مقایسه تاب آوری، سبک زندگی و کیفیت زندگی در بین بیماران قلیبی عروقی و افراد سالم

داود کردنستی، آزده فقری

1- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی پلینی، دانشگاه پایتخت، تهران، ایران.
2- کارشناس ارشد گروه روانشناسی پلینی، دانشکده روانشناسی پلینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بویراحمد، بویراحمد، ایران.

چکیده

پژوهش مقاله: 20/8/96

مقیده: از مورخه بیماری‌های قلیبی عروقی به عنوان مهم‌ترین عامل مرگ‌وموم در جهان شناخته شده است. یپوزش حاضر با مقایسه تاب آوری روغنی، سبک زندگی و کیفیت زندگی در بین بیماران قلیبی–عروقی و افراد سالم انجام شده است.

مواد و روش‌ها: یپوزش حاضر از نوع عملی-مقایسه‌ای است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه افراد دارای بیماری قلیبی–عروقی بیمارستان شهید مدنی اردبیل بودند. 196 نفر بیماران قلیبی–عروقی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با 196 نفر افراد سالم همگن‌سازی شده، مقایسه گردیدند. برای انتخاب گروه متفاوت‌های پژوهش از آزمون‌های تاب آوری روشنایی (کوئنور و دیویدسون، 2002)، سبک زندگی (علی و همکاران، 2013) و کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، 1996) استفاده شد. داده‌ها توسط آزمون پویاون و بیت و SPSS نسخه 20 در سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین سبک زندگی و مؤلفه‌های آن، همچنین بین کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سلامت وضعیت کلی مثبت، جهت سلامت جسمانی، جهت روانشناختی، خیمه محیط زندگی و تاب آوری روشنایی در بیماران قلیبی–عروقی و افراد سالم تفاوت معنادار وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری‌ها: با توجه به اینکه بیماران قلیبی–عروقی نمرات پایین تری را نسبت به افراد سالم در شاخص‌های تاب آوری، سبک زندگی و کیفیت زندگی به دست آوردند، بحث می‌رسد که احتمالاً تاب آوری و سبک زندگی خاص و کیفیت زندگی ویژه آنها در زمینه سازی بیماری با حفظ علائم مؤثر می‌باشد و در زمان درمان بیماران می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های قلیبی–عروقی، تاب آوری، سبک زندگی، کیفیت زندگی.

پست الکترونیک: 100balini@gmail.com

Adresse مکاتبه: ارستن. بویراحمد. دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده روانشناسی پلینی.
مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی سالانه جان ۱۷ میلیون نفر را در سراسر جهان می‌گیرند و عامل پیش‌مرگ‌ها به حساب می‌آیند. امروزه ۶۰ درصد مراجع‌های جهان ناشی از بیماری‌های غیر واگیر است که نیمی از این مرگ‌ومیرها به بیماری‌های قلبی عروقی نسبت داده می‌شود. این نسبت نزدیک ۲ تا ۲.۵ درصد کل مرگ‌ومیرها افراش خواهد بود (۱). بر اساس مطالعات انجام شده متوسط سفره قلبی حدود ۶۰ سال است که متاثر با استانداردهای جهانی است ولی در جنگ سال اخیر آمار سفره قلبی در سه سوم کشور افراش بیشتری یافته است که علت این قابل تأمل است (۲). یکی از عوامل مهم در این زمینه سبک زندگی است. سبک زندگی نماینده نگاهی به دنیای بیماری‌ها و ارزش‌های مورد قبول اولیه به پیان دیگر سبک زندگی نماد هدایت افراد یک جامعه است که تمام جنبه‌های زندگی آن را در بر. می‌گردد (۳). انجام قلبی سکی با سبک زندگی را از عوامل مستعدین کننده مهم بیماری‌ها و مرگ‌ومیر در ایالات متحده آمریکا دانسته و حدود ۷۰ درصد از تمام بیماری‌های قلبی و روندی را مربوط به شیوع زندگی می‌داند (۴). نتیجه این تحقیک که بدنی مصرف مواد غذایی ناسالم که بی‌نکرده‌ها هستند، فشارخون و مشکلات مادرازدی از مهم‌ترین علل سفره قلبی-عروقی در کشور است. اضافه وزن و چاقی افراد در کشور می‌تواند به صورت درمان‌های ساده به‌خصوص در انتظامی اضافه وزن دارد و در سال‌های اخیر رابطه بین کیفیت زندگی و بیماری‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته است. برای مثال تحقیقات انجام شده نشان داده است که زنان مبتلا به نارسایی قلبی در مقایسه با زنان مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن کیفیت زندگی پایین‌تر دارند (۱۱). مطالعات مختلف نشان می‌دهد بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب نسبت به جمعیت عمومی دارای کیفیت زندگی پایین‌تر می‌باشند (۱۲)।
مقایسه تاب آوری، سیک زندگی و کیفیت زندگی در بین بیماران قلبی عروقی و افراد سالم

کردستانی و قمری

یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار بر بیماری‌های قلبی می‌باشد. به همراه بیماری‌های قلبی و عروقی، عامل روان‌شناختی تاب‌آوری است (14). تاب‌آوری، تحت‌الاً باید در برای آسیب‌های شرایط تهدید کننده نیست و احتمال استفاده از روان‌پزشک با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پزشکی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی قدر در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط خطرناک است (15). در یکی از بیماران و کیفیت زندگی بیماران دارای سرطان می‌توان بررسی قرار گرفتن و یافتن داده‌ای که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه‌ای مشابه وجود دارد (16).

در مطالعه‌های کورورا تندیل و همکاران (2003) یافت شد که مشخصی که در بیماران دیابتی مبتلا به نارسایی قلبی به دلیل عامل‌های فیزیکی ضعیف و افزایش از کیفیت زندگی نامطلوب رخ می‌دهد (17). با توجه به شروع و گسترش روزافزون بیماری‌های قلبی-عروقی در سطح جهان و پایین آمدن سن بیماری‌ها در کشور ایران و با توجه به نظر این مطالعه، نشان می‌دهد که مشخصی تاب‌آوری در سیک زندگی بیماران قلبی-عروقی در تمام سیستم‌های منابع بهداشتی و در بیمارستان‌ها به منظور ارزیابی و کنترل این رفتارها ضروری است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با توجه به هدف کلی آن که مقایسه تاب‌آوری، سیک زندگی و کیفیت زندگی در بین بیماران قلبی-عروقی و افراد سالم است، از نوع غربالی-مقایسه‌ای می‌باشد.

جامعه مورد مطالعه شامل کلیه افراد دارای بیماری قلبی-عروقی بیمارستان شهید مدنی شهرستان خرم‌آباد بودند که طی 2 ماه تعادل 392 نفر به دست آمد. این تعداد بر اساس فرمول کوکران 196 نفر بیماران قلبی-عروقی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب
لامه‌ای کروناخ در پژوهش حاضر (1850) سلامت جسمانی (74)، سلامت روان‌شناختی (71)، روابط اجتماعی (73) بیان دامادن. پژوهش‌های دیگر روابط و پژوهش‌های این پرسشنامه را مورد تایید قرار دادند.

یافته‌ها

در این پژوهش داده‌های مربوط به 292 پرسشنامه تکمیل شده مربوط به 2 گروه بیماران قلبی-غیر قلبی و افراد عادی مورد بررسی قرار گرفتند. آزمون‌های شاخص 25 درصد از تعداد زیادی بندها و سنین 25 تا 50 سال از جنسیت زن و مرد بودند که در هر دو گروه افراد بین 50 تا 60 سال پیشرفت درصد آزمون‌های شاخص از یک خود اختصاص داشته و نظر تحقیقات آزمون‌های شاخص دارای نتایج چهار دیپلما تا فوتیسیس بودند که در گروه بیماران افراد دیپلما در گروه سالم افراد دارای فوق دیپلما بیشترین آزمون‌های شاخص داشتند. از نظر آزمون‌های شاخص دارای درصد بین 1 تا 4 میلیون بودند که در هر دو گروه بیشترین آزمون‌های شاخص دارای درصد بین 1 تا 4 میلیون بودند. از نظر وضعیت مسئک در گروه مالک و مستاجر قرار داشتند که بیشتر بیماران جزء مستاجر بودند.

نتیجه آزمون‌های پویان-وبیشتر در جداول 1 تا 3 نشان می‌دهند، در متغیرهای سبک زندگی، کیفیت زندگی و تابعیتهای معناداری بین بیماران قلبی و افراد سالم وجود دارد و این تفاوت به نفع افراد سالم می‌باشد. بنابراین فرضیه‌های تحقیق در خصوص تفاوت گروه‌ها تایید می‌شود.

لیبرت (41) نادرست تا پنجم همیشه درست

نمره‌گذاری می‌شود. پایبندی مقياس تاب‌آوری در پژوهش حاضر با استفاده از آزمون آلفای کروناخ (85%) به دست آمد. همچنین روابط و پژوهش‌های در تحقیقات داخلی و مورد بررسی و تایید قرار گرفت هاست (17,18). به‌منظور سنگینی سبک زندگی در بیماران آبیاری و موفقیت‌های آن در بیماران قلبی (196=10) و افراد سالم (196=10)
جدول 2. آزمون بومان- ویتینی کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران قلبی (ن=196) و افراد سالم (ن=196-197)

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخص‌های آماری</th>
<th>سیک زندگی</th>
<th>بیماران قلبی</th>
<th>سالم</th>
<th>پرداختن نتایج</th>
<th>میانگین</th>
<th>انحراف معیار</th>
<th>رتبه</th>
<th>مقدار بومان-ویتینی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>شاخص‌های آماری</td>
<td>بیماران قلبی</td>
<td>سیک زندگی</td>
<td>بیماران قلبی</td>
<td>سالم</td>
<td>پرداختن نتایج</td>
<td>میانگین</td>
<td>انحراف معیار</td>
<td>رتبه</td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین</td>
<td>11945</td>
<td>78/66</td>
<td>235/31</td>
<td>235/51</td>
<td>10/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
</tr>
<tr>
<td>انحراف معیار</td>
<td>15/44</td>
<td>8/4</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
</tr>
<tr>
<td>رتبه</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
</tr>
<tr>
<td>مقدار بومان-ویتینی</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 3. آزمون بومان- ویتینی در مورد مقایسه تابآوری در بیماران قلبی (ن=196) و افراد سالم (ن=197)

<table>
<thead>
<tr>
<th>شاخص‌های آماری</th>
<th>سیک زندگی</th>
<th>بیماران قلبی</th>
<th>سالم</th>
<th>پرداختن نتایج</th>
<th>میانگین</th>
<th>انحراف معیار</th>
<th>رتبه</th>
<th>مقدار بومان-ویتینی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>شاخص‌های آماری</td>
<td>بیماران قلبی</td>
<td>سیک زندگی</td>
<td>بیماران قلبی</td>
<td>سالم</td>
<td>پرداختن نتایج</td>
<td>میانگین</td>
<td>انحراف معیار</td>
<td>رتبه</td>
</tr>
<tr>
<td>میانگین</td>
<td>11945</td>
<td>78/66</td>
<td>235/31</td>
<td>235/51</td>
<td>10/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
</tr>
<tr>
<td>انحراف معیار</td>
<td>15/44</td>
<td>8/4</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
</tr>
<tr>
<td>رتبه</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
</tr>
<tr>
<td>مقدار بومان-ویتینی</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
<td>1/0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به بیماری قلبی و ش�یازدی در بین بیماران قلبی عروقی و افراد سالم متفاوت نبودند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیق مودر مبنی و همکاران (17) و فتحی و همکاران (18) همسود بود. نتایج این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به بیماری قلبی و ش�یازدی در بین بیماران قلبی عروقی و افراد سالم متفاوت نبودند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیق مودر مبنی و همکاران (17) و فتحی و همکاران (18) همسود بود.

همچنین نتایج نشان داد که بیماران بیشترین میزان توده‌های دیده‌شده نسبت به افراد سالم داشتند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش صداقت و همکاران (21)، بالاجانی و همکاران (22)، و شهسواری و همکاران (23) همسود بود. طبق پژوهش‌های صوت‌گر فرهنگ، درصد بیماران با علائم و نشان‌های افراد مبتلا به بیماری قلبی و ش�یازدی از میان بیماران بیشتری بود. نتایج نشان داد که بیماران بیشترین میزان توده‌های دیده‌شده نسبت به افراد سالم داشتند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش صداقت و همکاران (21)، بالاجانی و همکاران (22)، و شهسواری و همکاران (23) همسود بود. طبق پژوهش‌های صوت‌گر فرهنگ، درصد بیماران با علائم و نشان‌های افراد مبتلا به بیماری قلبی و ش�یازدی از میان بیماران بیشتری بود. نتایج نشان داد که بیماران بیشترین میزان توده‌های دیده‌شده نسبت به افراد سالم داشتند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش صداقت و همکاران (21)، بالاجانی و همکاران (22)، و شهسواری و همکاران (23) همسود بود. طبق پژوهش‌های صوت‌گر فرهنگ، درصد بیماران با علائم و نشان‌های افراد مبتلا به بیماری قلبی و ش�یازدی از میان بیماران بیشتری بود. نتایج نشان داد که بیماران بیشترین میزان توده‌های دیده‌شده نسبت به افراد سالم داشتند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش صداقت و همکاران (21)، بالاجانی و همکاران (22)، و شهسواری و همکاران (23) همسود بود. طبق پژوهش‌های صوت‌گر فرهنگ، درصد بیماران با علائم و نشان‌های افراد مبتلا به بیماری قلبی و ش�یازدی از میان بیماران بیشتری بود. نتایج نشان داد که بیماران بیشترین میزان توده‌های دیده‌شده نسبت به افراد سالم داشتند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش صداقت و همکاران (21)، بالاجانی و همکاران (22)، و شهسواری و همکاران (23) همسود بود. طبق پژوهش‌های صوت‌گر فرهنگ، درصد بیماران با علائم و نشان‌های افراد مبتلا به بیماری قلبی و ش�یازدی از میان بیماران بیشتری بود. نتایج نشان داد که بیماران بیشترین میزان توده‌های دیده‌شده نسبت به افراد سالم داشتند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش صداقت و همکاران (21)، بالاجانی و همکاران (22)، و شهسواری و همکاران (23) همسود بود. طبق پژوهش‌های صوت‌گر فرهنگ، درصد بیماران با علائم و نشان‌های افراد مبتلا به بیماری قلبی و ش�یازدی از میان بیماران بیشتری بود. نتایج نشان داد که بیماران بیشترین میزان توده‌های دیده‌شده نسبت به افراد سالم داشتند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش صداقت و همکاران (21)، بالاجانی و همکاران (22)، و شهسواری و همکاران (23) همسود بود. طبق پژوهش‌های صوت‌گر فرهنگ، درصد بیماران با علائم و نشان‌های افراد مبتلا به بیماری قلبی و ش�یازدی از میان بیماران بیشتری بود. نتایج نشان داد که بیماران بیشترین میزان توده‌های دیده‌شده نسبت به افراد سالم داشتند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش صداقت و همکاران (21)، بالاجانی و همکاران (22)، و شهسواری و همکاران (23) همسود بود. طبق پژوهش‌های صوت‌گر فرهنگ، درصد بیماران با علائم و نشان‌های افراد مبتلا به بیماری قلبی و ش�یازدی از میان بیماران بیشتری بود. نتایج نشان داد که بیماران بیشترین میزان توده‌های دیده‌شده نسبت به افراد سالم داشتند. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش صداقت و همکاران (21)
به نظر می‌رسد ارائه خدمات روشن‌ناهی در کنار داروها می‌تواند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم در بهبود علائم بیماران مؤثر باشد که البته تحقیقات دقیق‌تر و عمق‌تری را مطالعه.

تشکر و قدردانی

لازم می‌دانیم که مرانب قدردانی خود را خدمت پرسنل بیمارستان شهید مدنی شهرستان خرم‌آباد به ویژه ریاست محترم بیمارستان بابت همکاری صمیمانه‌اشان در انتخاب این طرح اعلام نماییم.

از این بیماری پیشگیری نماید و یا قدرت بازیابی تعادل و سلامت از دست رفته را تا حدودی فراهم نماید.

همچنین در نظر گرفتن اینکه ابعاد جسمانی، روانی، اقتصادی و اجتماعی کیفیت زندگی در این بیماری دست‌خوش تغییرات فراوان می‌شود، این تغییرات می‌تواند تأثیر ناخوشایندی بر سیستم بیماران داشته باشد.

از طرف دیگر افزایش حمایت‌ها از سوی خانواده، دوستان و سایر ارگان‌ها در این بیماران سبب ایجاد کیفیت زندگی می‌گردد.

در زمینه پیشگیری بیماری‌های قلبی- عروقی با تمرکز بر مؤلفه‌های سیستمی و کیفیت زندگی مناسب‌تر و ارتقاء این ابعاد و افزایش یک‌آوری روابط باید گام‌هایی اساسی برداشته شود. همچنین با توجه به بایستی پذیرای دنیای نرم‌膀 دنیای سیستمی و پایین‌دستی بودن سیستمی و پایین‌بودن تابعی در بیمارستان قلبی- عروقی به نظر می‌رسد که در کنار دمانت‌های درمانی ارائه‌اموزش‌های روشن‌ناهی در انتخاب این متغیرها و در نهایت بهبود بیماری مؤثر خواهد بود.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم‌سواری یا برخی سواد بودن برخی از بیماران و نامساعدی نبودن وضعیت آنان اشاره نمود که درنیایی پرسنال‌ها می‌تواند مؤثر باشد. لذا پیش‌نهاد می‌شود این تحقیق در سطح گسترده‌تری در کشور انجام گردد و نتایج آن‌ها در بین بیماران قلبی و سایر گروه‌ها با هم مقایسه شود.

همچنین با منظور آمادگی و تسهیل دوام به درمان با در نظر گرفتن اضطراب و تنش فراوان ناشی از این بیماری بهترین وضعیت روان‌نشانی و این بیمار قبل و بعد از جراحی صورت پذیرد. و به منظور کاهش نگرانی بیماران قلبی به خاطر هزینه‌های درمان به ویژه تهیه داروهای گران‌قیمت که بسیار بیماری جسمی و روانی تأثیر منفی دارد. بیماری‌های نوزه‌ای در این زمینه اختصاص یابد.
References


Comparing the Resilience, Life Style and Life Quality Among Cardiovascular Patients and Normal Peopel

Kordestani D¹, Ghamari A²
1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran
2. MSc in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.100balini@gmail.com.

Received: 4 Nov 2017    Accepted: 31 Dec 2017

Abstract

Background: Today cardiovascular diseases are the main cause of death in the known world. This study aimed to compare the lifestyle, quality of life, psychological resilience among healthy individuals and patients with cardiovascular disease.

Materials and Methods: The method of present study is causal-comparative. The study population consists of all patients with cardiovascular diseases in Madani Hospital of Khorramabad. The 196 patients with heart disease- Coronary were selected by available sampling and they were compared with 196 matched healthy subjects. Tools for measuring the research variables were life style test (Lali et al., 1391), quality of life (WHO, 1996) and psychological resilience (Connor, 2003). Data were analyzed by U-Mann Whitney test with the level of %95.

Results: There was a significant difference in life styles and its indicators between patients with cardio- vascular and healthy volunteer. Also, there was a significant difference between quality of life, general health, physical health, psychological dimension, the realm of the living environment in the heart patients and healthy subjects. There was a significant difference in psychological resilience among cardiac patients and healthy individuals.

Conclusion: Since that cardiovascular disease showed lower scores than the healthy subjects in the indicators of resilience, lifestyle and quality of life gained, it seems that likely resilience, lifestyle and special quality of life keep symptoms at the time of treatment and it can be considered on treatment.

Keywords: Cardiovascular disease, lifestyle, Mental resilience, Quality of life.

*Citation: Kordestani D, Ghamari A. Comparing the Resilience, Life Style and Life Quality Among Cardiovascular Patients and Normal People. Yafte. 2018; 19(5): 71-80.