG, Keavney BD, Myint PK, et al. Bariatric surgery and its impact on cardiovascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol.* 2014;173(1):20–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.02.026>
2. Kotecha D, Manzano L, Krum H, Rosano G, Holmes J, Altman DG, et al. Effect of age and sex on efficacy and tolerability of β blockers in patients with heart failure with reduced ejection fraction: individual patient data meta-analysis. *BMJ.* 2016;353:i1855. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1855>
3. Hand C. Measuring health-related quality of life in adults with chronic conditions in primary care settings. *Can Fam Physician.* 2016;62(7):e375–83.
4. Bahador R, Nouhi E, Jahani Y. Quality of life and its related factors in patients with CHF, referring to Jiroft Imam Khomeini Hospital. *Iran Journal of Nursing.* 2017;30(105):23–33. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/ijn.30.105.23>
5. Forshaw M, Sheffield D. *Health psychology in action.* Chichester, West Sussex ; Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2012.
6. Kroemeke A. Coping flexibility and health-related quality of life among older adults: the compensatory effect of co-rumination. *Front Psychol.* 2019;10:59. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00059>
7. Sarafino EP, Smith TW. *Health psychology: biopsychosocial interactions.* 8th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2014.
8. Rizza F, Gison A, Bonassi S, Dall'Armi V, Tonto F, Giaquinto S. 'Locus of control', health-related quality of life, emotional distress and disability in Parkinson's disease. *J Health Psychol.* 2017;22(7):844–52. <https://doi.org/10.1177/1359105315616471>
9. Samadifard HR, Mikaeili N. The Role of Locus of Control and Cognitive Fusion in the Prediction of Quality of Life in Diabetic Patients. *Pajouhan Scientific Journal.* 2016;15(1):9–18. [Persian] <http://psj.umsha.ac.ir/article-1-362-en.pdf>
10. Mohajerani S, Haghayegh SA, Adibi P. Relationship between Alexithymia, illness perception and resilience with quality of life of patients with ulcerative colitis. *Govaresh.* 2017;22(1):28–38. [Persian] <http://www.govaresh.org/index.php/dd/article/view/1815/2107>
11. Gregory J, Richardson C. The use of pain assessment tools in clinical practice: a pilot survey. *J Pain Relief.* 2014;3(2):140–6. <https://doi.org/10.4172/2167-0846.1000140>
12. Daum M, Sittenfeld C. *The quality of life report.* Austin: University of Texas Press; 2017.
13. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes.* 3rd ed. Chichester: John Wiley; 2016.
14. Eydi M, Najafi Ghezalje T, Haghani SH. The Prediction of self-care behaviors and quality of life based on disease perception in patients with heart failure. *Iran Journal of Nursing.* 2020;33(124):13–26. [Persian] <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-3180-en.pdf>
15. Zahraie S, Amini S, Saebi S. The relationship between illness perception, stigma and cognitive fusion with quality of life of the women with multiple sclerosis. *Journal of Psychological Studies.* 2018;14(2):25–40. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22051/psy.2018.21294.1687>
16. Scalone L, Zucco F, Lavano A, Costantini A, De Rose M, Poli P, et al. Benefits in pain perception, ability function and health-related quality of life in patients with failed back surgery syndrome undergoing spinal cord

- stimulation in a clinical practice setting. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):68–76. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0887-x>
17. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. *Multivariate Behav Res*. 1991;26(3):499–510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7
 18. Rector TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Pimobendan Multicenter Research Group. *Am Heart J*. 1992;124(4):1017–25. [https://doi.org/10.1016/0002-8703\(92\)90986-6](https://doi.org/10.1016/0002-8703(92)90986-6)
 19. Eskandari S, Heravi-Karimooi M, Foroughan M, Ebadi A, Taheri Kharameh Z. Quality of life in heart failure patients using the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF). *Payesh (Health Monitor)*. 2016;15(5):559–66. [Persian] <http://payeshjournal.ir/article-1-156-en.pdf>
 20. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006;60(6):631–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
 21. Bagherian Sararoudi R, Bahrami Ehsan H, Sanei H. Relationship between history of myocardial infraction and cognitive representation of myocardial infraction. *Research in Psychological Health*. 2008;2(2):29–39. [Persian]
 22. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Educ Monogr*. 1978;6(2):160–70. <https://doi.org/10.1177/109019817800600107>
 23. Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public Health*. 2007;7(1):295. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-295>
 24. Büssing A, Michalsen A, Balzat H-J, Grünther R-A, Ostermann T, Neugebauer EAM, et al. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Med*. 2009;10(2):327–39. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x>