

ارزیابی مدل بسطیافته کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران عروق کرونری قلب

فاطمه دائمی^۱، *جعفر حسنی^۲، مهدی اکبری^۳، شکوفه حاجصادقی^۴، مهدی اکبرزاده^۵

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی.

۳. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی.

۴. استاد، گروه قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی ایران.

۵. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه شهید بهشتی.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۶/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۰۸)

Evaluation of Extended Model of Health Related Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease

Fatemeh Daemi¹, *Jafar Hasani², Mehdi Akbari³, Shokoufeh Hajsadeghi⁴, Mehdi Akbarzadeh⁵

1. Ph.D Student in Health Psychology, Kharazmi University.

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University.

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University.

4. Professor, Department of Cardiology, Iran University of Medical Sciences.

5. Assistant Professor, Department of Biostatistics, Shahid Beheshti University.

Original Article

(Received: Aug. 25, 2019 - Accepted: Feb. 27, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: Quality of life compared to health or illness has a special position for policymakers and health-care specialists. The goal of this study was to evaluate the expanded model of health-related quality of life in patients with coronary artery disease. **Method:** This is a descriptive correlational study that is based on structural equation modeling. The statistical population includes all patients with coronary artery disease who referred to Tehran and Karaj medical centers and received a diagnosis by a specialist. 650 persons were selected by available sampling method and responded to Illness Perception Questionnaire, Quality of Life Questionnaire, Self-Care of Heart Failure Index, Emotional Well-being Scale, Psychological Well-being Questionnaire of Reef, Social Well-being Questionnaire of Keyes and Seattle Angina Questionnaire. **Findings:** The results of this study showed that the developed model of Wilson has a good fit. That is, by adding self-management and psychological, social, and emotional well-being, this model can be adopted to explain the quality of life. However, compared to the original model of well-being indices, due to the multidimensionality and the multiple relationships, it should be considered as a comprehensive well-being construct. Self-management can also explain comprehensive well-being. **Conclusion:** Self-management and positive indicators of well-being can have a special role in the process of health-related quality of life in patients with coronary artery disease.

Keywords: Health-Related Quality of Life, Self-Management, Well-Being, Patients with Coronary Artery.

چکیده

مقدمه: کیفیت زندگی نسبت به وضعیت سلامت یا بیماری جایگاه ویژه‌ای برای سیاست‌گذاران و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی دارد. هدف از این مطالعه ارزیابی مدل بسطیافته کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران عروق کرونری قلب بود. روش: این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری است. از تمام بیماران عروق کرونری قلب مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران و کرج ۶۵۰ نفر با روش در دسترس انتخاب و به پرسشنامه ادراک بیماری، پرسشنامه کیفیت زندگی، مقیاس خودمدیریتی، مقیاس بهزیستی هیجانی، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف، پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کیز و مقیاس کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران عروق کرونری پاسخ دادند. یافته‌ها: نتایج نشان داد مدل توسعه داده‌شده ویلسون از برازش مطلوبی برخوردار است؛ یعنی با افزوده شدن خودمدیریتی و بهزیستی روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی می‌توان این مدل را برای تبیین کیفیت زندگی پذیرفت. با این حال نسبت به مدل اولیه شاخص‌های بهزیستی به علت چند هم‌خطی و روابط چندگانه بالا به‌عنوان یک سازه تحت عنوان بهزیستی جامع باید در نظر گرفته شود. همچنین خودمدیریتی می‌تواند تبیین‌کننده بهزیستی جامع باشد. نتیجه‌گیری: خودمدیریتی و شاخص‌های مثبت‌نگر بهزیستی می‌تواند در فرایند شکل‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران عروق کرونری نقش ویژه‌ای داشته باشد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، خودمدیریتی، بهزیستی، بیماری عروق کرونری قلب.

*نویسنده مسئول: جعفر حسنی

*Corresponding Author: Jafar Hasani

Email: hasanimehr57@yahoo.com

مقدمه

بروز و ظهور مفهوم بهزیستی مربوط به تحولاتی است که در مورد مفهوم سلامتی به وجود آمده است، در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی به مطالعه سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. برخلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می کنند، رویکردهای جدید بر خوب بودن به جای بد یا بیمار بودن، تأکید می کنند (ریف و سینگر^۱، ۱۹۹۸؛ به نقل از اورکی و سامی، ۱۳۹۵). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQOL)، اطلاعات ذهنی قابل توجهی را در مورد درک فرد از سلامت روحی و جسمی خود در زندگی روزمره ارائه می دهد (گیمیر، پرادھوناگا، بارل و شرستها^۲، ۲۰۱۷). اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یک روش قابل قبول و معتبر برای ارزیابی تأثیر بیماری بر عملکرد، فعالیت و رفاه بیماران است (دی اسمیت^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعات قبلی نشان داده است که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در افراد مبتلا به گرفتگی کرونری قلب در مقایسه با جمعیت عمومی پایین تر است (سامانو، دشوود و سوزا^۴، ۲۰۱۸). نیاز به کیفیت زندگی علی رغم حضور بیماری مزمن باعث شکل گیری مدل های مبتنی بر کیفیت زندگی مرتبط با بیماری در بیماری های مزمن شده است (پانپینتو^۵، ۲۰۱۲). یکی از مهمترین مدل های مورداستفاده در این حوزه مدل ویلسون و کلیری^۶ (۱۹۹۵) است که

برای ادغام رویکردهای بالینی و روان شناختی به مراقبت های بهداشتی پیشنهاد شده است. مدل آن ها، متغیرهای بیولوژیکی و فیزیولوژیکی را به اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یا ساختارهای سلامتی ذهنی پیوند می دهد. این پیوند به منظور تحقق مطالعه در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت از روش های توصیفی سنتی به مدل ها انجام شده است، به طوری که روابط علی بین اجزای آن می تواند به طور روشن مورد بررسی قرار گیرد. مدل ویلسون و کلیری، چارچوب مفهومی گسترده کیفیت زندگی مرتبط با بیماری است (ویلالونگا-اولیوز^۷ و همکاران، ۲۰۱۴). باکاس^۸ و همکاران (۲۰۱۲) در بازبینی سیستماتیک از مدل های کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نشان دادند که مدل ویلسون و کلیری برای کیفیت زندگی مرتبط با بیماری منحصر به فرد، کافی، واضح و سازگار است و می تواند به همه افراد بدون توجه به سن، سلامتی و بیماری و همچنین فرهنگ اعمال شود. آن ها نشان دادند که مدل ویلسون و کلیری می تواند با گسترش دید پزشکان فرضیه هایی در رابطه با کیفیت زندگی مرتبط با بیماری فراتر از عوامل و نشانه های بیولوژیکی و ایجاد مدل مناسب برای کاربرد دنیای واقعی ایجاد کند. این مدل روابط بین حوزه های مختلف سلامت را نشان می دهد به طوری که در یک مسیر خطی از ارتباطات علی با سطح بیوفیزیولوژیکی شروع شده و در مسیر علی به سطح ذهنی و تعامل فرد به عنوان یک

1. Ryff, Singer
2. Ghimire, Pradhananga, Baral, Shrestha
3. De Smedt
4. Samano, Dashwood, Souza
5. Panepinto
6. Wilson, Cleary

7. Villalonga-Olives

8. Bakas

سازمان بهداشت جهانی^۳ (۲۰۰۷) نیز معتقد است برای بسیاری از بیماری‌های مزمن خودمدیریتی عامل مهم در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). شواهد نیز از این مسئله حمایت نموده و نشان می‌دهد که خودمدیریتی رابطه بالایی با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی دارد (تیکل-دگن^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین یادگاری و همکاران (۲۰۱۵) معتقدند که خودمدیریتی می‌تواند متغیرهای بیویستی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را افزایش دهد؛ بنابراین همانطور که مشخص است به‌عنوان نقطه‌ضعفی که در مدل ویلسون وجود دارد لازم است تا عنصر خودمدیریتی را در ساختار ارائه‌شده در این مدل اضافه نمود.

نقد دیگری که بر مدل ویلسون و کلیری وجود دارد این است که علیرغم تعریف خوب مفاهیم اما ویژگی‌های محیطی و فردی در آن به‌خوبی مشخص نشده است (باکاس و همکاران، ۲۰۱۲). به نظر می‌رسد با بررسی رویکردهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی می‌توان تعریف مشخص‌تری از ویژگی‌های فردی و محیطی ارائه نمود. رویکردهای کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی سه عنصر اصلی را در تعریف سلامتی به‌عنوان اساس کار در نظر می‌گیرند. آن‌ها سلامت جسمانی را همراه با بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی در نظر گرفته و این مفاهیم را در ارتباط باهم اساس کیفیت زندگی ادراک‌شده در نظر می‌گیرند (هند^۵، ۲۰۱۶). در همین راستا

موجود اجتماعی اهمیت می‌دهد (اوجلابی، گراهام، هایتون و لینگ^۱، ۲۰۱۷). باین‌حال، کمبود توافق در مورد تعاریف و ابعاد مدل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت وجود دارد که می‌تواند استانداردهای اندازه‌گیری و تحقیقاتی را که می‌تواند به درک مفصل‌تر این مفهوم منجر شود، با چالش مواجه سازد. باین‌وجود به لحاظ نظری در رابطه با ساختار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت سه حوزه عمده وجود دارد که مورد اجماع می‌باشد. انتقادات عمده‌ای بر مدل ویلسون و کلیری وجود دارد که نشان می‌دهد لازم است تغییراتی در مدل یادشده اعمال گردد. به‌عنوان نقطه ضعف اصلی این مدل می‌توان گفت که مدل یادشده متغیر خودمدیریتی را در ساختار خود جای نداده است. خودمدیریتی به رفتارهایی اطلاق می‌شود که لازم است فرد مبتلا به بیماری‌های مزمن و اعضای خانواده آن جهت کاهش اثر بیماری انجام دهند. خودمدیریتی شامل خودپایشی شناختی رفتاری، تبعیت از رژیم‌های درمانی، تصمیم‌گیری و مرتبط نمودن علائم با رژیم‌های درمانی است (شگوک^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). با توجه به تعریف یادشده می‌توان انتظار داشت که خودمدیریتی می‌تواند سازه‌ها و روابط مدل ویلسون را تحت تأثیر قرار دهد. خودمدیریتی با کاهش اثر بیماری و نظارت مداوم بر علائم و نشانه‌ها می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در مدل ویلسون داشته باشد (باکاس و همکاران، ۲۰۱۲). در همین راستا

3. World Health Organization
4. Tickle-Degnen
5. Hand

1. Ojelabi, Graham, Haighton, Ling
2. Shegog

زندگی مرتبط با بیماری ابعاد روانی اجتماعی را نمی‌توان تنها مفاهیم بیمارگونه در نظر گرفت. در واقع محققان در سال‌های اخیر بر این باورند که فقدان نقص‌ها و مشکلات روانی اجتماعی به معنای عملکرد مثبت نمی‌باشد (آرنز و ما^۵، ۲۰۱۵). در نتیجه آن‌ها معتقدند که مفهوم بهزیستی محور اصلی برای عملکرد مطلوب و در نتیجه ادراک بهتر کیفیت زندگی می‌باشد (والکت و همکاران، ۲۰۱۶)؛ بنابراین با توجه به بازتعاریف جدید از سلامتی می‌توان ویژگی‌های فردی و اجتماعی را جنبه‌های مثبت‌نگر در نظر گرفت.

در رابطه با ویژگی‌های فردی نیز می‌توان بهزیستی روانی را عامل مهمی در نظر گرفت که به لحاظ مفهوم‌شناسی جنبه‌ها و مؤلفه‌های جامعی را از ویژگی‌های فردی مرتبط با سلامتی به خود اختصاص می‌دهد. ریف، بهزیستی روان‌شناختی را تلاش برای کمال در جه تحقق توانایی‌های بالقوه‌ی واقعی فرد می‌داند (الدکلگلو، یلماز و گالتکین، ۲۰۱۰)؛ به نقل از پسندیده و زارع، ۱۳۹۵). شواهد تجربی نیز از این مساله حمایت نموده و نشان می‌دهد که در مدل کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ویلسون و کلیری (۱۹۹۵) یکی از بهترین مؤلفه‌ها برای در نظر گرفتن ویژگی‌های فردی همان بهزیستی روانی است. در همین راستا سوریا^۶ و همکاران (۲۰۱۷) معتقد است مفهوم شناسی بهزیستی روانی نشان می‌دهد که چگونگی ادراک فرد از سلامتی و توانایی مقابله با آن مفهومی است که از بهزیستی روانی ناشی می‌شود. این مسئله را در تعریف سازمان بهداشت جهانی

مید و داوسل^۱ (۲۰۱۶) معتقد هستند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مفهومی است که علاوه بر در نظر گرفتن مؤلفه‌های جسمانی مفاهیمی بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را در نظر می‌گیرد. این مفهوم‌سازی در مدل ویلسون و کلیری (۱۹۹۵) رعایت شده و آن‌ها ویژگی‌های فیزیکی را به‌خوبی در مدل خود گنجانده‌اند و توجه به بهزیستی اجتماعی و روان‌شناختی را تحت عنوان ویژگی‌های فردی و اجتماعی در نظر گرفته‌اند. باین‌حال همانطور که اشاره شد تعریف مشخصی از این ویژگی‌ها انجام نشده و باکاس و همکاران (۲۰۱۲) معتقدند ویژگی‌های محیطی و اجتماعی در مدل ویلسون و کلیری (۱۹۹۵) به‌درستی عملیاتی نشده است. با توجه به مبنای اصلی تعریف کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به نظر می‌رسد می‌توان این ویژگی‌ها را همان بهزیستی روانی اجتماعی فرد در نظر گرفته و به‌صورت دقیق‌تری آن‌ها را به مدل افزود. این گفته بر اساس مدل‌های جدید کیفیت زندگی و ادراک سلامتی نیز همخوانی دارد. یکی از انتقاداتی که پیش‌ازاین بر مدل‌های تبیین‌کننده کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی وجود دارد این است که جنبه‌های روانی و محیطی را بر متغیرهای بیمارگون متمرکز نموده و بر آسیب‌های محیطی و آسیب‌های روانی در ارتباط با بیماری‌های مزمن اشاره دارند (گورین^۲، ۲۰۱۲)؛ آپتون و آپتون^۳، ۲۰۱۵). والکت^۴ و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند که در مفهوم‌سازی کیفیت

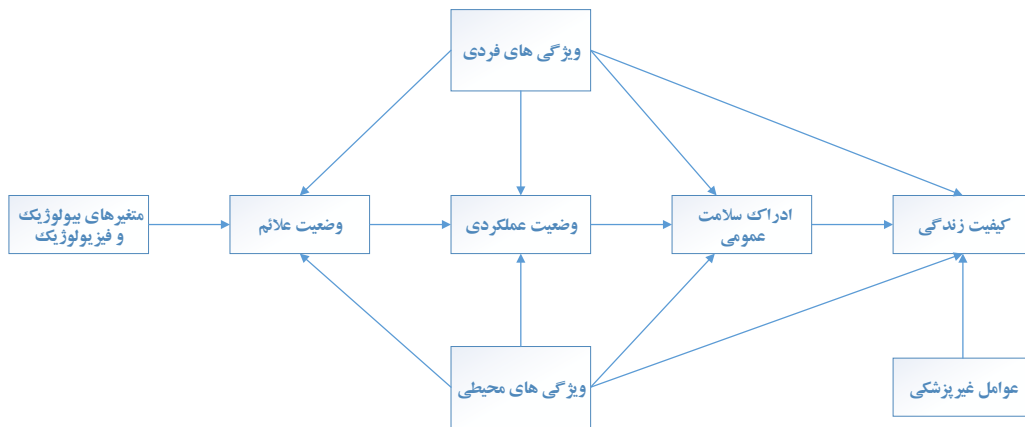
1. Meade, Dowswell
2. Guérin
3. Upton, Upton
4. Walklet

5. Urns, Ma
6. Surya

در یک جمع‌بندی از مدل ارائه‌شده می‌توان گفت یکی از عناصر مهم که در ارتباط با سلامت بیماران مزمن از جمله بیماری‌های قلبی وجود دارد توجه به کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی آن‌ها است که می‌تواند الگوی مهمی جهت ارائه راهبردهای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی در این افراد باشد. مهمترین مدل ارائه‌شده در این حوزه مدل ویلسون و کلیری (۱۹۹۵) می‌باشد که به نسبت صورت‌بندی نظری مطلوبی در رابطه با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی ارائه داده است. باین‌حال همانطور که گفته شد عدم در نظر گرفتن خودمدیریتی در مدل فرایندی و همچنین نامشخص بودن مؤلفه‌های اجتماعی و ویژگی‌های فردی در آن، این نیاز را در توسعه مدل یادشده ایجاد می‌نماید. همانطور که استدلال شد می‌توان با قرار دادن خودمدیریتی و جنبه‌های اصلی بهزیستی که بازتابنده تعریف اصلی سازمان بهداشت جهانی از کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی هستند، مدل یادشده را به نحو مطلوبی ارتقاء داد. باین‌حال تمامی آنچه‌که تا به اینجا مورد بحث قرار گرفت مبتنی بر گمانه‌زنی‌های نظری است و لازم است تا مدل بسط‌یافته مفهومی در چارچوب بررسی‌های نظام‌مند علمی مورد مطالعه قرار گیرد؛ بنابراین با توجه لزوم تدوین مدل جامع کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران عروق کرونری و همچنین با توجه به نقایص مدل ویلسون و کلیری بر اساس ادبیات نظری یکی از اهداف مطالعه حاضر ارزیابی مدل

از تعریف سلامتی و ادراک سلامتی می‌توان به‌خوبی درک نمود. چراکه در این تعریف بهزیستی روان‌شناختی عامل و مؤلفه اصلی در رابطه با ادراک فرد از توانایی‌های مرتبط با سلامتی فردی به شمار می‌رود (کانرتون^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). باین‌حال باید دانست که بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن به‌عنوان ویژگی‌های فردی در مدل ویلسون و کلیری (۱۹۹۵) نمی‌تواند بیانگر تمامی جنبه‌های بهزیستی فاعلی باشد. به نظر می‌رسد در رابطه با بیماری‌ها و اختلالات مزمن به دلیل ارتباط آن‌ها با سیستم‌های هیجانی بخش دیگری از بهزیستی نیز می‌تواند دیدگاه فرد نسبت به سلامتی و وضعیت بیماری را تحت تأثیر قرار دهد. این جنبه از بهزیستی که تحت عنوان بهزیستی هیجانی در نظر گرفته می‌شود سازه‌ای مهم در ارتباط با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به شمار می‌رود (ریلی^۲ همکاران، ۲۰۱۷). برخی از محققان معتقدند بسیاری از بیماری‌های مزمن بهزیستی هیجانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (مارون^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). در همین راستا بررسی‌های فراتحلیل نشان‌دهنده آنست که بهزیستی هیجانی بر پیش‌آگهی بیمارهای جسمی مؤثر است. لمرز^۴ و همکاران (۲۰۱۲) استدلال می‌کنند که تأثیر بهزیستی هیجانی به دلیل کاهش استرس و افزایش رضایت فردی خواهد بود و همچنین این متغیر می‌تواند با افزایش رفتارهای بهداشتی و تعامل مثبت نیز ادراک فرد از سلامتی را تحت تأثیر قرار دهد.

1. Connorton
2. Reilly
3. Marron
4. Lamers



شکل ۱. مدل ویلسون و کلیری (۱۹۹۵)

روش

بیست مورد به ازاء هر خرده مقیاس اندازه گیری شده در SEM منطقی است. بنتلر و چو^۳ نیز این امر را مورد تایید قرار داده اند (به نقل از هومن، ۱۳۹۷). به منظور انتخاب نمونه با توجه به ادبیات پژوهشی در حوزه بیماران قلبی، معیارهای ورود شامل داشتن سن ۳۰ تا ۵۰ سال، تشخیص بیماری عروق کرونری قلبی توسط پزشک متخصص، داشتن سواد خواندن و نوشت، گذشتن حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری؛ با توجه به اینکه بیماری عروق کرونری به عنوان یک بیماری مزمن مورد توجه است و در متون مختلف حداقل زمان پیش بینی شده برای یک بیماری مزمن شش ماه تعیین شده است (اگدن^۴، ۲۰۱۲؛ لاکین و لارسن^۵، ۲۰۱۱)، بنابراین برای تأمین معیار مزمن بودن، گذشت یک سال از تشخیص بیماری به عنوان یک معیار ورود در نظر گرفته شد. این معیار از طریق رجوع به پرونده پزشکی، مشاوره

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های بنیادی- کاربردی است. همچنین این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی مبتنی بر مدلیابی علی یا مدلسازی معادلات ساختاری می باشد. جامعه آماری شامل تمام بیماران عروق کرونری است که به مراکز درمانی شهر تهران و کرج مراجعه می کنند و توسط پزشک متخصص تشخیص را دریافت کرده اند. در رابطه با تعیین حجم نمونه، بر اساس پیشنهاد استیونس^۱ در نظر گرفتن پانزده تا بیست و پنج مورد برای هر خرده مقیاس پیش بین در تحلیل رگرسیون چندگانه یک قاعده خوب به شمار می آید. با توجه به اینکه رویکرد این تحقیق مدلیابی معادلات ساختاری^۲ است و با توجه به اینکه مدلیابی معادلات ساختاری مرتبط با رگرسیون چندمتغیری است، تعداد بسط یافته کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران عروق کرونری می باشد.

3. Bentler & Cho
4. Ogden
5. Lubkin, Larsen

1. Stiwensen
2. Structural Equation Modeling (SEM)

هم‌خطی متغیرها به‌منظور بررسی برازش مدل از شاخص تطبیقی برازش (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI)، شاخص برازش استاندارد (NFI)، شاخص توکر-لوئیس (TLI)، شاخص برازش این کری متال (IFI)، مقادیر ریشه میانگین مجذور برآورد خطای تقریب (RMSEA) و ریشه میانگین مجذورات پس‌مانده‌های استانداردشده (SRMR) استفاده شد. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید:

پرسشنامه ادراک بیماری (IPQ)^۲: یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ باز پاسخ بوده و سه علت عمده‌ی ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله‌ی شش هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ درصد گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماری کلیوی نشان‌دهنده همبستگی زیر مقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۴ است (بردبنت^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی IPQ-R ۰/۷۱ می‌باشد. به‌طورکلی نتایج استخراج‌شده از ارزیابی نسخه فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و

با پزشک متخصص و مصاحبه با بیمار بررسی انجام گرفت. برای معیارهای خروج نیز داشتن بیماری‌های طی‌ی که همراه با بیماری عروق کرونر بوده و باعث کم برآورد کیفیت زندگی می‌شود و همچنین داشتن اختلالات روان‌پزشکی که تحت درمان دارویی می‌باشد در نظر گرفته شد. نظر به اینکه در این تحقیق ۳۰ خرده مقیاس وجود دارد لذا باید ۶۰۰ نمونه انتخاب شود ولی با در نظر گرفتن داوطلبانه بودن شرکت در تحقیق و احتمال عدم پاسخگویی بعضی از پاسخ‌دهندگان (ریزش) ۶۵۰ نمونه جمع‌آوری شد. لازم به ذکر است که نمونه‌های موردنظر بین دو بیمارستان امام خمینی (ره) تهران و تخت جمشید کرج به نسبت حجم جامعه در این دو بیمارستان پخش گردید. برای این منظور ابتدا هماهنگی‌های لازم با مراکز درمانی و بیمارستان‌ها انجام شد و مجوزهای لازم کسب گردید. پس‌از آن پژوهش‌گر با حضور در این مراکز با توجه به ملاک‌های ورود و خروج گفته‌شده در بخش قبلی اقدام به نمونه‌گیری به روش در دسترس نمود. به‌منظور رعایت جنبه‌های اخلاقی فرم رضایت‌نامه کتبی نیز در ابتدای هر پرسشنامه به بیماران داده و از آن‌ها خواسته شد که بعد از مطالعه آن و رضایت کامل این فرم را امضاء نمایند. سپس ۶۵۰ پرسشنامه جمع‌آوری و وارد نرم‌افزار گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش جهت ارائه مدل پژوهش حاضر، از نرم‌افزار لیزرل با روش معادلات ساختاری^۱ استفاده شد. برای این منظور پس از بررسی داده‌های پرت، فرض نرمال بودن داده‌ها و چند

2. Illness Perception Questionnaire
3. Boardbent

1. Structural Equation Model (SEM)

مناسب می باشد. مؤلفین ضریب اعتبار را $0/83$ گزارش کردند (ریگل و همکاران، 2004). در ایران نیز آلفای کرونباخ این ابزار $0/80$ محاسبه شده است (مودب و همکاران، 1393).

مقیاس بهزیستی هیجانی (۱۹۹۸)^۴: به منظور سنجش بهزیستی هیجانی دو مقیاس به کار گرفته خواهد شد. مقیاس عاطفه مثبت دارای ۶ گویه است که شش نشانه عاطفه مثبت (شادی و گشاده رویی، سرحالی و باحوصلگی، خوشحالی بیش از حد، آرامش و آسودگی، رضایت مندی و سرزندگی و شور و نشاط) را در طول ۳۰ روز گذشته در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (هرگز تا همیشه) اندازه گیری می کند. مقیاس عاطفه منفی دارای ۶ گویه درباره نشانه های عاطفه منفی (غمگینی، نگرانی و اضطراب، بی قراری و بی تابی، ناامیدی، صرف انرژی زیاد برای انجام کار و احساس بی ارزشی) است. نمره کلی بهزیستی هیجانی با کم کردن نمره عاطفه منفی از نمره عاطفه مثبت بدست می آید. در نتایج برخی از پژوهش ها ضریب آلفای هر دو مقیاس عاطفه مثبت و منفی برابر با $0/85$ و در برخی دیگر برابر با $0/86$ و $0/91$ بدست آمدند (گروئنوالد^۵ و دیگران؛ 2008). در ایران نیز مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه دائمی و جوشنلو (1393) $0/87$ به دست آمده است.

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف (۱۹۹۵)^۶: فرم کوتاه این مقیاس مشتمل بر ۱۸ ماده می باشد و شش بعد بهزیستی روان شناختی شامل

رضایت بخش آن بوده است (باقریان سرارودی و همکاران، 1387).

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36)^۱: این پرسشنامه ۳۶ عبارتی توسط وار و شربون^۲ در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد، هدف از طرح این مقیاس ارزیابی حالت سلامت از ابعاد جسمانی و روانی است. این پرسشنامه دارای حیطه های هشت گانه است: عملکرد جسمانی، محدودیت ایفای نقش ناشی از وضعیت جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات عاطفی و سلامت روانی. ضریب اعتبار گزارش شده برای خرده مقیاس ها از $0/77$ تا $0/95$ است به غیر از خرده مقیاس سرزندگی که $0/65$ بود. در ایران نتایج تحقیق منتظری و همکاران (1384) ضریب آلفای کرونباخ را بین $0/65$ تا $0/90$ گزارش کرده است.

مقیاس خودمدیریتی (SCHFI): این مقیاس توسط ریگل^۳ و همکاران در سال 2004 طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۵ سؤال در ۳ زیر مقیاس: (۱) حفظ مراقبت از خود (۵ سؤال ۱-۵)، (۲) مدیریت خود (۶ سؤال ۶-۱۱) و (۳) اعتماد به خود در زمینه مدیریت خود (۴ سؤال ۱۲-۱۵)، با پاسخ های ۴ و ۵ گزینه ای (به ترتیب با امتیاز ۴-۱ و ۴-۰) در طیف لیکرت است. این ابزار در هر زیرمقیاس به ۱۰۰ نمره تبدیل می شود که نمره های بالاتر نشان دهنده خودمدیریتی بهتر و نمره های بیشتر از ۷۰ نشان دهنده خودمراقبتی

4. Mroczek
5. Gruenewald
6 Ryff

1. 36-Item Short Form Survey
2. Ware, Sherbourne
3. Riegel

که میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر با ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۴۱ به دست آمده است. جوشنلو و قانادی (۲۰۰۹) در ایران مقدار آلفای کرونباخ زیر مقیاسهای این مقیاس را بین ۰/۶۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند.

مقیاس کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران عروق کرونری (SAQ):^۲ این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۹۵ توسط اسپرتوس و همکاران برای سنجش وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی بیماران مبتلا به عروق کرونری ساخته شد (اسپرتوس و همکاران، ۱۹۹۵)^۳ که شامل ۱۹ گویه است. این پرسشنامه پنج بعد دارد که در بخشهای هر بعد، بر نقش شرایط بیماری عروق کرونری در کیفیت زندگی تأکید شده است. پنج بعد این مقیاس شامل محدودیت فیزیکی، ثبات آنژینال، فراوانی آنژینال، رضایت از درمان و کیفیت زندگی می‌باشد (اسپرتوس و همکاران، ۱۹۹۵). راوند و همکارانش (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در ایران بین ۰/۶۰ و ۰/۹۰ گزارش کردند. ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش طاهری خرامه و همکارانش (۱۳۹۱) نیز بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۵ بدست آمده است. در بررسی دیگری اعتبار و روایی این مقیاس توسط حشمتی (۱۳۹۵) با حضور ۲۷۰ بیمار مبتلا به عروق کرونری بررسی

خودپیروی، سلطه بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را در یک طیف ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» می‌سنجد. در پژوهش ریف و کیز (۱۹۹۵) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌ها بین ۰/۴۳ تا ۰/۶۰ گزارش شده است که پایایی مناسبی را برای خرده مقیاس‌های این مقیاس است. در ایران بیانی، کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) پایایی این مقیاس را مورد آزمون قرار دادند و همسانی درونی آن با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ، سنجیده شد. نتایج حاصل برای پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه بهزیستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸):^۱ پرسشنامه بهزیستی اجتماعی ۱۵ گویه‌ای توسط کیز (۱۹۹۸) براساس مدل نظری او از سازه بهزیستی اجتماعی طراحی شده است که معمولاً به‌عنوان مقیاس عمومی در روان‌شناسی سلامت و اجتماعی جهت تعیین میزان بهزیستی اجتماعی به کار می‌رود. نمره‌گذاری گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» انجام می‌شود. کیز (۱۹۹۸) طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به‌کاررفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داده است. او جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد

2 Seattle Angina Questionnaire

3 Spertus

1 Keyes

شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که الگوی شش عاملی این پرسشنامه در جامعه ایرانی، برازنده تر و مطلوب تر از الگوی پنج عاملی مقیاس اصلی می باشد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۵۰ پرسشنامه اولیه جمع آوری شد. از این افراد به طور برابر ۳۲۵ نفر مرد و ۳۲۵ نفر زن بودند. دامنه سنی افراد بین ۳۰ تا ۵۰ سال می باشد که بیشترین فراوانی با ۴۳/۷ درصد سن شان بین ۴۰ تا ۴۴ سال می باشد. در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه می گردد. متغیرهای مورد بررسی با استفاده از پرسشنامه سنجیده شده است. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در نمونه مورد مطالعه را نشان می دهد.

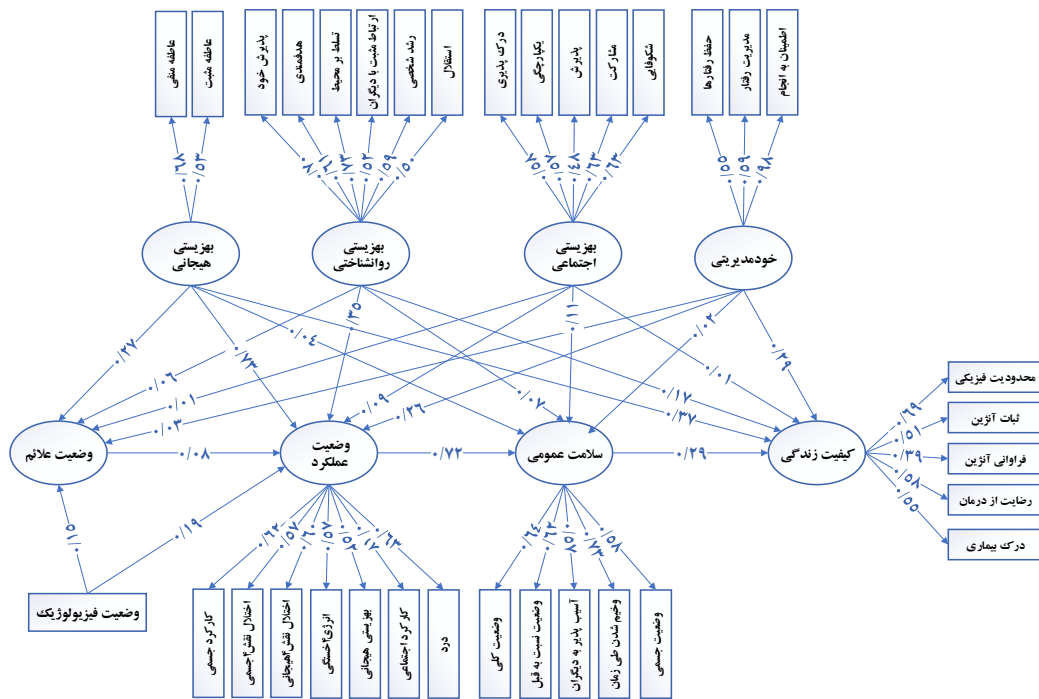
در این مطالعه مدل نظری بر این اساس بود که بهزیستی روان شناختی، وضعیت فیزیولوژیک، بهزیستی اجتماعی، بهزیستی هیجانی و خودمدیریتی متغیرهای مستقل برونزا، وضعیت علائم، وضعیت عملکرد و سلامت عمومی متغیرهای میانجی یا متغیرهای مستقل درونزا و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی متغیر وابسته اصلی می باشد. قبل از تحلیل مدل به منظور بررسی شاخص‌های قابل تحلیل پیش فرض‌های لازم مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا داده‌های پرت با استفاده از آزمون ماهالانوبایس بررسی شد. نتایج نشان داد که مقدار ماکزیمم بالا بوده و بنابراین اندازه‌های ماهاال بیشتر از نقاط بحرانی حذف گردید. در ادامه تحلیل چند هم خطی نشان داد که

میزان تولرانس برای هرکدام از متغیرهای مستقل بیشتر از ۰/۱ بوده و وی.آی.اف کمتر از ۵ به دست آمد. آزمون دوربین واتسون برای خودهمبستگی متغیرها نیز برابر با ۱/۵۹ به دست آمده که قابل قبول می باشد. در رابطه با نرمال بودن چند متغیره نیز از آزمون ماردیا استفاده شد. نتایج نشان داد میزان به دست آمده ۵۹/۲۰ و مقدار آماره ۱۴/۲۰ به دست آمد که از سطح ملاک پایین تر بوده و می توان نتیجه گرفت که توزیع نرمال برقرار نیست. با این حال علی رغم عدم نرمالیت به دلیل حذف پرتی داده‌ها و بالا بودن نسبی حجم نمونه و همچنین برقراری سایر پیش فرض‌ها از روش برآورد درست‌نمایی پیشینه استفاده شد. نمودار ۱ نتایج اولیه مدل بر حسب ضرائب استاندارد شده را گزارش می دهد.

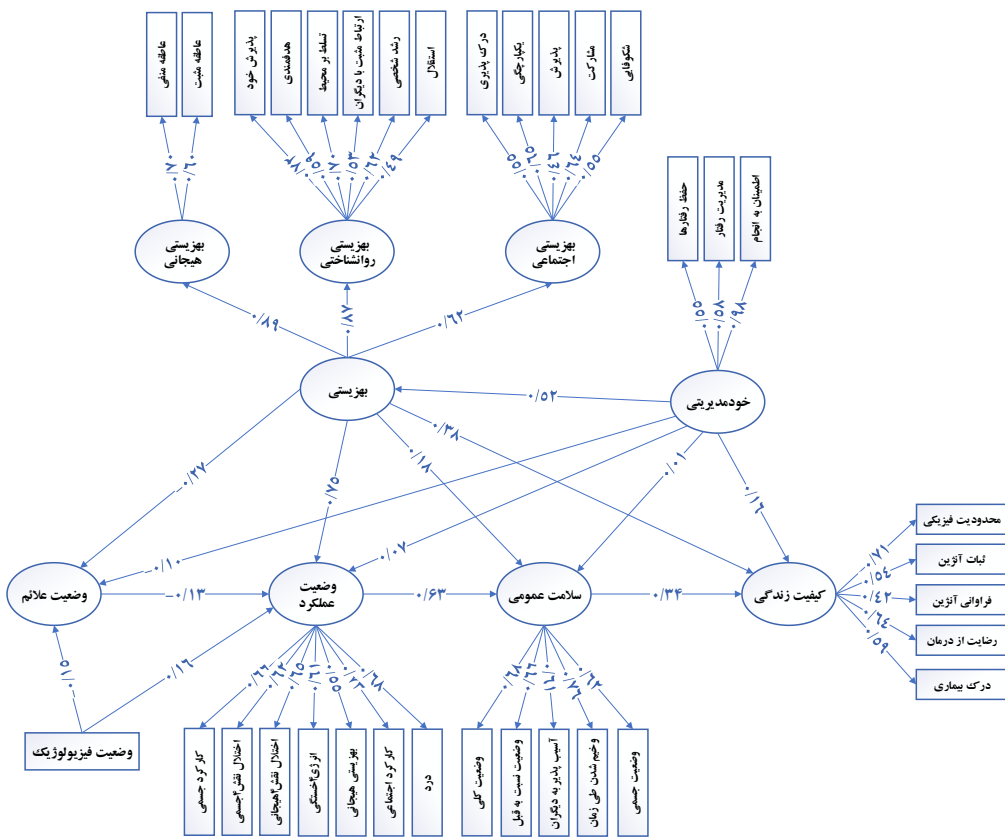
پس از بررسی مدل اولیه و شاخص‌های برازش آن بررسی خروجی داده‌ها نشان می دهد که برخی از متغیرها مغایر با مبانی نظری به لحاظ جهت روابط متفاوتی را نشان می دهد. همچنین شاخص‌های برازش در برخی از شاخص‌ها مثل؛ AGFI، TLI، NFI، CFI در حد مطلوبی نیست. علت مغایرت جهت روابط با مبانی نظری وجود چند هم خطی بین سه متغیر مشابه بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان شناختی و بهزیستی اجتماعی است که به نظر می رسد بهتر است این متغیرها را یک عامل در نظر بگیریم.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش

کشیدگی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین		
۱/۰۹	-۰/۲۱	۱۰/۵۸	۳۱/۲۷	محدودیت فیزیکی	کیفیت زندگی
-۱/۳۳	-۰/۱۴	۱/۴۲	۳/۲۳	ثبات آنزین	
-۰/۵۸	-۰/۷۰	۲/۸۵	۸/۹۸	فراوانی آنزین	
-۰/۵۳	-۰/۱۵	۳/۴۷	۱۵/۰۱	رضایت از درمان	
-۰/۳۴	۰/۳۵	۲/۶۷	۸/۷۸	درک بیماری	سلامت عمومی
-۰/۴۱	۰/۴۰	۲۶/۹۸	۴۲/۹۶	ارزیابی وضعیت سلامت در حالت کلی	
-۱/۰۹	۰/۱۴	۳۲/۲۹	۵۰/۶۷	ارزیابی سلامت نسبت به سال گذشته	
-۱/۳۰	۰/۱۷	۳۵/۹۳	۴۹/۳۳	آسیب پذیر بودن نسبت به دیگران	
-۱/۵۵	۰/۰۸	۳۸/۹۲	۵۰/۴۲	وخیم تر شدن سلامتی در طی زمان	خودمدیریتی
-۱/۳۶	-۰/۰۹	۳۴/۴۳	۵۰/۴۳	ارزیابی وضعیت سلامت جسمی	
-۰/۱۹	۰/۲۶	۵/۸۵	۲۴/۳۶	حفظ رفتارهای خودمراقبتی	
-۰/۰۵	۰/۲۷	۴	۱۳/۰۲	مدیریت رفتارهای خودمدیریتی	
-۱/۲۱	۰/۲۵	۴/۹۲	۱۶/۴۷	اطمینان به انجام خودمراقبتی	بهبودی روانی
-۰/۵۲	-۰/۳۸	۴/۲۱	۱۴/۹۱	پذیرش خود	
-۰/۲۰	-۰/۱۹	۴/۱۵	۱۳/۷۰	هدفمندی	
-۰/۷۴	-۰/۱۶	۴/۲۳	۱۴/۷۷	تسلط بر محیط	
-۰/۶۰	-۰/۰۱	۳/۷۵	۱۴/۷۴	ارتباط مثبت با دیگران	بهبودی اجتماعی
-۰/۱۸	۰/۰۶	۳/۹۶	۱۳/۷۷	رشد شخصی	
-۰/۳۴	-۰/۱۳	۳/۶۴	۱۳/۷۳	استقلال	
-۰/۱۰	۰/۰۷	۳/۴۶	۱۲/۹۵	درک پذیری اجتماعی	
-۰/۴۰	-۰/۳۲	۴/۰۳	۱۴/۴۸	یکپارچگی اجتماعی	بهبودی هیجانی
۰/۱۷	۰/۲۰	۳/۴۸	۱۴/۷۴	پذیرش اجتماعی	
-۰/۳۶	۰/۱۷	۴	۱۳/۱۵	مشارکت اجتماعی	
-۰/۰۴	۰/۱۰	۴/۴۱	۱۱/۸۴	شکوفایی اجتماعی	
-۰/۳۳	۰/۴۲	۵/۶۹	۱۵/۰۳	عاطفه منفی	وضعیت عملکرد
-۰/۵۳	۰/۰۳	۵/۴۹	۱۷/۹۸	عاطفه مثبت	
-۰/۸۹	-۰/۲۶	۴۹/۵۱	۵۸/۱۹	کارکرد جسمی	
-۱/۷۲	۰/۰۷	۴۲/۹۵	۴۸/۵۰	اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی	
-۱/۷۸	۰/۱۲	۴۴/۸۰	۴۷/۲۲	اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی	وضعیت عملکرد
۰/۰۸	-۰/۱۲	۱۹/۶۵	۵۲/۷۶	انرژی-خستگی	
-۰/۳۵	-۰/۱۵	۱۹/۷۷	۵۹/۶۸	بهبودی هیجانی	
-۰/۷۸	-۰/۳۲	۲۷/۳۰	۶۳/۸۳	کارکرد اجتماعی	
-۰/۸۴	-۰/۲۴	۲۸/۱۸	۶۰/۱۶	درد	وضعیت علائم و وضعیت فیزیولوژیک
-۱/۱۰	-۰/۳۰	۳/۲۵	۵/۹۷		
-۱/۲۲	۰/۱۴	۰/۷۵	۱/۹۲		



نمودار ۱. مدل اولیه بر اساس ضرائب استاندارد شده



نمودار ۲. مدل اصلاح شده بر اساس ضرائب استاندارد شده

بهبودی روان‌شناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی به‌عنوان یک متغیر و همچنین اضافه نمودن تأثیر خود مدیریتی بر بهزیستی جامع را گزارش می‌دهد. با توجه به نتایج مدل اصلاح شده کلیه بارهای عاملی برآورد شده در اندازه‌گیری متغیرهای پنهان معنادار بودند.

همچنین با توجه به پیشنهادهای ارائه‌شده در راستای بهبود مدل خودمدیریتی نیز می‌تواند سه متغیر بهزیستی روان‌شناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی را تبیین نماید. لذا این مسیرها نیز با توجه به عدم ممانعت نظری در مدل اصلاح‌شده اعمال خواهد شد. نمودار ۲ مدل اصلاح‌شده نهایی با در نظر گرفتن متغیرهای

جدول ۲. مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مؤثر

تأثیر کلی ۳۵	تأثیر غیرمستقیم	تأثیر مستقیم	تأثیر متغیرها
۰/۰۴	۰/۰۴	-	وضعیت فیزیولوژیک ← کیفیت زندگی
-۰/۰۳	-۰/۰۳	-	وضعیت علائم ← کیفیت زندگی
۰/۲۲	۰/۲۲	-	وضعیت عملکرد ← کیفیت زندگی
۰/۳۴	-	۰/۳۴	سلامت عمومی ← کیفیت زندگی
۰/۶۱	۰/۲۳	۰/۳۸	بهبودی ← کیفیت زندگی
۰/۵۰	۰/۳۴	۰/۱۶	خودمدیریتی ← کیفیت زندگی
۰/۱۱	۰/۱۱	-	وضعیت فیزیولوژیک ← سلامت عمومی
-۰/۰۸	-۰/۰۸	-	وضعیت علائم ← سلامت عمومی
۰/۶۳	-	۰/۶۳	وضعیت عملکرد ← سلامت عمومی
۰/۶۸	۰/۵۰	۰/۱۸	بهبودی ← سلامت عمومی
۰/۴۰	۰/۳۹	۰/۰۱	خودمدیریتی ← سلامتی عمومی
۰/۱۸	۰/۰۲	۰/۱۶	وضعیت فیزیولوژیک ← وضعیت عملکرد
-۰/۱۳	-	-۰/۱۳	وضعیت علائم ← وضعیت عملکرد
۰/۷۹	۰/۰۴	۰/۷۵	بهبودی ← وضعیت عملکرد
۰/۴۷	۰/۴۰	۰/۰۷	خودمدیریتی ← وضعیت عملکرد
-۰/۱۵	-	-۰/۱۵	وضعیت فیزیولوژیک ← وضعیت علائم
-۰/۲۷	-	-۰/۲۷	بهبودی ← وضعیت علائم
۰/۲۴	-۰/۱۴	۰/۱۰	خودمدیریتی ← وضعیت علائم
۰/۵۲	-	۰/۵۲	خودمدیریتی ← بهزیستی

همچنین تأثیر غیرمستقیم وضعیت فیزیولوژیک ($\beta=0/02$)، بهزیستی ($\beta=0/04$) و خودمدیریتی ($\beta=0/40$) مثبت و معنادار است. در رابطه با تأثیر روی وضعیت علائم نیز تأثیر مستقیم وضعیت فیزیولوژیک ($\beta=0/15$) و بهزیستی ($\beta=0/27$) و تأثیر غیرمستقیم خودمدیریتی ($\beta=0/14$) منفی و معنی دار بودند. تأثیر مستقیم خودمدیریتی روی بهزیستی مثبت و معنادار بود ($\beta=0/52$). در جدول ۲ مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم معنادار بر متغیر اصلی گزارش شده است.

همانطور که مشخص شد در این مطالعه مدل ارائه شده با تغییرات جزئی نسبت به مدل اولیه بررسی شد. بر اساس این تغییرات سه سازه بهزیستی روان شناختی، بهزیستی اجتماعی و بهزیستی هیجانی به عنوان یک سازه کلی تحت عنوان بهزیستی جامع در نظر گرفته شد.

یافته های اثرات مستقیم و غیرمستقیم پیش بینی کیفیت زندگی بیماران نشان می دهد که تأثیر مستقیم بهزیستی ($\beta=0/38$)، خودمدیریتی ($\beta=0/16$) و سلامت عمومی ($\beta=0/34$) مثبت و معنادار و تأثیر غیرمستقیم وضعیت فیزیولوژیک ($\beta=0/04$)، وضعیت عملکرد ($\beta=0/22$)، بهزیستی ($\beta=0/23$) و خودمدیریتی ($\beta=0/34$) مثبت و معنادار بودند. از سوی دیگر اثرات مستقیم و غیرمستقیم وضعیت عملکرد ($\beta=0/63$) و تأثیر غیرمستقیم وضعیت فیزیولوژیک ($\beta=0/11$)، خودمدیریتی ($\beta=0/50$) و بهزیستی ($\beta=0/39$) مثبت و معنی دار است. اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها روی وضعیت عملکرد، تأثیر مستقیم وضعیت فیزیولوژیک ($\beta=0/16$) و بهزیستی ($\beta=0/75$) مثبت و تأثیر مستقیم وضعیت علائم ($\beta=0/13$) منفی و معنی دار بودند.

جدول ۳. شاخص های برازش مدل اولیه و مدل اصلاح شده

مدل اصلاحی	مدل اولیه	
0/93	0/87	شاخص تطبیقی برازش (CFI)
0/93	0/86	شاخص نیکویی برازش (GFI)
0/90	0/84	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)
0/89	0/82	شاخص برازش استاندارد (NFI)
0/93	0/85	شاخص توکر-لویس (TLI)
0/92	0/80	شاخص برازش این کری متال (IFI)
0/051	0/059	ریشه میانگین مجذور برآورد خطای تقریب (RMSEA)
0/055	0/062	ریشه میانگین مجذورات پس مانده های استاندارد شده (SRMR)

همچنین تأثیر خودمدیریتی بر بهزیستی جامع نیز به مسیرهای مدل اضافه گردید. در نهایت به منظور بررسی معناداری مدل با استفاده از شاخص‌های برازش خروجی مورد بررسی و خلاصه نتایج آن در مدل اولیه و مدل اصلاحی در جدول ۳ گزارش شده است.

همانطور که در جدول ملاحظه می‌شود شاخص‌های برازندگی برای مدل دوم در سطح مطلوبی قرار داشته و می‌توان گفت مدل اصلاحی قابل قبول است در این مدل شاخص‌های شاخص تطبیقی برازش (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)، شاخص استاندارد (NFI)، شاخص توکر-لویس (TLI)، شاخص برازش این کری منتال (IFI) بالاتر از ۰/۹ است که تأیید مدل را نشان می‌دهد. مقادیر ریشه میانگین مجذور برآورد خطای تقریب (RMSEA) و ریشه میانگین مجذورات پس‌مانده‌های استاندارد شده (SRMR) نیز کمتر از ۰/۰۵ است که این نیاز نشانه برازش مدل است.

نتیجه‌گیری و بحث

نتایج و یافته‌های این مطالعه نشان داد که مدل توسعه داده شده ویلسون از برازش مطلوبی برخوردار است؛ یعنی با افزوده شدن خودمدیریتی و بهزیستی روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی می‌توان این مدل را برای تبیین کیفیت زندگی پذیرفت. باین حال نسبت به مدل اولیه شاخص‌های بهزیستی به علت چند هم‌خطی و روابط چندگانه بالا به عنوان یک سازه تحت عنوان

بهزیستی جامع باید در نظر گرفته شود. همچنین خودمدیریتی نیز می‌تواند تبیین‌کننده بهزیستی جامع باشد. این نتایج را می‌توان با یافته‌هایی که مدل اولیه ویلسون را مورد ارزیابی قرار داده‌اند از جمله پژوهش‌های یافته‌های کارلسون^۱ (۲۰۱۴)؛ ایلیان^۲ (۲۰۱۵)؛ برنالت^۳ (۲۰۱۴)؛ ناکس^۴ (۲۰۱۱)؛ هالورسروود^۵ (۲۰۱۰)؛ سانتوس^۶ (۲۰۱۵) و مایو^۷ (۲۰۱۵) همخوان دانست. شواهد و پژوهش‌هایی که ذکر آن‌ها رفت مدل ویلسون و کلیری را بر اساس برخی از ویژگی‌های فردی و اجتماعی که مدنظر داشته‌اند مورد ارزیابی قرار داده‌اند. خیلی از این پژوهش‌ها بیشتر جنبه‌های منفی و بیمارگون روانی را در نظر گرفته‌اند و توجه به ویژگی‌های مثبت‌نگر کمتر به چشم می‌خورد؛ اما بررسی مطالعات و پژوهش‌ها به صورت پراکنده نشان می‌دهد که همخوان با یافته‌های این مطالعه بهزیستی در ابعاد مختلف آن یعنی بهزیستی روانی، بهزیستی اجتماعی و همچنین بهزیستی هیجانی می‌تواند با کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در ارتباط باشند.

آرمانداز-تریمولوزا^۸ و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که فعالیت بدنی و ضعف عضلانی با حوزه‌های فیزیکی و محیطی و بهزیستی رابطه معناداری دارد. اسپرو و باسه^۹ (۲۰۰۰) نشان دادند که کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی رابطه

1. Carlson
2. Eilayyan
3. Brunault
4. Nokes
5. Halvorsrud
6. Santos
7. Mayo
8. Armadans-Tremolosa
9. Spiro, Bosse

روزانه زندگی، بلکه در کنار آمدن با حوادث بسیار استرس‌زا و تهدیدزای زندگی به فرد کمک می‌کند (دونوان و مکاسکیل^۴، ۲۰۱۷)؛ بنابراین منطق مدل ویسون نشان می‌دهد که اضافه کردن بهزیستی و خودمدیریتی به عنوان افزایش دهنده توان مقابله با استرس در فرد و همچنین شکل‌دهی به نظام مقابله‌ای فرد می‌تواند عامل مهمی در فرایند این مدل باشد (پاگی، جاپ و هرترزوغ^۵، ۲۰۱۶). افراد با بهزیستی روانی-اجتماعی-هیجانی حتی اگر با مشکلات و رخداد‌های فشارزای زندگی هم مواجه شوند، از آنجاکه نسبت به آینده خوش‌بین هستند، روابط اجتماعی بهتری را تجربه می‌کنند و هیجان‌ها و عاطفه آن‌ها مثبت است می‌توانند مشکلات را بهتر حل کنند و از راهبردهای مثبت کنار آمدن برای مواجهه با این موقعیت‌ها استفاده کنند. این مساله می‌تواند به کیفیت زندگی در ابعاد روانی و جسمانی آن‌ها کمک کند. علاوه بر این بهزیستی جامع باعث افزایش مقاومت سیستم ایمنی بدن می‌شود و در نتیجه وضعیت عملکرد و وضعیت علائم بیماران بهتر خواهد بود. از سوی دیگر در مدل ویلسون و کلیری عدم توجه به خودمدیریتی به عنوان نقطه ضعف این مدل در نظر می‌گیرند (باکاس و همکاران، ۲۰۱۲) آنچه‌که پژوهش‌های مختلف برای بیماران کرونری و همچنین مطالعات گذشته ملاحظه می‌شود این است که هر پژوهشگری متناسب با نیاز و دیدگاه خود در مدل ویلسون و کلیری ویژگی‌های فردی و اجتماعی را مورد هدف قرار داده است. با این حال در بسیاری از این مطالعات خودمدیریتی

متوسطی با بهزیستی دارد. گاسپار^۱ و همکاران (۲۰۱۲) نشان داده‌اند که عوامل فیزیکی و بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی به‌عنوان متغیرهای مستقل و رفتار بهداشتی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی به‌عنوان متغیر وابسته در مدل از برازش مناسب برخوردار است.

همانطور که مشخص است شواهد و یافته‌ها نشان می‌دهد که متغیر خودمدیریتی و بهزیستی می‌تواند در فرایند شکل‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نقش داشته باشد. در رابطه با تبیین مدل جدید ویلسون می‌توان گفت بهزیستی در هر سه بعد اجتماعی، روانی و هیجانی می‌تواند منجر به ارزیابی مثبت از خود، احساس رشد و توسعه پایدار، اعتقاد به زندگی هدفمند و معنی‌دار، داشتن روابط با کیفیت با دیگران، توانایی به‌طور مؤثری زندگی خود و احساس خودکفایی شود (فاوا^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). این‌ها مهمترین ویژگی‌ها هستند که باعث می‌شوند فرد با تجربه جنبه‌های مثبت زندگی بتواند کیفیت زندگی بالاتری را تجربه نماید. تحقیقات نشان می‌دهد بهزیستی از جمله عوامل حمایتی هست که منجر به سازگاری افراد در بیمارهای مزمن و در نتیجه کیفیت زندگی بهتر آن‌ها می‌شود (دوال^۳ و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهشگران بر این باورند که اگر ادراکات عادی انسان با یک مفهوم مثبت از خود و کنترل شخصی و یک هدفمندی با دیدگاه خوش‌بینانه و مبتنی بر هیجان‌ات و عاطفه مثبت، در مورد آینده همراه شود، نه تنها در کنترل مسائل

4. Denovan, A, & Macaskill
5. Paggi, Jopp, Hertzog

1. Gaspar
2. Fava
3. Doull

به‌ویژه بیماران مزمنی که امید به زندگی پایین‌تری دارند از جمله بیماران مبتلا به سرطان و ایدز می‌تواند سازوکار متفاوتی وجود داشته باشد. از سوی دیگر بخشی از دلایل زیربنایی به دلیل پرسشنامه‌ای بودن پژوهش از دست خواهد رفت بنابراین توصیه می‌شود مدل یادشده در بررسی‌های کیفی نیز مورد هدف قرار گرفته و برای این منظور می‌توان از روش‌های ساختاری کیفی از جمله راهبرد ساختاری-تفسیری استفاده نمود. به‌طورکلی پیشنهاد می‌شود که مدل جدید ارائه‌شده در بیماران و نمونه‌های دیگر نیز موردبررسی و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که بر اساس مدل یادشده و با توجه به متغیرهای تأثیرگذار به تدوین پروتکل‌های درمانی در راستای افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران مزمن پرداخته شود.

کمتر مدنظر بوده است و اضافه کردن آن می‌تواند یک عامل افزایشنده برای بهبود شاخص‌های مدل باشد. چراکه خودمدیریتی به اعتقاد الخالدی و همکاران (۲۰۱۸) و تیکل-دکننو همکاران (۲۰۱۰) وجه الزامی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی است که به لحاظ ساختاری می‌تواند با کاهش اثر بیماری و نظارت مداوم بر علائم و نشانه‌ها نقش مهم خود را ایفا نماید. همچنین خودمدیریتی می‌تواند متغیرهای بیویستی در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را افزایش دهد (یادگاری و همکاران، ۲۰۱۵) که این نقش افزایشنده می‌تواند پیامد ساختاری در مدل ویلسون و کلیری داشته باشد.

علیرغم نتایج به‌دست‌آمده به نظر می‌رسد این مطالعه نیز همانند پژوهش‌های دیگر محدودیت‌هایی دارد که باید مدنظر قرار گیرد. به‌طورکلی یافته‌های این پژوهش مختص بیماران عروق کرونری است و در رابطه با بیماران دیگر

منابع

- اورکی، محمد و سامی، پوران. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه روانشناسی سلامت. (۲۰): ۳۴-۴۷.
- باقریان سرارودی، رضا؛ بهرامی احسان، هادی؛ صانعی، حمید. (۱۳۸۷). رابطه بین سابقه سکنه قلبی و طرحواره شناختی از انفکتوس میکارد.
- پژوهش در سلامت روانشناختی. (۲): ۳۹-۲۹.
- بیانی، علی‌اصغر؛ محمدکوچکی، عاشور؛ بیانی، علی. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۴ (۲): ۱۴۶-۱۵۱.
- پسندیده، محمد مهدی و زارع، لیلا. (۱۳۹۵). بررسی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شوخ‌طبعی در بیماران عروق کرونر قلب و

- افراد سالم، فصلنامه روانشناسی سلامت. ۲۰: ۸۸-۱۰۸
- ناهدید؛ حاجی زاده، ابراهیم؛ منتظری، علی. (۱۳۹۱). ترجمه و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری (Seattle Angina Questionnaire) فصلنامه پایش. ۱۲(۱): ۷۹-۸۷.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا؛ وحدانی نیا، مریم‌السادات. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. فصلنامه پایش، ۵(۱): ۴۹-۵۶.
- مؤدب، فاطمه؛ قنبری، عاطفه؛ سالاریف ارسلان؛ کاظم نژاد، احسان؛ صدقی ثابت، میترا؛ پاریداد، عزت. (۱۳۹۳). بررسی وضعیت خودمراقبتی و تفاوت‌های جنسیتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. پی‌اورد سلامت. ۳(۳): ۲۲۰-۲۳۴.
- هومن، حیدر علی. (۱۳۹۷). مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل (با اصلاحات). سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاهها (سمت).
- حشمتی، رسول. (۱۳۹۵). خصیصه‌های روان‌سنجی پرسشنامه آنژین: مقیاس سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۴(۳): ۲۷۱-۲۸۰.
- دائمی، فاطمه و جوشنلو، محسن. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و پایایی مقیاس رضایت از زندگی در دانشجویان. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۲۱(۱۱): ۱۳۵-۱۴۴.
- راوند، مهدیه؛ عطارباشی مقدم، بهروز؛ مرآئی، محمدرضا؛ مرآئی، راوند، مصطفی؛ رضائیان، زهراسادات. (۱۳۹۲). تعیین پایایی و روایی ترجمه فارسی پرسش نامه آنژین سیاتل (SAQ) در بیماران سکته قلبی. پژوهش در علوم توانبخشی. ۹(۵): ۸۰۵-۸۱۷.
- طاهری خرامه، زهرا؛ هروی کریموی، مجیده؛ رژه، Vilardell-Tarrés, M. (2014). Health-related quality of life and well-being in adults with idiopathic inflammatory myopathy. *Clin Rheumatol*, 33(8):1119-25.
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., et al. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Heal {&} Qual Life*

- Outcomes*, 10:134-145.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire, *Psychol Health*. 30(11):1361-1385.
- Carlson, B., Pozehl, B., Hertzog, M., Zimmerman, L., Riegel, B. (2014). Predictors of overall perceived health in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*, 28:206–215.
- Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D. (2012). Miller M. Humanitarian relief workers and trauma-related mental illness. *Epidemiol Rev*, 34(1):145-155.
- De Smedt, D., et al. (2013). Health related quality of life in coronary patients and its association with their cardiovascular risk profile: results from the EUROASPIRE III survey. *Int J Cardiol*. 168(2):898–903.
- Denovan, A., & Macaskill, A. (2017). Stress and subjective well-being among first year UK undergraduate students. *Journal of Happiness Studies*, 18(2), 505-525.
- Doull, M., O'Connor, A. M., Tugwell, P., Wells, G. A., & Welch, V. (2017). Peer support strategies for improving the health and well-being of individuals with chronic diseases. *Cochrane Database Syst Rev*, 6: CD005352.
- Eilayyan, O., Gogovor, A., Mayo, N., Ernst, P., Ahmed, S. (2015). Predictors of perceived asthma control among patients managed in primary care clinics. *Qual Life Res*, 24:55–65.
- Fava, G. A., Cosci, F., Guidi, J., & Tomba, E. (2017). Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical. *depression and anxiety*, 34(9): 771-855.
- Gaspar, T., Ribeiro, J. P., de Matos, M. G., Leal, I., Ferreira, A. (2012). Health-related quality of life in children and adolescents: subjective well-being. *Span J Psychol*, 15(1): 177-86.
- Ghimire, S., Pradhananga, P., Baral, B., Shrestha, N. (2017). Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Hypertensive Patients in Kathmandu, Nepal. *Front Cardiovasc Med*, 4(69):1-8.
- Guérin, E. (2012). Disentangling vitality, well-being, and quality of life: A conceptual examination emphasizing their similarities and differences with special application in the physical activity domain. *J Phys Act Health*, 9(6):896-908.
- Halvorsrud, L., Kirkevold, M., Diseth, A., Kalfoss, M. (2010). Quality of life model: predictors of quality of life among sick older adults. *Res Theory Nurs Pract*, 24:241–259.
- Hand, C. (2016). Measuring health-related quality of life in adults with chronic conditions in primary care settings: Critical review of concepts and 3 tools. *Canadian Family Physician*, 62(7): 375-383.

- Joshanloo, M., & Ghaedi, G. (2009). Value priorities as predictors of hedonic and eudaimonic aspects of well-being. *Personality and Individual Differences*, 47(4): 294-298.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2):121-140.
- Lamers, L., Bolier, L., Gerben, J., Westerhof, S., Smit, F., Ernst, T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *J Behav Med*, 35(5):538-547.
- Lubkin, I; Larsen, P.D. (2011). *chronic illness impact and intervention*. Jones & Bartlett Learning. 8th.
- Marron, S. E., Tomas-Aragones, L., Boira, S., Campos-Rodenas, R. (2016). Quality of Life, Emotional Wellbeing and Family Repercussions in Dermatological Patients Experiencing Chronic Itching: A Pilot Study. *Acta Derm Venereol.*, 96(3):331-5
- Mayo, N. E., Scott, S. C., Bayley, M., Cheung, A., Garland, J., Jutai, J. (2015). Modeling health-related quality of life in people recovering from stroke. *Qual Life Res*, 24:41-53.
- Meade, T., Dowswell, E. (2016). Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: a three-year longitudinal study. *Health Qual Life Outcomes*, 14:14-22.
- Nokes, K. M., Coleman, C. L., Hamilton, M. J., Corless, I. B., Sefcik, E., Kirksey, K. M, et al. (2011). Age-related effects on symptom status and health-related quality of life in persons with HIV/AIDS. *Appl Nurs Res*, 24:10-16.
- Ogden, J. (2012). *Health psychology: A Textbook*. McGraw-Hill Education (UK).
- Ojelabi, A., Graham, Y., Haighton, C., Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*, 15(1):241.
- Paggi, M. E., Jopp, D., & Hertzog, C. (2016). The importance of leisure activities in the relationship between physical health and well-being in a life span sample. *Gerontology*, 62(4):450-458.
- Panepinto, J. A. (2012). Health-related quality of life in patients with hemoglobinopathies. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 1:284-289.
- Reilly, C., Taft, C., Edelvik, A., Olsson, I., Malmgren, K. (2017). Health-related quality of life and emotional wellbeing improve in parents after their children have undergone epilepsy surgery - A prospective population-based study. *Epilepsy Behav*, 75:196-202.
- Riegel B, Lee Ch, Dickson V, Carlson B. (2009). An Update on the Self-Care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs*, 24(6): 485-497.

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69:719–727.
- Samano, N., Dashwood, M., Souza, D. (2018). No-touch vein grafts and the destiny of venous revascularization in coronary artery bypass grafting—a 25th anniversary perspective. *Ann Cardiothorac Surg*, 7(5):681-685.
- Santos, C. M., Celeste, R. K., Hilgert, J. B, Hugo, F. N. (2015). Testing the applicability of a model of oral health-related quality of life. *Cad Saude Publica*, 31: 1871–1880.
- Shegog, R., Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Sockrider, M. M., Masse, L., Abramson, S. L. (2001). Impact of a Computer-assisted Program on Factors related to asthma self-management behavior. *Journal of American Medical Informatics Association*, 81(1):49-61.
- Spertus, J. A., Winder J. A., Dewhurst, T. A., Deyo, R. A., Prodzinski, J., McDonell, M., Fihn, S. D. (1995). Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: A new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol*, 25:333–341.
- Spiro, A., Bossé, R. (2000). Relations between health-related quality of life and well-being: the gerontologist's new clothes? *Int J Aging Hum Dev*, 50(4):297-318.
- Surya, M., Jaff, D., Stilwell, S., Schubertb, J. (2017). The Importance of Mental Well-Being for Health Professionals During Complex Emergencies: It Is Time We Take It Seriously. *Glob Health Sci Pract*, 5(2): 188–196.
- Tickle-Degnen, L., Ellis, T., Saint-Hilaire, F., Thomas, MS., Wagenaar, R. (2010). Self-management rehabilitation and health-related quality of life in Parkinson's disease: A randomized controlled trial. *Mov Disord*, 25(2):194–204.
- Upton D, Upton P. (2015). *Psychology of wounds and wound care in clinical practice Switzerland*: Springer.
- Urns, R, A., Ma, J. (2015). Examining the association between psychological wellbeing with daily and intra-individual variation in subjective wellbeing. *Pers Individ Dif*, 82:34–39.

- Villalonga-Olives E, Kawachi I, Almansa J, Witte C, Lange B, KieseHimmel C, et al. (2014). Pediatric health-related quality of life: a structural equation modeling approach. *PLoS ONE*, 9(11):1-8.
- Walklet, E., Muse, K., Meyrick, J., Mossa, T. (2016). Do Psychosocial Interventions Improve Quality of Life and Wellbeing in Adults with Neuromuscular Disorders? A Systematic Review and Narrative Synthesis. *J Neuromuscul Dis*, 3(3): 347–362.
- Wilson, I. R, Cleary, P. D. (1995). Linking Clinical Variables with Health-related Quality of life: a conceptual model of patients' outcomes. *JAMA*, 273:59–65.
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, disability, and Health: Children and Youth Version: ICF-CY*. Geneva: World Health Organization.
- Yadegary, M. A., Maemodan, F. G., Nayeri, N. D., & Ghanjekhanlo, A. (2015). The effect of self-management training on health-related quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 50:108-112