

مقاله اصلی

تدوین مدل ساختاری کیفیت زندگی بیماران قلبی بر اساس کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با نقش میانجی ناگویی خلقی و انعطاف پذیری شناختی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۳۰

خلاصه

مقدمه: هدف از این مطالعه تدوین مدل ساختاری کیفیت زندگی بیماران قلبی بر اساس کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با نقش میانجی ناگویی خلقی و انعطاف پذیری شناختی بود.

روش کار: روش این مطالعه توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجائی، مرکز قلب تهران و بیمارستان خاتم الانبیاء شهر تهران بود. تعداد ۲۸۱ نفر از بیماران به صورت نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مینه سوتا، پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری، مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت، پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی و مقیاس ناگویی خلقی تورنتو پاسخ دادند.

نتایج: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از مدلیابی معادلات ساختاری نشان داد مدل ساختاری کیفیت زندگی بیماران قلبی با تکیه بر کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با نقش میانجی ناگویی خلقی و انعطاف پذیری شناختی برازش دارد. همچنین بین کانون کنترل سلامت، ادراک بیماری و انعطاف پذیری شناختی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار ($P < 0/05$)، بین ناگویی خلقی و کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار ($P < 0/05$)، بین کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار ($P < 0/05$) و بین کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با انعطاف پذیری شناختی رابطه مثبت و معنادار ($P < 0/05$) وجود دارد.

نتیجه گیری: در نتیجه توجه به ابعاد و مشخصه های روان شناختی در مبتلایان به بیماری های قلبی می تواند شناخت بهتری از این بیماری را برای مبتلایان به ارمغان آورد و کیفیت زندگی فرد را افزایش دهد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، کانون کنترل سلامت، ادراک بیماری، ناگویی خلقی، انعطاف پذیری شناختی، بیماران قلبی

شیوا سلطانی^۱

فریبا حسینی^{۲*}

فاطمه گلشنی^۳

رویا کوچک انتظار^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روان شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۲ استادیار، گروه روان شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روان شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: far.hassani@iauctb.ac.ir

مقدمه

واژه بیماری قلبی^۱ معمولاً برای اشاره به حمله قلبی اشاره می‌شود اما شامل بیماری‌هایی همچون بیماری عروق کرونر، نارسایی قلبی^۲، سکته^۳، آریتمی^۴ و کاردیومیوپاتی^۵ نیز می‌باشد (۱). بطور کلی این بیماری علت اصلی مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود و سالانه مرگ ۱۷ میلیون انسان را در پی دارد که ۳۱ درصد از کل موارد مرگ و میرها را شامل می‌شود (۲). به علت طول مدت و شدت بیماری‌های قلبی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی، کیفیت زندگی دستخوش تغییر فراوان می‌شود. کیفیت زندگی بیماران قلبی شامل رفتارهای مرتبط با سلامت همراه با مداخلات درمانی است و احساس خوب بودن و رضایت از زندگی را در مدار توجه قرار می‌دهد و شامل سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی است (۳). شواهد بسیار زیادی وجود دارد که افراد با نارسایی‌های قلبی با پیامدهای فراوان جسمی، روانی دست و پنجه نرم می‌کنند که موجب کاهش کیفیت زندگی در بیماران قلبی می‌شود (۴). یکی از مفاهیمی که با بیماری‌های قلبی-عروقی و دستیابی به سلامت ارتباط دارد، مفهوم کانون کنترل سلامت می‌باشد. ساختار اولیه این مفهوم از نظریه یادگیری اجتماعی راتر^۶ (۱۹۸۷) پیرامون کانون کنترل اقتباس شده است مبنی بر اینکه یادگیری در فرد بر پایه تقویت‌های گذشته انجام می‌شود و طی آن افراد انتظاراتی خاص و عمومی را در خود شکل می‌دهند (۵). از نظر والسون^۸ (۱۹۷۸) کانون کنترل سلامت^۹ باور فرد به این امر است که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی (خود) و یا بیرونی (افراد

موثر، با نفوذ و اقبال) می‌باشد. مطالعات نشان داده اند بین کیفیت زندگی و کانون کنترل سلامت رابطه وجود دارد (۶،۷). یکی از متغیرهایی که بر ارتقاء مهارت‌های خودکارآمدی در بیماری‌های مزمن خصوصاً بیماری‌های قلبی تاثیرگذار است، درک از بیماری و تحمل آن می‌باشد. به باور لونتال^{۱۰} (۲۰۰۳)، ادراک بیماری^{۱۱} شامل مؤلفه‌های شناختی (باورهای مربوط به علائم، زمان بندی^{۱۲}، پیامدها، کنترل فردی درک شده^{۱۳} و کنترل درمان^{۱۴} بیماری) و عاطفی (حس شخصی بیمار را از بیماری در تعیین سازگاری) است. یافته‌ها بیانگر نقش قابل توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها نظیر سکته قلبی است (۸). اسپاتولا^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای دریافته‌اند که شناخت و درک از بیماری، ارزش پیش‌بینی کننده‌ای در ارتقای رفتارهای بهداشتی بیماران مبتلا به بیماری قلبی دارد. ادراک بیماری همچنین پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی می‌باشد (۹،۱۰،۱۱). مطالعه فاناکیدو^{۱۶} و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد کیفیت پایین زندگی با ادراک منفی از بیماری همراه بود. اغلب افرادی که مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی هستند در بیان احساسات و عواطف خود دچار مشکل ناگویی خلقی هستند (۱۲). راجر و جیمسن^{۱۷} (۱۹۹۸) نیز سبک‌های ابراز هیجانی را در ابعاد مختلف سلامت مورد تایید قرار دادند و دریافته‌اند بین سبک‌های ابراز هیجان و گرفتگی عروق کرونر ارتباط وجود دارد (۱۳). به گفته هابسون، بگی^{۱۸} (۱۹۹۴) معتقد است ناگویی خلقی^{۱۹} یک سازه شخصیتی است که

10eventhal, H.

11Inness perception

12Timeline

13Perceived personal control

14Control of the treatment

15Spatola, C. A.

16Anakidou, I.

17Roger, D., & Jimson, B.

18Agby, R. M.

19Alexithymia

1Heart disease

2Cardiac failure

3Stroke

4Arrhythmia

5Cardiomyopathy

6Quality of life

7Rutter

8Wallston, K. A.

9Health locus of control

انعطاف‌پذیری می‌شود. رادنیک و همکاران (۲۰۱۹) (۲۸) نیز در مطالعه بر روی بیماران مبتلا به ورم روده دریافتند مولفه روان‌شناختی کیفیت زندگی با انعطاف‌پذیری شناختی رابطه مثبت و معناداری دارد. مطالعه افلاک سیر و ریوفی (۱۳۹۱) نیز نشان داد بین سازگاری با بیماری و کانون کنترل درونی سلامت در بیماران دیابتی نوع II رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (۲۹).

به نظر می‌رسد در رابطه با نقش تعیین‌کننده های روان‌شناختی در کیفیت زندگی بیماران، اطلاعات اندکی وجود دارد و این زمینه نیازمند بررسی بیشتر می‌باشد؛ چراکه در ارزیابی دقیق شرایط مزمن ناشی از بیماری، بهبود ارتباط بیمار و پزشک، ارزیابی اثربخشی درمان‌های مختلف و بهبود سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و درمانی در این دسته از بیماری‌ها حایز اهمیت است. همچنین، اهمیت ارتقای کیفیت زندگی بیماران قلبی، بررسی عوامل مهم موثر بر حالات این بیماری‌ها را ضروری می‌سازد. به نظر می‌رسد، در بیشتر تحقیقات صورت گرفته چه در ایران و چه در جهان، بر روی متغیرهای ادراک بیماری، انعطاف‌پذیری شناختی، کانون کنترل سلامت و ناگویی خلقی به‌صورت جداگانه تاکید شده و کمتر به بررسی در رابطه با یکدیگر پرداخته شده و مدلی در این زمینه ارائه نشده است. با توجه به حساسیت موضوع برای پژوهشگران، برنامه‌ریزان سلامت و درمانگران جهت بررسی عوامل همبسته و میزان تاثیر مستقیم و غیرمستقیم این عوامل و با توجه به مدل‌یابی، محقق به دنبال پاسخگویی به این سوال اصلی تحقیق است که آیا مدل ساختاری کیفیت زندگی بیماران قلبی بر اساس کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با نقش میانجی ناگویی خلقی و انعطاف‌پذیری شناختی از برآزش مناسبی برخوردار است؟

روش کار

به‌دلیل عدم دستکاری متغیرها، این مطالعه از نظر هدف، بنیادی و از نظر روش، همبستگی با تکیه بر مدل‌یابی معادلات

به‌وسیله مشکلاتی در شناسایی و توصیف هیجان‌ها، یک زندگی خیالی تضعیف شده و تفکر عینی تعریف می‌شود. ناگویی خلقی بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌هاست (۱۴) و عامل پرخطر رشد شکایت‌های روان‌تنی به شمار می‌رود (۱۵). مطالعات نشان دادند بین ناگویی خلقی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فیرومیالژیا (۱۶)، زنان مبتلا به میگرن بدون مرحله اورا^۱ (۱۷)، بیماری‌های التهابی روده (۱۸) و بیماران کرونری قلب (۱۹) رابطه وجود دارد. همچنین ناگویی خلقی در بیماران کرونری (۲۰) و افراد مبتلا به فشارخون اساسی (۲۱) بیشتر از افراد عادی است. مطالعه رضائی و فتح (۱۳۹۷) بر روی بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داد بین ناگویی خلقی و ادراک درد رابطه وجود دارد. ازجمله عواملی که امروزه در کنار آسیب‌شناسی روانی ناشی از استرس‌ورهای مختلف محیطی نظیر بیماری‌های قلبی و عروقی مورد توجه قرار گرفته، مسئله انعطاف‌پذیری شناختی است (۲۲). از نظر دنیس و وندروال^۲ (۲۰۱۰) (۲۳)، انعطاف‌پذیری شناختی^۳ شامل دو سازه ادراک‌گزینه‌های مختلف و ادراک کنترل‌پذیری است که به تغییرات اساسی در ارائه مجدد فکری در روبرو شدن با موقعیت‌های جدید و غیر قابل پیش‌بینی به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی اشاره دارند. فیلیپس^۴ (۲۰۱۱) و پرادو و همکاران (۲۰۱۷) (۲۴،۲۵) نیز در مطالعه خود نشان دادند انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی سازگار کند. همچنین مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۹۴) (۲۶) نشان داد انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران قلبی نسبت به افراد عادی کمتر است. پیرامون رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت زندگی، کرومک^۵ (۲۰۱۹) (۲۷) نشان داد افزایش کیفیت زندگی موجب افزایش

۱Ora

۲Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S.

۳Cognitive flexibility

۴Phillips, E. L.

۵Kroemeke, A.

روانی و اجتماعی- اقتصادی ناشی از علائم نارسایی قلبی را در یک ماه گذشته بررسی می‌کند. سوالات در طیف لیکرت شش درجه ای از ۰ تا ۶ نمره گذاری می‌شوند. عدد صفر نشان دهنده بهترین حالت و عدد ۵ نشان دهنده بدترین حالت می‌باشد؛ بنابراین حداقل نمره کسب شده از این پرسشنامه، صفر و حداکثر ۱۰۵ خواهد بود. هرچه نمرات حاصل از این پرسشنامه بالاتر باشد، بیمار کیفیت زندگی ضعیف‌تری دارد. اکوتوکو و همکاران (۲۰۱۱) (۳) نشان دادند که این ابزار جهت سنجش کیفیت زندگی بیماران قلبی در فرهنگ‌های مختلف، ابزاری معتبر و پایاست. این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است و در تمامی مطالعات انجام شده در این زمینه، آلفای کرونباخ در حدود ۰/۹ داشته است (۳۱). نسخه انگلیسی این پرسشنامه با استفاده از ترجمه بازگشتی به زبان فارسی برگردانده شد. پایایی این پرسشنامه در مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۵) با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد (۳۲).

پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری: این پرسشنامه ۹ سوالی است که توسط بردبنت^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۶ برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شد (۳۳). سوال‌ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری و پاسخ عاطفی را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. سوال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را مورد سوال قرار می‌دهد. در مطالعه حاضر سوال شماره ۹ مورد بررسی قرار نگرفته است. بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) اعتبار همزمان این مقیاس را با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ گزارش کردند. همچنین همبستگی نمرات خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه را با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم

ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران قلبی متأهل و بالای ۳۰ سال مراجعه کننده به بیمارستان قلب شهید رجایی، مرکز قلب تهران و بیمارستان خاتم الانبیاء شهر تهران بودند که در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ جهت معاینه سرپایی به این مراکز مراجعه کرده بودند و یک سال از بیماری آن‌ها گذشته بود. تعداد تقریبی این افراد ۳۶۷۷ نفر برای مرکز قلب تهران و ۳۳۲۷ نفر برای بیمارستان قلب شهید رجایی تهران بود. نمونه‌گیری از میان آن دسته از بیماران قلبی که بالای ۳۰ سال سن داشتند، متأهل بودند و ۱ سال از ابتلا به بیماری قلبی آن‌ها گذشته بود و به منظور انجام معاینات معمول بیماران قلبی، به این مراکز مراجعه کرده بودند، انجام شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۸۱ نفر بر اساس منطق تعیین حجم نمونه در مدلسازی معادلات ساختاری (۳۰) انتخاب شدند. همچنین، به جهت رعایت حال بیماران قلبی، ضمن در نظر گرفتن پرسشنامه‌های مناسب، از پرسشنامه‌هایی با حداقل تعداد سوال استفاده شد. شرکت کنندگانی که شرایط پاسخدهی را در محل داشتند، به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند و کسانی که به دلیل محدودیت زمانی و یا شرایط جسمانی قادر به پاسخگویی در آن زمان نبودند پس از دریافت اطلاعات لازم جهت چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها توسط محقق و یا مسئول حاضر در مرکز، پرسشنامه‌ها را پس از تکمیل در خانه به محقق تحویل دادند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها با شرح زیر بود:

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مینه سوتا: این پرسشنامه توسط رکتور^۳ در سال ۱۹۸۷ جهت بررسی وضعیت بیماران قلبی و درمان آن در بین بیماران آمریکایی ساخته شد و مهم‌ترین و رایج‌ترین ابزار مورد استفاده برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران نارسایی قلبی به شمار می‌رود که به ۳۲ زبان ترجمه شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال است که محدودیت‌های جسمانی،

Broadbent, E.

Rector, T. S.

کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان بیماری به کار می‌رود و شامل دو خرده‌مقیاس ادراک گزینه های مختلف (ادراک توجیه رفتار) و ادراک کنترل پذیری است که سوالات در طیف لیکرت هفت درجه‌ای تنظیم شده‌اند. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) نشان دادند که این پرسشنامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. اعتبار هم‌زمان این پرسشنامه با افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف پذیری شناختی مارتین و رایین ۰/۷۵ بود (دنیس و واندروال، ۲۰۱۰). دنیس و وندروال (۲۰۱۰) همچنین پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به دست آوردند. در ایران، ضریب باز آزمایی و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۹۰ گزارش شد (به نقل از سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲). در مطالعه کهندانی و ابوالمعالی الحسینی (۱۳۹۶) همسانی درونی نمره کل این پرسشنامه و دو عامل ادراک گزینه های مختلف و کنترل پذیری به ترتیب معادل ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ به دست آمد (۳۹). همچنین نمره کل این پرسشنامه و دو خرده‌مقیاس آن رابطه معناداری با نمره کل افسردگی بک داشت که به ترتیب معادل ۰/۶۷-، ۰/۵۸- و ۰/۶۰- بود.

مقیاس ناگویی خلقی تورنتو: مقیاس ناگویی خلقی تورنتو توسط بگبی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده است (۴۰). این مقیاس ابزاری خودسنجی و شامل ۲۰ سوال است که دارای سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات^۵ دشواری در بیان و توصیف احساسات^۶ و تمرکز

۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آوردند. این پرسشنامه برای اولین بار توسط ارجمند و همکاران (۱۳۸۹) به فارسی ترجمه شد (۳۴) و برای بررسی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گرفت. در پژوهش کلاتری و همکاران (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله شش هفته برای سوالات مختلف از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۳۵).

مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت: این مقیاس توسط والستون و همکاران (۱۹۷۸) ساخته شد (۳۶). این مقیاس شامل ۱۸ گویه با ۳ خرده‌مقیاس است که کانون کنترل سلامت درونی^۱، کانون کنترل سلامت (بیرونی) افراد دیگر^۲ و کانون کنترل سلامت (بیرونی) شانس^۳ هستند. هریک از خرده‌مقیاس‌ها شامل ۶ گویه است که با معیار شش گانه لیکرت از بسیار مخالفم (امتیاز ۱) تا بسیار موافقم (امتیاز ۶) اندازه گیری می شود. در نتیجه امتیاز هر فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر خرده‌مقیاس متفاوت می باشد و به طور جداگانه برآورد می شود (۳۷). جملات خرده مقیاس منبع کنترل سلامت درونی: ۱۷-۱۳-۱۲-۸-۶-۱، منبع کنترل سلامت (بیرونی) افراد دیگر: ۱۸-۱۴-۱۰-۷-۳-۵ و منبع کنترل سلامت (بیرونی) شانس: ۱۶-۱۵-۱۱-۹-۴-۲ است. در مطالعه مانی و همکاران (۱۳۹۷)، پایایی قابل قبول با ضریب آلفای ۰/۸۵ و در مورد خرده مقیاس‌ها ضریب بین ۰/۶۳ الی ۰/۷۹ بدست آمده است. در خصوص روایی همزمان، آزمون همبستگی قابل قبولی با پرسشنامه کانون کنترل درونی- بیرونی لونسون داشت.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی: پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) ساخته شد (۲۳) و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار

4BDI-II

5Difficulty in Identifying Feeling

6Difficulty in Describing Feelings

Internal health locus of control

2Powerful other health locus of control

3Chance health locus of control

به منظور ملاحظات اخلاقی، اقدامات زیر انجام شد: (۱) اهداف تحقیق به بیماران نمونه شرح داده شد؛ (۲) افراد با رضایت وارد مطالعه شدند؛ (۳) محرمانه بودن داده های پرسشنامه ها و اطلاعات شخصی بیماران حفظ شد؛ (۴) به افرادی که تمایل داشتند از نتیجه تحقیق مطلع شوند اطمینان داده شد تا در جریان امر قرار گیرند.

تحلیل داده ها با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری و با نرم افزار آماری Amos انجام گرفت.

نتایج

در جدول ۱ چگونگی توزیع متغیرهای پژوهش براساس مهمترین شاخص های مرکزی (میانگین)، شاخص های پراکندگی (واریانس^۳ و انحراف معیار^۴) مورد بررسی قرار گرفته اند.

بر تجارب بیرونی است. سوال ها برحسب معیار پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند؛ به طوری که کاملاً مخالفم = ۱، مخالف = ۲، بدون نظر = ۳، موافق = ۴ و کاملاً موافق = ۵ نمره می گیرند. این شیوه نمره گذاری برای جملات ۱-۵-۴-۱۰-۱۸-۱۹ به صورت معکوس است. نمره های ۶۰ به بالا به عنوان ناگویی خلقی با شدت زیاد، نمره های ۵۳-۶۰ را ناگویی خلقی با شدت متوسط و نمرات ۵۲ به پایین را به عنوان ناگویی خلقی با شدت کم (بدون ناگویی خلقی) در نظر گرفته اند. جملات اختصاص داده شده به هر خرده مقیاس برای دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات ۱۴-۱۳-۹-۷-۶-۳-۱، دشواری در بیان و توصیف احساسات ۱۷-۱۲-۱۱-۴-۲ و تمرکز بر تجارب بیرونی ۵-۸-۱۰-۱۵-۲۰-۱۹-۱۸-۱۶ است. اعتبار همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ در نمونه های ایرانی برای کل مقیاس و خرده مقیاس های تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی در نمونه بالینی ایرانی با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۹ و ۰/۶۵ گزارش شده است (۴۱). پایایی بازآزمایی مقیاس در نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی خلقی کل و خرده مقیاس های مختلف تأیید شد. اعتبار همزمان مقیاس ناگویی خلقی برحسب همبستگی میان خرده مقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره های آزمودنی در مقیاس ناگویی خلقی کل با هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس های ناگویی خلقی و متغیرهای فوق نیز معنادار بود (۴۲).

Mean

Variance

Std. deviation

Externally Oriented Thinking

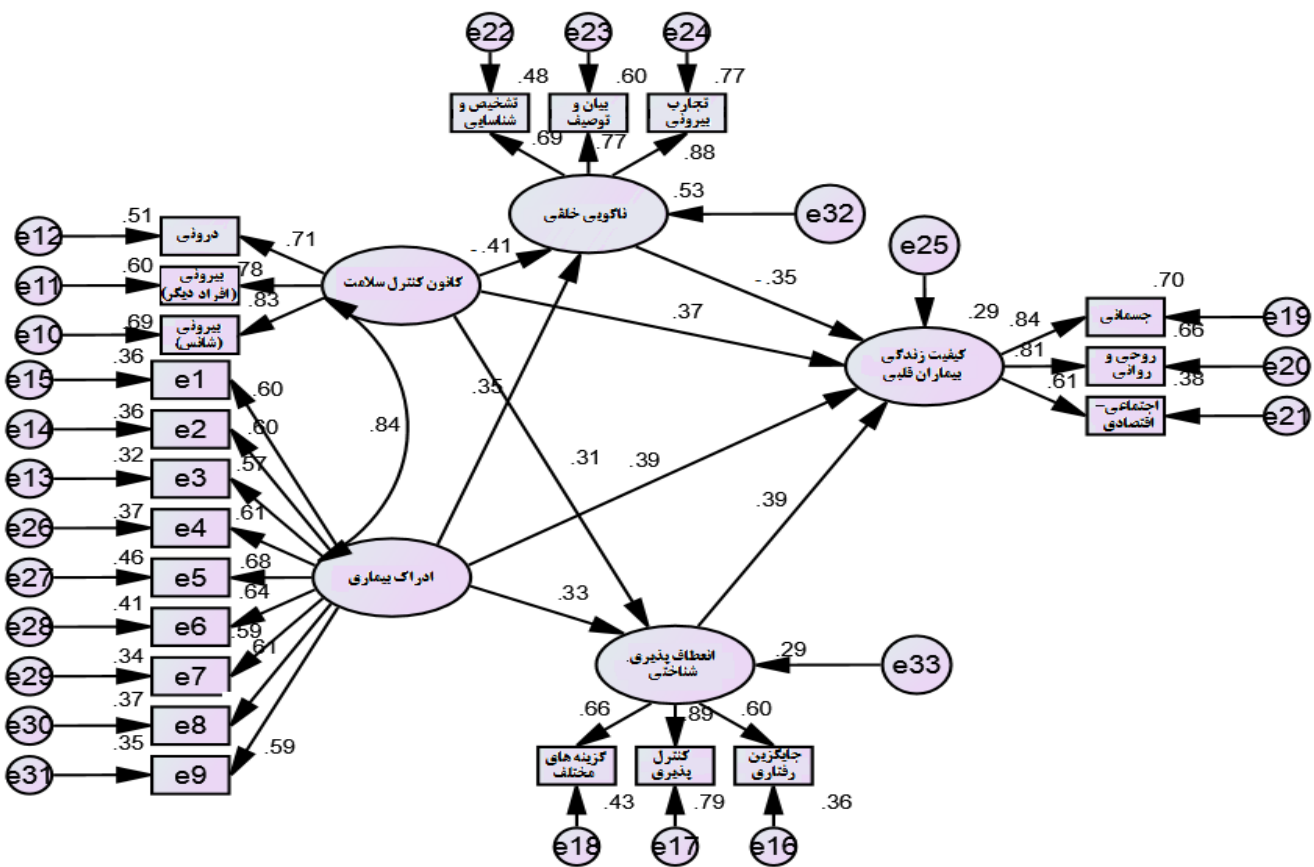
جدول ۱- آمار توصیفی و آزمون نرمال بودن متغیرهای تحقیق

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	واریانس	چولگی	کشدگی	کولموگوروف-اسمیرنوف
منع کنترل سلامت درونی	۱/۵۰۰	۵/۰۰۰	۳/۶۵۵	۰/۶۲۳	۰/۳۸۸	-۰/۴۹۳	۰/۰۹۸	۰/۱۰۵
منع کنترل سلامت بیرونی (افراد دیگر)	۱/۶۶۷	۵/۰۰۰	۳/۵۱۰	۰/۶۲۸	۰/۳۹۴	-۰/۱۶۱	-۰/۱۷۶	۰/۰۷۷
منع کنترل سلامت بیرونی (شانس)	۱/۶۶۷	۵/۰۰۰	۳/۶۷۷	۰/۶۹۸	۰/۴۸۷	-۰/۳۰۱	-۰/۲۸۶	۰/۰۷۷
کانون کنترل سلامت	۱/۸۳۳	۵/۰۰۰	۳/۶۱۴	۰/۵۵۹	۰/۳۱۳	-۰/۲۲۲	-۰/۱۱۴	۰/۰۴۷
ادراک بیماری	۱/۴۴۴	۵/۰۰۰	۳/۶۲۳	۰/۶۴۲	۰/۴۱۲	-۰/۳۱۳	-۰/۲۳۱	۰/۰۶۸
دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات	۱/۵۷۱	۵/۰۰۰	۳/۸۳۱	۰/۵۷۱	۰/۳۲۷	-۰/۶۴۲	۰/۷۲۶	۰/۰۹۲
دشواری در بیان و توصیف احساسات	۱/۰۰۰	۵/۰۰۰	۳/۲۴۲	۰/۷۲۱	۰/۵۲۰	-۰/۰۴۰	۰/۰۹۴	۰/۰۹۳
تمرکز بر تجارب بیرونی	۱/۵۰۰	۴/۷۵۰	۳/۲۶۵	۰/۷۲۷	۰/۵۲۸	-۰/۰۸۵	-۰/۶۱۲	۰/۰۵۷
ناگویی خلقی	۱/۵۵۰	۴/۸۵۰	۳/۴۵۷	۰/۵۸۱	۰/۳۳۸	-۰/۱۷۱	-۰/۰۷۱	۰/۰۴۹
ادراک گزینه های مختلف	۱/۶۰۰	۵/۰۰۰	۳/۶۲۰	۰/۶۰۹	۰/۳۷۱	-۰/۴۳۳	۰/۱۷۶	۰/۰۸۱
ادراک کنترل پذیری	۱/۳۷۵	۵/۰۰۰	۳/۶۰۰	۰/۶۱۱	۰/۳۷۳	-۰/۲۰۴	-۰/۰۲۹	۰/۰۶۳
جایگزین هایی برای رفتارهای انسانی	۱/۰۰۰	۵/۰۰۰	۳/۴۱۱	۰/۸۱۵	۰/۶۶۳	-۰/۱۴۰	-۰/۴۷۸	۰/۱۳۵
انعطاف پذیری شناختی	۱/۷۵۰	۴/۸۰۰	۳/۵۹۱	۰/۵۳۵	۰/۲۸۶	-۰/۲۹۲	-۰/۰۶۸	۰/۰۴۹
محدودیت های جسمانی	۱/۵۵۶	۵/۰۰۰	۳/۵۶۸	۰/۵۸۳	۰/۳۴۰	۰/۲۸۰	۰/۴۰۷	۰/۰۷۴
محدودیت های روانی	۱/۲۰۰	۴/۸۰۰	۳/۲۲۱	۰/۷۳۶	۰/۵۴۲	-۰/۰۱۱	-۰/۴۱۱	۰/۰۸۸
محدودیت های اجتماعی- اقتصادی	۲/۱۴۳	۴/۸۵۷	۳/۵۸۱	۰/۵۲۱	۰/۲۷۱	-۰/۳۸۶	۰/۱۱۶	۰/۰۹۸
کیفیت زندگی بیماران قلبی	۱/۷۶۱	۴/۶۶۷	۳/۴۹۰	۰/۵۱۱	۰/۲۶۲	-۰/۱۹۷	۰/۰۷۶	۰/۰۴۹

هدف این پژوهش این بود که آیا مدل ساختاری کیفیت زندگی بیماران قلبی با تکیه بر کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با نقش میانجی ناگویی خلقی و انعطاف پذیری شناختی برازش دارد.

تحلیل این هدف با استفاده از مدل معادلات ساختاری صورت گرفته است. مدل نهایی برای بررسی این فرضیه در نمودار ۱ ارائه شده است. این مدل با اقتباس از برونداد نرم افزار AMOS ترسیم شده است.

جدول ۱ نشان می دهد میانگین تمامی مولفه‌ها بالاتر از عدد ۳ می باشد و از آنجاییکه در طیف ۵ گزینه ای که انتخاب شده میانگین بالاتر از ۳ نشان دهنده موافق بودن وضعیت آن متغیر در جامعه آماری فوق می باشد از این رو این عامل نشان دهنده موافق بودن پاسخ دهندگان با این مولفه می باشد. همچنین فرض نرمال بودن داده‌ها در سطح معناداری ۰/۰۵ با تکنیک کولموگوروف-اسمیرنوف آزمون شد. با توجه به اینکه در تمامی موارد مقدار معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ بدست آمده است. بنابراین توزیع داده‌های پژوهش نرمال بوده و می توان آزمون‌های پارامتریک را اجرا کرد.



شکل ۱. نتایج تأیید مدل نهایی ارتباط بین متغیرهای تحقیق

همچنین، نتایج حاصل از سنجش معناداری و بار عاملی داده‌های مدل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. بار عاملی مدل نهایی فرضیه تحقیق

مستقل	وابسته	تخمین	خطای	آماره t (نسبت)	سطح	ضریب
		غیر استاندارد	استاندارد	بحرانی)	معناداری	استاندارد

کانون کنترل سلامت	<---	ناگویی خلقی	-۰/۲۷۸	۰/۰۶۷	-۴/۱۲۴	***	-۰/۴۰۷
کانون کنترل سلامت	<---	انعطاف‌پذیری شناختی	۱/۰۸۳	۰/۳۱۵	۳/۴۳۹	***	۰/۳۰۶
ادراک بیماری	<---	ناگویی خلقی	-۰/۲۳۵	۰/۰۶۲	-۳/۸۰۹	۰/۰۰۲	-۰/۳۴۷
ادراک بیماری	<---	انعطاف‌پذیری شناختی	۰/۱۶۴	۰/۰۴۴	۳/۷۶۲	۰/۰۰۲	۰/۳۲۸
کانون کنترل سلامت	<---	کیفیت زندگی بیماران قلبی	۰/۰۵۶	۰/۰۱۲	۴/۶۸۸	***	۰/۳۶۷
ادراک بیماری	<---	کیفیت زندگی بیماران قلبی	۰/۰۷۲	۰/۰۰۶	۱۲/۹۸۵	۰/۰۰۲	۰/۳۸۷
انعطاف‌پذیری شناختی	<---	کیفیت زندگی بیماران قلبی	۰/۰۹۱	۰/۰۰۷	۱۳/۲۰۸	***	۰/۳۹۱
ناگویی خلقی	<---	کیفیت زندگی بیماران قلبی	-۱/۲۹۶	۰/۳۲۲	-۴/۰۲۳	***	-۰/۳۵۲

شاخص‌های نیکویی برازش این مدل به صورت جدول ۳ می‌باشد.

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل ساختاری فرضیات تحقیق

شاخص‌های برازندگی	RMSE A	C FI	T LI	IF I	R FI	N FI	CMI N/D F
مقادیر قابل قبول	<۰/۱	>۰	>۰	>۰	>۰	۰	<۲
مقادیر محاسبه شده	۰/۷۰	۹۱	۹۶	۹۱	۹۳	۹۸	۱/۰۶۲
	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰

بر اساس شکل ۱ و جدول ۲، قدرت رابطه میان کانون کنترل سلامت با ناگویی خلقی، کیفیت زندگی بیماران قلبی و انعطاف‌پذیری شناختی به ترتیب برابر ۰/۴۰۷، ۰/۳۶۷ و ۰/۳۰۶ محاسبه

شده است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. آماره t آزمون نیز $-۴/۱۲۴$ ، $۴/۶۸۸$ و $۳/۴۳۹$ بدست آمده است که بزرگتر از مقدار بحرانی t در سطح خطای $۰/۰۵$ یعنی $۱/۹۶$ بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است. قدرت رابطه میان ادراک بیماری با ناگویی خلقی، کیفیت زندگی بیماران قلبی و انعطاف‌پذیری شناختی به ترتیب برابر $-۰/۳۴۷$ ، $۰/۳۸۷$ و $۰/۳۲۸$ محاسبه شده است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. آماره t آزمون نیز $-۳/۸۰۹$ ، $۱۲/۹۸۵$ و $۳/۷۶۲$ بدست آمده است که بزرگتر از مقدار بحرانی t در سطح خطای $۰/۰۵$ یعنی $۱/۹۶$ بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است. قدرت رابطه میان ادراک بیماری با ناگویی خلقی و کیفیت زندگی بیماران قلبی برابر $۰/۳۹۱$ محاسبه شده است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. آماره t آزمون نیز $۱۳/۲۰۸$ بدست آمده

بیماری خود هستند که در نتیجه موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران می شود.

پیرامون رابطه بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی یافته‌ها نشان داد قدرت رابطه میان ادراک بیماری با کیفیت زندگی بیماران قلبی برابر با ۰/۳۸۷ است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. این یافته همسو با مطالعه مهاجرانی و همکاران (۱۳۹۶)، زهرایی و همکاران (۱۳۹۷)، واسکی و همکاران (۲۰۱۷) و فاناکیدو و همکاران (۲۰۱۸) است (۹،۱۰،۱۱،۱۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت مدل خودتنظیمی لونتال (۱۹۹۸) پیش‌بینی می‌کند که باورهای بیماری به طور مستقیم با سازگاری و رفتار فرد ارتباط دارد و نتیجه این سازگاری هم به نوبه خود بر ادراک بیمار از ناتوانی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد. این مدل بیان می‌کند که اثر یک مشکل به وسیله عقاید فرد تعدیل می‌شود که در واقع نقش میانجی دارند. ارزیابی مؤثر شامل فهمیدن توانایی فرد برای نشان دادن رفتارهای سازگاری و برآورد موفقیت‌هایش در تنظیم کردن نشانه‌های بیماری و به دنبال آن جستجوی بهزیستی هیجانی است، یعنی هنگامی که افراد با تهدیدکننده‌های سلامت مواجه می‌شوند، بازنمایی شناختی یا عاطفی درباره بیماریشان به منظور شناخت و رشد راهبردهایی برای مدیریت بیماری ایجاد می‌کنند. این ادراک از بیماری در هدایت شیوه‌های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان اهمیت دارد. مطالعه اسپین و همکاران (۲۰۰۸) نیز در همین راستا نشان داده است فردی که ادراک مثبت از بیماری خویش داشته باشد، قادر است به طور واقع بینانه و صحیح علائم و ابعاد مختلف بیماری را درک و تحلیل کند و این ادراک می‌تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامتی او تأثیرگذار باشد (۴۳).

پیرامون رابطه بین ناگویی خلقی و کیفیت زندگی یافته‌ها نشان داد قدرت رابطه میان ناگویی خلقی و کیفیت زندگی بیماران قلبی برابر با ۰/۳۵۲- است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. این یافته همسو با مطالعه مهاجرانی و همکاران (۱۳۹۶)، دی‌اندریدویرا و همکاران (۲۰۱۳)، تسیو و همکاران (۲۰۱۸) است که نشان دادند بین ناگویی خلقی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو، میگرن، عروق کرونر قلب و

است که بزرگتر از مقدار بحرانی t در سطح خطای ۰/۰۵ یعنی ۱/۹۶ بوده و نشان می‌دهد همبستگی مشاهده شده معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین برآزش مدل کیفیت زندگی بیماران قلبی با تکیه بر کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با میانجی‌گری ناگویی خلقی و انعطاف‌پذیری شناختی انجام شد. به منظور تبیین یافته‌های این فرضیه، رابطه متقابل متغیرها مورد بررسی قرار می‌گیرند.

پیرامون رابطه بین کانون کنترل سلامت و کیفیت زندگی یافته‌ها نشان داد قدرت رابطه میان کانون کنترل سلامت با کیفیت زندگی بیماران قلبی به میزان ۰/۳۶۷ است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. این یافته همسو با مطالعه هلویک و همکاران (۲۰۱۶) است که نشان دادند بین منبع کنترل سلامت و کیفیت زندگی سالمندان و افراد افسرده رابطه وجود دارد (۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت فرد با کانون کنترل درونی سلامت، با احتمال بیشتری معتقد است که تقویت‌کننده‌ها موکول به تلاش‌های خود او است، در حالی که افراد دارای کانون کنترل بیرونی بر سلامت، احتمالاً چنین تصور می‌کنند که زندگی آنها به طور وسیعی توسط نیروهای خارجی همچون سرنوشت یا سایر افراد نیرومند تعیین می‌شود. افرادی که فکر می‌کنند کنترل کمی بر سلامت خود دارند، در مقایسه با افرادی که دارای احساس قوی‌تر کنترل هستند، عادات سلامتی ضعیف‌تر و بیماری‌های بیشتری دارند و احتمال کمتری دارد که گام‌های فعالی برای درمان بیماری بردارند. بیماران دارای کانون کنترل درونی احتمال بیشتری دارد که در تغییر رفتارهای پیشگیری‌کننده درگیر شوند و تمایل بیشتری دارند تا اطلاعات بیشتری درباره بیماری‌شان به دست آورند و برای اتخاذ رفتارهایی که به سلامتی منتهی می‌شود دارای انگیزش قوی‌تری هستند؛ در نتیجه کیفیت زندگی خود را ارتقا می‌دهند. همچنین، افرادی که کانون کنترل درونی قوی‌تری دارند، میزان رفتارهای ارتقاءدهنده سلامت در آنها بیشتر است، این افراد در جستجوی افزایش آگاهی در زمینه تعیین‌کننده‌های سلامت و توانمندسازی خود و ایجاد باورهای مثبت در زمینه سازگاری با

فرد و تعهد به فعالیت‌هایی است که از لحاظ ارزشمندی با ثبات هستند. شکل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی نیز بر اساس انعطاف‌پذیری شناختی به وسیله افراط در قوانین رفتاری و عاطفی ناسازگارانه یا به وسیله رفتارهایی ارزش‌محور و حساسیت به احتمالات که مربوط به آینده است شرح داده می‌شوند. این نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران قلبی احتمال خطرات مربوط به سلامتی را توسط بیمار بیش برآورد می‌کند که موجب کاهش سلامت روان شناختی و کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود. انعطاف‌پذیری شناختی توانایی افراد در تعدیل روند شناخت برای روبرو شدن با موقعیت‌های جدید و غیر قابل پیش‌بینی می‌باشد. وقتی فرد انعطاف‌پذیری شناختی نداشته باشد به‌طور غیرفعال با شرایط محیطی، بیماری و سلامت روان مواجه می‌شود و معمولاً به خطا می‌رود، پس با انعطاف‌پذیری شناختی می‌توان تغییرات اساسی در ارائه مجدد فکری ایجاد کرد و کیفیت زندگی را ارتقا داد.

پیرامون رابطه بین کانون کنترل سلامت و ناگویی خلقی یافته‌ها نشان داد قدرت رابطه میان کانون کنترل سلامت با ناگویی خلقی بیماران قلبی برابر با $0/407$ - است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. در راستای این یافته پژوهشی، مطالعه ای همسو یا ناهمسو یافت نشد و صرفاً به تبیین آن اکتفا می‌شود. افراد با کانون کنترل درونی از سلامت روان بالاتر و کیفیت زندگی مطلوب‌تری برخوردار هستند. از آنجا که افراد با کیفیت زندگی بالاتر در ناگویی خلقی نمرات پایین‌تری دریافت می‌کنند (مهاجرانی و همکاران، ۱۳۹۶؛ دی‌اندریدویرا و همکاران، ۲۰۱۳؛ تسیو و همکاران، ۲۰۱۸) (۹،۱۶،۱۷)، می‌توان گفت بین کانون کنترل سلامت درونی و ناگویی خلقی رابطه منفی وجود دارد. بیماری‌های قلبی در نتیجه سبک زندگی ناسالم ایجاد می‌شوند و این سبک‌ناکارآمد، جنبه‌های روان‌شناختی بیمار را نیز در بر می‌گیرد، به طوری که این سینا عنوان می‌کند که واکنش‌های روانی با واکنش‌های قلبی - عروقی ارتباط دارند (۵). با توجه به نقایص شناختی و عاطفی در ناگویی خلقی، چنین فرض می‌شود که این ویژگی می‌تواند با شاخص‌های سلامت و مشکلات جسمانی رابطه داشته باشد. از آنجا که پردازش‌های

فیرومیالژیا ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۹،۱۶،۱۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مبتلا به ناگویی خلقی عواطف مختلف را تجربه و احساس می‌کنند اما نمی‌توانند احساس‌ها و عواطف خود را بشناسند و از این رو نمی‌توانند آن‌ها را ابراز کنند. به نظر می‌رسد افرادی که در شناسایی احساسات خود با دشواری مواجه هستند بیشتر مستعد تفسیر غلط نشانه‌های بدنی خود می‌باشند؛ به این صورت که نشانه‌های بدنی مرتبط با برانگیختگی هیجانی را به اشتباه به عنوان نشانه‌ای از بیماری جسمانی تعبیر کنند. علاوه بر این، آنها سلامتی خود را نسبت به کسانی که این خصیصه را ندارند به صورت ضعیف‌تر تخمین می‌زنند. از آنجا که ناگویی خلقی منعکس‌کننده نقص در پردازش شناختی هیجان‌هاست، می‌تواند زمینه‌ابزاری فرد به علائم روان‌شناختی و جسمانی را فراهم سازد و از این طریق منجر به کاهش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران قلبی گردد. همچنین، باور بر این است که ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها در بیماران قلبی، آن‌ها را مستعد نشانگان بدنی بیشتر و روان‌شناختی می‌کند که با افت کیفیت زندگی همراه است. در این راستا، نتایج پژوهش ایگلسیاس-ری و همکاران (۲۰۱۲) نیز تحت عنوان بررسی تاثیر ناگویی خلقی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماری‌های التهابی روده نشان داد ناگویی خلقی به‌طور قابل توجهی با کیفیت زندگی نامناسب این بیماران رابطه دارد (۱۸). دشواری در شناسایی احساسات و تفکر عینی مهم‌ترین خرده‌مقیاس‌های ناگویی خلقی مرتبط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این بیماران بود.

پیرامون رابطه بین انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت زندگی یافته‌ها نشان داد قدرت رابطه میان انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت زندگی بیماران قلبی برابر با $0/391$ است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. این یافته همسو با مطالعه رادنیک و همکاران (۲۰۱۹) است (۲۸) که نشان دادند در بیماران مبتلا به ورم روده مولفه روان‌شناختی کیفیت زندگی با انعطاف‌پذیری شناختی رابطه مثبت و معناداری دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس نظریه انعطاف‌پذیری شناختی، سلامت روان به معنای پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی خود

مهارت های روان شناختی و ارتباط با پزشک و پیگیری های درمان خواهد بود. بدین ترتیب، بیماران قلبی با کانون کنترل سلامت درونی، از انعطاف پذیری روان شناختی بالاتری برخوردارند که می تواند آن‌ها را در جهت سازگاری با شرایط بیماری توانمند سازد.

پیرامون رابطه بین ادراک بیماری و ناگویی خلقی یافته‌ها نشان داد قدرت رابطه میان ادراک بیماری با ناگویی خلقی بیماران قلبی برابر با ۰/۳۴۷- است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. این یافته همسو با مطالعه رضائی و فتح (۱۳۹۷) است (۲۲) مبنی بر اینکه در بیماران مبتلا به درد مزمن، بین ناگویی خلقی و ادراک درد رابطه وجود دارد. در تبیین این یافته می توان گفت بر اساس مدل خودتنظیمی لونتال (۱۹۹۸)، ادراک فرد از بیماری، علاوه بر مولفه شناختی که همان ادراک و ارزیابی وضع فعلی سلامتی است، مولفه هیجانی را نیز شامل می شود. بدین ترتیب که نمره بالا در ادراک بیماری یعنی فرد پس از ارزیابی شناختی بیماری پاسخ هیجانی مطلوب و سازگارانه ای به شرایط استرس زای بیماری خود داده است. پیامد این پاسخ سازگارانه رفتارهای مقابله ای کارآمد است و کنترل پذیری بیماری را ممکن می سازد. از طرفی، پاسخ مقابله ای سازگارانه موجب بهبود کیفیت زندگی می شود؛ در این راستا مطالعات نیز نشان داده اند افراد با کیفیت زندگی بالاتر در ناگویی خلقی نمرات پایین تری دریافت می کنند (۹،۱۶). بنابراین می توان گفت بین ادراک بیماری و باور به کنترل آن با ناگویی خلقی رابطه منفی وجود دارد. بیماری های قلبی در نتیجه سبک زندگی ناسالم ایجاد می شوند و این سبک ناکارآمد، جنبه های روان شناختی بیمار را نیز در بر می گیرد. با توجه به نقایص شناختی و عاطفی در ناگویی خلقی، چنین فرض می شود که این ویژگی می تواند با شاخص های سلامت و مشکلات جسمانی رابطه داشته باشد. از آنجا که پردازش های شناختی نقش مهمی در فرایندهای هیجانی ایفا می کنند می توان گفت ادراک بیماری و باور به کنترل پذیری بیماری در امور هیجانی نیز نقش دارند؛ به طوریکه فرد با نمره پایین در ادراک بیماری از ناگویی هیجانی بالایی

شناختی نقش مهمی در فرایندهای هیجانی ایفا می کنند می توان گفت باور فرد به کانون کنترل بیرونی، ادراک خودکارآمدی وی را هم در زمینه کنترل پذیری بیماری و هم در امور هیجانی کاهش می دهد؛ به طوریکه فرد قادر به تشخیص و شناسایی هیجانات، بیان و توصیف هیجانات و تمرکز بر تجارب بیرونی نیست. از آنجا که کانون کنترل و ناگویی خلقی هر دو از جمله متغیرهای شخصیتی و خصیصه ای هستند و در نتیجه سبک زندگی ناکارآمد فرد طی گستره عمر ایجاد شده اند می توان شاهد همبودی این دو عامل به طور پیوسته بود.

پیرامون رابطه بین کانون کنترل سلامت و انعطاف پذیری شناختی یافته‌ها نشان داد قدرت رابطه میان کانون کنترل سلامت با انعطاف پذیری شناختی بیماران قلبی برابر با ۰/۳۰۶- است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. این یافته همسو با مطالعه افلاک سیر و ریوفی (۱۳۹۱) است (۲۹) مبنی بر اینکه بین سازگاری با بیماری و کانون کنترل درونی سلامت در بیماران دیابتی نوع II رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. در تبیین این یافته می توان گفت کانون کنترل سلامت به باور فرد به این امر اطلاق می شود که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی (خود) و یا بیرونی (افراد موثر، با نفوذ و اقبال) می باشد. در این مفهوم، کنترل فردی و سلامت، از دو راه ممکن است با هم ارتباط داشته باشند. اول، افرادی که احساس کنترل فردی بالایی دارند، امکان دارد به میزان بیشتری توانایی حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری را داشته باشند. دوم، به هنگام ابتلا به بیماری جدی، افراد دارای احساس کنترل فردی قوی ممکن است بهتر با بیماری کنار بیایند و در فرایند توان بخشی، نقشی سازنده تر داشته باشند. این دو فرایند در راستای هم از راه ادراک کنترل پذیری و اینکه سلامتی و بیماری فرد تحت کنترل خود او است و می توان با تغییر در سبک زندگی و توصیه های بهداشتی و پیگیری های درمانی به سلامتی دست یافت، در جریان هستند. همچنین، در صورت برخورداری فرد از کانون کنترل درونی، فرد مسئولیت خود را در قبال حفظ عملکردهای مربوط به سلامتی خود و ارتقای آن پذیرفته و در جستجوی راه حل های متعدد از جمله تغییر در سبک زندگی، افزایش اطلاعات، افزایش

ارتباط با متخصصان سلامت روان و پزشک) را نیز تسهیل می‌کند و موجب بهبود انعطاف‌پذیری شناختی در فرد می‌گردد. در یک نتیجه‌گیری کلی، یافته مطالعه حاضر نشان داد فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت و مدل ساختاری کیفیت زندگی بیماران قلبی با تکیه بر کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با نقش میانجی ناگویی خلقی و انعطاف‌پذیری شناختی برازش دارد. با توجه به اینکه هر مطالعه‌ای با محدودیت‌هایی مواجه است، پژوهش حاضر نیز با محدودیت عدم کنترل دقیق وضعیت روان شناختی بیماران قلبی با استفاده از شاخص‌های استاندارد سلامت روان مواجه بود. همچنین پیشنهادات زیر می‌تواند در جهت غنی‌تر کردن یافته‌های این مطالعه مورد لحاظ قرار گیرد: ۱) از آنجا که کانون کنترل و ناگویی خلقی هر دو از جمله متغیرهای شخصیتی و خصیصه‌ای هستند و در نتیجه سبک زندگی ناکارآمد فرد طی گستره عمر ایجاد شده‌اند و بیماری‌های قلبی نیز معمولاً تحت تأثیر سبک زندگی ناسالم ایجاد می‌شوند پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی نقش کانون کنترل و ناگویی خلقی در ابتلا به بیماری‌های قلبی مورد بررسی قرار گیرد؛ ۲) توجه به ابعاد و مشخصه‌های روان شناختی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی که به عنوان عوارض بیماری ظاهر می‌شوند، می‌تواند شناخت بهتری از این بیماری را برای مبتلایان به آن به ارمغان آورد و ادراک فرد را نسبت به بیماری خویش افزایش دهد.

برخوردار است و قادر به تشخیص و شناسایی هیجانات، بیان توصیف هیجانات و تمرکز بر تجارب بیرونی نیست. پیرامون رابطه بین ادراک بیماری و انعطاف‌پذیری شناختی یافته‌ها نشان داد قدرت رابطه میان ادراک بیماری با انعطاف‌پذیری شناختی بیماران قلبی برابر با ۰/۳۲۸ است که نشان می‌دهد همبستگی مطلوب است. اگرچه مطالعه‌ای همسو یا ناهمسو با این یافته پژوهشی وجود نداشت اما در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس مدل خودتنظیمی لونتال (۱۹۹۸)، باورهای بیماری به طور مستقیم با سازگاری و رفتار فرد ارتباط دارد که این سازگاری موجب می‌شود فرد به گزینه‌های دیگری برای حل چالش مربوط به حفظ و ارتقای سلامتی توجه نشان دهد تا بر بیماری خود کنترل بیشتری داشته باشد. چون مولفه اصلی مدل لونتال (۱۹۹۸) خودتنظیمی است و این مولفه با خودکنترلی، خودمدیریتی و خودراهبری رابطه نزدیکی دارد، به نظر می‌رسد بیماران قلبی که نمره بالایی در ادراک بیماری دریافت می‌کنند، رفتارهای خودنظم‌بخش در مورد بیماری خود دارند و از ادراک کنترل‌پذیری بالاتری (به عنوان یکی از مولفه‌های انعطاف‌پذیری شناختی) برخوردار باشند. همچنین رفتارهای خودتنظیمی به واسطه اینکه از مهارت شناختی فرد برای حل چالش‌ها نشأت می‌گیرند، جستجوی راه حل‌های متعدد و مناسب دیگر (تغذیه سالم، ورزش، افزایش اطلاعات،

References

1. Nikpay, M., Goel, A., Won, H. H., Hall, L. M., Willenborg, C., Kanoni, S., ... & Farrall, M. (2015). A comprehensive 1000 Genomes-based genome-wide association meta-analysis of coronary artery disease. *Nature genetics*, 47(10), 1121.
2. Sacks, F. M., Lichtenstein, A. H., Wu, J. H., Appel, L. J., Creager, M. A., Kris-Etherton, P. M., ... & Van Horn, L. V. (2017). Dietary fats and cardiovascular disease: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation*, 136(3), e1-e23.
3. Okutucu, S. E. R. C. A. N., Sabanov, C., Karakulak, U. N., Evranos, B., Fatihoglu, S. G., Sahiner, L., ... & Oto, A. (2011). Validation of the Turkish Version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *International Journal of Cardiology*, (147), 74-82.
4. Bahador, Razieh Sadat; Noah, Infallibility; Jahani, Younes (1396). Quality of life and its related factors in patients with chronic heart failure referred to Imam Khomeini Hospital in Jiroft. *Iranian Journal of Nursing*, 30 (105). 33-23.
5. Schultz, Duane; Schultz, Sydney Allen (2015). *Personality Theories: Perspectives and Theories*, translated by Yahya Seyed Mohammadi (1398). Tehran: Ravan Publishing.

6. Rizza, F., Gison, A., Bonassi, S., Dall'Armi, V., Tonto, F., & Giaquinto, S. (2017). 'Locus of control', health-related quality of life, emotional distress and disability in Parkinson's disease. *Journal of health psychology, 22*(7), 844-852.
7. Helvik, A. S., Bjørkløf, G. H., Corazzini, K., Selbæk, G., Laks, J., Østbye, T., & Engedal, K. (2016). Are coping strategies and locus of control orientation associated with health-related quality of life in older adults with and without depression?. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 64*, 130-137.
8. Byrne, M., Walsh, J., & Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health-related behaviour. *Journal of psychosomatic research, 58*(5), 403-415.
9. Mohajerani, Sepehr; Facts, Seyed Abbas; Adibi, Peyman (1396). The relationship between emotional malaise, disease perception and resilience with quality of life in patients with ulcerative colitis. *Journal of Gastroenterology, 22* (1). 38-28.
10. Zahraei, Shaghayegh; Amini, Shokoofeh; Saebi, Susan (1397). Relationship between disease perception, stigma experience and cognitive fusion with quality of life in women with multiple sclerosis. *Psychological studies, 2* (14). 40-25.
11. Vaske, I., Kenn, K., Keil, D. C., Rief, W., & Stenzel, N. M. (2017). Illness perceptions and coping with disease in chronic obstructive pulmonary disease: Effects on health-related quality of life. *Journal of health psychology, 22*(12), 1570-1581.
12. Fanakidou, I., Zyga, S., Alikari, V., Tsironi, M., Stathoulis, J., & Theofilou, P. (2018). Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Quality of Life Research, 27*(2), 539-543.
13. Mahdavi, Alnaz; Manshi, Gholamreza (1395). Comparison of mood dysphoria and emotional expression in patients with coronary heart disease and healthy individuals. *Feyz Scientific-Research Bi-Monthly, 20* (3). 266-260.
14. Hobson, H., Hogeveen, J., Brewer, R., Catmur, C., Gordon, B., Krueger, F., ... & Grafman, J. (2018). Language and alexithymia: Evidence for the role of the inferior frontal gyrus in acquired alexithymia. *Neuropsychologia, 111*, 229-240.
15. Kafetsios, K., & Hess, U. (2019). Seeing mixed emotions: Alexithymia, emotion perception bias, and quality in dyadic interactions. *Personality and Individual Differences, 137*, 80-85.
16. Tesio, V., Di Tella, M., Ghiggia, A., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., ... & Castelli, L. (2018). Alexithymia and depression affect quality of life in patients with chronic pain: a study on 205 patients with fibromyalgia. *Frontiers in psychology, 9*, 442.
17. de Andrade Vieira, R. V., Vieira, D. C., Gomes, W. B., & Gauer, G. (2013). Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. *The journal of headache and pain, 14*(1), 1-10.
18. Iglesias-Rey, M., Barreiro-de Acosta, M., Caamaño-Isorna, F., Vázquez Rodríguez, I., Lorenzo Gonzalez, A., Bello-Paderne, X., & Domínguez-Muñoz, J. E. (2012). Influence of alexithymia on health-related quality of life in inflammatory bowel disease: are there any related factors?. *Scandinavian journal of gastroenterology, 47*(4), 445-453.
19. Mohammadpour, Samaneh; Rahimian Booger, Ishaq; Rezaei, Ali Mohammad (1394). The role of defense styles and mood dysphoria in predicting the quality of life of coronary heart patients. *Scientific-Research Journal of Zanjan University of Medical Sciences, 23* (97). 54-48.
20. Sadeghpour, Maryam; Salehi Imran, Mohammad Taqi; Yaqubi, Abdul Ali (2015). Comparison of emotional malaise and quality of life between coronary heart patients and healthy individuals. *International Conference on Humanities, Psychology and Social Sciences, University of Tehran, Ilia Capital of Ideas*.
21. Fikri, Akram; Isa Zadegan, Ali; Mikaeli Manieh, Farzaneh (1394). Comparison of cognitive emotion regulation strategies and emotional dysphoria in people with essential hypertension and non-patients. *Contemporary Psychology, 10* (19). 94-85.
22. Rezaei, Zahra; Fatah, Najma (1397). Predicting pain perception and perceived social support based on mood dysphoria in patients with chronic pain. *National Conference on Psychology and Health with a focus on family and healthy living, Shiraz*.
23. Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research, 34*(3), 241-253.
24. Phillips, E. L. (2011). *Resilience, Mental Flexibility, and Cortisol Response to the Montreal Imaging Stress Task in Unemployed Men* (Doctoral dissertation).

25. Prado, V. F., Janickova, H., Al-Onaizi, M. A., & Prado, M. A. (2017). Cholinergic circuits in cognitive flexibility. *Neuroscience*, 345, 130-141.
26. Yaqubi, Hamid; Brothers, Majid; Ranjbar Noshari, Farzaneh; Joki Chegini, Mahnaz (1394). A comparative study of irrational beliefs, social support and personality type A. Coronary heart disease and healthy individuals. *New psychological research*. 10 (37). 224-211.
27. Kroemeke, A. (2019). Coping flexibility and health-related quality of life among older adults: the compensatory effect of co-rumination. *Frontiers in psychology*, 10, 59.
28. Rudnik, A., Piotrowicz, G., Basińska, M. A., & Rashedi, V. (2019). The importance of cognitive flexibility and flexibility in coping with stress for the quality of life in inflammatory bowel disease patients during biological therapy. A preliminary report. *Przegląd gastroenterologiczny*, 14(2), 121.
29. Aflak Sir, Abdul Aziz; Ryufi, Sarah (1391). Predicting psychosocial adaptation to disease based on the components of the Health Control Center in type II diabetic patients in Shiraz. Ministry of Science, Research and Technology - Shiraz University - Faculty of Psychology and Educational Sciences.
30. Klein, Paul (2014). *An easy guide to factor analysis*. Translated by Seyed Jalal Sadr al-Sadat and Asghar Minaei (2015). Tehran: Samat Publications.
31. Bennett, S. J., Oldridge, N. B., Eckert, G. J., Embree, J. L., Browning, S., Hou, N., ... & Murray, M. D. (2002). Discriminant properties of commonly used quality of life measures in heart failure. *Quality of life research*, 11(4), 349-359.
32. Abbasi, Saturn; Mohammadi, Isa; Sadeghian, Hakimeh; Gholami Fesharaki, Mohammad (1395). Evaluation of quality of life in patients with heart failure. *Nursing research*. 11 (2). 32-10.
33. Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
34. Arjmand, Mohsen; Qasemzadeh, Habibullah; Hamidpour, Hassan; Sharifi, Vandad; Mohseni far, star; Rajablu, Mansoura; Harirchi, Iraj (1389). Evaluation of breast cancer perception in patients, their families, healthy individuals and specialists (Abstract of the 10th Annual Conference of the Iranian Scientific Association of Psychiatrists). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior)*. 16 (62). 269-268.
35. Kalantari, Hamid; Bagherian Sararoudi, Reza; Afshar, Hamid; Khormian, Newsha; Forouzandeh, Nasim; Daghaqzadeh, Hamed; Marathi, Mohammad Reza; Adibi, Peyman (1391). The relationship between disease perception and quality of life in patients with irritable bowel syndrome, *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 22 (90). 41-33.
36. Wallston, K. A., Strudler Wallston, B., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*, 6(1), 160-170.
37. Mani, Arash; Ahsanat, Negar; Palm tree, Newsha; Asadi Pouya, Ali Akbar (1397). Investigation of psychometric properties of Form C from the multidimensional scale of health control source on normal adults. *Sadra Journal of Medical Sciences*. 7 (1). 58-47.
38. Soltani, Ismail; Shara, Hussein; Bahrainis, Seyed Abdul Majid; Farmani, Azam (1392). The mediating role of cognitive flexibility in the relationship between coping styles and resilience with depression, *Bulletin of Research in Medical Sciences*. 18 (2). 96-88.
39. Kohandani, Mahdieh; Abu al-Ma'ali al-Husseini, Khadijeh (1396). Factor structure and psychometric properties of the Persian version of the Dennis, Vanderwall and Gillon Cognitive Flexibility Questionnaire. *Psychological methods and models*. 8 (29). 70-53.
40. Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
41. Besharat, Mohammad Ali (1390). Investigation of psychometric properties of short-form form of self-regulation in a sample of Iranian society. *Clinical Psychology Research and Counseling*. 1 (2). 70-53.
42. Zakeri, Mohammad Mehdi; Hassani, Jafar; Ismaili, Nafiseh (1396). The Effectiveness of Teaching Emotional Process Regulation Strategies in Emotional Dysfunction in People with Psoriasis. *Clinical Psychology*. 9 (2). 111-97.
43. Spain, L. A., Tubridy, N., Kilpatrick, T. J., Adams, S. J., & Holmes, A. C. N. (2007). Illness perception and health-related quality of life in multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 116(5), 293-299.

*Original Article***Development of a structural model of quality of life of heart patients based on the Center for Health Control and Disease Perception with the mediating role of mood dysphoria and cognitive flexibility**

Received: 01/06/2021 - Accepted: 22/10/2021

Shiva Soltani¹
 Fariba Hasani^{2*}
 Fatemeh Golshani³
 Roya KoochakEntezar³

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

² Assistant Professor Department of
 Psychology , Central Tehran Branch,
 Islamic Azad University, Tehran , Iran.
 (Corresponding author)

³ Assistant Professor Department of
 Psychology , Central Tehran Branch,
 Islamic Azad University, Tehran ,
 Iran.

Email: far.hassani@iauctb.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of this study was to develop a structural model of quality of life of heart patients based on the Center for Health Control and Disease Perception with the mediating role of mood dysphoria and cognitive flexibility.

Material and Methods: The method of this study was descriptive-correlation. The statistical population of the study included all heart patients referred to Shahid Rajaei Hospital, Tehran Heart Center and Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran. A total of 281 patients were selected by convenience sampling and answered the Minnesota Quality of Life Questionnaire for Patients with Heart Failure, the Short Disease Perception Questionnaire, the Health Center Multidimensional Scale, the Cognitive Flexibility Questionnaire, and the Toronto Mood Dysfunction Scale.

Results: Data analysis using structural equation modeling showed that the structural model of quality of life of heart patients based on health control and disease perception with the mediating role of mood dysphoria and cognitive flexibility fits. Also, there is a positive and significant relationship between health control center, disease perception and cognitive flexibility with quality of life ($P < 0.05$), negative and significant relationship between mood distress and quality of life ($P < 0.05$), between health control center and perception. Disease has a negative and significant relationship with quality of life ($P < 0.05$) and there is a positive and significant relationship ($P < 0.05$) between health control and disease perception with cognitive flexibility.

Conclusion: As a result, paying attention to the psychological dimensions and characteristics of patients with heart disease can bring a better understanding of this disease for patients and increase the quality of life.

Keywords: quality of life, health control center, disease perception, mood dysphoria, cognitive flexibility, heart patients