نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

مقاله پژوهشی اصیل

معادلات ساختاری رابطه خودکارآمدی با کیفیت زندگی و نقش میانجی استرس درک‌شده در افراد با بیماری قلبی‌عروقی

منیر جاور[۱]، دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت
*** امین رفیعی‌پور[۲]، دکتری روان‌شناسی**
مهرداد ثابت[۳]، دکتری روان‌شناسی

خلاصه

هدف. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای استرس درک‌شده در رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در افراد با بیماری قلبی‌عروقی انجام شد.

زمینه. بیماری قلبی‌عروقی به عنوان یک وضعیت جسمی مزمن و ناتوان‌کننده، از شایع‌ترین علل مرگ است و می‌تواند کیفیت زندگی فرد را متاثر سازد. در همین راستا، لازم است متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی در این بیماران شناسایی شوند.

روش کار. مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی‌همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد با بیماری قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های قلب و مراکز بازتوانی قلب تهران در سال ۱۳۹۸ بود که از این جامعه، تعداد ۱۵۱ نفر بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی سالیوان، پرسشنامه استرس درک‌شده کوهن و مقیاس کیفیت زندگی (SF-36) بود.

یافته‌ها. نتایج پژوهش نشان داد که درک منفی از استرس و درک مثبت از استرس با ابعاد کیفیت زندگی، به ترتیب دارای رابطه منفی و مثبت معنادار بودند. خودکارآمدی با ابعاد کیفیت زندگی دارای رابطه مثبت معنادار بود. همچنین، استرس درک‌شده در رابطه بین خودکارآمدی با ابعاد کیفیت زندگی دارای نقش میانجی بود.

نتیجه‌گیری. بر اساس یافته‌های این مطالعه، به منظور ارتقای کیفیت زندگی افراد با بیماری قلبی‌عروقی می‌توان به تدوین برنامه‌هایی در جهت تقویت خودکارآمدی و کاهش استرس اقدام نمود.

کلیدواژه‌ها: بیماری قلبی عروقی، خودکارآمدی، استرس، کیفیت زندگی

۱ گروه روان‌شناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران
۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: rafiepoor@pnu.ac.ir
۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

مقدمه

بیماری قلبی‌عروقی یکی از شایع‌ترین عوارض قلبی و به عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده شناخته می‌شود (اینرسون و همکاران، ۲۰۱۸). این بیماری ممکن است در اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونری قلب ایجاد می‌شود که مهمترین اختلال قلبی‌عروقی و یک مشکل مربوط به سلامتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته است. تحولات سریع اقتصادی اجتماعی در سال‌های اخیر در بسیاری از کشورهای شرق مدیترانه و خاورمیانه، از جمله ایران، موجب شده است که بیماری‌های قلبی‌عروقی به عنوان یک مشکل عمده سلامتی و اجتماعی به شمار آید؛ که ابعاد آن به سرعت در حال افزایش است (برومند و همکاران، ۱۳۹۳). در حال حاضر، بیماری قلبی یکی از شایع‌ترین بیمارهای مزمن و مهمترین علت بستری افراد در بیمارستان و یکی از عوامل اصلی مرگ در جهان محسوب می‌شود (ساهو و همکاران، ۲۰۱۸). در شروع قرن بیستم، بیماری قلبی عروقی کمتر از ۱۰ درصد موارد مرگ در جهان را موجب می‌شد؛ اما از اواخر قرن بیستم تاکنون، این بیماری علت نزدیک به نیمی از موارد مرگ در کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵ درصد از موارد مرگ در سایر کشورهای جهان محسوب می‌شود (جبریب و همکاران، ۲۰۱۵). بیماری‌های قلبی‌عروقی علاوه بر ایجاد مشکلات جسمی، می‌تواند موجب بروز اختلالات قابل توجه در وضعیت روانی مانند اضطراب، افسردگی و نگرانی شود. این عوارض به همراه ماهیت مزمن، پیش‌رونده و غیرقابل برگشت بیماری دارای تبعات منفی متعددی برای بیماران هستند که با متاثر ساختن همه ابعاد زندگی فردی و اجتماعی، از مهمترین دلایل افت کیفیت زندگی در آنها به حساب می‌آید (استانیوت، برازیاتین و بونویسیوس، ۲۰۱۳؛ استانیوت و همکاران، ۲۰۱۵).

کیفیت زندگی یک مفهوم نسبی متاثر از زمان و مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است که با اهداف متفاوتی در تحقیقات مختلف مورد توجه قرار می‌گیرد (سمدما، ۲۰۲۰). برخی کیفیت زندگی را عنوانی برای مفهوم بهزیستی مادی و روانی فرد در محیط زندگی خود دانسته (پاریتز و همکاران، ۲۰۱۸) و برخی دیگر، آن را رضایت همه‌جانبه افراد از زندگی تعریف می‌کنند (امیدی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین، کیفیت زندگی را اندازه‌گیری ویژگی‌های عینی و ذهنی از زندگی می‌دانند که به میزان تامین نیازهای مورد نیاز انسان و درک افراد از بهزیستی ذهنی اشاره دارد (ترویزان و همکاران، ۲۰۱۷). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۴)، کیفیت زندگی دارای چهار بعد سلامت جسمی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت‌شان در زندگی، در زمینه فرهنگی و سیستم‌های ارزشی است که در آن زندگی می‌کنند، و با احساس ذهنی آنها از اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق‌شان در ارتباط است.

نارسایی قلبی به عنوان پیامد نهایی در بسیاری از موارد بیماری قلبی‌عروقی، با ۵۰ درصد نرخ مرگ پنج ساله، بروز بالای مرگ ناگهانی، عوارض جسمی و روانی، افت پیش‌رونده عملکرد، و در نهایت کاهش کیفیت زندگی همراه است (عباسی و همکاران، ۱۳۹۵). بر اساس مطالعات، کیفیت زندگی افراد دچار نارسایی قلبی نسبت به جمعیت عمومی و سایر بیماران مزمن کمتر است (ترویزان و همکاران، ۲۰۱۷؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۵؛ افشارنیا و بیرامی، ۱۳۹۷)، زیرا ابعاد مختلف زندگی این بیماران اعم از ابعاد جسمی، روانی، هیجانی، خانوادگی و اجتماعی تحت تاثیر بیماری قرار می‌گیرد (واردو و همکاران، ۲۰۱۹). مجموع این کاستی‌ها با ایجاد محدودیت در فعالیت‌های روزمره و انجام امور فردی و اجتماعی موجب ضعف در کیفیت زندگی می‌شود (واردو و همکاران، ۲۰۱۹). نشان داده شده است که بیماری قلبی‌عروقی با پیش‌آگهی ضعیف، محدودیت در فعالیت جسمی، محدود شدن تعاملات اجتماعی، ایجاد دیسترس روانی، کاهش نشاط و سرزندگی، افزایش وابستگی، و بازنشستگی زودس همراه است و می‌تواند تمام ابعاد کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد (نیولند، لانسفورد و فلاک، ۲۰۱۷). تضعیف کیفیت زندگی، دارای تبعات منفی متعددی است و نه تنها اثر منفی بر عملکرد فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی دارد، بلکه احتمال بستری شدن، تشدید بیماری و مرگ ناشی از آن را افزایش می‌دهد (نیولند و همکاران، ۲۰۱۷). بر همین اساس و با توجه به اینکه کیفیت زندگی در بیماران قلبی‌عروقی در معرض آسیب قرار دارد و از طرف دیگر، ضعف در کیفیت زندگی با تبعات منفی متعدی همراه است، باید به دنبال شناسایی عواملی بود که می‌تواند به صورت مستقیم یا غیرمستقیم بر تقویت یا تضعیف کیفیت زندگی در این افراد موثر باشد. خودکارآمدی از جمله متغیرهایی است که احتمالا می‌تواند کیفیت زندگی را به شکلی مثبت متاثر سازد.

خودکارآمدی را به معنای توانایی درک‌شده فرد در انطباق با موقعیت‌های مشخص و به قضاوت افراد درباره توانایی خود در انجام یک کار یا انطباق با یک موقعیت خاص تعریف کرده‌اند. خودکارآمدی به عنوان قضاوت افراد درباره توانایی خود برای سازمان‌دهی افکار،

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

احساسات و اعمال برای ایجاد نتایج مطلوب است (پانادرا، چانسون و باتلا، ۲۰۱۷) و بر تلاش و پشتکار صرف‌شده برای یک کار تاثیر می‌گذارد (کلاسین و لینچ، ۲۰۰۷). خودکارآمدی درک‌شده توسط فرد، مولفه‌ای مهم در عملکرد فرد قلمداد می‌شود، زیرا به عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی فرد عمل می‌نماید (بندورا، ۱۹۹۳) و از این رو، با احساس عزت نفس، ارزش خود، احساس کفایت و کارایی در برخورد با مشکلات زندگی ارتباط مستقیم دارد. احساس خودکارآمدی بالا، ترس از شکست را کاهش می‌دهد و توانایی حل مساله و تفکر تحلیلی را بهبود می‌بخشد. افراد دارای خودکارآمدی بالا از لحاظ احساس شایستگی، انگیزش درونی، قدرت انتخاب و تعهد به اهداف و داشتن پشتکار در برابر تکالیف چالش‌برانگیز، در سطح بالاتری نسبت به افراد دارای خودکارآمدی پایین قرار دارند؛ چنین افرادی مشکلات را به جای تهدید، چالش می‌دانند و فعالانه در جست‌وجوی موقعیت‌های تازه هستند (آکین و همکاران، ۲۰۰۸).

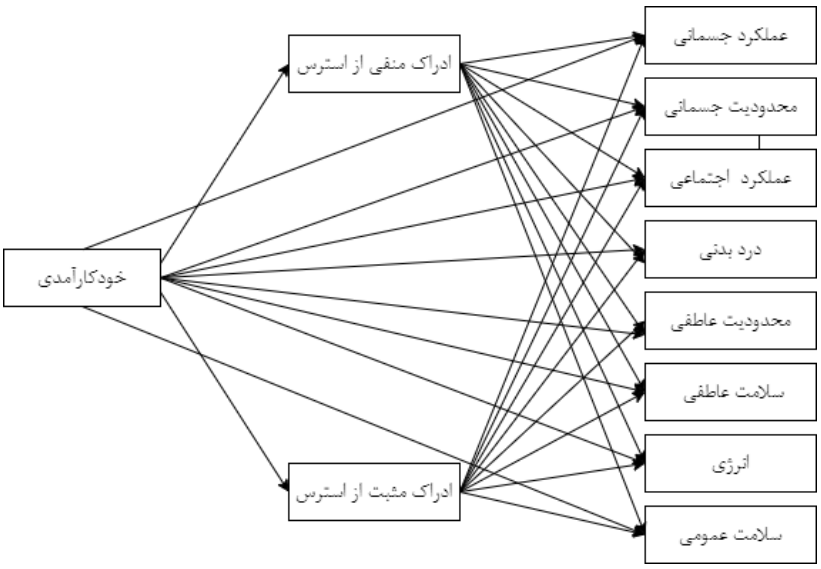
برخی از محققان از وجود رابطه مستقیم بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی گزارش می‌دهند و بر این موضوع تاکید دارند که افراد با خودکارآمدی بالاتر به دلیل برخورداری از احساس شایستگی و کفایت درونی و اطمینان از توانایی خود در مقابله با شرایط مختلف، در موقعیت‌های چالش‌برانگیز، موفق عمل کرده و قادر هستند با غلبه بر سختی‌هایی مانند بیماری و محدودیت‌های ناشی از آن، کیفیت زندگی خود را حفظ کنند و ارتقاء بخشند (پیترز و همکاران، ۲۰۱۹؛ خضرلو و همکاران، ۱۳۹۸؛ زارعی نژاد و همکاران، ۱۳۹۷؛ کیایی و همکاران، ۱۳۹۵). برخی دیگر نیز درباره خودکارآمدی و نقش آن در بهبود وضعیت جسمی و روانی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری قلبی و سرطان، بر اهمیت خودکارآمدی در افراد به عنوان یک ظرفیت مهم روانی در مقابله با استرس و کاهش آن تأکید دارند (ساربانی، علی‌محمدزاده و حجتی، ۱۳۹۶؛ هرتز، خالد و استنون، ۲۰۱۷) و به بیان دیگر، خودکارآمدی را قابلیتی روانی می‌دانند که فرد را قادر می‌سازد تا با اطمینان از توانایی خود در مقابله با موانع و محدودیت‌ها، در شرایط محدودکننده مانند ابتلا به یک بیماری مزمن کمتر احساس تهدید نماید و دچار استرس شود. این در حالی است که نتایج برخی از مطالعات بیانگر رابطه عکس استرس درک‌شده و کیفیت زندگی هستند و بر این موضوع تاکید دارند که تجربه استرس شدید در درازمدت می‌تواند با افت کیفیت زندگی همراه باشد (بیشاپ–فیتسپاتریک، مزفسکی و ایک، ۲۰۱۸؛ لابراگو و همکاران، ۲۰۱۸؛ دلگادو، ۲۰۰۷). بنابراین، به نظر می‌رسد خودکارآمدی می‌تواند در بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی در افراد با بیماری قلبی‌عروقی نقش موثری داشته باشد و این فرایند، احتمالا از طریق کاهش استرس درک‌شده رخ می‌دهد و به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد استرس درک‌شده در ارتباط بین خودکارآمدی و کیفیت زندگ دارای نقش واسطه‌ای است.

استرس را می‌توان فشار دردناک یا مخالفی دانست که هم بر وضعیت جسمی و هم بر حالات هیجانی، پریشانی و تنش را تحمیل می‌کند (اکینو و همکاران، ۲۰۲۰). برخی استرس را به عنوان شرایطی می‌دانند که در آن، بین الزامات و تقاضاهای تحمیل‌شده بر فرد و توانایی فرد در واکنش به این تقاضاها، تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. استرس می‌تواند مثبت یا منفی باشد. گونه مثبت استرس می‌تواند عملکرد و انگیزه فرد را ارتقاء دهد و هیجان ایجاد کند. استرس مثبت نوعی استرس قابل کنترل است و نه تنها فرد را آشفته نمی‌کند، بلکه می‌تواند موجب اراده و خواست موفقیت و موثر بودن شود، و همچنین، انگیزه بهتر کار کردن را ایجاد کند. به‌علاوه، برخلاف انواع منفی استرس، استرس مثبت معمولا برای طولانی‌مدت باقی نمی‌ماند. این گونه فشار روانی اگر خیلی کم باشد، زندگی ممکن است کسالت‌بار شود. این در حالی است که استرس و فشار روانی اگر جنبه تهدیدی شدید، طولانی‌مدت و ناتوان‌کننده به خود بگیرد و برای فرد غیرقابل تحمل باشد، استرس منفی تلقی می‌شود و می‌تواند به سلامتی آسیب برساند. لازاروس و فالکمن (۱۹۸۴) استرس را یک رابطه اختصاصی بین فرد و محیط می‌دانند که از طریق آن، فشار ارزیابی‌شده، از حد منابع و توانایی فرد فراتر رفته و سلامتی او در معرض خطر قرار گرفته است. در این تعریف، تاکید بر آن است که استرس به یک رابطه فشارزا بین فرد و محیط اشاره دارد و وقتی فرد در کنارآمدن با این شرایط ناتوان است، به مشکلات روانی و جسمی مبتلا می‌شود. بنابراین، استرس، حالتی پویا در ارگانیسم است و نه یک محرک ناگهانی با بار هیجانی، نشانه یا جنبه‌ای از محیط بیرونی، درونی و اجتماعی (اورلا و همکاران، ۲۰۰۳). بر اساس نظریه شناختی هیجانی، استرس در صورتی ظاهر می‌شود که شخص موقعیتی را چالش‌برانگیز و تهدیدکننده ارزیابی کند یا منبع کافی برای سازگاری با این موقعیت در اختیار نداشته باشد (لابراگو و همکاران، ۲۰۱۸). بدین ترتیب، تفسیر فرد از نوع و شدت واقعه بالقوه تهدیدکننده، تعیین‌کننده واکنش‌های جسمی و هیجانی به آن رویداد است (اکینو و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می‌دهند که میزان تجربه استرس در بیماران قلبی‌عروقی، بیش از میزان استرس در افراد سالم است (کارد و همکاران، ۲۰۱۴؛

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

کوهن، ادماندسون و کورنیش، ۲۰۱۵) و از طرف دیگر برخی از مطالعات گویای ارتباط بین استرس با عوارضی همچون پرفشاری خون، افزایش ضربان قلب و سایر پیامدهای قلبی هستند. به طور مثال، در مطالعه‌ای، واکنش ضربان قلب و فشار خون گروهی از افراد سالم و گروهی از افراد مبتلا به بیماری قلبی‌عروقی را نسبت به استرسورهای آزمایشی مورد بررسی قرار دادند (استانیوت و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج نشان داد واکنش‌های ضربان قلب و فشار خون حاصل از اثر استرس با شدت ایسکمی شریانی رابطه دارد و بیمارانی که دارای پیش‌زمینه بیماری بودند، در مقابل تغییر ضربان قلب و فشار خون در معرض خطر بیشتری بودند.

بیماری قلبی‌عروقی به عنوان یک اختلال مزمن، پیش‌رونده و ناتوان‌کننده مطرح است و می‌تواند با ایجاد محدودیت‌های بسیار در زمینه‌های مختلف جسمی، روانی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی و افت کیفیت زندگی همراه باشد. این در حالی است که کیفیت زندگی بالا می‌تواند به افراد با بیماری قلبی‌عروقی در سازگاری با بیماری و ناتوانی‌ها و محدودیت‌های ناشی از آن کمک کند. از سوی دیگر، این بیماری به واسطه ایجاد محدودیت‌های مختلف و ناتوانی می‌تواند منشاء افزایش استرس در فرد باشد که احتمالا این بار استرس، خود می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی شود. بنابراین، در راستای شناسایی عواملی که می‌توانند در برابر چنین شرایط استرس‌زایی به عنوان منبع حمایتی و حفاظتی عمل کنند و از شدت استرس در این بیماران بکاهند، به نظر می‌رسد که خودکارآمدی و پیامدهای مثبت آن می‌تواند در کاهش فشارهای ناشی از بیماری و تبعات آن نقش حیاتی و مهمی داشته باشد و در واقع، از طریق کاهش استرس می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی در این بیماران شود. به عبارت دیگر، از یک سو استرس درک‌شده متغیری است که می‌تواند به کاهش سطح کیفیت زندگی بیانجامد و از سوی دیگر، خودکارآمدی متغیری است که با ایجاد حس اعتماد به توانایی خود در غلبه بر مشکلات می‌تواند به کاهش سطح استرس کمک کند. بر این اساس، به نظر می‌رسد که استرس درک‌شده می‌تواند در رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی دارای نقش میانجی باشد (شکل شماره ۱). این مطالعه به بررسی نقش میانجی استرس درک‌شده در رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی عروقی می‌پردازد.



شکل شماره ۱: مدل مفهومی نقش واسطه‌ای استرس درک‌شده در رابطه بین خودکارآمدی با کیفیت زندگی در افراد با بیماری قلبی‌عروقی

مواد و روش‌ها

با توجه به هدف پژوهش حاضر که تعیین روابط علّی بین خودکارآمدی، استرس درک‌شده و کیفیت زندگی بود، این مطالعه با طراحی توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر همه افراد دچار بیماری قلبی-عروقی در سال ۱۳۹۸ بودند که به بیمارستان‌های قلب و مراکز بازتوانی قلب تهران مراجعه کرده بودند و با استناد به پرونده بیمار و بر اساس تشخیص یک متخصص قلب و نتیجه اکوکاردیوگرافی، بیماری قلبی‌عروقی برایشان تشخیص داده شد. برای انتخاب نمونه پژوهش، از روش نمونه‌گیری در دسترس و اساس بر معیارهای ورود به مطالعه استفاده شد، به این صورت که از بین افراد با بیماری

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

قلبی‌عروقی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های قلب و مراکز بازتوانی، تعداد ۱۵۱ نفر بر اساس معیارهای به عنوان نمونه مطالعه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به هر یک از انواع بیماری قلبی‌عروقی (بیماری عروق کرونر، نارسایی قلبی، سکته قلبی، آریتمی قلبی، کاردیومیوپاتی، مشکلات دریچه قلبی، میگزوم و مشکلات قلبی مادرزادی)، قرار داشتن در رده سنی ۸۰-۱۸ سال، داشتن حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن، گذشتن حداقل ۲ ماه از زمان تشخیص بیماری بودند. معیارهای خروج از پژوهش شامل قرار داشتن تحت اقدامات طبی یا وضعیت پزشکی مانند عمل جراحی که فرد را برای شرکت در مطالعه غیر واجد شرایط بسازد، سابقه یا ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی (مانند اختلالات سایکوتیک، دو قطبی و افسردگی اساسی، اختلالات عصبی‌شناختی و سوء مصرف مواد)، و ابتلا به بیماری جسمی جدی دیگر به غیر از بیماری قلبی‌عروقی (مانند سرطان) بودند. تعداد ۲۷۰ بیمار قلبی‌عروقی برای شرکت در مطالعه حاضر در نظر گرفته شدند و پرسشنامه بین آنها توزیع شد که در نهایت، تعداد ۱۵۱ پرسشنامه دریافت و داده‌های‌شان وارد تحلیل شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس کیفیت زندگی ویر و شربون (۱۹۹۲)، پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی سالیوان (سالیوان و همکاران، ۱۹۹۸)، و پرسشنامه استرس درک‌شده کوهن (کوهن، کمارک و مرملستین، ۱۹۸۳) استفاده شد. اعتبار و پایایی مقیاس کیفیت زندگی ویر و شربون در گروه‌های مختلف افراد سالم و بیمار مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. در این مطالعه، از فرم ۳۶ سئوالی مقیاس کیفیت زندگی استفاده شد که هشت قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش جسمی، محدودیت در ایفای نقش عاطفی، سلامت روانی، انرژی و سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه همچنین دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مولفه جسمی که بُعد جسمی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مولفه روانی که بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌کند. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین صفر تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی طی پژوهش‌های اصغری مقدم و فقیهی (۱۳۸۲) و منتظری، گشتاسبی، و وحدانی‌نیا (۱۳۸۴) مورد تایید قرار گرفته است و ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته، بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین، این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید.

پرسشنامه خودکارآمدی بیماران قلبی سالیوان برای سنجش باور فرد به توانایی خود در کنترل بیماری و اجرای دستورات دارویی طراحی گردید (آقامحمدی و همکاران، ۱۳۹۵). روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش‌های داخل و خارج کشور مورد تایید قرار گرفته است. این ابزار جهت بررسی خودکارآمدی در بیماران قلبی مورد استفاده قرار می‌گیرد و دارای دو بعد کنترل علایم و حفظ عملکرد است. این پرسشنامه دارای ۱۶ گویه است که میزان خودکارآمدی بیمار را در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا ۴ ("اصلا اطمینان ندارم" با امتیاز صفر، "کم" با امتیاز ۱، "متوسط" با امتیاز ۲، "زیاد" با امتیاز ۳، و "خیلی زیاد" با امتیاز ۴) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره کل این پرسشنامه بین صفر تا ۵۲ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بهتر است. نمرات صفر تا ۱۹ به عنوان خودکارآمدی ضعیف، نمرات ۲۰ تا ۳۸ به عنوان خودکارآمدی متوسط، و نمرات ۳۹ تا ۵۲ به عنوان خودکارآمدی خوب محسوب می‌شود. پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ۰/۸۷ برای نشانگان کنترل و عملکرد نگهداری که دو بعد این پرسشنامه را شامل می‌شود گزارش شده است (فورس و همکاران، ۲۰۱۵). در مطالعه بابایی و برومند (۱۳۹۵)، روایی این ابزار مورد تایید قرار گرفته و پایایی آن با روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ به میزان ۰/۹۷۷ تایید شده است.

مقیاس استرس درک‌شده کوهن دارای ۱۴ گویه است و هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هیچ، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود، و این گزینه‌ها به ترتیب نمره صفر، ۱، ۲، ۳ و ۴ می‌گیرند. این مقیاس دو خرده مقیاس را می‌سنجد: الف) خرده مقیاس ادراک منفی از تنیدگی، و ب) خرده مقیاس ادراک مثبت از تنیدگی. ضرایب پایایی مربوط به همسانی درونی این مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک مصرف سیگار در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ به دست آمده است. همچنین، نمره مقیاس تنیدگی درک‌شده به طور معنی‌داری با نمرات مقیاس‌های رویدادهای زندگی، نشانه‌های افسردگی و جسمی، اضطراب اجتماعی و رضایت پایین از زندگی همبستگی دارد که نشان‌دهنده روایی آن است (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). در پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) ضرایب پایایی مربوط به همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه‌های ادراک مثبت از تنیدگی، ۰/۷۱ و برای ادراک منفی از تنیدگی، ۰/۷۵ به دست آمد. ضمن اینکه ضریب آلفا برای کل نمرات پرسشنامه، ۰/۸۴ محاسبه شد. همچنین، احمدیان (۱۳۹۱) با استفاده از روش تحلیل عاملی نشان داد که ضرایب

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

همبستگی به دست آمده برای ادراک مثبت از تنیدگی، در دامنه ۰/۴۹ تا ۰/۷۰ و برای ادراک منفی از تنیدگی، در دامنه ۰/۵۲ تا ۰/۷۷ و ضرایب همبستگی برای ادراک تنیدگی کل، در دامنه ۰/۵۱ تا ۰/۷۸ قرار داشت. در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر با بهره‌گیری از نرم افزار ایموس استفاده شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۱۵۱ فرد با بیماری قلبی‌عروقی انجام شد. از ۱۵۱ فرد شرکت‌کننده در مطالعه، ۳۳ نفر زن و ۱۱۸ نفر مرد بودند. میانگین سنی نمونه‌ها ۶۰/۲۷ سال با انحراف معیار ۱۱/۳۴ بود. میانگین طول مدت بیماری، ۵/۷۱ سال با انحراف معیار ۶/۳۹ بود. نتایج مربوط به ماتریس همبستگی متغیرهای خودکارآمدی، استرس درک‌شده و کیفیت زندگی در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱: ماتریس همبستگی خودکارآمدی، استرس درک‌شده و کیفیت زندگی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱) سلامت عمومی	۱										
۲) درد	۰/۲۹**	۱									
۳) کارکرد اجتماعی	۰/۳۹**	۰/۴۶**	۱								
۴) سلامت عاطفی	۰/۲۶**	۰/۰۵	۰/۱۸*	۱							
۵) انرژی	۰/۲۱**	۰/۰۸	۰/۲۳**	۰/۷۷**	۱						
۶) کارکرد جسمی	۰/۳۵**	۰/۵۱**	۰/۳۰**	۰/۱۳	۰/۰۸	۱					
۷) محدودیت عاطفی	۰/۲۶**	۰/۴۹**	۰/۴۲**	۰/۱۸*	۰/۱۲	۰/۳۳**	۱				
۸) محدودیت جسمی	۰/۲۸**	۰/۶۶**	۰/۴۲**	۰/۰۸	۰/۰۵	۰/۴۸**	۰/۶۵**	۱			
۹) خودکارآمدی	۰/۱۸*	۰/۲۸**	۰/۳۰**	۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۳۲**	۰/۲۰*	۰/۲۱**	۱		
۱۰) ادراک منفی از استرس	-۰/۳۶**	-۰/۲۴**	-۰/۲۳**	-۰/۱۲	-۰/۰۲	-۰/۲۸**	-۰/۲۸**	-۰/۳۲**	-۰/۲۵**	۱	
۱۱) ادراک مثبت از استرس	۰/۳۷**	۰/۲۷**	۰/۳۶**	۰/۱۳	۰/۰۹	۰/۲۴**	۰/۲۶**	۰/۲۳**	۰/۳۳**	۰/۲۹**	۱

همان طور که نتایج مندرج در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، از بین ابعاد کیفیت زندگی، ضریب همبستگی سلامت عمومی (۰/۱۸*)، درد بدنی (۰/۲۸**)، کارکرد اجتماعی (۰/۳۰**)، کارکرد جسمی (۰/۳۲**)، محدودیت عاطفی (۰/۲۰*) و محدودیت جسمی (۰/۲۱**) با خودکارآمدی معنادار است. همچنین، ضریب همبستگی ادراک منفی از استرس با خودکارآمدی (-۰/۲۵**) با ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت عاطفی (-۰/۱۲) و انرژی (-۰/۰۲) در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. ضریب همبستگی ادراک مثبت از استرس با خودکارآمدی (۰/۳۳**) و تمام ابعاد کیفیت زندگی به جز سلامت عاطفی (۰/۱۳) و انرژی (۰/۰۹) در سطح ۰/۰۱ معنادار بود.

قبل از تحلیل داده‌ها، برای اطمینان از اینکه داده‌ها مفروضه‌های زیربنایی مدل معادلات ساختاری را برآورده می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. جهت بررسی داده‌های پرت تک‌متغیری، نمرات متغیرها محاسبه شد و نتایج نشان داد که نمرات ۴ آزمودنی، دارای انحراف معیار بالاتر یا پایین‌تر از میانگین است و بنابراین، داده‌های این افراد در تحلیل فرضیه‌ها حذف شدند. جهت بررسی داده‌های پرت چندمتغیری، فاصله ماهالانوبیس برای متغیرهای پیش‌بین محاسبه شد. کمترین و بیشترین مقدار فاصله ماهالانوبیس در مورد متغیرهای این فرضیه، به ترتیب، ۰/۰۱ و ۹/۱۳ به دست آمد و با توجه به اینکه بیشترین مقدار فاصله ماهالانوبیس از مجذور کای جدول با درجه آزادی مرتبط با این فرضیات کوچکتر است، لذا وجود داده‌های پرت چندمتغیری در داده‌های جمع‌آوری شده مشهود نیست. جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از کجی و کشیدگی متغیرها و آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

ضریب کجی و ضریب کشیدگی نشان داد با توجه به معیار نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی و ضریب کشیدگی کوچکتر از ۳ هستند و لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نیست. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نیز گویای نرمال بودن توزیع پراکندگی متغیرهای پژوهش بود.

جهت آزمودن الگوی پیشنهادی نقش میانجی استرس درک‌شده در ارتباط خودکارآمدی با ابعاد کیفیت زندگی در افراد با بیماری قلبی‌عروقی، از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی در جدول شماره ۲ گزارش شده است. هرچه مقدار مجذور کای از صفر بزرگتر باشد، برازندگی مدل کمتر می‌شود و در واقع، مجذور کای معنی‌دار، تفاوت معنی‌دار بین کوواریانس‌های مفروض و مشاهده شده را نشان می‌دهد. با وجود این، چون در فرمول مجذور کای، حجم نمونه در نظر گرفته می‌شود، مقدار آن در مورد نمونه‌های بزرگ متورم می‌شود و معمولا به لحاظ آماری معنی‌دار می‌گردد. به این دلیل، بسیاری از پژوهشگران مجذور کای را نسبت به درجه آزادی آن مورد بررسی قرار می‌دهند و معمولا نسبت این دو مقدار عددی را به عنوان یک شاخص سرانگشتی نیکویی برازش استفاده می‌کنند. همچنین، شاخص‌های مهم دیگر مانند GFI، AGFI، IFI، TLI، CFZI، و NFI نیز در جدول شماره ۲ گزارش شده است. در این شاخص‌ها، برازش ۰/۹ به بالا قابل قبول تلقی می‌شود. شاخص مناسب دیگر، شاخص میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) است که بر اساس آن، مقدار کمتر از ۰/۰۸ قابل قبول است و برای مدل‌های بسیارخوب، مقدار ۰/۰۵ و کمتر در نظر گرفته می‌شود.

جدول شماره ۲: شاخص‌های برازش مدل نقش واسطه‌ای استرس در رابطه خودکارآمدی و کیفیت زندگی

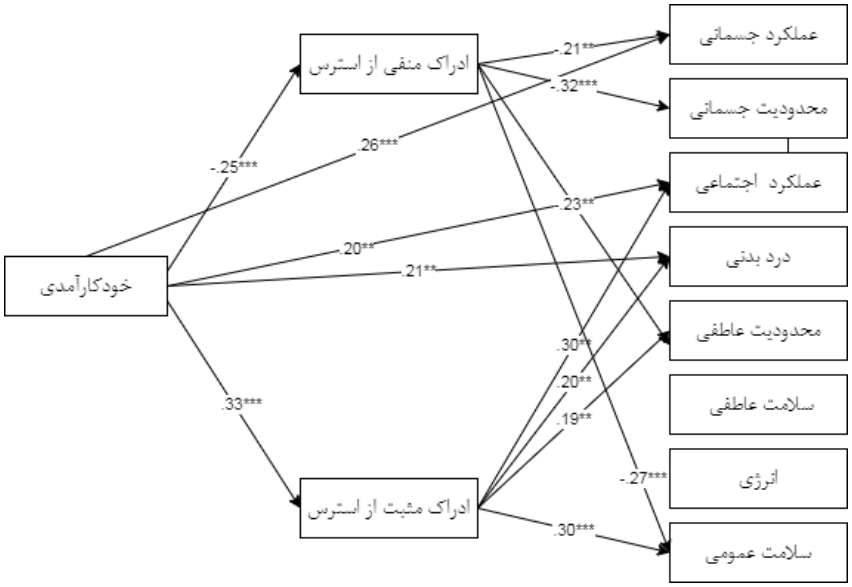
NFI	IFI	TLI	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	X^2/df	P	df	X^2
۰/۹۵	۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۹۶	۰/۸۸	۰/۹۳	۰/۰۶	۱/۵۹	<۰/۰۱	۴۲	۶۷/۱۰

با توجه به اطلاعات مربوط به جدول شماره ۲، مقدار مجذور کای برابر با ۶۷/۱۰ بود که در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. با توجه به بالا بودن حجم نمونه پژوهش، از نسبت مجذور کای دو به درجه آزادی استفاده شد. بر اساس این شاخص، عدد حاصل از این نسبت نباید بیش از ۳ باشد تا الگو مورد تایید قرار گیرد. با توجه به اینکه نسبت مجذور کای دو به درجه آزادی برابر ۱/۵۹ و کمتر از ۳ به دست آمد، می‌توان گفت که داده‌های موجود، با الگوی فرضی مطابقت دارند. با توجه به شاخص‌های ارزیابی برازندگی الگو، به ویژه نسبت مجذور کای دو به درجه آزادی، شاخص GFI برابر با ۰/۹۳، شاخص AGFI برابر با ۰/۸۸، شاخص CFI برابر با ۰/۹۶، شاخص TLI برابر با ۰/۹۴، شاخص IFI برابر با ۰/۹۰، شاخص NFI برابر با ۰/۹۵، و شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۶ می‌توان گفت الگو از برازش خوبی برخوردار است. در مدل مفهومی فرض می‌شود که خودکارآمدی از طریق استرس درک‌شده با ابعاد کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، محدودیت عاطفی، سلامت عاطفی، نشاط (انرژی) و سلامت عمومی رابطه دارد. شکل شماره ۱ مسیرهای مربوط به مدل فرضی نقش واسطه‌ای استرس درک‌شده در رابطه خودکارآمدی با ابعاد کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. در این مدل اولیه، به دلیل اینکه برخی ضرایب مسیر معنادار نشدند، این مسیرها به منظور برازش بهتر مدل با داده‌ها حذف شدند. شکل شماره ۲، مسیرهای مدل فرضی نقش واسطه‌ای استرس درک‌شده در رابطه خودکارآمدی با ابعاد کیفیت زندگی را بعد از اصلاح نشان می‌دهد.

پس از بررسی و تایید الگو، برای آزمون معناداری فرضیه‌ها از دو شاخص جزیی نسبت بحرانی CR و P استفاده شده است. بر اساس سطح معناداری ۰/۰۵، مقدار بحرانی باید بیشتر از ۱/۹۶ یا کمتر از ۱/۹۶- باشد و مقدار پارامتر غیر از این، در الگو مهم شمرده نمی‌شود. مقادیر کوچکتر از ۰/۰۵ برای مقدار P حاکی از تفاوت معنادار مقدار محاسبه‌شده برای وزن‌های رگرسیونی با مقدار صفر در سطح ۹۵ درصد است. بنابراین، تمام مسیرهای مورد گزارش در جدول شماره ۳، به جز مسیر ادراک مثبت از استرس بر کارکرد جسمی، از لحاظ آماری در سطح حداقل ۰/۰۵ معنادار هستند.

برای تعیین معنی‌داری روابط واسطه‌ای و اثر غیرمستقیم متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته از طریق متغیر میانجی، از روش بوت استراپ استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است. ارزیابی اثرات غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استراپ نشان می‌دهد که اثرات خودکارآمدی بر ابعاد کیفیت زندگی، با توجه به اینکه حد بالا و حد پایین در آنها صفر را در برنمی‌گیرند (صفر درون

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]



شکل شماره ۲: مدل نهایی نقش واسطه‌ای استرس درک‌شده در رابطه بین خودکارآمدی با کیفیت زندگی در افراد با بیماری قلبی‌عروقی

این فاصله اطمینان قرار نمی‌گیرد)، به واسطه استرس درک‌شده میانجیگری می‌شوند؛ بنابراین، رابطه غیرمستقیم خودکارآمدی بر ابعاد کیفیت زندگی به واسطه استرس درک‌شده معنادار است. به عبارت دیگر، استرس درک‌شده در رابطه خودکارآمدی با ابعاد کیفیت زندگی نقش واسطه‌ای دارد.

جدول شماره ۳: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل فرضی نقش واسطه‌ای استرس درک‌شده در رابطه بین خودکارآمدی با کیفیت زندگی

مسیرها	B	β	خطای معیار	نسبت بحرانی	p
اثر مستقیم خودکارآمدی بر ادراک منفی از استرس	-۰/۱۲	-۰/۲۵	۰/۰۳۷	-۳/۲۱	۰/۰۰۱
اثر مستقیم خودکارآمدی بر ادراک مثبت از استرس	-۰/۱۱	-۰/۳۳	۰/۲۵	-۴/۳۶	۰/۰۰۰
اثر مستقیم ادراک منفی از استرس بر محدودیت عاطفی	-۱/۶۲	-۰/۲۳	۰/۵۴۶	-۲/۹۷	۰/۰۰۳
اثر مستقیم ادراک منفی از استرس بر محدودیت جسمی	-۲/۰۶	-۰/۳۲	۰/۴۹۷	-۴/۱۵	۰/۰۰۰
اثر مستقیم ادراک منفی از استرس بر سلامت عمومی	-۰/۷۴	-۰/۲۷	۰/۱۹۸	-۳/۷۱	۰/۰۰۰
اثر مستقیم ادراک مثبت از استرس بر محدودیت عاطفی	-۱/۹۰	۰/۱۹	۰/۷۶۹	-۲/۴۷	۰/۰۱۰
اثر مستقیم ادراک مثبت از استرس بر کارکرد اجتماعی	-۱/۸۷	-۰/۳۰	۰/۵۰۰	-۳/۷۴	۰/۰۰۰
اثر مستقیم ادراک مثبت از استرس بر درد جسمی	-۱/۴۶	-۰/۲۰	۰/۵۹۴	-۲/۴۵	۰/۰۱۰
اثر مستقیم ادراک مثبت از استرس بر سلامت عمومی	-۱/۳۱	-۰/۳۰	۰/۲۷۹	-۴/۰۵	۰/۰۰۰
اثر مستقیم ادراک منفی از استرس بر کارکرد جسمی	-۰/۹۰	-۰/۲۱	۰/۳۳۳	-۲/۷۲	۰/۰۰۶
اثر مستقیم خودکارآمدی بر کارکرد اجتماعی	۰/۴۳	۰/۲۰	۰/۱۶۵	۲/۵۸	۰/۰۱۰
اثر مستقیم خودکارآمدی بر درد جسمی	۰/۵۲	۰/۲۱	۰/۱۹۶	۲/۶۵	۰/۰۰۸
اثر مستقیم خودکارآمدی کارکرد جسمی	۰/۵۲	۰/۲۶	۰/۱۵۵	۳/۳۵	۰/۰۰۰

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

جدول شماره ۴: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای غیرمستقیم مدل فرضی نقش واسطه‌ای استرس درک‌شده در رابطه خودکارآمدی و کیفیت زندگی

مسیرها	B	β	حد پایین	حد بالا
اثر غیرمستقیم خودکارآمدی بر کارکرد جسمی	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۱۹۴	۰/۳۶۱
اثر غیرمستقیم خودکارآمدی بر درد بدنی	۰/۱۶	۰/۰۶	-۰/۵۲۰	-۰/۳۶۲
اثر غیرمستقیم خودکارآمدی بر کارکرد اجتماعی	۰/۲۱	۰/۱۰	۰/۰۵۸	۰/۱۰۳
اثر غیرمستقیم خودکارآمدی بر سلامت عمومی	۰/۲۱	۰/۱۷	۰/۰۴۱	۰/۰۹۸
اثر غیرمستقیم خودکارآمدی بر محدودیت جسمی	۰/۲۴	۰/۰۸	-۰/۱۷۳	-۰/۰۸۴
اثر غیرمستقیم خودکارآمدی بر محدودیت عاطفی	۰/۴۰	۰/۱۲	-۰/۰۶۹	۰/۰۳۷

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که ادراک منفی از استرس و ادراک مثبت از استرس با ابعاد کیفیت زندگی، به ترتیب دارای رابطه منفی و مثبت معنادار بودند. این یافته با نتایج مطالعات بیشاپ-فیتسپاتریک و همکاران (۲۰۱۸)، لابراگو و همکاران (۲۰۱۸)، کارد و همکاران (۲۰۱۴)، و دلگادو (۲۰۰۷) هماهنگ بود. در تبیین این یافته در ابتدا می‌توان بیان داشت که استرس ادراک شده اشاره به حالت یا فرایندی روان‌شناختی دارد که طی آن، فرد بهزیستی جسمی و روان‌شناختی خود را تهدیدآمیز تلقی می‌کند (لازاروس و فالکمن، ۱۹۸۴). بر همین اساس، باورهای فردی در مورد میزان کنترلی که فرد می‌تواند بر موقعیت‌های فشارزا اعمال کند و نیز احساس خودکفایتی وی برای برتری یافتن بر دشواری‌ها و رویدادهای تهدیدکننده بر میزان برانگیختگی هیجانی و عملکردهای فردی در شرایط استرس‌زا اثرگذار است (بیشاپ-فیتسپاتریک و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، به هنگام مواجهه با وقایع تهدیدکننده و استرس‌زا، تنها، افرادی که از خودادراکی مثبت‌تری برخوردارند و سطوح بالاتری از باورهای کنترل و خودکفایتی را نشان می‌دهند، برانگیختگی جسمی و هیجانی کمتری را تجربه می‌کنند. استرس، خود فرایندی مخرب است که موجب ایجاد تغییراتی در سیستم عصبی خودمختار می‌شود و استرس شدید و مزمن ممکن است منجر به اختلالات جسمی و روانی گردد (اورلا و همکاران، ۲۰۰۳) و از این طریق، کیفیت زندگی را در ابعاد جسمی و عاطفی به گونه‌ای منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد. استرس ادراک‌شده، میزان استرس‌زا تلقی شدن موقعیت‌ها و رویدادهای بالقوه تهدیدکننده از سوی یک فرد است و طی این تعبیر و تفسیر درونی است که ممکن است سلامت و بهزیستی وی در معرض خطر قرار گیرد. در واقع، استرس درک‌شده به چگونگی ادراک و برداشت فرد از رویدادها و همچنین، میزان قابلیت و توانایی خود در مقابله با منبع استرس بستگی دارد (لابراگو و همکاران، ۲۰۱۸). در همین راستا، برخی از محققان به نوع واکنش افراد به استرسورهای مختلف پرداخته‌اند و بر این موضوع تاکید دارند که علیرغم وجود شرایط بالقوه استرس‌زا، آن دسته از حوادث زندگی که توسط فرد، مثبت ارزیابی می‌شوند ممکن است موجب محافظت آنها در مقابل تجربه استرس شود (کارد و همکاران، ۲۰۱۴)، و افرادی که به طور موفقیت‌آمیزی با شرایط استرس‌زای زندگی مقابله می‌کنند، بیشتر احتمال دارد که سلامت فیزیولوژیکی را تجربه کنند (کارد و همکاران، ۲۰۱۴).

فرد بیماری که مشکل جسمی خود و پیامدهای ناشی از آن را استرس‌زا و تهدیدآمیز ادراک می‌کند و نوع واکنش وی در برابر شرایط موجود همراه با نوعی ضعف و انفعال است و خود را در مواجهه با شرایط پیش رو ناتوان می‌بیند، در مقایسه با فردی که بیماری خود و محدودیت‌های ایجاد شده را نه چندان تهدیدآمیز دانسته و خود را در مقابله با بیماری و پیامدهای آن توانمند می‌داند، عملکرد فردی، خانوادگی، حرفه‌ای، اجتماعی و عاطفی ضعیف‌تری دارد و در نتیجه، کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کند (دلگادو، ۲۰۰۷). در واقع، کیفیت زندگی یک مفهوم با دامنه وسیع و ابعاد متعدد است که به شکلی پیچیده تحت تاثیر سلامت جسمی، وضعیت روان-شناختی، روابط اجتماعی و رابطه با محیط پیرامون قرار دارد و وجود استرس و تجربه آن در بلندمدت و عدم حس کنترل درونی در مقابله موثر با موقعیت استرس‌زا، با به همراه داشتن پیامدهای منفی متعدد در ابعاد مختلف زندگی، در نهایت منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود (بیشاپ-فیتسپاتریک و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، می‌توان به اثرات منفی استرس بر سلامت جسمی و به ویژه سیستم قلبی عروقی اشاره کرد که خود می‌تواند بستر مناسبی برای افت سطح کیفیت زندگی در افراد باشد. برخی از مطالعات بر این

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

دلالت دارند که حالات روان‌شناختی مثبت (مثل خندیدن و شادی) می‌توانند پیامد مثبت سلامتی را به دنبال داشته باشند و از سوی دیگر، استرس با پیامدها و عوارض جسمی مختلف همراه است. به طور مثال، یافته‌های برخی از مطالعات نشان‌دهنده این است که تجربه استرس در درازمدت می‌تواند با کاهش عملکرد سیستم ایمنی همراه باشد (کارد و همکاران، ۲۰۱۴)، و برخی دیگر، از ارتباط علی بین استرس و بدعملکردی سیستم قلبی‌عروقی و ایجاد عوارضی همچون پرفشاری خون، افزایش ضربان قلب، اختلال جریان خون عروق کرونری و سایر پیامدهای قلبی در پی تجربه سطوح بالای استرس در بلندمدت گزارش می‌دهند (استانیوت و همکاران، ۲۰۱۳؛ اکینو و همکاران، ۲۰۲۰).

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که خودکارآمدی با ابعاد کیفیت زندگی دارای رابطه مثبت معنادار است. این یافته با نتایج مطالعات پیترز و همکاران (۲۰۱۹)، خضرلو و همکاران (۱۳۹۸)، زارعی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷)، کیایی و همکاران (۱۳۹۵) و هرتز و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی داشت. همچنین، استرس درک‌شده در رابطه بین خودکارآمدی با ابعاد کیفیت زندگی دارای نقش میانجی بود. پیترز و همکاران (۲۰۱۹) در یک مطالعه نشان دادند که در بیماران تحت مراقبت‌های اولیه با چند عارضه، خودکارآمدی پایین‌تر و بار بالاتر بیماری با کیفیت زندگی ضعیف‌تر همراه است. خضرلو و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که آموزش خودکارآمدی درد موجب بهبود مولفه‌های عملکردی کیفیت زندگی (جسمی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی) در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. زارعی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که در مادران دارای نوزاد نارس، با افزایش نمره خودکارآمدی، به طور مستقل از شاخص‌های سطح درآمد و میزان تحصیلات، کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. کیایی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند در زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی، بین خودکارآمدی و حیطه‌های کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و رضایت از محیط ارتباط معنی‌دار وجود دارد. نتایج پژوهش هرتز و همکاران (۲۰۱۷) نیز نشان داد بین خودکارآمدی مدیریت بیماری و سرعت بهبود بیماران مبتلا به سرطان رابطه معناداری وجود دارد. بیمارانی مبتلا به سرطان که از خودکارآمدی بالاتری برخوردار بودند، سرعت بهبود بیشتری نیز داشتند.

خودکارآمدی به قضاوت فرد در مورد توانایی‌های خود در مورد انجام یک عمل مشخص اشاره دارد و می‌تواند عامل کلیدی در نوع تفکر، رفتار و احساس از جمله استرس و اضطراب باشد. خودکارآمدی به عنوان یک عامل مهم در کنترل استرس و سلامتی شناخته شده است، زیرا استرس وقتی به عنوان یک عامل تهدیدکننده سلامتی محسوب می‌شود که فرد توانایی مقابله سازنده با آن را به دلیل عدم خودکارآمدی از دست بدهد (هرتز و همکاران، ۲۰۱۷). عقاید افراد در مورد کارآمدی‌شان، نقش مهمی در چگونگی سازماندهی و مدیریت وقایع مختلف ایفا می‌کند و داشتن حس خود کارآمدی قوی، موجب ارتقای سلامت و کسب موفقیت‌های بزرگ در زندگی فردی و اجتماعی می‌شود و بر این اساس، می‌توان از خودکارآمدی به عنوان یک متغیر با اهمیت در روان‌شناسی فردی و اجتماعی یاد کرد (بندورا، ۱۹۷۷). خودکارآمدی به عنوان باور فردی به توانایی خود در انجام دادن یک کار یا انطباق با یک موقعیت خاص، با افزایش عزت نفس، ارزش خود، احساس کفایت و کارآیی فردی در برخورد با مشکلات زندگی در ارتباط است (بندورا، ۱۹۷۷)؛ بنابراین، این باور می‌تواند تا حد زیادی به کاهش سطح استرس در شرایط پرتنش و تهدیدکننده کمک کند و به خصوص، باور مبتنی بر خودکارآمدی در مورد یک بیمار قلبی که به واسطه از دست دادن سلامت جسمی خود و محدودیت‌ها و عوارض ناشی از آن در معرض استرس قرار دارد، می‌تواند از جهات مختلف بسیار کمک‌کننده باشد و وی را در جهت تعدیل سطح استرس درک‌شده یاری دهد. خودکارآمدی درک‌شده توسط فرد، یک مولفه مهم در عملکرد موفق قلمداد می‌شود و به عنوان بخش مستقلی از مهارت‌های اساسی فرد (بندورا، ۱۹۷۷؛ زارعی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۷) می‌تواند به طرق مختلف و از جمله افزایش حس تسلط بر امور زندگی، به افزایش حس کنترل و کاهش استرس در فرد و در نتیجه، بهبود سطح کیفیت زندگی منجر شود.

خودکارآمدی به عنوان قضاوت افراد درباره توانایی‌شان برای سازماندهی و اجرای اغلب اعمال در جهت رسیدن به اهداف مورد نظر، نقش اساس دارد و می‌تواند یکی از مهمترین عوامل تنظیم‌کننده رفتار انسان تلقی شود. قضاوت‌های ناکارآمدی فرد، در یک موقعیت، بیش از کیفیت و ویژگی‌های خود موقعیت می‌تواند ایجاد فشار و استرس کند. افراد با خودکارآمدی پایین، تفکرات بدبینانه‌ای درباره توانایی‌های خود دارند و بنابراین، این افراد از هر موقعیتی که بر اساس نظر آنها فراتر از توانایی‌هایشان باشد، اجتناب می‌کنند. درمقابل، افراد با خودکارآمدی بالا تکالیف سخت را به عنوان چالش‌هایی که می‌توانند بر آنها مسلط شوند، در نظر می‌گیرند (پیترز و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس همین طرز فکر، این افراد تکالیف چالش‌برانگیز را انتخاب می‌کنند و در شرایط چالش‌برانگیز، همچون ابتلا به یک بیماری، حس خودکارآمدی‌شان سریع‌تر بروز پیدا کرده و در صورت مواجهه با مشکلات، بدون تجربه استرس شدید و

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

بلندمدت، به منظور غلبه بر سختی‌ها و کسب موفقیت، به تلاش خود ادامه می‌دهند. خودکارآمدی با سازمان‌دهی افکار، احساسات و اعمال بر ایجاد نتایج مطلوب (کیایی و همکاران، ۱۳۹۵) و سطح تلاش و پشتکار صرف‌شده برای یک کار تاثیر می‌گذارد (خضرلو و همکاران، ۱۳۹۸)؛ به طوری که این باور درون‌فردی تعیین‌کننده شروع رفتاری خاص، میزان تلاش برای ادامه آن و استقامت در مواجهه با مشکلات است (خضرلو و همکاران، ۱۳۹۸)؛ این موضوع در یک بیمار قلبی که شرایط جسمی وی رعایت رژیم دارویی و درمانی خاص و سبک زندگی سالم را می‌طلبد، از اهمیت خاصی برخوردار است. افراد دارای خودکارآمدی بالا از نظر احساس شایستگی، انگیزش درونی، قدرت انتخاب و تعهد به اهداف و داشتن پشتکار در برابر تکالیف چالش‌برانگیز در سطح بالایی هستند (آکین و همکاران، ۲۰۰۸)زیرا مشکلات را به جای تهدید، چالش می‌دانند و فعالانه در جست‌وجوی موقعیت‌های تازه هستند (آکین و همکاران، ۲۰۰۸). چنین دیدگاهی موجب کاهش ترس از شکست، افزایش توانایی حل مسئله و تفکر تحلیلی، داشتن پشتکار، انعطاف‌پذیری (بندورا، ۲۰۱۰) و در نتیجه، کاهش سطح استرس و بهبود کیفیت زندگی می‌شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر گویای رابطه همسوی خودکارآمدی و افزایش کیفیت زندگی و رابطه عکس استرس درک‌شده و کیفیت زندگی در افراد با بیماران قلبی‌عروقی بود. همچنین، نشان داده شد که خودکارآمدی از طریق کاهش استرس درک‌شده می‌تواند منجر به بهبود نمرات کیفیت زندگی در بیماران قلبی‌عروقی شود. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، ماهیت همبستگی آن است که در نتیجه‌گیری علی محدودیت ایجاد می‌کند. همچنین، به دلیل محدود شدن مطالعه در بیماران قلبی‌عروقی شهر تهران، در تعمیم نتایج به تمام بیماران عروقی باید محتاط بود. جمع‌آوری داده‌ها از طریق خودگزارشی و احتمال سوگیری در پاسخ‌دهی به آن می‌تواند تا حدی اعتبار داده‌ها را تحت تاثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع‌تر، با ماهیت علی و جمع‌آوری داده‌ها از راه‌های مختلف صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دکترای روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش و دارای مجوز اخلاق مصوب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران با کد IR.IAU.TMU.REC.1399.240 است. بدین‌وسیله از همه مسئولان و بیماران که در انجام پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع فارسی

آقامحمدی، طیبه؛ سید باقر مداح، سادات؛ محمدی شاهبلاغی، فرحناز؛ دالوندی، اصغر؛ خالقی پور، مصطفی. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر برنامه خودمدیریتی بر خودکارآمدی در سالمندان مبتلا به نارسایی قلبی. مجله پرستاری و مامایی، ۱۴ (۱۲)، ۱۰۲۳-۱۰۱۳.

اصغری مقدم، محمد علی. ، فقیهی، سمانه. (۱۳۸۲). اعتبار و پایایی پرسشنامه زمینه یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سؤالی) در دو نمونه ایرانی. دانشور رفتار، ۱۰، ۱۰-۱.

افشارنیا، فهیمه و بیرامی، محمود. (۱۳۹۷). مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در بیماران قلبی- عروقی، سرطانی و همتایان سالم. مجله تحقیقات سلامت جامعه، ۱۱، ۱۲۵-۱۱۳.

امیدی، افسر؛ قلی نژاد، حسین؛ خداویسی، مسعود؛ روشنایی، قدرت الله. (۱۳۹۷). همبستگی کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی در بیماران پیوند کلیه. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا، ۲۶ (۵)، ۳۴۸-۳۴۱.

بابایی، سیما، برومند، صبا. (۱۳۹۵). ارتباط سبک زندگی و خودکارآمدی در افراد با نارسایی قلبی. نشریه پرستاری قلب و عروق، (۴)۵، ۴۴-۳۶.

برومند، صبا، شهریاری، محسن، عباسی جبلی، مریم، باقرصاد، زهرا، برادران فرد، فرشته، احمدپوری، فاطمه. (۱۳۹۳). بررسی سطح خودکارآمدی و عوامل مرتبط با آن در بیماران ایسکمیک قلبی: یک مطالعه توصیفی همبستگی. مجله پژوهش پرستاری، (۴) ۹ ، ۶۹-۶۱.

خضرلو، حامد؛ اکبری، مریم؛ جدیدی، هوشنگ و سینایی، بهزاد. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی مدل مبتنی بر خودکارآمدی درد بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. مجله علوم پزشکی یاسوج، ۲، ۱۱۶-۱۰۸.

زارعی‌نژاد، سمیه؛ نوروزی، کیان؛ ساجدی، فیروزه؛ رهگوی، ابوالفضل؛ نوروزی، مهدی؛ همتی، آرزو. (۱۳۹۷). بررسی رابطه خودکارآمدی و کیفیت زندگی مادران دارای نوزاد نارس در بیمارستان کمالی کرج درسال ۱۳۹۴. مجله پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۴، ۶۱-۵۴.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

ساربانی، اعظم؛ علی محمدزاده، خلیل و حجتی، حمید. (۱۳۹۶). ارتباط خودکارآمدی با استرس درک‌شدهدر همسران جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه جنگی. مجله مراقبت علوم نظامی، ۲، ۱۱۰-۱۰۲.

احمدیان، علی. (۱۳۹۱). تاثیر درمان شناختی ذهن آگاهی بر فشار خون، تنیدگی و شادکامی بیماران مرد مبتلا به فشار خون بیمارستان گلستان اهواز. چاپ نشده، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.

عباسی، کیوان؛ محمدی، عیسی؛ صادقیان، حکیمه؛ غلامی فشارکی، محمد. (۱۳۹۵). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. نشریه پژوهش پرستاری، ۲، ۲۳-۱۰.

کیایی، محمدزکریا؛ فردوسی، مسعود؛ مرادی، رضا؛ چلونگر، کیومرث؛ احمدزاده، مهدیه السادات؛ و بهمن زیاری، نجمه. (۱۳۹۵). رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی درمانی. مجله علوم پزشکی جهرم، ۵، ۴۹-۳۴.

منتظری، علی؛ گشتاسبی، آزیتا؛ وحدانی نیا، مریم سادات. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. مجله پایش، ۵، ۵۸-۴۸.

منابع انگلیسی

Akin, S., Can, G., Durna, Z., & Aydiner, A. (2008). The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing, 12(5), 449-456.

Aourella, M., Skooga, M., Carleson, J., Hernandez-Reif, M., Field, T., Krasnegor, J., ... & Sharpe, P. (2003). Stress and Hypertension. Medicine, 138(11), 898-906.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational psychologist, 28(2), 117-148.

Bishop-Fitzpatrick, L., Mazefsky, C. A., & Eack, S. M. (2018). The combined impact of social support and perceived stress on quality of life in adults with autism spectrum disorder and without intellectual disability. Autism, 22(6), 703-711.

Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015). State of the art review: depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. American journal of hypertension, 28(11), 1295-1302.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24(1): 385-396.

Delgado, C. (2007). Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. Journal of nursing scholarship, 39(3), 229-234.

Einarson, T. R., Acs, A., Ludwig, C., & Panton, U. H. (2018). Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007–2017. Cardiovascular diabetology, 17(1), 83.

Fors, A., Ulin, K., Cliffordson, C., Ekman, I., & Brink, E. (2015). The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. European Journal of Cardiovascular Nursing, 14(6), 536-543.

Gebreab, S. Y., Diez Roux, A. V., Brenner, A. B., Hickson, D. A., Sims, M., Subramanyam, M., ... & James, S. A. (2015). The impact of lifecourse socioeconomic position on cardiovascular disease events in African Americans: the Jackson Heart Study. Journal of the American Heart Association, 4(6), e001553.

Herts, K. L., Khaled, M. M., & Stanton, A. L. (2017). Correlates of self-efficacy for disease management in adolescent/young adult cancer survivors: A systematic review. Health Psychology, 36(3), 192.

Klassen, R. M., & Lynch, S. L. (2007). Self-efficacy from the perspective of adolescents with LD and their specialist teachers. Journal of learning disabilities, 40(6), 494-507.

Kurd, B. J., Dar, M. I., Shoaib, M., Malik, L., Aijaz, Z., & Asif, I. (2014). Relationship between stress and coronary heart disease. Asian Cardiovascular and Thoracic Annals, 22(2), 142-147.

Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Papathanasiou, I. V., Edet, O. B., Tsaras, K., Christos, K. F., ... & Lucas, K. V. S. (2018). A cross-country comparative study on stress and quality of life in nursing students. Perspectives in psychiatric care, 54(4), 469-476.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Speinger.

Newland, P. K., Lunsford, V., & Flach, A. (2017). The interaction of fatigue, physical activity, and health-related quality of life in adults with multiple sclerosis (MS) and cardiovascular disease (CVD). Applied Nursing Research, 33, 49-53.

Panadero, E., Jonsson, A., & Botella, J. (2017). Effects of self-assessment on self-regulated learning and self-efficacy: Four meta-analyses. Educational Research Review, 22, 74-98.

Peters, M., Potter, C. M., Kelly, L., & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. Health and quality of life outcomes, 17(1), 37.

Poritz, J. M., Sherer, M., Kisala, P. A., Tulsky, D., Leon-Novelo, L., & Ngan, E. (2020). Responsiveness of the Traumatic Brain Injury–Quality of Life (TBI-QOL) Measurement System. Archives of physical medicine and rehabilitation, 101(1), 54-61.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

Sahoo, S., Padhy, S. K., Padhee, B., Singla, N., & Sarkar, S. (2018). Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too!. Indian heart journal, 70, S471-S477.

Smedema, S. M. (2020). An analysis of the relationship of character strengths and quality of life in persons with multiple sclerosis. Quality of Life Research, 1-12.

Staniute, M., Brozaitiene, J., & Bunevicius, R. (2013). Effects of social support and stressful life events on health-related quality of life in coronary artery disease patients. Journal of Cardiovascular Nursing, 28(1), 83-89.

Staniute, M., Brozaitiene, J., Burkauskas, J., Kazukauskiene, N., Mickuviene, N., & Bunevicius, R. (2015). Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. Health and quality of life outcomes, 13(1), 1.

Trevizan, F.B., Miyazaki, M., Silva, Y.,& Roque, C. (2017). Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart Transplantation. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, 32(3).

Uchino, B. N., Cronan, S., Scott, E., Landvatter, J., & Papadakis, M. (2020). Social support and stress, depression, and cardiovascular disease. In Cardiovascular Implications of Stress and Depression (pp. 211-223). Academic Press.

Wardoku, R., Blair, C., Demmer, R., & Prizment, A. (2019). Association between physical inactivity and health-related quality of life in adults with coronary heart disease. Maturitas, 128, 36-42.

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical care, 473-483.

World Health Organization. (2014). Facts on ageing and the life course. World Health Organization, Geneva, Switzerland Retrieved from (http://www. who. int/features/factfiles/ageing/en/).

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره نهم، شماره ۱، سال ۱۳۹۹
Cardiovascular Nursing Journal, 9(1), 2020

Original Article

Relationship between self-efficacy and quality of life and the mediating role of perceived stress in people with cardiovascular disease: A structural equation model

Monir Javer[1], PhD Student
*** Amin Rafiepoor[2], PhD**
Mehrdad Sabet[3], PhD

Abstract

Aim. The aim of this study was to investigate the mediating role of perceived stress in the relationship between self-efficacy and quality of life in people with cardiovascular patients.

Background. Cardiovascular disease as a chronic and debilitating physical condition is one of the most common causes of death and can affect the quality of life. In this regard, it is necessary to identify variables related to quality of life in these patients.

Method. The present study was a descriptive-correlational study using structural equation modeling. The statistical population of the present study included all patients with cardiovascular disease referring to hospitals for cardiology and heart surgery, and cardiac rehabilitation centers in Tehran, Iran in 2019, of which 151 people were recruited based on inclusion criteria. Data collection tools included the Sullivan Cardiac Self-Efficacy Questionnaire, Cohen's Perceived Stress Questionnaire, and Quality of Life Scale (SF-36).

Findings. The results showed that negative perception of stress and positive perception of stress had a statistically significant negative and positive relationship with dimensions of quality of life, respectively. Self-efficacy had a statistically significant positive relationship with dimensions of quality of life. Perceived stress also mediated the relationship between self-efficacy and quality of life dimensions.

Conclusion. In planning necessary measures to improve the quality of life in people with cardiovascular patients, it would be helpful to develop programs to strengthen self-efficacy and reduce stress.

Keywords: Cardiovascular disease, Self-efficacy, Stress, Quality of life

1 Department of Health Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran
2 Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran (* Corresponding Author)
email: rafiepoor2000@yahoo.com
3 Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-12]