

## *Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in Patients after Coronary Artery Bypass Graft Surgery*

Mehraban Parsamehr<sup>1</sup>,  
Seyed Alireza Afshani<sup>1</sup>,  
Fatemeh Niko<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Faculty of social sciences Yazd University

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of cooperation and social welfare, Faculty of social sciences Yazd University  
3MSc Sociology, Yazd University

(Received August 10, 2014 ; Accepted April 12, 2015)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Low health related quality of life is one of the most important consequences of diseases. Patients' beliefs about different aspects of new situation influences the consequences of illness and their quality of life. This study aimed at investigating the relationship between illness perceptions and quality of life after coronary artery bypass graft surgery (CABG).

**Materials and methods:** In a cross-sectional survey research, 102 patients were studied after CABG in Alzahra Hospital in Shiraz. Patients were selected according to convenience sampling. Illness Perception Questionnaire (IPQ) and global Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF) were used to collect the data.

**Results:** Significant association was observed between patient's illness perception and quality of life. Among illness perception subscales, time line ( $r= 0.501$ ,  $P< 0.001$ ), causal representation ( $r= 0.210$ ,  $P< 0.05$ ), illness coherence ( $r= 0.210$ ,  $P< 0.05$ ), personal control ( $r= 0.467$ ,  $P< 0.001$ ), treatment control ( $r= 0.380$ ,  $P< 0.001$ ), and emotional representations ( $r= 0.312$ ,  $P< 0.001$ ) had the most significant correlation with quality of life. Also, quality of life was significantly associated with sex ( $P<0.001$ ), level of education ( $P<0.03$ ) income ( $P<0.001$ ), and occupation ( $P< 0.001$ ).

**Conclusion:** Illness perception about coronary artery disease has significant effects on disease outcomes and quality of life of patients after treatment. Therefore, psychological interventions focusing on this factor are recommended in involved patients.

**Keywords:** Quality of Life, illness perceptions, coronary artery bypass surgery

# ارتباط بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران پس از جراحی بای پس عروق کرونری

مهربان پارسا مهر<sup>۱</sup>  
سید علیرضا افشانی<sup>۲</sup>  
فاطمه نیکو<sup>۳</sup>

## چکیده

**سابقه و هدف:** کیفیت زندگی وابسته به سلامت نامناسب یکی از مهم‌ترین پیامدهای بیماری است. باور بیماران از جنبه‌های مختلف وضعیت جدید، روی پیامدهای بیماری و کیفیت زندگی آنان تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران قلبی پس از جراحی بای پس انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر در قالب یک طرح پیمایشی و به صورت مقطعی انجام شد داده‌ها از ۱۰۲ نفر از بیمارانی که جراحی بای پس را در بیمارستان قلب الزهراء شیراز انجام داده بودند، جمع‌آوری شد. بیماران با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه استاندارد شده ادراک بیماری (Brief-IPQ) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی جهانی (WHOQOL-BREF) بود.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که رابطه معنی‌داری بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی وجود دارد. از میان خرده مقیاس‌های ادراک بیماری به ترتیب، خط زمانی حاد/ مزمن ( $F=0/501$  و  $p<0/001$ )، برآیند بیماری ( $F=0/210$  و  $p<0/05$ )، انسجام بیماری ( $F=0/210$  و  $p<0/05$ )، کنترل شخصی ( $F=0/467$  و  $p<0/001$ )، کنترل درمان ( $F=0/380$  و  $p<0/001$ ) و تظاهرات هیجانی ( $F=0/312$  و  $p<0/001$ ) بیش‌ترین همبستگی را با کیفیت زندگی داشتند. هم‌چنین کیفیت زندگی با جنس ( $p<0/001$ )، سطح تحصیلات ( $F=0/03$ )، میزان درآمد ( $p<0/001$ ) و شغل ( $p<0/001$ ) ارتباط آماری معنی‌داری داشت.

**استنتاج:** ادراک بیماری در بیماران مبتلا به بیماری قلبی تأثیر معنی‌داری بر پیامدهای بیماری و کیفیت زندگی بیماران پس از درمان دارد. بنابراین طراحی مداخلات روان‌شناختی بر پایه ادراک بیماری برای این بیماران پیشنهاد می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، ادراک بیماری، جراحی بای پس عروق کرونری

## مقدمه

امروزه انسان‌ها نه تنها تمایل به افزایش عمر دارند، بلکه خواستار بهبود کیفیت زندگی نیز هستند. کیفیت زندگی بر اساس برداشت و درک فرد از وضعیت زندگی خود در ارتباط با عوامل فرهنگی، اهداف، عقاید و باورهای او تعیین می‌شود. کیفیت زندگی، تحت تأثیر فاکتورهایی

است که به زندگی ارزش داده و به ایجاد تجارب مثبت کمک می‌کند و برای افراد مختلف، معانی متفاوتی دارد. کیفیت زندگی یک فرد، نظر شخصی وی بوده و توسط خود فرد تعیین می‌شود. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، انعکاسی از تأثیرات بیماری و درمان آن با توجه

Email: nikoofatemeh@ymail.com

**مؤلف مسئول:** فاطمه نیکو - یزد: دانشگاه یزد، دانشکده علوم اجتماعی

۱. دانشیار، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد

۲. دانشیار، گروه تعاون و رفاه اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد

۳. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه یزد

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۱۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۳/۵/۲۹ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۱/۲۳

به دیدگاه و تجارب بیمار است. کیفیت زندگی نامطلوب با تشدید وخامت بیماری، بقای کم‌تر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران قلبی همراه است (۱).

با توجه به تغییر الگوی زندگی مردم در سرتاسر جهان، به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی بر بیماری‌های عفونی پیشی گرفته و عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی بشر شود. در ایران نیز طبق آماري که مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۱۳۸۰ منتشر کرده است، تعداد مبتلایان به نارسایی قلبی در ۱۸ استان کشور ۳۳۳۷ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است. طی یک بررسی در شهریور ماه سال ۱۳۷۷ در ایران، ۲۵ درصد از بیماران بستری در بخش‌های قلب دچار نارسایی قلب بوده‌اند (۲). درمان‌های مختلف بیماری‌های قلبی - عروقی با هدف بهبود وضعیت جسمی و کیفیت زندگی وابسته به سلامت صورت می‌گیرند. تعداد بسیار زیادی از بیمارهای مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر که به درمان‌های دارویی پاسخ نمی‌دهند، تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر قرار می‌گیرند. انجام عمل پیوند عروق کرونر، ۲۶/۷۹ درصد در آمریکای شمالی، ۷۲ درصد در آسیا، ۹۴/۱۷ درصد در اروپای غربی، ۱۴/۱۸ درصد در سایر نقاط جهان رو به افزایش است. در ایران نیز ۶۰ درصد از کل اعمال جراحی قلب باز، جراحی بای پاس عروق کرونر می‌باشد (۳).

یکی از متغیرهایی که بر ارتقاء مهارت‌های خودکارآمدی در بیماری‌های مزمن تاثیرگذار است، درک از بیماری می‌باشد. واکر معتقد است که: درک بیمار از بیماریش، نقش تعیین کننده ای در نوع رفتارهای بهداشتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر، برای بهبودی دارد. ب. بنابراین اخیراً نقش ادراک بیماری به عنوان یک عامل روان‌شناختی بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن مورد توجه قرار گرفته است (۴). منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری خود و باور بیمار از

جنبه‌های مختلف وضعیت جدید وی می‌باشد. براساس نظریه مدل خودگردانی لونتال و همکاران بیمار رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را بر اساس ادراکات در زمان مشاهده علائم بیماری نظیر ترس و اضطراب، درجه‌ای که فکر می‌کند درمان اتخاذ شده از سوی وی می‌تواند بیماری‌اش را کنترل کند، باورهایش درباره نتایج احتمالی که بیماری وی می‌تواند بر جنبه‌های زندگی وی اثر داشته باشد، باورهایش درباره مدت زمانی که بیماری وی طول می‌کشد، باورهایش درباره قابل فهم بودن بیماری، باورش درباره قابل کنترل بودن و بهبودی بیماری، باورش درباره چرخشی و دوره‌ای بودن بیماری، تنظیم می‌نماید (۵). دو جنبه مهم درباره ادراک بیماری باید مورد توجه قرار گیرد: اول این که باورهای بیمار درباره شرایطی که در آن قرار دارد اغلب با آن چه درمان‌گر در این باره می‌اندیشد، متفاوت است و دوم این که ادراک بیماری، از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. حتی در مواردی که بیماران شرایط یکسان دارند، در شرایط متفاوت فرهنگی و اجتماعی می‌توانند دیدگاه‌های بسیار متفاوتی از بیماریشان داشته باشند (۶). هم‌چنین یافته‌های مطالعات دیگر بیانگر نقش قابل توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها نظیر آرتریت روماتوئید (۷)، بیماری هانتینگتون (۸)، دیابت (۹)، سکته قلبی (۱۰)، بیماری کلیوی (۱۱) و سرطان سر و گردن (۱۲) است. پندر، سبک زندگی مروج سلامت را الگوهای چند بعدی رفتارهای خودجوش و درک‌هایی می‌داند که برای حفظ و ارتقای سطح سلامت، خودشکوفایی و کمال فردی به کار می‌رود. بنابراین بر آورد درک و نظر بیماران نسبت به وضعیت سلامت خود را ضروری می‌داند (۱۳). با توجه به مطالب ذکر شده، مطالعات متعددی به بررسی تاثیر درک از بیماری برای جاد تغییرات در سبک زندگی بیماران قلبی پرداخته‌اند، اما مطالعات کافی در مورد درک از بیماری به عنوان عاملی مؤثر بر درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام موفقیت آمیز رفتارهای

بهداشتی ارتقا سلامت و کیفیت زندگی بیماران قلبی بعد از عمل جراحی بازانجام نگرفته است. از این رو مطالعه حاضر با رویکردی اجتماعی و روانی با هدف تعیین ارتباط بین درک از بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر پس از عمل جراحی بای پس در شهر شیراز انجام گرفت.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع پیمایشی (Study Survey) و مقطعی بوده است. جامعه آماری مطالعه همه بیمارانی بودند که در بهار سال ۹۳، سه ماه از عمل جراحی قلب پیوند عروق کرونر آنان گذشته بود و جهت معاینه‌های بعدی به کلینیک قلب و عروق بیمارستان خیریه قلب الزهراء شیراز مراجعه کرده بودند.

جهت گردآوری داده‌های مورد نیاز این پژوهش از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (نمونه‌گیری در دسترس) استفاده گردید. پس از کسب رضایت از بیماران، بیماران واجد شرایط بر حسب معیارهای ورود (سابقه عمل جراحی پیوند عروق کرونر قلب که سه ماه از عمل جراحی آنان گذشته باشد، تمایل بیمار به شرکت در پژوهش) و خروج از مطالعه (عدم همکاری بیمار، بیماران با سکنه قلبی یا مغزی بعد از ترخیص، بیماران دارای بیماری‌های شناخته شده روانی، بیماری‌های مزمن) انتخاب و مورد مصاحبه قرار گرفتند. پاسخگویان در صورت داشتن سواد کافی پرسش‌نامه را تکمیل می‌کردند اما از آنجا که اکثر بیماران بی‌سواد یا کم‌سواد بودند، پرسش‌نامه به روش مصاحبه توسط پرسش‌گر تکمیل گردید.

### جمع‌آوری اطلاعات

با استفاده از پرسش‌نامه‌ای متشکل از سه بخش انجام گرفت. بخش اول: سوالات مربوط به اطلاعات فردی و جمعیت شناختی بیماران بود. بخش دوم: سوالات مربوط به مقیاس استاندارد شده ادراک بیماری بود: در این

مطالعه برای سنجش ادراکات و باورهای بیماران درباره بیماری قلبی، از پرسش‌نامه استاندارد شده ادراک بیماری (موس - موریس، وینمن، پتیه، هورن، کامرون و بیوک) استفاده گردید. این پرسش‌نامه مرکب از ۲۷ گویه است که ۷ مولفه؛ تظاهرات هیجانی (واکنش‌های هیجانی بیمار در زمان مشاهده علائم بیماری نظیر ترس و اضطراب)، کنترل درمان (درجه‌ای که بیمار فکر می‌کند درمان اتخاذ شده از سوی وی می‌تواند بیماری‌اش را کنترل کند)، برآیند بیماری (باورهای بیمار درباره نتایج احتمالی که بیماری وی می‌تواند بر جنبه‌های زندگی وی داشته باشد)، خط زمانی حاد/مزم (باورهای بیمار درباره مدت زمانی که بیماری وی طول می‌کشد)، انسجام بیماری (باورهای بیمار درباره قابل فهم بودن بیماری)، کنترل شخصی (باور بیمار درباره توانایی او در کنترل بیماری) و خط زمانی دوره‌ای (باور بیمار درباره چرخشی و دوره‌ای بودن بیماری وی) را اندازه‌گیری می‌کنند. سازندگان مقیاس ادراک بیماری، ضریب پایایی خرده مقیاس‌ها را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، برای مولفه‌های تظاهرات هیجانی، کنترل درمان، برآیند بیماری، خط زمانی حاد/مزم، انسجام بیماری، کنترل شخصی و خط زمانی دوره‌ای به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۸۷/۷۹، ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۸۸، گزارش کرده‌اند (۵). ضریب پایایی مولفه‌های ادراک بیماری در مطالعه حاضر، با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۹۳، ۰/۷۸، ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۶۵ محاسبه گردید. همه آیت‌های پرسش‌نامه براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف، مخالف، نه موافق و نه مخالف، موافق، کاملاً موافق) درجه‌بندی شده‌اند. بخش سوم: مقیاس کیفیت زندگی (WHOQOL-BRE) دارای ۲۶ سؤال که در پنج مؤلفه تنظیم شده است. مؤلفه‌ها شامل: سلامت عمومی (General Health)، سلامت جسمی (Physical Health)، روابط اجتماعی (Social Relationship)، سلامت محیط زندگی (Environmental Domain) و

نتایج حاصل از بررسی ارتباط میان عوامل فردی و اجتماعی واحدهای مورد پژوهش و کیفیت زندگی نشان داد که ارتباط آماری معنی داری بین جنس، شغل، درآمد، تحصیلات با مؤلفه‌های ادراک بیماری و مؤلفه‌های کیفیت زندگی وجود دارد. در این مطالعه بین سن، وضعیت تأهل، داشتن بیمه درمانی، محل اقامت، نوع مسکن بیمار، مدت ابتلا به بیماری قلبی و سابقه خانوادگی بیماری با کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ارتباط کیفیت زندگی با عوامل فردی و اجتماعی

P-value	آزمون آماری	تعداد (درصد)	ویژگی های اجتماعی- جمعیت شناختی
۰/۵۹۲	$T = -۰/۰۵۴$	۳۷ (۳۳/۳) ۴۱ (۴۰/۲) ۲۴ (۲۳/۵)	سن بیمار ۴۵-۵۵ ۵۶-۶۵ ۶۶-۷۵
۰/۰۰۱	$t = ۴/۱۹$ $df=۱۰۰$	۵۴ (۵۲/۹) ۴۸ (۴۷/۱)	جنس مرد زن
۰/۸۹۳	$T = -۰/۰۱۳$	۷۷ (۷۵/۵) ۲۵ (۲۴/۵)	سن ابتلا به بیماری قلبی ۱-۵ ۶-۱۰
۰/۳۶۹	$t = ۱/۰۶۲$ $df=۱۰۰$	۴۹ (۴۸) ۵۳ (۵۲)	سابقه بیماری قلبی در خانواده دارد ندارد
۰/۰۹۷	$t = ۱/۶۷۸$ $df=۱۰۰$	۹۳ (۹۱/۳) ۹ (۸/۸)	وضعیت تأهل متاهل بی همسر بر اثر فوت تحصیلات
۰/۰۳۱	$t = -۲/۲۱$ $df=۱۰۰$	۶۷ (۶۵/۷) ۳۵ (۳۴/۳)	زیر دیلم دیلم و بالاتر
۰/۰۰۱	$t = -۳/۶۶$ $df=۱۰۰$	۳۹ (۳۸/۲) ۶۳ (۶۱/۸)	وضعیت اشتغال خانه دار شاغل
۰/۴۲۱	$t = -۰/۶۷۴$ $df=۱۰۰$	۱۷ (۱۶/۱) ۸۵ (۸۳/۳)	نوع مسکن استیجاری شخصی
۰/۱۰۸	$t = -۰/۱۹۵$ $df=۱۰۰$	۷۵ (۷۳/۵) ۲۷ (۲۶/۵)	محل اقامت شهر روستا
۰/۰۰۱	$F = ۰/۳۷۵$ $df=۱۰۰$	۲۸ (۲۷/۵) ۱۴ (۱۳/۷) ۳۲ (۴۳/۱) ۲۰ (۶/۱۹) ۸ (۸/۷)	میزان درآمد بدون درآمد زیر ۳۰۰ هزار تومان بین ۳۰۰ هزار تا ۶۰۰ هزار تومان بین ۶۰۱ هزار تا یک میلیون تومان بالای یک میلیون تومان
۰/۷۱۳	$t = -۰/۱۳۶$ $df=۱۰۰$	۹۱ (۸۹/۲) ۱۱ (۱۰/۸)	بر خورداری از خدمات بیمه درمانی دارد ندارد

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که اکثر بیماران (۸۹/۲ درصد) دارای درک نسبتاً مطلوب از بیماری خود بودند. در نتیجه کیفیت زندگی اکثر بیماران (۶۴/۷)

سلامت روانی (Health Mental) می‌باشند. دو سوال اول، وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. برای هر سوال پنج گزینه طرح ریزی شده است (مقیاس لیکرت عالی، خیلی خوب، خوب، نسبتاً بد، بد) و نمره گذاری گزینه‌ها از یک تا پنج می‌باشد. امتیاز یک نشانگر وضعیت بد و امتیاز پنج نشانگر وضعیت عالی بیمار می‌باشد و در سؤالات منفی نمره گذاری معکوس است (۱۴). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برآورد شده است. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها از اعتبار محتوا استفاده شد و اعتماد (پایایی) آن با آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS20، آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تی تست، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون) استفاده شد.

## یافته ها

در مطالعه حاضر، ۱۰۲ بیمار در محدوده سنی ۴۵ تا ۷۵ سال، با میانگین سنی ۵۸/۶۸/۱۱ مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۰ درصد از پاسخگویان در گروه سنی ۵۶ تا ۶۵ سال قرار داشتند. ۵۲/۹ درصد از بیماران مرد، ۴۷/۱ درصد زن و ۹۱/۲ درصد متأهل، بودند. ۵۲ درصد از بیماران اعضای خانواده شان سابقه بیماری قلبی (سکته قلبی، عمل جراحی قلب و یا مرگ ناگهانی) نداشتند. ۷۵/۵ درصد از بیماران مدت ۱ تا ۵ سال سابقه تشخیص بیماری را داشته‌اند. اکثر پاسخگویان (۶۵/۷ درصد) از سطوح تحصیلی پایین (بی‌سواد، ابتدایی و راهنمایی) برخوردار بودند. افراد با تحصیلات دانشگاهی، کم‌ترین فراوانی (۳۴/۳ درصد) را به خود اختصاص داده بودند. ۳۸/۲ درصد خانه‌دار، ۸۳/۳ درصد دارای منزل شخصی و اکثر آنان (۷۳/۵ درصد) در شهر اقامت داشتند. ۷۲/۵ درصد بدون درآمد و درآمد پایین، ۸۹/۲ درصد تحت پوشش بیمه درمانی بودند.

درصد) نیز نسبتاً مطلوب بود. بیماران مرد نسبت به زنان درک بهتری از بیماری داشتند. بنابراین دارای کیفیت زندگی مطلوب تری بودند. به طوری که ۱۶/۷ درصد از زنان از کیفیت زندگی نامطلوب پر خوردار بودند اما هیچ کدام از مردان کیفیت زندگی نامطلوب نداشتند (جدول شماره ۲). بر اساس نتایج همبستگی پیرسون بین خرده مقیاس‌های تظاهرات هیجانی با سلامت جسمی، محیط زندگی، سلامت روحی و کیفیت کل ( $p < 0/001$ )، برآیند بیماری با همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی و کیفیت کل ( $p < 0/001$ )، انسجام بیماری با سلامت جسمی، محیط زندگی و کیفیت کل، کنترل شخصی با همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی و کیفیت کل ( $p < 0/001$ ) و ( $p < 0/05$ )، متغیر کنترل درمان با همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی و کیفیت کل ( $p < 0/001$ )، خط زمانی حاد/ مزمن با همه مؤلفه‌های کیفیت زندگی و کیفیت کل ( $p < 0/001$ ) در نهایت متغیر ادراک بیماری (کل مقیاس با کیفیت زندگی) (کل مقیاس) ( $p < 0/001$ ;  $r = -0/639$ ) همبستگی مثبت و معنی‌داری داشت. یعنی با مطلوب‌تر شدن ادراک بیماری، کیفیت زندگی بیماران بهتر می‌شود (جدول شماره ۳). به منظور تعیین سهم هر یک از متغیرهای پیش بین در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران، در مرحله اول متغیرهای اجتماعی - جمعیت‌شناختی بیماران و متغیر ادراک بیماری (۷ خرده مقیاس ادراک) در مرحله دوم وارد مدل شدند. نتایج ضریب رگرسیون نشان داد که متغیرهای وارد شده در مرحله اول

توانسته‌اند ۱۴/۳ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین کنند. از میان متغیرهای این دسته، میزان درآمد ( $p < 0/001$ )، تحصیلات ( $p < 0/05$ ) و متغیر جنس ( $p < 0/001$ ) سهم معنی‌داری در تبیین واریانس کیفیت زندگی داشته‌اند. در مرحله دوم، ۷ مولفه ادراک بیماری، ۴۳/۷ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین کردند. از میان ۷ مولفه، ۴ مؤلفه خط زمانی حاد/ مزمن ( $p < 0/001$ )، کنترل شخصی ( $p < 0/05$ )، کنترل درمان ( $p < 0/001$ ) و برآیند بیماری ( $P < 0/05$ ) سهم معنی‌داری در تبیین واریانس کیفیت زندگی داشته‌اند. این دو دسته از متغیرها، در مجموع ۵۸ درصد از واریانس متغیر کیفیت زندگی را تبیین نمودند (جدول شماره ۴).

## بحث

مطالعه با استفاده از رویکردی اجتماعی - روانی، با هدف تبیین رابطه بین ادراک بیماری با کیفیت زندگی

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی سطوح ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران

متغیر	سطوح	نا مطلوب	نسباً مطلوب	مطلوب	جمع
	جنس	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
کیفیت زندگی	مرد	۰	۳۳ (۶۱/۱)	۲۱ (۳۸/۹)	۵۴ (۱۰۰)
	زن	۱۶ (۷/۸)	۳۳ (۶۸/۸)	۷ (۱۴/۶)	۴۸ (۱۰۰)
	کل بیماران	۱۶ (۷/۸)	۶۶ (۶۴/۷)	۲۸ (۲۷/۵)	۱۰۲ (۱۰۰)
ادراک بیماری	مرد	۱ (۱/۹)	۵۰ (۹۲/۶)	۳ (۵/۶)	۵۴ (۱۰۰)
	زن	۶ (۱۲/۵)	۴۱ (۸۵/۴)	۱ (۲/۱)	۴۸ (۱۰۰)
	کل بیماران	۷ (۶/۹)	۹۱ (۸۹/۲)	۴ (۳/۹)	۱۰۲ (۱۰۰)

جدول شماره ۳: ماتریس همبستگی پیرسون خرده مقیاس‌های ادراک بیماری با ابعاد کیفیت زندگی

خرده مقیاس‌های ادراک بیماری	کیفیت زندگی (کل مقیاس)	سلامت عمومی	سلامت جسمی	سلامت محیط	روابط اجتماعی	سلامت روحی
خط زمانی حاد/مزمن	۰/۵۰۱	۰/۶۷۷**	۰/۸۸۸**	۰/۸۸۳**	۰/۸۲۰**	۰/۹۲۰**
خط زمانی دوره ای	۰/۰۸۷	۰/۱۱۹	۰/۰۲۴	۰/۰۵۲	۰/۰۵۲	۰/۰۵۲
برآیند بیماری	۰/۲۱۰*	۰/۲۴۱*	۰/۵۲۵**	۰/۵۴۹**	۰/۳۶۰**	۰/۴۱۳**
انسجام بیماری	۰/۲۱۰*	۰/۱۵۶	۰/۲۲۰*	۰/۲۸۶**	۰/۱۵۶	۰/۱۷۲
کنترل شخصی	۰/۴۶۷**	۰/۲۶۹**	۰/۴۴۲**	۰/۴۵۵**	۰/۳۵۷**	۰/۳۷۷**
کنترل درمان	۰/۰۸۰**	۰/۱۹۰*	۰/۲۸۳**	۰/۴۰۵**	۰/۴۷۹**	۰/۳۲۰**
تظاهرات هیجانی	۰/۳۱۲**	۰/۱۶۶	۰/۳۱۹**	۰/۳۰۱**	۰/۱۶۸	۰/۲۷۲**

\* $p < 0/05$  \*\* $p < 0/001$

جدول شماره ۴: رگرسیون چندگانه تأثیر متغیرهای مستقل بر میزان کیفیت زندگی بیماران

مرحله	متغیر	$\beta$	t	P	R <sup>2</sup>	Adj R <sup>2</sup>	F	P
۱	میزان درآمد	۰/۳۵۳	۳/۷۶۷	۰/۰۰۰	۰/۱۵۱	۰/۱۴۳	۱۷/۸۴۰	۰/۰۰۰
	آحصیلات	۰/۲۱۲	۲/۱۶۸	۰/۰۳۳				
	جنس	-۰/۳۸۹	-۴/۲۲۴	۰/۰۰۰				
۲	خط زمانی حاد	۰/۵۰۱	۵/۷۸۴	۰/۰۰۰	۰/۴۵۹	۰/۴۳۷	۲۰/۵۸۲	۰/۰۰۰
	کنترل درممان	۰/۳۴۸	۴/۳۶۲	۰/۰۰۰				
	برآیند بیماری	۰/۲۳۸	۲/۶۹۹	۰/۰۰۵				
	کنترل شخصی	۰/۲۴۵	۲/۸۱۴	۰/۰۰۶				

مبتلایان به بیماری مزمن کلیه (۱۱)، Scharloo و همکاران در بیماران سرطانی (۱۲)، Byrne و همکاران در مبتلایان به سکته قلبی (۱۰) و Horne و همکاران بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس (۱۵) اشاره کرد. وجود این ارتباط را می توان به تأثیر باورهای بیمار بر رفتار او نسبت داد. در رابطه با انسجام بیماری و کیفیت زندگی، بیمارانی که تفسیر نادرستی از علائم بیماری قلبی داشتند و یا فقدان فهم روشن از علائم بیماری و احساس ابهام نسبت به علائم را گزارش کرده بودند، کیفیت زندگی نامطلوب تری داشتند. مطابق با مدل خودگردانی، مرحله بعد از ادراک و تفسیر علائم، مرحله اتخاذ راهبردهای مقابله ای است. این مدل معتقد به رابطه علی بین تظاهرات شناختی (ارزیابی علائم و ادراک) و رفتار مقابله است. فرد پس از ادراک و ارزیابی علائم، طیفی از راهبردهای مقابله نظیر اجتناب، انکار، ارزیابی مجدد شناختی، ملاقات با پزشک، ابراز هیجان، جستجوی حمایت اجتماعی و نظایر آن را انتخاب می کند. در مورد خرده مقیاس های خط زمانی حاد/مزمن و تظاهرات هیجانی، هنگامی که بیمار به طولانی بودن مدت بیماری و درمان ناپذیری آن معتقد باشد احساس درماندگی کرده، از پذیرفتن درمان امتناع می کند و با عدم بهبودی روبرو می شود یا وقتی عواقب سختی را برای بیماری متصور شود، درک صحیحی از ماهیت آن نداشته و پیوسته نگران وضعیت سلامتی خود است. بیمارانی که اضطراب، ترس و تنش بیش تری را در نتیجه مشاهده علائم بیماری گزارش کرده بودند، ادراک نامطلوب تر در نتیجه کیفیت زندگی پایین تری

بیماران تحت عمل جراحی بای پس عروق کرونر انجام شد. میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در این مطالعه ۸۵/۵۳ تعیین گردید. نقاط برش برای تعیین کیفیت زندگی مطلوب، نسبتاً مطلوب و نامطلوب مشخص شد. یافته های این تحقیق مؤید آن است که در اکثر واحدهای مورد پژوهش درک از بیماری ۸۹/۲ درصد نسبتاً مطلوب بود. در این رابطه نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Cherrington و همکاران که با هدف تعیین درک از بیماری بعد از انفارکتوس میوکارد و تأثیر بر بهبودی انجام گرفت، همخوانی دارد (۱۴). بنابراین اکثر بیماران (۶۴/۷ درصد) کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب داشتند.

یافته های این مطالعه ارتباط بین همه خرده مقیاس های ادراک بیماری به جز خط زمانی دوره ای با تمامی مؤلفه های کیفیت زندگی و کیفیت کل در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بعد از عمل جراحی را مورد تأیید قرار داد. به عبارت دیگر اعتقاد به شدیدتر بودن پیامدهای بیماری، طولانی تر شدن زمان بیماری، کنترل شخصی ضعیف تر روی بیماری، شدیدتر بودن علائم بیماری و هم چنین نگرانی بیش تر در ارتباط با بیماری و واکنش عاطفی شدیدتر، با کیفیت زندگی پایین تری همراه بود. در این راستا مطالعات اخیر بیانگر ارتباط ادراک بیماری با برخی از پیامدهای بیماری از جمله رفتارهای مدیریت فردی (self-management behaviors) و کیفیت زندگی است. هم چنین یافته های مطالعه حاضر با یافته های برخی مطالعات در این زمینه که روی سایر بیماری ها انجام شده، همخوانی دارد. به عنوان نمونه می توان به مطالعه Fowler و همکاران در

داشتند. از آن جا که اضطراب نقش تعیین کننده‌ای در تشدید علائم بیماری دارد، کاهش کیفیت زندگی بیمار نیز دور از انتظار نیست. در رابطه با کنترل درمان و کنترل شخصی، اعتقاد به عدم کنترل روی بیماری و ناتوانی خودکارآمدی عمومی نیز می‌تواند باعث محدود شدن فعالیت‌های بیمار شود. این به معنای تداخل بیماری با فعالیت‌های روزانه فرد است (۶). توانمندی‌های افراد متأثر از باورهای است که دارند نه قابلیت‌های واقعی آن‌ها. افراد دارای خودکارآمدی بالا می‌توانند بر اضطراب، ناراحتی، افسردگی و علائم روان تنی فائق آیند و متعاقباً ادراکات منفی بیماری را کاهش دهند (۴). تلقی بیمار از علت ایجاد بیماری نیز حائز اهمیت است؛ بیماری که خوردن نوع خاصی از غذا یا ترکیب غذایی یا مقدار مشخصی از غذا را از علل بروز بیماری خود می‌داند از خوردن غذا اجتناب می‌کند و در بسیاری از موارد از این که مجبور به انجام چنین کاری است احساس نارضایتی می‌کند.

بین برآیند بیماری و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود داشت. بیمارانی که عواقب علائم را بسیار وخیم ادراک کرده بودند، کیفیت زندگی نا مطلوب تری داشتند. بنابراین هر چقدر نتایج منفی ادراک شده بیماری بیش تر باشد به همان اندازه احتمال اتخاذ کنش برای مقابله با بیماری و نیز کمک جویی کم تر می‌شود. نتایج مطالعه حاضر هم چنین با یافته‌های والش و دیگران همخوانی دارد (۱۶). براساس آزمون تی مستقل، بین سطح تحصیلات با کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی عروق کرونر در مؤلفه های سلامت عمومی، محیط زندگی و کیفیت زندگی رابطه معنی دار آماری مشاهده شد ( $p < 0/031$ ). اکثریت افرادی که دارای درک مطلوب از بیماری بودند، سطح تحصیلات بالاتری داشتند و در نتیجه کیفیت زندگی بهتری داشتند. نتایج مطالعه Cherrington و همکاران که با هدف تعیین سطح درک از بیماری در بیماران مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد انجام گرفته است نیز نشان داد که سطح

درک از بیماری بیماران فارغ التحصیل دبیرستان، به طور معنی داری بالاتر می‌باشد ( $p < 0/01$ ) (۱۷). به نظر می‌رسد که سطح تحصیلات بالاتر می‌تواند توانمندی فرد جهت دستیابی به آگاهی‌های لازم در مورد ماهیت بیماری قلبی، علائم، نشانه‌ها و نحوه کنترل آن را افزایش دهد. بنابراین ممکن است بیمارانی که دارای سطح تحصیلات بالاتری هستند، روند بیماری قلبی را بهتر درک نمایند و انتخاب راه کارهای مناسب و اتخاذ سبک زندگی مطلوب برای کسب بهبودی سریع تر از طرف افراد با تحصیلات بالاتر است (۱۸).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که وضعیت اشتغال با درک از بیماری ارتباط آماری معنی دار دارد ( $p < 0/01$ ). افراد شاغل درک مطلوب تری از بیماری و وضعیت خود (به خصوص کارمندان و بازنشستگان) داشتند. Petriea و همکاران در مطالعه خود با هدف تعیین تاثیر مداخلات بیمارستانی بر درک از بیماری در بیماران مبتلا به آنفارکتوس میوکارد (۱۹) و حسین زاده و همکاران نیز در مطالعه خود با هدف ارتباط درک از بیماری با خودکارآمدی عمومی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر گزارش نمودند که درک از بیماری در بیماران بازنشسته، به طور معنی داری بالاتر از سایر گروه‌ها می‌باشد ( $p < 0/05$ ). آنان در توجیه این نتیجه سن بازنشستگی را مرحله عالی فکر و عمل دانسته‌اند. بنابراین انتظار می‌رود افراد بازنشسته که در رده سنی بالاتری قرار دارند به تحلیل بهتری از شرایط بیماری خود بپردازند و در نهایت درک مطلوب تری از بیماری داشته باشند (۴). که با یافته‌های انگل و همکاران همخوانی دارد. شاید بتوان گفت که اشتغال و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی راه فرار از دغدغه‌های زندگی و یک نوع سرگرمی و تنوع در زندگی بوده که منجر به افزایش روابط اجتماعی و آگاهی‌های عمومی فرد می‌شود یا این که شاغلین وضعیت اقتصادی بهتری نسبت به افراد بیکار و زنان خانه دار دارند. در مطالعه حاضر نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که ارتباط

معنی دار آماری بین جنس و ابعاد کیفیت زندگی وجود دارد ( $p < 0/001$ ). در نتیجه مردان رضایت بیش تری از کیفیت زندگی خود پس از عمل داشتند که با یافته های مطالعه توکلی و همکاران همخوانی دارد (۲۰). هم چنین براساس مشاهدات منتظر قائم و همکاران، Mallik و همکاران و معینی و همکاران اختلال در عملکرد اجتماعی، جسمی و روحی در زنان بیش تر از مردان بود که این اختلالات عامل نامطلوب تر شدن کیفیت زندگی زنان است (۱۸، ۲۱، ۲۲). تجربیات مصاحبه با بیماران نشان داد برخی ویژگی های روانی - اجتماعی مردان از جمله کنترل بهتر استرس و تطبیق عاطفی بعد از بروز رویداد قلبی، علت برخورداری آنها از خود کارآمدی عمومی مطلوب تر نسبت به زنان، در این مطالعه می باشد. علاوه بر این، زنان با وجودی که کمک و مساعدت در امور خانه داری به آنان ضروری است. خود را عمدتاً ارائه دهنده مراقبت می دانند و از حق طبیعی خود در دریافت مراقبت در دوران بهبودی پس از جراحی بای پاس چشم پوشی و بلافاصله فعالیت های خود را از سر می گیرند؛ در حالی که مردها معمولاً در زندگی روزمره خود مسئولیت انجام این گونه فعالیت ها را ندارند. هم چنین نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که متغیر درآمد ماهیانه بیمار، رابطه آماری معنی داری با کیفیت زندگی ( $p < 0/001$ ) دارد.

Compare و همکاران عوامل اقتصادی را در کیفیت زندگی مؤثر می دانند و معتقدند که درآمد، یک عامل محیطی مهم است که با وضعیت سلامت و عملکرد فرد ارتباط دارد و درآمد پایین تر، با سطح سلامت پایین تر و محدودیت های عملکردی بیش تر همراه می باشد. بیماران با درآمد بالاتر حمایت اجتماعی بیش تری دریافت می کنند و دغدغه های مالی کم تر و درگیری های روحی - روانی و جسمی کم تری برای کسب درآمد، تأمین مخارج سنگین درمان خود، شرکت در برنامه های آموزشی، پی گیری روند برنامه

مراقبتی بیماران توسط مراکز درمانی و نحوه مراقبت از خود خواهند داشت (۲۳).

در پایان می توان نتیجه گیری کرد که با توجه به یافته های مطالعه حاضر ابعاد ادراک بیماری به عنوان یک پدیده مهم روان شناختی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران تأثیر حائز اهمیتی دارد. از طرفی درک اولیه بیماران به دنبال تشخیص قلبی ممکن است باعث شود که بیماران بیش تر از وضعیت قلبی خود مطلع شوند و در نتیجه شاید با درک عمیق تر، خود کارآمدی عمومی خود را برای سازگاری با وضعیت قلبی و برقراری رفتارهای بهداشتی در طولانی مدت تقویت نمایند. لذا توجه به این جنبه روان شناختی در برخورد بالینی با این بیماران توصیه و هم چنین طراحی مداخلات روان شناختی بر پایه ادراک بیماری برای این بیماران پیشنهاد می گردد. از جمله محدودیت های این پژوهش، حجم نمونه نسبتاً کوچک، عدم همکاری برخی از بیماران برای ادامه مصاحبه، مقطعی بودن مطالعه و عدم کنترل دقیق وضعیت روان شناختی بیماران قلبی بوده است. هم چنین پژوهشگر برای اجرای این پژوهش نکات اخلاقی از جمله: کسب معرفی نامه و اجازه نامه کتبی از معاونت پژوهشی و حراست دانشگاه علوم پزشکی شیراز، اجازه نامه کتبی از حراست و دفتر پرستاری بیمارستان قلب الزهراء شیراز، توجه بیماران از اهداف تحقیق و کسب رضایت بیماران برای تکمیل پرسشنامه را رعایت کرده است.

## سپاسگزاری

بدین وسیله از مسئولین و پرسنل مرکز تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شیراز، کلینیک قلب و عروق بیمارستان الزهراء و کلیه بیماران محترمی که با وجود بیماری و شرایط سخت خود با علاقه ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می شود

---

## References

1. Seyam S, Heidarnia A, Tavafian S. Quality of life and factors related to it in cardiovascular patients after heart surgery. *Journal of Birjand University of Medical Sciences (supplementary: cardiovascular)* 2013; 19(6): 33-41 (Persian).
2. 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).
3. Babae G, Keshavarz M, Haidarnia A, Shayegan M. Effect of a Health education program on quality of life in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Acta MediCa Iranica* 2007; 45(1): 69-74.
4. Hoseinzadeh T, Paryad A, Asiri Sh, Kazemnezhad Leili E. Relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients. *Journal of Guilan Nursing and Midwifery Schools* 2012; 67(22): 1-8 (Persian).
5. Masoudnia, E. the effect of social class on the behavior of the disease in patients Rheumatoid arthritis. *Medical sociology thesis, University of Isfahan* .۲۰۰۰ or [Leventhal, H., and Diefenbach, M. The activeside of illness cognition. In: Skelton JA, CroyleRT, eds. *Mental Representation in Health andIllness*. New York: Springer-Verlag 1991; 247-72.]
6. Kalantari H, Sararoodi R, Afshar H, Khoramian N, Forouzandeh N, Daghigh Zadeh H, Maras M. Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome 2011. *Scientific Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2012; 90(22): 33-41 (Persian).
7. Treharne GJ, Kitas GD, Lyons AC, Booth DA. Well being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *J Health Psychol* 2005; 10(3): 457-474.
8. Kaptein AA, Helder DI, Scharloo M, Godfride MJ, Kemen V, Weinman J, et al. Illness perceptions and coping explain well being in patients with Huntington's disease. *Psychol Health* 2006; 21(4): 431-446.
9. Ponzio MG, Gucciardi E, Weiland M, Masi R, Lee R, Grace SL. Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type two diabetes. *Behav Med* 2006; 31(4): 153-160.
10. Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health-related behaviour. *J Psychosom Res* 2005; 58(5): 403-415.
11. Fowler C, Baas LS. Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2006; 33(2): 173-186.
12. Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TP, van Velzen-Verkaik E, Doornop den Akker MM, Kaptein AA. Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. *Head Neck* 2005; 27(10): 857-863.
13. Mohamadian H, Eftekhar Ardebili H, Rahimi Foroushani A, Taghdisi, M.H, Shojaiezade D. Evaluation of Pender's health promotion model for predicting adolescent girls' quality of life. *Journal of School of Public Health*

- and Institute of Public Health Research 2011; 4(8): 1-13 (Persian).
14. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness Representation After Acute Myocardial Infarction: Impact On in-Hospital Recovery. *AM J Crit Care (AJCC)* 2004; 13(2): 136-145.
  15. Horne, R., James, D., Petrie, K., and etal. "Patients' interpretation of symptoms as a cause of delay in reaching hospital during acute myocardial infarction". *Journal of Heart* 2000; 83(4): 388-393.
  16. seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: An evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour". *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 56: 67-73
  17. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness Representation After Acute Myocardial Infarction: Impact On in-Hospital Recovery. *AM J Crit Care (AJCC)* 2004; 13(2): 136-145.
  18. Moeini M, Naseri N, Zargham-Boroujeni A. Lived Experience of Women with Ischemic Heart Diseases. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2012; 17(2) (suppl 55): 137-142.
  19. Petriea KJ, Broadbent E, Ellisb CJ, Thomasa J, Gamblec G. Can an illness perception intervention reduce illness anxiety in spouses of myocardial infarction patients? A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research* 2009. 67.pp: 11-15