مقایسه تاب‌آوری، سبک زندگی و کیفیت زندگی در بین بیماران قلبی عروقی و افراد سالم

داود کردستانی[1]، آزاده قمری[*2]

۱- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام نور واحد تهران، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، بروجرد، ایران.

یافته / دوره نوزدهم / شماره ۵ / زمستان ۹۶ / مسلسل ۷۴

چکیده

دریافت مقاله: ۹۶/۸/۱۳ پذیرش مقاله: ۹۶/۱۰/۱۰

مقدمه: امروزه بیماری‌های قلبی عروقی به عنوان مهم‌ترین عامل مرگ‌ومیر در جهان شناخته شده است. پژوهش حاضر با مقایسه تاب‌آوری روانی، سبک زندگی و کیفیت زندگی در بین بیماران قلبی- عروقی و افراد سالم انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع علتی- مقایسه‌ای است. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه افراد دارای بیماری قلبی- عروقی بیمارستان شهید مدنی خرم‌آباد بودند. ۱۹۶ نفر بیماران قلبی- عروقی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ۱۹۶ نفر افراد سالم همتاسازی شده، مقایسه گردیدند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از آزمون‌های تاب‌آوری روانی (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳)، سبک زندگی (لعلی و همکاران، ۱۳۹۱) و کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) استفاده شد. داده‌ها توسط آزمون یومان ویتنی و با سطح اطمینان ۹۵٪ و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین سبک زندگی و مؤلفه‌های آن، همچنین بین کیفیت زندگی و مؤلفه وضعیت کلی سلامتی، حیطه سلامت جسمانی، حیطه روانشناختی، حیطه محیط زندگی و تاب‌آوری روانی در بیماران قلبی- عروقی و افراد سالم تفاوت معناداری وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بیماران قلبی- عروقی نمرات پایین‌تری را نسبت به افراد سالم در شاخص‌های تاب‌آوری، سبک زندگی و کیفیت زندگی به دست آوردند، به نظر می‌رسد که احتمالاً تاب‌آوری و سبک زندگی خاص و کیفیت زندگی ویژه آنها در زمینه سازی بیماری یا حفظ علائم مؤثر می‌باشد و در زمان درمان بیماران می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بیماری‌های قلبی- عروقی، تاب‌آوری، سبک زندگی، کیفیت زندگی.

*آدرس مکاتبه: لرستان، بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده روانشناسی بالینی.

پست الکترونیک: 100balini@gmail.com

مقدمه

بیماری‌های قلبی عروقی سالانه جان ۱۷ میلیون نفر را در سراسر جهان می‌گیرند و عامل یک‌سوم مرگ‌ها به حساب می‌آیند. امروزه ۶۰ درصد مرگ‌ومیرها در جهان ناشی از بیماری‌های غیر واگیر است که نیمی از این مرگ‌ومیرها به بیماری‌های قلبی عروقی نسبت داده می‌شود. این نسبت نیز تا سال ۲۰۲۰ به ۷۳ درصد کل مرگ‌ومیرها افزایش خواهد یافت (۱). بر اساس مطالعات انجام شده متوسط سن سکته‌های قلبی حدود ۶۰ سال است که متناسب با استانداردهای جهانی است ولی در چند سال اخیر آمار سکته‌های قلبی در سنین کمتر افزایش بیشتری یافته است که علت آن قابل تأمل است (۲). یکی از عوامل مهم در این زمینه سبک زندگی است. سبک زندگی نمایانگر نگاه فرد به زندگی، جهان و ارزش‌های مورد قبول اوست. به بیان دیگر سبک زندگی نماد هدایت افراد یک جامعه است که تمامی جنبه‌های زندگی آنها را در بر می‌گیرد (۳). انجمن قلب آمریکا سبک زندگی را از عوامل مستعد کننده مهم بیماری و مرگ‌ومیر در ایالات متحده آمریکا دانسته و حدود ۷۰ درصد از تمام بیماری‌های جسمی و روانی را مربوط به شیوه زندگی می‌داند (۴). نبود تحرک بدنی، مصرف مواد غذایی ناسالم که حاوی نمک‌ها هستند، فشارخون و مشکلات مادرزادی از مهمترین علل سکته‌های قلبی- عروقی در کشور است. اضافه وزن و چاقی افراد در کشور ما، به خصوص در خانم‌ها بالا است تا آنجا که بیش از ۵۰ درصد از خانم‌های ایرانی اضافه وزن دارند و ۷/۱۶ درصد افراد جامعه نیز قند خون بالا دارند (۲).

این عوامل ازجمله عواملی هستند که با سبک زندگی ارتباط بسیار نزدیکی دارند (۱). شیوه زندگی سالم منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی و ارتقاء سلامت، تطابق با عوامل استرس‌زا زندگی و بهبود کیفیت زندگی است (۳). یکی از متغیرهای دیگر در این زمینه کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی به معنی درک هر شخص از جایگاه زندگی خود با در نظر گرفتن فرهنگ و محیطی است که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌ها است و دامنه‌ای از نیازهای عینی انسان را در بر می‌گیرد که در ارتباط با درک شخصی و گروهی افراد از احساس خوب بودن به دست می‌آید (۴). در بیماری‌های قلبی با توجه به ناتوانی قلب در خون‌رسانی این بیماران علائم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آنژین صدری و آسیت را تجربه می‌کنند. این علائم منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند که بر کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارد (۵). همچنین عوامل تنش‌زای متعدد جسمی و روانی در بیماری‌های قلبی منجر به کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود (۶). کاهش کیفیت زندگی نیز با بستری شدن‌های مکرر و افزایش مرگ بیمار ارتباط مستقیم دارد (۷،۸). به‌طورکلی کیفیت زندگی در حوزه علم پزشکی به عنوان یک معیار در پیشگویی حالت ناخوشی، مرگ‌ومیر و به عنوان یک شاخص مهم در سنجش سلامت عمومی و تعیین کارایی درمان‌های مختلف شناخته می‌شود و به عنوان یک برآیند مهم در کارآزمایی‌های بالینی و مداخلات مراقبت‌های بهداشتی و برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در اختصاص منابع مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۰،۹).

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 بیمارهای مزمن کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۱۱). مطالعات مختلف نشان می‌دهند بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب نسبت به جمعیت عمومی دارای کیفیت زندگی پایین‌تری می‌باشند (۱۲،۱۳).

یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار بر بیماری‌های مزمن به ویژه بیماری‌های قلبی- عروقی، عامل روانشناختی تاب‌آوری است (۱۴). تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است (۱۵). در پژوهشی تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران دارای سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفتند و یافته‌ها نشان داد که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد (۱۴).

در مطالعه کوروا تیندل و همکاران (۲۰۰۳) نیز مشخص گردید که بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به دلیل عملکرد فیزیکی ضعیف و افسردگی از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردار هستند (۱۶). با توجه به شیوع و گسترش روزافزون بیماری‌های قلبی- عروقی در سطح جهان و پایین آمدن سن ابتلا به این بیماری در کشور ایران و با در نظر گرفتن نقش متغیرهای تاب‌آوری روانی، سبک زندگی و کیفیت زندگی در ابتلا به این بیماری، تاکنون این سه متغیر در کنار هم سنجیده نشده‌اند، لذا محقق سعی دارد تا متغیرهای فوق را با هم در بین دو گروه بیماران قلبی و افراد سالم مقایسه نماید.

مواد و روش‌ها

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

جامعه مورد مطالعه شامل کلیه افراد دارای بیماری قلبی- عروقی بیمارستان شهید مدنی شهرستان خرم‌آباد بودند که طی ۲ ماه تعداد ۳۹۲ نفر به دست آمد. از این تعداد بر اساس فرمول کوکران ۱۹۶ نفر بیماران قلبی- عروقی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و تعداد ۱۹۶ نفر از افراد سالم که از نظر متغیرهای جنسیت، سن، میزان تحصیلات، سطح درآمد و وضعیت مسکن با آنان همتاسازی شده بودند، برای مقایسه انتخاب شدند. تشخیص ابتلا به بیماری بر اساس ملاک‌های سازمان بهداشت جهانی توسط پزشک متخصص قلب و با بهره‌گیری از علائم بالینی، معاینات و آزمایش‌های پاراکلینیک صورت گرفته و در پرونده آنها ثبت گردیده است. پس از ایجاد ارتباط اولیه از طریق بیان اهمیت و اهداف تحقیق و همچنین ایجاد حس اعتماد نسبت به محرمانه بودن اطلاعات و عدم نیاز به ذکر نام، پرسشنامه‌های این تحقیق به بیماران قلبی و افراد سالم ارائه گردید. اکثریت آنان تمایل خوبی برای همکاری نشان دادند و موارد امتناع فقط دو مورد بود و ۸ مورد هم اطلاعات ناقص بود که از تحلیل کنار گذاشته شد. پرسشنامه‌های این تحقیق زیر نظر پژوهشگر توسط بیماران تکمیل شد و در برخی موارد به دلیل مساعد نبودن وضعیت جسمانی و یا نداشتن سواد کافی بیماران، پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر برای آنان خوانده شده و پاسخ‌ها ثبت گردید. در طی ۲ ماه تعداد ۱۹۶ پرسشنامه توسط بیماران قلبی تکمیل گردید و با تعداد ۱۹۶ پرسشنامه دیگر که توسط افراد سالم که به همان بیمارستان مراجعه نموده بودند و پس از معاینه مشخص شد که مشکلی ندارند تکمیل گردید و دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند. روش‌های آمار توصیفی که شامل نمودارها و جداول فراوانی و محاسبه شاخص‌های توصیفی است و بخش آمار استنباطی که شامل آزمون فرضیه‌ها است با استفاده از آزمون یومان- ویتنی برای مقایسه گروه‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور سنجش تاب‌آوری از پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۱۵) استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۵ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی تاب‌آوری روانی افراد است که بر اساس طیف ۵ درجه‌ای

لیکرت (از صفر کاملاً نادرست تا پنج همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی مقیاس تاب‌آوری در پژوهش حاضر با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ (۸۵٪) به دست آمد. همچنین روایی و پایایی در تحقیقات داخلی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۱۷،۱۸). به منظور سنجش سبک زندگی از پرسشنامه سبک زندگی لعلی و همکاران (۱۳۹۱) استفاده شد. این مقیاس دارای ۷۰ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف سبک زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری‌ها، سلامت روان‌شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) است که بر اساس طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (از صفر «هرگز» تا سه «همیشه») نمره‌گذاری می‌شود. پایایی مقیاس در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ برای سبک زندگی کل (۰/۹۴)، برای مؤلفه‌های سلامت جسمانی (۰/۷۴)، ورزش و تندرستی (۰/۸۵)، کنترل وزن و تغذیه (۰/۷۹)، پیشگیری از بیماری (۰/۷۰)، سلامت روانشناختی (۰/۷۸)، سلامت معنوی (۰/۷۱)، سلامت اجتماعی (۰/۸۲)، اجتناب از دارو (۰/۸۶)، پیشگیری از حوادث (۰/۸۴)، سلامت محیط (۰/۸۰) به دست آمد. در تحقیقات داخلی نیز روایی و پایایی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. به منظور سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی سال ۱۹۸۹) استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۴ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف کیفیت زندگی (سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و کیفیت محیط) است و در غالب ۴ حیطه می‌باشد که ۲ سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد. نمره هر گویه در دامنه‌ای (۱ تا ۵) به ترتیب (اصلاً، کم، متوسط، زیاد، فوق‌العاده زیاد) درج می‌گردد. پایایی مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، (۰/۸۸) بود، برای سلامت جسمانی (۰/۶۷)، سلامت روانشناختی (۰/۷۱)، روابط اجتماعی (۰/۷۳)، محیط زندگی (۰/۷۱) به دست آمد. پژوهش‌های دیگر روایی و پایایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده‌اند.

یافته‌ها

در این پژوهش، داده‌های مربوط به ۳۹۲ پرسشنامه تکمیل شده مربوط به ۲ گروه بیماران قلبی- عروقی و افراد عادی مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها بین سنین ۲۵ تا ۷۰ سال از دو جنسیت زن و مرد بودند که در هر دو گروه افراد بین ۵۰ تا ۶۰ سال بیشترین درصد آزمودنی‌ها را به خود اختصاص دادند. از نظر تحصیلات آزمودنی‌ها دارای تحصیلات زیر دیپلم تا فوق‌لیسانس بودند که در گروه بیماران افراد زیر دیپلم و در گروه سالم افراد دارای فوق‌دیپلم بیشترین آزمودنی‌ها را شامل می‌شدند. از نظر درآمد نیز آزمودنی‌ها دارای درآمد بین ۱ تا ۴ میلیون بودند که در هر دو گروه بیشترین آزمودنی‌ها دارای درآمد بین ۱ تا ۲ میلیون تومان بودند. از نظر وضعیت مسکن در دو گروه مالک و مستأجر قرار داشتند که بیشتر بیماران جزء افراد مستأجر بودند.

نتیجه آزمون‌های یومان- ویتنی در جداول ۱ تا ۳ نشان می‌دهند، در متغیرهای سبک زندگی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری تفاوت معناداری بین بیماران قلبی و افراد سالم وجود دارد و این تفاوت به نفع افراد سالم می‌باشد؛ بنابراین فرضیه‌های تحقیق در خصوص تفاوت گروه‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۱. نتایج آزمون یومان- ویتنی در مقایسه سبک زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران قلبی (N=۱۹۶) و افراد سالم (N=۱۹۶)

	شاخص‌های آماری وضعیت سلامتی	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	مقدار یومان-ویتنی
سبک زندگی	بیماران قلبی	۱۱۳/۷۶	۲۴/۲۹	۱۲۰/۱۰	۴۴۵۸*
	سالم	۱۵۱/۵۳	۲۰/۱۲	۱۶۸/۷۵	
سلامت جسمانی	بیماران قلبی	۱۰/۸۴	۳/۸۴	۱۲۳/۵۶	۴۹۱۱*
	سالم	۱۶/۳۴	۲/۸۳	۲۶۹/۴۴	
ورزش و تندرستی	بیماران قلبی	۹/۴۲	۴/۲۷	۱۶۱/۸۷	۱۲۴۲۰*
	سالم	۱۲/۱۰	۳/۷۴	۲۳۱/۱۳	
کنترل وزن و تغذیه	بیماران قلبی	۹/۵۳	۳/۸۶	۱۴۲/۷۲	۸۶۶۸*
	سالم	۱۳/۳۷	۳/۲۰	۲۵۰/۲۸	
پیشگیری از بیماری	بیماران قلبی	۱۱/۹۶	۳/۰۸	۱۳۳/۷۷	۶۹۱۳*
	سالم	۱۵/۸۴	۲/۷۶	۱۵۹/۲۳	
سلامت روانشناختی	بیماران قلبی	۱۱/۴۲	۳/۷۸	۱۴۷/۵۱	۹۶۰۶*
	سالم	۱۴/۹۱	۲/۹۹	۲۴۵/۴۹	
سلامت معنوی	بیماران قلبی	۱۳/۹۴	۴/۵۹	۱۷۹/۳۹	۱۵۹۰۰*
	سالم	۱۴/۶۷	۲/۱	۲۱۰/۳۸	
سلامت اجتماعی	بیماران قلبی	۱۲/۲۱	۳/۱	۱۴۰/۷۹	۸۲۸۹*
	سالم	۱۵/۴۵	۳/۳۸	۲۵۲/۲۱	
اجتناب از دارو	بیماران قلبی	۱۲/۴۷	۵/۷۲	۱۶۸/۲۱	۱۳۶۶۲*
	سالم	۱۵/۹۱	۲/۳۷	۲۲۴/۷۹	
پیشگیری از حوادث	بیماران قلبی	۱۱/۳۳	۵/۸۸	۱۴۰/۲۶	۸۱۸۵*
	سالم	۱۷/۳۴	۴/۴۲۱	۲۵۲/۷۴	
سلامت محیط	بیماران قلبی	۱۰/۸۸	۳/۷۷	۱۳۱/۱۵	۶۴۰۰*
	سالم	۱۵/۵۵	۲/۸۱	۱۶۱/۸۵	

جدول ۲. آزمون یومان- ویتنی کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران قلبی (N=۱۹۶) و افراد سالم (N=۱۹۶)

	شاخص‌های آماری وضعیت سلامتی	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	مقدار یومان-ویتنی
کیفیت زندگی	بیماران قلبی	۷۸/۶۶	۸/۴۱	۱۵۶/۴۹	۱۱۳۶۵*
	سالم	۸۴/۷۸	۱۰/۱۹	۲۳۶/۵۱	
کیفیت کلی زندگی	بیماران قلبی	۳/۲۳	۰/۸۶	۱۹۷/۸۴	۱۸۹۴۵
	سالم	۳/۲۵	۰/۸۹	۱۹۵/۱۶	
وضعیت کلی سلامتی	بیماران قلبی	۳/.۹	۰/۸	۱۷۷/۵۲	۱۵۴۸۷*
	سالم	۳/۴۲	۰/۸۵	۲۱۵/۴۸	
سلامت جسمانی	بیماران قلبی	۲۱/۷۷	۲/۷۸	۱۵۵/۳۶	۱۱۱۴۴*
	سالم	۲۳/۹۸	۳/۱۰	۲۳۷/۶۴	
حیطه روانشناختی	بیماران قلبی	۱۸/۹۰	۲/۷۵	۱۵۰/۵	۱۰۱۹۲*
	سالم	۲۱/۱۳	۲/۶۱	۲۴۲/۵	
حیطه روابط اجتماعی	بیماران قلبی	۹/۹۵	۲/۱۲	۱۷۹/۷۹	۱۸۹۵۵
	سالم	۱۰/.۳	۱/۹۱	۱۹۵/۲۱	
حیطه محیط زندگی	بیماران قلبی	۲۱/۷	۲/۶۲	۱۷۱/۵۴	۱۴۳۱۶*
	سالم	۲۲/۹۴	۳/۴۵	۱۹۵/۲۱	

جدول ۳. آزمون یومان- ویتنی در مورد مقایسه تاب‌آوری در بیماران قلبی (N=۱۹۶) و افراد سالم (N=۱۹۶)

	شاخص‌های آماری وضعیت سلامتی	میانگین	انحراف معیار	میانگین رتبه	مقدار یومان-ویتنی
تاب‌آوری	بیماران قلبی	۵۵/۳۲	۱۳/۳۳	۱۳۹/۵۸	۸۰۵۲*
	سالم	۶۸/۵۵	۹/۶۷	۲۵۳/۴۲	

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد بین تاب‌آوری بیماران قلبی و افراد سالم تفاوت معناداری به نفع افراد سالم وجود داشت. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج تحقیق مؤمنی و همکاران (۱۷) و فتحی و همکاران (۱۸)، همسو بود. تاب‌آوری نه فقط افزایش قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل است، بلکه مهم‌تر از آن حفظ سلامت روانی و ارتقاء آن است.

تاب‌آوری روانی به افراد این توانایی را می‌دهد تا با مشکلات مواجه شوند و حتی این موقعیت‌ها را فرصتی برای ارتقا و رشد شخصیت خود بشمارند (۱۹). در تحقیقی دیگر در خصوص تأثیر تاب‌آوری در بیماران قلبی- عروقی بستری شده در بیمارستان نشان داده شد که افراد دارای تاب‌آوری بالاتر امکان بهبودی بیشتری دارند (۲۰).

همچنین نتایج نشان داد بین سبک زندگی و مؤلفه‌های آن در بیماران قلبی و افراد سالم تفاوت معناداری به نفع افراد سالم وجود داشت. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج پژوهش صداقت و همکاران (۲۱)، بالجانی و همکاران (۲۲) و شهسواری و همکاران (۲۳)، همسو بود.

طبق پژوهش‌های صورت گرفته بیش از ۷۰ درصد بیماری‌ها به گونه‌ای با سبک زندگی افراد ارتباط دارند، به طوری که بسیاری از ناخوشی‌های آدمی ازجمله بیماری‌های قلبی- عروقی، تنفسی، سیستم حرکتی عضلانی و غیره به طور مستقیم از شیوه زندگی فرد ناشی می‌شوند یا حداقل آنکه شیوه زندگی در تشدید یا دوام آنها نقش دارد (۲۴). یک متاآنالیز در سال ۲۰۱۵ که حدود یک‌میلیون شرکت‌کننده داشت نشان داد، مرگ‌ومیر ناشی از بیماری ایسکمیک قلب، سکته مغزی و سایر علل عروقی با میزان افزایش خون ارتباط دارند و اصلاحاتی در سبک زندگی که روی فشارخون اثر مطلوب دارند، هم در پیشگیری و هم در درمان این بیماری مفید هستند (۲۵).

تحقیقات انجام گرفته در این رابطه نیز این مسئله را تأیید می‌کند. سبک زندگی به ما کمک می‌کند تا آنچه را که مردم انجام می‌دهند، دلیل انجامشان و معنی عملشان برای خودشان و دیگران را درک کنیم. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۵ بیماری به عنوان مهمترین بیماری های مزمن در جهان شناخته شده‌اند که عبارتند از چاقی، سکته قلبی، دیابت، سرطان و پوکی استخوان که تمامی آنها با سبک زندگی و تغذیه ارتباط مستقیم دارند (۳). در خصوص متغیر کیفیت زندگی نیز یافته مشابهی به دست آمده است. نتایج تحقیق نشان داد که بین کیفیت زندگی و مؤلفه وضعیت کلی سلامتی، سلامت جسمانی، روانشناختی، محیط زندگی در بیماران قلبی و افراد سالم تفاوت معناداری به نفع افراد سالم وجود داشت.

نتیجه تحقیق حاضر با نتایج تحقیق موریس و همکاران (۲۶) و کامین-کولت و همکاران (۲۷) همسو بود. به نظر می‌رسد که کیفیت زندگی این بیماران در سطح پایین‌تری نسبت به افراد سالم قرار داشته باشد و این مسئله در تحقیقات سایر محققین نیز تأیید شده است. حیدرزاده و همکاران در سال ۱۳۹۴ در پژوهشی نشان دادند کیفیت زندگی در بیماران نارسایی احتقانی قلب پایین‌تر از افراد سالم بود (۶). با توجه به مشکلات جسمی و روانی بیماران قلبی که با تغییر نگاه آنان به خودشان همواره بحران‌هایی را در زندگی‌شان پدید می‌آورند می‌توان گفت تاب‌آوری به عنوان یک عامل مهم، نقش بسزایی در کاهش حساسیت در مقابل بیماری‌ها، بهبود پیش آگهی‌ها و انطباق بهتر با بیماری‌های مزمن به ویژه بیماری‌های قلبی- عروقی دارد.

با در نظر گرفتن اینکه طبق پژوهش‌های صورت گرفته اغلب بیماری‌ها به گونه‌ای با سبک زندگی افراد ارتباط دارند می‌توان گفت اصلاح مؤلفه‌های سبک زندگی و نیز بالا بردن سطح تاب‌آوری و توانمند شدن افراد در برقراری تعادل زیستی- روانی می‌تواند در حد قابل توجهی

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 سیر بهبود این بیماران داشته باشد. از طرف دیگر افزایش حمایت‌ها از سوی خانواده، دوستان و سایر ارگان‌ها در این بیماران سبب ارتقاء ابعاد کیفیت زندگی می‌گردد. در زمینه پیشگیری بیماری‌های قلبی-عروقی با تمرکز بر مؤلفه‌های سبک زندگی و کیفیت زندگی مناسب‌تر و ارتقاء این ابعاد و افزایش تاب‌آوری روانی باید گام‌های اساسی برداشته شود. همچنین با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی و نامناسب بودن سبک زندگی و پایین بودن تاب‌آوری در بیماران قلبی– عروقی به نظر می‌رسد در کنار درمان‌های دارویی ارائه آموزش‌های روانشناختی در ارتقاء این متغیرها و درنهایت بهبود بیماری مؤثر خواهد بود.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم‌سواد یا بی‌سواد بودن برخی از بیماران و نامساعد نبودن وضعیت آنان اشاره نمود که درنتیجه‌ی پرسشنامه‌ها 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 به منظور آمادگی و تسهیل دوره درمان با در نظر گرفتن اضطراب و تنش فراوان ناشی از این بیماری بهتراست، مشاوره‌های روان‌شناسی با 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 بر سیر بیماری جسمی و روانی تأثیر منفی دارد، بیمه‌های ویژه‌ای در این زمینه اختصاص یابد.

به نظر می‌رسد ارائه خدمات روانشناختی در کنار داروها می‌تواند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم در بهبود علائم بیماران مؤثر باشد که البته تحقیقات دقیق‌تر و عمیق‌تری را می‌طلبد.

تشکر و قدردانی

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

References

1. EftekharArdabali H. Correlation between lifestyle and heart disease. J Nursing Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci Health Services. 2013; 23(81): 47-54. (In Persian)
2. Grassi C, Landi F, Delogu G. Lifestyles and ageing: targeting key mechanisms to shift the balance from unhealthy to healthy ageing. Stud Health Technol Inform. 2014; 203: 99-111.
3. Dalvandi A. Reviewand perspectives, experiences and perceptions of teachers, Clergymen and students of the Islamic Culture about health-oriented lifestyles. Tehran. Univ Soc Welfare Rehabil Sci. 2012; 7(2): 98-116.
4. American Heart Association (AHA). Heart and Stroke Facts. New York: American Heart Publication. 2001.
5. Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality of life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective? Eur J Heart Fail. 2005; 7(4): 82-93.
6. Heidarzadeh M. Quality of life for heart failure patients: comparison with other populations. Nursing Res. 2015; 2(37): 54-62. (In Persian)
7. Alla F, Briancon S, Guillemin F, Juilliere Y, Mertes PM, Villemot JP, et al. Self-rating of quality of life provides additional prognostic information in heart failure. insights into the EPICAL study. European J Heart Failure. 2002; 4: 337-343.
8. Konstam V, Salem D, Pouleur H, Kostis J, Gorkin L, Shomaker S, et al. Baseline quality of life as a predictor of mortality and hospitalization in 5,025 patients with congestive heart failure. solved investigations. Studies of left ventricular dysfunction investigators. Am J Cardiology. 1996; 78: 885-890.
9. Kamrani A. the relationship between mental health and quality of working life of employees Isfahan steel company M.A Thesis, Islamic Azad University of Marvdasht. 2007; 11(7): 75-98. (In Persian)
10. Hadi N, Montazeri A, Behbodi E. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis liver. Quarterly Payesh. 2000; 9(2): 75-92.
11. Riedinger MS, Dracup KA, Brecht ML, Padilla G, Sarna L, Ganz PA. Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? Heart Lung. 2001; 30(2): 105-116.
12. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S, Haunstetter A, Zugck C, Herzog W, et al. Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. Heart. 2002; 87(3): 235-241.
13. Calvert MJ, Freemantle N, Cleland JG. The impact of chronic heart failure on health-related quality of life data acquired in the baseline phase of the CARE-HF study. European J Heart Failure. 2005; 7: 243-251.
14. Ristevska-Dimitrovska G, Filov I, Rajchanovska D, Stefanovski P, Dejanova B. Resilience and quality of life in breast

cancer patients. Macedonian J Med Sci. 2015; 3(4): 727-732.
15. Connor KM, Davidson JT. Development of new resilience scale: the connor- Davidon, Resilience scale (CD-RISC). Depression Anxiety. 2003; 18: 76-82.
16. Corvera-Tindel T, Doering LV, Aqulino C, Roper J, Dracup K. The role of physical functioning and depression in quality of life in patients with heart failure. J Card Fail. 2003; 9(5): 55-63.
17. Momeni K, The Effectiveness of Resuscitation Training on Reducing Anxiety Symptoms in Juvenile Heart Diseases. J Clin Res Para Med Sci. 2013; 4(2): 64-76.
18. Fathi A, Khayer M, Atigh M. The relationship between self-efficacy and quality of life regarding the role of resiliency mediator in cardiovascular patients. Psychological methods and models, second year, special edition of the second semester. J Methods Psychol Models. 2010; 2: 92-112.
19. Gallo LC, Ghaed SG, Bracken WS. Emotions Resilience and Cognitions in Coronary Heart Diesease: Risk, Resilience and Social Context. Cognitive Ther Res. 2004; 28(5): 669-694.
20. Tousi SD, Golshani S. Effect of Resilience in Patients Hospitalized with Cardiovascular Disease. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014; 24(116): 102-109. (In Persian)
21. Sedaghat Z, Zibainejad MJ, Fararooei M. Adherence to Healthy Lifestyle among Hypertensive Patients and Association with Anthropometric Measures Health Education and Health promotion. Falls. 2015; 3(3): 232-247.
22. Baljani E. The effect of self-management interventions on the dietary regimen and life style in cardiovascular patients. J Hamadan Nursing Mid Fac. 2012; 2(20): 314-325. (In Persian)
23. Shahsavari S, Nazari F, Jahromi KM, Sadeghi M. Epidemiologic study of hospitalized cardiovascular patients in jahrom hospitals. Cardiovascular Nurs J. 2013; 2(2): 67-85.
24. Behdani F, Sargolzaie M, Ghorbani E. Study of Relationship between Lifestyle and Anxiety in Sabzevar Students. J Sabzevar Univ Med Sci. 2016; 10(3): 27-37.
25. Kasper D, Fauci A, Hauser E, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine. 19th ed. 2015.
26. Moryś JM, Pąchalska M, Bellwon J, Gruchała M. Cognitive impairment, symptoms of depression, and health-related quality of life in patients with severe stable heart failure. Int J Clin Health Psychol. 2016; 16(3): 230-238.
27. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Manzano L, et al. Health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in Spain: results of the VIDA-IC study. Revista Española de Cardiología. 2016; 69(3): 256-271.

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

Kordestani D[1], Ghamari A[2]
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.