

مقاله پژوهشی اصیل

ارتباط کیفیت زندگی با خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده در افراد با سندروم کرونری حاد

قیصر سلاجقه^۱، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه* منصور عرب^۲، کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحیمحمد رضا افلاطونیان^۳، دکترای بهداشت عمومی

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی عمومی با کیفیت زندگی در افراد با سندروم کرونری حاد بستری در بخش‌های سی‌سی‌یو بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان انجام شد. **زمینه.** کیفیت زندگی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم سلامت محسوب می‌شود که تحت تاثیر متغیرهای متعددی است. **روش کار.** پژوهش حاضر از نوع توصیفی همبستگی است که در آن، ۱۵۰ فرد مبتلا به سندروم کرونری حاد، بستری در بخش‌های سی‌سی‌یو بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی درک شده، کیفیت زندگی و خودکارآمدی عمومی استفاده گردید. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای‌دو، تی، آنالیز واریانس یک‌طرفه و همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. **یافته‌ها.** میانگین سن افراد مورد مطالعه، ۵۶/۷۴ سال با انحراف معیار ۱۱/۶۳ بود. همچنین، میانگین نمره کیفیت زندگی، ۸۴/۸۲ با انحراف معیار ۱۲/۳۲؛ میانگین نمره خودکارآمدی، ۲۷/۱۹ با انحراف معیار ۶/۸۹؛ و میانگین نمره حمایت اجتماعی، ۶۳/۵۸ با انحراف معیار ۱۳/۱ بود. خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده با ابعاد کیفیت زندگی دارای ارتباط معنی‌دار آماری بود، به طوری که با افزایش میزان خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده، میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی افزایش پیدا می‌کرد. **نتیجه‌گیری.** خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده تاثیر قابل توجهی در افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به سندروم کرونری حاد دارند. از این رو، توصیه می‌شود در روند درمان و مراقبت این بیماران مفاهیم مذکور نیز مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: سندروم کرونری حاد، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی درک شده، خودکارآمدی

۱ کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
 ۲ مربی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: marab112004@yahoo.com

۳ استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مقدمه

امروزه با توجه به گذار اپیدمیولوژیک، الگوی بیماری‌های جامعه به نفع بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی-عروقی تغییر یافته است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵، بیماری‌های قلبی اصلی‌ترین علت مرگ در دنیا است (کینسلا و فیلیس، ۲۰۰۸)، به طوری که سالیانه ۱۷ میلیون نفر در جهان در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند. برآورد می‌شود تا سال ۲۰۲۰، بیماری قلبی در راس ۱۵ علت شایع بیماری در جهان قرارگیرد (نجاتی صفا و همکاران، ۲۰۰۷). در کشور ایران نیز بیماری‌های قلبی شایع‌ترین علت مرگ است و عامل حدود ۴۶ درصد موارد مرگ است (بیرانوند و کلاهی، ۲۰۰۸). در بین بیماری‌های قلبی، سندروم کرونری حاد (ACS) از جمله تظاهرات بیماری عروق کرونر قلب است که طیف بالینی ایسکمی بدون علامت تا آنژین مزمن پایدار یک ماهه اخیر، آنژین ناپایدار انفارکتوس حاد میوکارد و کاردیومیوپاتی ایسکمیک را در برمی‌گیرد. نشانه‌های معمول سندرم کرونری حاد شامل درد زیرجناغ یا سمت چپ قفسه سینه، احساس فشار، سنگینی، سفتی یا احساس له شدن، تعریق منتشر، تنگی نفس، درد در بازوی چپ و درد در فک یا گردن و نشانه‌های غیرمعمول شامل درد در قفسه سینه به غیر از سمت چپ، تپش قلب، درد بین دو کتف، تهوع و یا استفراغ و سوءهاضمه هستند (نوروززاده و حیدری، ۲۰۱۳).

در مدیریت بیماری‌های مزمن نظیر بیماری قلبی-عروقی، نه تنها به کاهش مرگ و افزایش طول عمر این بیماران توجه می‌شود، بلکه کیفیت زندگی آنها نیز به شدت مورد توجه قرار گرفته است (جلیلیان و همکاران، ۱۳۰۱۳). سازمان جهانی بهداشت مفهوم کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های آنان تعریف کرده است (نجات و همکاران، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی اختلاف بین سطح انتظارات افراد و سطح واقعیت است و هرچه این اختلاف کمتر باشد، کیفیت زندگی، بهتر است. کیفیت زندگی یک مفهوم شامل ابعادی چون سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و تعامل با محیط است (لاینینگر، ۲۰۰۲). در حال حاضر، کیفیت زندگی یکی از دغدغه‌های مهم متخصصان حوزه سلامت است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات مربوط به سلامتی محسوب می‌شود. در قرن حاضر، زندگی کردن با کیفیت بهتر، مسئله اصلی و عمده حوزه سلامت است که تحت تاثیر محیط اجتماعی، فیزیکی، عاطفی و واکنش ما به این محیط قرار دارد (شجاعی، ۲۰۰۸).

خودکارآمدی و حمایت اجتماعی نیز به سبب نقش موثری که در سازگاری با بیماری‌ها ایفا می‌کنند از متغیرهای مهم به شمار می‌آیند (بزازیان، ۲۰۱۰). حمایت اجتماعی به میزان برخورداری فرد از محبت، مساعدت و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد مربوط می‌شود و می‌تواند در موقعیت‌های تنش‌زا تحمل مشکلات را برای افراد ممکن سازد. بر اساس نتایج پژوهش‌ها، کاهش حمایت اجتماعی درک شده با افزایش دفعات بستری افراد مبتلا به بیماری قلبی ارتباط دارد و افزایش حمایت اجتماعی با کاهش میزان بستری، پذیرش بهتر درمان و کاهش مرگ افراد با بیماری مزمن همراه است (مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی، ۲۰۰۸؛ سائز و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین، یافته‌های مطالعات نشان می‌دهند که خودکارآمدی نیز با کیفیت زندگی، بهبود بیماری و سازگاری روان‌شناختی ارتباط دارد (مرسر و ویلیام، ۲۰۱۴).

خودکارآمدی عبارت از اعتقاد هر فرد به توانایی‌های خود جهت انجام یک وظیفه طراحی شده، تکمیل یک فعالیت و حتی پیش‌بینی عملکرد آینده است (شانک و پاچارز، ۲۰۱۰). احساس خودکارآمدی پایین، با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و همچنین، با علائم اضطراب، ناراحتی، افسردگی، علائم روان‌تنی و بهزیستی منفی مشخص می‌شود (مرسر و ویلیام، ۲۰۱۴). باور خودکارآمدی عامل مهمی است که براساس آن، مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به گونه‌ای اثربخش سازماندهی می‌شود و به همین دلیل، احساس خودکارآمدی، افراد را قادر می‌سازد در برخورد با موانع، با استفاده از مهارت‌ها، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهند (حسینی و عظیم‌زاده، ۲۰۱۳).

باتوجه به اینکه خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهند و علاوه بر این، کیفیت زندگی یک مسئله وابسته به فرهنگ است، این پژوهش با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و خودکارآمدی عمومی با کیفیت زندگی در افراد با سندروم کرونری حاد بستری در بخش‌های سی‌سی‌یو بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان انجام شد تا براساس یافته‌ها، برنامه‌هایی برای تشخیص بیماران در معرض خطر کاهش کیفیت زندگی تدوین و مداخله‌های لازم برای افزایش کیفیت زندگی آنها به عنوان یکی از اهداف مدیریت بیماری‌های قلبی-عروقی انجام شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی است. جامعه پژوهش در این مطالعه، افراد با سندروم کرونری حاد بستری در بخش‌های سی‌سی‌یو بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. تعداد ۱۵۰ فرد دارای سندرم کرونری حاد بر اساس معیارهای ورود (سن بیشتر از ۳۰ سال، برخوردار از قوای ذهنی مناسب، توانایی درک سئوالات پژوهش) مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای خروج از مطالعه شامل فوت بیمار در طول مطالعه، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و عدم همکاری در طول مطالعه بود.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از فرم ویژگی‌های دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تاهل و تحصیلات)، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10) شواتزر و جروسلم (۱۹۷۹)، مقیاس فرم کوتاه (پرسشنامه) کیفیت زندگی، و پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده انجام شد. پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10) که در پژوهشی در ایران با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۴۴) هنجاریابی شده است (رجبی، ۲۰۰۶) دارای ده گویه چهارگزینه‌ای است. به گزینه "اصلا صحیح نیست"، نمره ۱؛ به گزینه "به سختی صحیح است"، نمره ۲؛ به گزینه "تقریباً صحیح است"، نمره ۳؛ و به گزینه "کاملاً صحیح است"، نمره ۴ داده می‌شود. دامنه نمرات از ۱۰ تا ۴۰ متغیر است. این مقیاس برای پیش‌بینی سازگاری پس از دگرگونی‌های زندگی، یا همچون نمایه‌ای از چگونگی زندگی در هر مرحله رشدی، برای کارهای بالینی، و دگرگون‌سازی رفتار به کار می‌رود.

مقیاس فرم کوتاه (پرسشنامه) کیفیت زندگی که با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ توسط سازمان جهانی بهداشت تهیه گردید دارای ۲۴ سؤال در قالب ۴ حیطه است. دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین، پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد که دارای حیطه‌های سلامت جسمی، حیطه روان‌شناختی، حیطه روابط اجتماعی، و حیطه محیط زندگی است. روایی و پایایی پرسشنامه در ایران مورد تایید قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ در حیطه سلامت جسمی، ۰/۷۷؛ در حیطه روان‌شناختی، ۰/۷۷؛ در حیطه روابط اجتماعی، ۰/۷۵؛ و در حیطه سلامت محیط، ۰/۸۴ و در مجموع، ۰/۷۸ محاسبه شده است (نجات و همکاران، ۲۰۰۶). پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده یک ابزار ۱۲ عبارتی است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی درک شده از سه منبع مهم حمایت، یعنی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی، توسط زیمت و همکاران (۱۹۹۰) تهیه شد و در ایران نیز مورد تایید قرار گرفته است (بزازیان، ۲۰۱۰).

در این پژوهش توضیحات کامل از سوی تیم تحقیق در زمینه اهداف و شیوه اجرای طرح به افراد شرکت‌کننده ارائه شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی صرفاً جهت اهداف تحقیقاتی مورد استفاده قرار خواهد گرفت و نزد تیم تحقیق کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. در صورت جلب موافقت آنها و تکمیل فرم رضایت‌نامه، اطلاعات مورد نیاز به وسیله پرسشنامه جمع‌آوری گردید. در پایان، پرسشنامه‌های ناقص یا کسانی که مایل به همکاری نبودند از مطالعه کنار گذاشته شدند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ با استفاده از آزمون‌های آماری کای‌دو، تی‌تست، آنالیز واریانس یک‌طرفه و همبستگی پیرسون تحلیل شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۴۶ پرسشنامه که کامل تکمیل شده بود مورد تحلیل قرار گرفت. بیشترین درصد شرکت‌کنندگان (۵۷/۵ درصد) در گروه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال و کمترین درصد (۲/۱ درصد) در گروه سنی بالای ۸۰ سال قرار داشتند. همچنین، میانگین سن افراد مورد مطالعه، ۵۶/۷۴ سال با انحراف معیار ۱۱/۶۳ بود. بیشترین درصد افراد مورد مطالعه (۵۹/۶ درصد) مرد، متأهل (۹۵/۹ درصد)، و دارای تحصیلات دیپلم (۲۹/۵ درصد) بودند.

میانگین نمره کیفیت زندگی، ۸۴/۸۲ با انحراف معیار ۱۲/۳۲ بود. بیشترین میانگین نمره در میان ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی مربوط به حیطه محیط و وضعیت زندگی (۷۹/۹۳ با انحراف معیار ۲۰/۵۹) و کمترین میانگین نمره، مربوط به حیطه اجتماعی (۱۶/۵۳ با انحراف معیار ۹/۵۵) بود. میانگین و انحراف معیار نمره حمایت اجتماعی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، به ترتیب، ۶۳/۵۸ و ۱۳/۱ بود. همچنین، در میان ابعاد سه‌گانه حمایت اجتماعی، بیشترین میانگین نمره مربوط به زیرمقیاس افراد خانواده با میانگین ۲۳/۲۲ و انحراف معیار ۴/۳ بود. میانگین نمره خودکارآمدی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ۲۷/۱۹ با انحراف معیار ۶/۸۹ بود (جدول شماره ۱). بر اساس یافته‌ها، ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی با هیچ‌یک از متغیرهای سن، جنسیت، و وضعیت تاهل رابطه آماری معنی‌داری نداشت. تنها بین حیطه روان‌شناختی و تحصیلات رابطه آماری معنی‌دار مشاهده شد ($P=0/004$)، به نحوی که با افزایش سطح

تحصیلات، میانگین نمره این حیطة نیز افزایش می‌یابد. حمایت اجتماعی نیز با هیچ‌یک از متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات رابطه آماری معنی‌داری نداشت. همچنین، بین میانگین نمره خودکارآمدی و متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد. بر اساس نتایج آزمون همبستگی، کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی درک‌شده و خودکارآمدی دارای رابطه مستقیم و معنی‌دار بود ($P \leq 0/0001$).

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در افراد مورد مطالعه

متغیر و ابعاد	میانگین (انحراف معیار)	حداکثر-حداقل
کیفیت زندگی	۸۴/۸۲ (۱۲/۳۲)	۴۷-۱۲۴
جسمی	۶۲/۳۱ (۱۶/۷۵)	۳۱-۱۹۱
روانی	۵۳/۷۶ (۱۲/۲۵)	۱۵-۸۳
اجتماعی	۱۶/۵۳ (۹/۴۴)	۱۳-۳۵
محیط	۷۹/۹۳ (۲۰/۵۹)	۲۷-۱۳۵
حمایت اجتماعی	۶۳/۵۸ (۱۳/۱)	۱۲-۸۴
خانواده	۲۳/۲۲ (۴/۳)	۴-۲۸
دوستان	۱۸/۵۶ (۶/۰۶)	۴-۲۸
افراد مهم زندگی	۲۱/۷۹ (۵/۰۹)	۴-۲۸
خودکارآمدی	۲۷/۱۹ (۶/۸۹)	۱۰-۴۰

جدول شماره ۲: ضریب همبستگی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی درک‌شده و خودکارآمدی در افراد مورد مطالعه

سطح معنی‌داری	کیفیت زندگی	حمایت اجتماعی
$P \leq 0/0001$	۰/۳۲۱	
$P \leq 0/0001$	۰/۴۱۵	خودکارآمدی

بحث

در پژوهش حاضر نتایج در خصوص میانگین نمره کیفیت زندگی افراد با سندرم کرونری حاد کمتر از میانگین گزارش‌شده در نتایج مطالعه شفییعی و همکاران (۲۰۱۵) بود. مولی و همکاران (۲۰۰۵) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی مطلوب نیست. هابس و همکاران (۲۰۰۲) نیز بر اساس نتایج پژوهش خود عنوان نمودند که اگرچه افراد دچار نارسایی قلبی در همه ابعاد کیفیت زندگی دچار اختلال هستند، ولی بعد عملکردی در این بیماری نسبت به سایر بیماری‌های مزمن بیشتر مختل می‌شود. جانگر و همکاران (۲۰۰۲) در بررسی خود کیفیت زندگی مبتلایان به نارسایی قلبی را نامطلوب گزارش کردند. در پژوهش جارسما و همکاران (۱۹۹۹) نیز اکثر افراد مبتلا به نارسایی قلبی کیفیت زندگی خود را ضعیف گزارش کردند. به نظر می‌رسد کیفیت زندگی نامطلوب بیماران قلبی-عروقی به سبب وجود علائم متعدد جسمی ناشی از بیماری باشد. همچنین، عدم تحمل فعالیت موجب می‌شود این بیماران در انجام فعالیت‌های معمول زندگی استقلال خود را از دست بدهند و در مراقبت از خود به دیگران وابسته شوند، لذا کیفیت زندگی خانواده این بیماران نیز تحت تاثیر قرار می‌گیرد (جلیلیان و همکاران، ۲۰۱۳). این تفاوت‌ها در یافته‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در جوامع مختلف باشد. سلامتی و کیفیت زندگی دارای ارتباطی دوطرفه است. بیماری‌های قلبی-عروقی از جمله بیماری‌های مزمنی محسوب می‌شوند که نه تنها میزان مرگ بالایی را به خود اختصاص می‌دهند، بلکه باعث کاهش کیفیت زندگی می‌گردند. در این پژوهش نیز بیشترین کاهش در حیطة اجتماعی کیفیت زندگی رخ داده بود. به نظر می‌رسد بیماران قلبی به دلیل کاهش توان جسمی یا ترس از عود مجدد بیماری سعی می‌کنند از فعالیت‌های متداول و قلبی اجتماعی خود بکاهند و لذا کاهش کیفیت این بعد دور از انتظار نیست.

با توجه به این که بیماری‌های مزمن نظیر بیماری‌های قلبی عروقی بر جنبه‌های جسمی و روانی کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارند، کاربرد برنامه‌های آموزش مراقبت و درگیر کردن فرد در برنامه‌های درمانی و خودمراقبتی باعث افزایش توان مراقبتی و بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود. از این رو، دانستن عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی دارای اهمیت است. لذا در روند تعامل، حمایت، درمان و مراقبت از بیماران قلبی عروقی همواره باید به عوامل موثر بر کیفیت زندگی آنان توجه خاص مبذول داشت تا با شناسایی و مدیریت این عوامل بتوان اثربخشی راهبردهای حمایتی، مراقبتی و درمانی را افزایش داد.

در این مطالعه، میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده نسبت به میانگین گزارش شده در پژوهش جلیلیان و همکاران (۲۰۱۳) که میانگین نمره حمایت اجتماعی را در بیماران قلبی ۲۵/۰۲ گزارش کردند بالاتر بود. در تحقیق چراغی و همکاران (۲۰۱۲)، بیش از ۶۰ درصد افراد مورد مطالعه از سطح پایین حمایت اجتماعی درک شده برخوردار بودند. هتو و همکاران (۲۰۰۹) نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که بیماران قلبی عروقی از حمایت اجتماعی پایینی برخوردار هستند. وجود تفاوت‌ها در نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت در رویکرد محیط اجتماعی، به ویژه خانواده و دوستان، به مقوله حمایت از بیماران قلبی عروقی باشد. در پژوهش حاضر، نمونه مورد مطالعه از بیماران بستری بودند که به طور معمول به نظر می‌رسد در دوران بستری مورد توجه بیشتری قرار گرفته باشند، به نحوی که درک آنان را از حمایت اجتماعی افزایش داده است.

در این پژوهش، میانگین نمره خودکارآمدی افراد تحت مطالعه ۲۷/۱۹ با انحراف معیار ۶/۸۹ بود. تحقیق پاریداد و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که ۷۴/۹ درصد واحدهای پژوهش دارای خودکارآمدی عمومی مطلوب بودند. در مطالعه شفیع و همکاران (۲۰۱۵) نیز نمره کلی خودکارآمدی در واحدهای مورد پژوهش، ۲۱/۲۳ با انحراف معیار ۱۰/۳ بود. در مطالعه جلیلیان و همکاران (۲۰۱۳) نیز میانگین نمره خودکارآمدی عمومی، ۲۶/۹۷ بود که تقریباً مشابه تحقیق حاضر می‌باشد. به نظر می‌رسد در تحقیقات مشابه، بیماران قلبی عروقی از خودکارآمدی متوسطی برخوردارند؛ این در حالی است که بر اساس نتایج تحقیق هالووی و واتسون (۲۰۰۲) خودکارآمدی در تعدیل رفتارهای بیماران قلبی عروقی بسیار تاثیر دارد و می‌تواند منجر به کاهش بروز عوارض شدید و بستری شدن مکرر گردد. متوسط بودن سطح خودکارآمدی در بیماران قلبی عروقی می‌تواند ناشی از مشکلات جسمی آنها و تاثیر این مشکلات بر وضعیت روحی ایشان باشد، به نحوی که وضعیت مذکور بر الگوهای اندیشه و کنش‌های هیجانی آنها تاثیر گذاشته و شاید باعث شده است که باور کنند مشکل، حل نشدنی است؛ و این باوری است که تنیدگی، افسردگی و دیدی باریک‌بینانه ایجاد می‌کند. به لحاظ آسیب‌پذیری بیماران قلبی عروقی، خودکارآمدی، بحث وسیعی را در بین متخصصین ایجاد کرده است؛ باور خودکارآمدی عاملی مهم در نظام سازنده شایستگی آنان است، به همین دلیل، احساس خودکارآمدی، افراد را قادر می‌سازد در برخورد با موانع، با استفاده از مهارت‌ها، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهند. بنابراین، خودکارآمدی درک شده می‌تواند عاملی مهم برای انجام موفقیت‌آمیز عملکرد و مهارت‌های اساسی لازم برای انجام آن باشد.

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده رابطه مستقیم و معنی‌دار بین حیطه محیط کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی درک شده در بیماران مورد مطالعه بود. در تحقیق جلیلیان و همکاران (۲۰۱۳) نیز همبستگی معنی‌داری بین حمایت اجتماعی درک شده و ابعاد کیفیت زندگی، به جز بعد روانشناختی گزارش شد، به طوری که با افزایش میزان حمایت اجتماعی درک شده، میانگین نمره سلامت جسمی، سلامت محیطی، سلامت روانی و روابط اجتماعی افزایش می‌یافت. در پژوهش چراغی و همکاران (۲۰۱۲) نیز بین حمایت اجتماعی درک شده و کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی‌داری گزارش شد. یافته‌های مطالعه رامبد و رفیعی (۲۰۱۰) نیز نشان داد که حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری دارد. کارلز (۲۰۰۴) نیز در پژوهش خود به این نکته اشاره کرد که کیفیت زندگی پایین بیماران قلبی عروقی با کاهش حمایت اجتماعی بیماران همراه است. حمایت اجتماعی برای هر فرد، رابطه‌ای امن و اطمینان‌بخش به وجود می‌آورد که احساس صمیمیت و نزدیکی از ویژگی‌های اصلی آن است. درک حمایت اجتماعی در بیماران قلبی عروقی ضمن کاستن از هزینه‌ها، بستری شدن و عوارض ناشی از بیماری، به آنها برای ارتقای کیفیت زندگی نیز یاری می‌رساند. شدت و تعدد علایم بیماری برای این بیماران ماهیتی تهدیدکننده دارد و احساس قریب‌الوقوع بودن مرگ، سبب بروز اختلالات خلقی می‌گردد (چارسما و همکاران، ۱۹۹۹). در نتیجه، توجه ویژه به مقوله حمایت اجتماعی در بیماران قلبی عروقی بسیار مهم است. با توجه به نتایج، می‌توان بر تاثیرگذاری ابعاد کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی درک شده مهر تایید زد، به نحوی که هرچه این ابعاد از شرایط بهتری برخوردار باشند، کیفیت زندگی فرد بالاتر و در نتیجه حمایت اجتماعی درک شده بهتر خواهد بود که ضرورت توجه به مقوله حمایت اجتماعی را در این بیماران مورد تاکید قرار می‌دهد.

در خصوص رابطه کیفیت زندگی با خودکارآمدی نیز نتایج این مطالعه حاکی از رابطه مثبت و معنی‌دار کیفیت زندگی با خودکارآمدی در بیماران مورد مطالعه بود. در تحقیق جلیلیان و همکاران (۲۰۱۳) نیز همبستگی معنی‌داری بین کیفیت زندگی و خودکارآمدی عمومی وجود داشت، به طوری که با افزایش میزان خودکارآمدی عمومی، میانگین نمره سلامت جسمی، سلامت محیطی، سلامت روانی و روابط اجتماعی افزایش می‌یافت. نتایج مطالعه شفیع و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد که نمره خودکارآمدی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم دارد که این بدان معنی است که با بهبود کیفیت زندگی، خودکارآمدی افزایش می‌یابد. خودکارآمدی در تعدیل رفتارهای بیماران قلبی-عروقی بسیار تاثیرگذار است و می‌تواند منجر به کاهش بروز عوارض شدید و بستری شدن مکرر در ایشان گردد، لذا می‌تواند مورد توجه کادر درمانی و مراقبتی بیمار واقع شود. از محدودیت‌های این مطالعه پرسشگری در بیمارستان و همچنین، شرایط بیماران قلبی-عروقی بود که ممکن است بر پاسخ آنها به سؤالات تاثیر گذاشته باشد.

نتیجه‌گیری

بیماری‌های قلبی-عروقی به صورت یک عامل مستقل بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر منفی دارند؛ با وجود این، بهبود خودکارآمدی و حمایت اجتماعی می‌تواند در سازگاری بهتر بیماران با عوارض ناشی از بیماری و بهبود کیفیت زندگی آنان موثر باشد. به منظور بهبود کیفیت زندگی این دسته از بیماران توصیه می‌شود با گسترش شبکه‌های حمایت اجتماعی و پیوند دادن این افراد با اجتماع، خانواده و ایجاد حمایت‌های عاطفی و ایجاد محیطی صمیمی و بدون استرس، جهت ارتقای کیفیت زندگی و سلامت عمومی، گام‌های مفیدی برداشته شود. علاوه بر این، با آموزش مهارت‌های خودکارآمدی می‌توان زمینه‌های سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی را افزایش داد. علی‌رغم وجود تحقیقات متعدد درباره کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، پیچیدگی و گستردگی تعاریف و ابعاد کیفیت زندگی، اهمیت انجام پژوهش‌های نو در موضوع مورد بحث را بیش از پیش نمایان می‌سازد. همچنین، جهت روشن‌تر شدن ابعاد مختلف حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در این بیماران، لازم است بر اساس تعاریف متعدد و با استفاده از ابزارهای ویژه بیماران قلبی تحقیقات بیشتری انجام گیرد تا بتوان با کسب آگاهی و دانش در این زمینه، همگام با اجرای برنامه مراقبتی نسبت به ارتقای آن اهتمام ورزید.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از کادر بیمارستان‌های آموزشی و همچنین، تمامی بیماران مورد مطالعه قدردانی به عمل می‌آید.

منابع فارسی

- بیرانوند، م. کلاهی، ع. قافله‌باشی ح. خصوصیات و تشخیص نهایی بیماران با تشخیص اولیه سندرم کرونری حاد. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره دهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۸۷؛ ۷۶-۸۲.
- جلیلیان، م. مصطفوی، ف. شریفی‌راد، غ. ارتباط خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی درک شده با کیفیت زندگی بیماران قلبی-عروقی. مجله تحقیقات نظام سلامت. ۱۳۹۲؛ ۹(۵): ۱-۹.
- نوروززاده، حیدری. پیشگویی ابتلا به سندروم حاد کرونر بر اساس نشانه‌های گزارش شده در سالمندان. مجله علمی پژوهشی فیض دانشگاه علوم پزشکی کاشان. ۲۰۱۳؛ ۱۶(۶): ۵۵۹-۵۵۳.
- شجاعی، م. بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. حیات. ۲۰۰۹؛ ۱۴(۲): ۱۳-۵.
- بزازیان، س. رجب، ا. ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زندگی افراد دیابتی. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی. ۱۳۸۹؛ ۲۴(۱): ۳۲۸-۳۱۷.
- مروتی شریف آباد، م.ع. روحانی تنکابنی، ن. خودکارآمدی درک شده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۸۷؛ ۱۵(۴): ۹۱-۱۰۰.
- حسینی زاده، ع. همبستگی خودکارآمدی و راهبردهای مدیریت تعارض در پرستاران. مدیریت ارتقای سلامت. ۱۳۹۲؛ ۲(۴): ۲۳-۱۶.
- رجبی، غ. بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE-10) در دانشجویان روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت. اندیشه‌های نوین تربیتی. ۱۳۸۵؛ ۲(۱): ۱۱۱-۲۲.

حسینی، م.، عظیم‌زاده، ا.، همبستگی خودکارآمدی و راهبردهای مدیریت تعارض در پرستاران. مدیریت ارتقای سلامت دوره ۲، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۲؛ ۲۳-۱۶.

نجاتی صفا، ع. و همکاران. افسردگی، کیفیت زندگی و کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت. مجله دیابت و لیپید ایران. زمستان ۱۳۸۶؛ دوره ۷، شماره ۲، ۲۰۴-۱۹۵.

منابع انگلیسی

- Carels, R.A., 2004. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. *Qual Life Res*, Vol. 13, no. 1, PP, 63-72.
- Cheraghi, M.A., 2012. Davari Dolatabadi E, Salavati M, Moghimbeigi A. Association between Perceived Social Support and Quality of Life in Patients with Heart Failure. Vol. 25, no. 5, PP, 21-31.
- Heo, S., Lennie, T.A, Okoli, C., Moser, D.K., 2009. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. Vol. 38, no. 2, PP, 100-108.
- Hobbs, F.D., Kenkre, J.E., Roalfe, A.K., Davis, R.C., Hare, R., Davies, M.K., 2002. Impact of heart failure and left ventricular systolic dysfunction on quality of life: a cross-sectional study comparing common chronic cardiac and medical disorders and a representative adult population. *Eur Heart J*, Vol. 23, no. 23, PP, 1867-76.
- Holloway, A., Watson, H.E., 2002. Role of self-efficacy and behaviour change. *Int J Nurs Pract*, Vol. 8, no. 2, PP, 100
- Jaarsma, T., Halfens, R., Huijjer, Abu-Saad, H., Dracup, K., Gorgels, T., Van, Ree J., Stappers, J., 1999. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. *Eur Heart J*, Vol. 20, no. 9, PP, 673-82.
- Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zugck, C., Herzog, W., Haass, M., 2002 Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, Vol. 87, no. 3, PP, 235-41
- Kinsella, K., Phillips, D.R., 2005. Global Aging: The Challenge of Success. *Population Bulletin*, Population Reference Bureau, Vol. 60, no. 1, PP, 1-5.
- Leininger, M., 2002. Quality of life from a Transcultural cultural nursing perspective. *Nursing science Quarterly*, Vol. 7, no. 1, PP, 22-28.
- Mercer, S., Williams, M., 2014. Multiple perspectives on the self-efficacy in SLA: Multilingual Matters.
- Molly, G.Y., Jhonston, D.W., Witham, M.D., Family care giving and CHF. *Eur J HF*, Vol. 7, no. 4, PP, 592-9.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., Majdzadeh, S., 2006. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, Vol. 4, no. 4, PP, 1-12.
- Paryad, A., Asiri, S.H., 2012. Relationship between perception of illness and general self-efficacy in coronary artery disease patients. *Holist Nurs Midwifery*, Vol. 22, no. 1, PP, 1-8.
- Rambod, M., Rafii, F., 2010 Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *J NursScholarsh*, Vol. 42, no. 3, PP, 242-9.
- Sayers, S.L., Pawlowski, S., Coyne, J.C., Samaha, F.F., 2008 Social support and self-care of patients with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 35, no. 1, PP, 70-9.
- Shafiee, Z., Sima, B., 2015. Abdolah, N., Relationship between Self Efficacy and Quality of Life in Coronary Artery Bypass Graft Surgery in Isfahan Chamran Hospital. *Isfahan Iranian Journal of Surgery*, Vol. 22, no. 1, P, 8.

Original Article

Relationship of quality of life with general self-efficacy and perceived social support among people with Acute Coronary Syndrome (ACS)**Gheisar Salageghe¹, MSc***** Mansoor Arab², MSc****Mohammadreza Aflatonian³, PhD****Abstract**

Aim. The aim of this study was to examine the relationship of quality of life with general self-efficacy and perceived social support among people with Acute Coronary Syndrome (ACS) hospitalized in cardiac care unit of teaching hospitals in Kerman, Iran.

Background. Quality of life is considered as one of the important health indicators and components that is influenced by several variables.

Method. The present study is a descriptive correlational research in which 150 people with ACS who admitted to cardiac care unit of teaching hospitals in Kerman, Iran, were recruited by convenience sampling method. The instruments for data collection included Perceived Social Support questionnaire, Quality of Life questionnaire and General Self-efficacy questionnaire. Data were analyzed using SPSS version 18.

Findings. The mean age of the participants was 56.74 ± 11.63 . The mean score of quality of life, self-efficacy and perceived social support were 84.82 ± 12.32 , 27.19 ± 6.89 , and 63.58 ± 13.1 , respectively. There was a statistically significant direct association of general self-efficacy and perceived social support with dimensions of quality of life.

Conclusion. General self-efficacy and perceived social support have great impact on quality of life in people with ACS. It is recommended to consider these concepts in taking care of these people.

Keywords: Acute coronary syndrome, Quality of life, Perceived social support, Self-efficacy

1 Research Center for Tropical and Infectious Diseases, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2 Research Center for Tropical and Infectious Diseases, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran (* Corresponding author) email: marab112004@yahoo.com

3 Assistant Professor, Research Center for Tropical and Infectious Diseases, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran