نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره هفتم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۷
Cardiovascular Nursing Journal، 7(2)، Summer 2018

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسه خودکارآمدی، امید به زندگی و اضطراب مرگ در افراد دچار بیماری قلبی و افراد سالم

سمیرا رضوانی راد[۱]، کارشناس ارشد روان‌شناسی
*** علی شاکر دولق[۲]، دکتری تخصصی روان‌شناسی**

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف مقایسه خودکارآمدی، امید به زندگی و اضطراب مرگ در افراد دچار بیماری قلبی و افراد سالم در شهرستان ارومیه انجام شد.

زمینه. بیماری های قلبی شایعترین علت مرگ در بیشترکشورها و ایران هستند. این بیماری مزمن ممکن است خودکارآمدی، امید به زندگی و اضطراب مرگ را تحت تاثیر قرار دهد.

روش کار. این مطالعه از نوع علی مقایسه‌ای است که نمونه مورد مطالعه آن، ۷۵ فرد دچار بیماری قلبی بستری در بیمارستان سیدالشهدا و ۷۵ فرد سالم بودند. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و از نظر خودکارآمدی، امید به زندگی و اضطراب مرگ مورد مقایسه قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های امید به زندگی اشنایدر، خودکارآمدی عمومی شرر، و اضطراب مرگ تمپلر استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته ها. اختلاف آماری معنی‌دار بین افراد فاقد بیماری قلبی و افراد دچار بیماری قلبی از نظر میانگین نمره خودکارآمدی (۶۶/۳۰ با انحراف معیار ۱۰/۶۰ در مقابل ۵۱/۳۶ با انحراف معیار ۹/۱۱) (P≤۰/۰۰۰۱)، و میانگین نمره امید به زندگی (۴۶/۱۲ با انحراف معیار ۶/۸۷ در مقابل ۳۹/۶۶ با انحراف معیار ۸/۷۸) (P≤۰/۰۰۰۱) مشاهده شد، اما بین دو گروه از نظر اضطراب مرگ تفاوتی مشاهده نشد.

نتیجه گیری. انجام اقداماتی در زمینه افزایش خودکارآمدی و امید به زندگی در افراد دچار بیماری قلبی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بیماری قلبی، خودکارآمدی، امید به زندگی، اضطراب مرگ

۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.
۲ مرکز تحقیقات روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (* نویسنده مسئول) پست الکترونیک: ali.shaker2000@gmail.com

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

مقدمه

بیماری‌های قلبی شایع‌ترین علت مرگ در بیشتر کشورها از جمله ایران هستند (واحدیان و همکاران، ۱۳۹۲). بیش از ۳۰ درصد موارد مرگ در کشورهای صنعتی بر اثر بیماری‌های قلبی‌عروقی رخ می‌دهد (آیسو و همکاران، ۲۰۱۱). بیماری‌های قلبی‌عروقی به‌عنوان یک آسیب پیشرونده، نتیجه ناتوانی قلب در به گردش درآوردن خون به طور موثر در سراسر بدن است. امروزه با توجه به تغییر الگوهای فعالیتی، استرس‌های روانی، عدم تحرک جسمی و تغییر الگوهای تغذیه‌ای، شاهد شیوع روزافزون بیماری‌های قلبی‌عروقی و پیامدهای آن در جهان هستیم (زارع زردینی و همکاران، ۱۳۹۵).

مهم‌ترین عوامل خطر بیماری قلبی‌عروقی شامل تغذیه نامناسب، چاقی، فعالیت بدنی ناکافی، مصرف سیگار، پرفشاری خون، اختلال در چربی‌های خون، دیابت و سن بالا هستند. در بررسی‌هایی که در سال ۱۳۸۸ در نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر انجام گرفت، مشخص شد که بیش از ۶ درصد افراد در گروه سنی ۱۵ تا ۴۴ سال و بیش از ۹ درصد افراد در گروه سنی ۴۵ تا ۶۴ سال پرخطر هستند، یعنی حداقل ۳ عامل خطر از ۵ عامل خطر بیماری قلبی‌عروقی را دارند. خوشبختانه بیماری‌های غیرواگیر و به ویژه بیماری‌های قلبی‌عروقی به میزان قابل توجهی قابل پیشگیری هستند و با طراحی و اجرای مداخلات اثربخش می‌توان مرگ ناشی از این بیماری‌ها را تا۸۰ درصد کاهش داد. گروهی از عوامل خطر با اصلاح محیط و تغییر رفتار یا سبک زندگی فرد برطرف می‌شوند (عوامل خطر قابل اصلاح) و دسته‌ای دیگر مانند سن، جنس، قومیت یا نژاد را نمی‌توان با تغییر رفتار یا محیط برطرف کرد (عوامل خطر غیرقابل اصلاح). از بین عوامل قابل اصلاح می‌توان به مصرف دخانیات، فعالیت بدنی ناکافی و تغذیه نامناسب اشاره کرد که در بسیاری از برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر مورد توجه جدی قرار گرفته‌اند. در ایران نیز بیماری‌های غیر واگیر مزمن و به ویژه بیماری‌های قلبی‌عروقی بخش عمده‌ای از علل مرگ و ناتوانی را به خود اختصاص داده‌اند. اولین علت مرگ در کشور با بیش از ۳ درصد کل مرگ‌ها، ناشی از بیماری‌های قلبی‌عروقی است. از این درصد، حدود ۵ درصد مربوط به سکته قلبی، نزدیک به ۴ درصد ناشی از سکته مغزی، بیش از یک درصد مربوط به پرفشاری خون و بقیه مربوط به سایر بیماری‌های قلبی‌عروقی است (سماوات، ۱۳۹۲).

یکی از راه‌های توانمندسازی افراد دچار بیماری قلبی‌عروقی ارتقای خودکارامدی است (پرلمن، ۲۰۱۰). خودکارآمدی متغیر مهمی در تغییر رفتار و نگرش بیماران است (برینک و همکاران، ۲۰۱۲) و به عنوان یک مفهوم اساسی است که باور و اطمینان شخص را برای انجام رفتارخاص به دنبال دارد و قدرتمندترین وسیله برای انجام فعالیت جسمی در افراد دچار بیماری قلبی‌عروقی است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۲). تغییر در رفتار و تبعیت دارویی نیازمند روش‌هایی برای اصلاح عوامل خطرزای قلبی‌عروقی است که مستلزم بهبود خودکارآمدی است (حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۲). کنترل عوامل خطرساز و اصلاح سبک زندگی در این بیماران نقش مهمی دارد که منجر به توانمند شدن این بیماران جهت مراقبت از خود می شود. خودکارآمدی ابزاری ارزشمند برای پرستاران است و ارزیابی خودکارآمدی بیمار و ارتقای آن می‌تواند سبب افزایش انگیزه وی در مراقبت از خود شود (پارک و همکاران، ۲۰۱۴). میزان خودکارآمدی فرد نقشی اساسی در چگونگی سازگاری وی با چالش‌های ناشی از بیماری قلبی دارد. بیشتر افرادی که به بیماری قلبی مبتلا می‌شوند، یک دوره‌ی فشار روانی را تجربه می کنند. در برخی از بیماران، این فشار روانی خود به خود از بین می‌رود و به مشکلات روانی دیرپا منجر نمی‌شود و می‌توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی دیگر، مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که باعث کاهش امید به زندگی آنها می‌شود (لارنس و همکاران، ۲۰۱۳). امید به زندگی و مرگ، از شاخص‌های مهم سلامت جامعه هستند (فن جی و همکاران، ۲۰۱۴).

امید در درمان‌های پزشکی به عنوان درمان مکمل از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. امید مانند دارونما دارای اثرات بیولوژیک است و می تواند بر درد و ناتوانی‌های جسمی بیمار تاثیر مثبت بگذارد. بیشترین حجم تحقیقات امیددرمانی در چند دهه اخیر، به سلیگمن پدر روان‌شناسی مثبت و اسنایدر تعلق دارد. از نظر آنان ناامیدی، باعث بروز بیماری‌های جسمی و روانی می‌شود (زربخش بحری و همکاران، ۱۳۹۲).

آگاهی از مرگ غیرقابل گریز است و اضطراب مربوط به آن به رفتارهای گوناگون منجر می‌شود؛ به عبارت دیگر، وقتی مردم با اضطراب مرگ روبه‌رو می شوند، واکنش‌های متفاوتی از خود نشان می‌دهند (سالاری پور و همکاران، ۱۳۹۶). بیماری قلبی‌عروقی می‌تواند یک تجربه منفی همانند اضطراب به ویژه اضطراب مرگ به همراه داشته باشد (فیلیپ و همکاران، ۲۰۱۲). اضطراب مرگ را

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

یک مکانیسم دفاعی فرض کرد که با تعارض‌های ناخودآگاه سروکار دارد. اضطراب مرگ علت چیزی نیست، بلکه صرفا نشانه‌ای از آسیب روانی است.

امروزه، علاقه‌مندی زیادی نسبت به ارزیابی و بهبود امید به زندگی افراد دچار بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری قلبی وجود دارد و بهبود امید به زندگی و عملکرد روزانه این بیماران به یک هدف تبدیل شده است. سرعت بهبودی در افراد امیدوار بسیار بیشتر از افراد ناامید است. بعضی از بیماری‌ها و علل مرگ باعث کاهش شدید امید به زندگی افراد جامعه می‌شود، بنابراین باید در جهت کنترل عواملی که کاهش بیشتری در مرگ و افزایش مطلوبی در امید به زندگی دارند، اقدام کرد. تشخیص بیماری قلبی یک تجربه بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است که باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی‌اجتماعی و زندگی خانوادگی بیمار دچار اختلال گردد. پژوهش حاضر به دنبال رابطه خودکارآمدی، امید به زندگی و اضطراب مرگ با بیماری قلبی است و برای رسیدن به این هدف، این متغیرها در افراد دچار بیماری قلبی و افراد سالم ساکن در شهرستان ارومیه مورد مقایسه قرار گرفتند.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۷۵ فرد دچار بیماری قلبی بستری در بیمارستان سیدالشهدا در تابستان سال ۱۳۹۷ و ۷۵ فرد سالم بودند. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و از نظر خودکارآمدی، امید به زندگی و اضطراب مرگ مورد مقایسه قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های امید به زندگی اشنایدر، خودکارآمدی عمومی شرر، و اضطراب مرگ تمپلر استفاده شد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. پس از تهیه پرسشنامه‌ها و تایید روایی و اعتبار آنها، مجوزهای لازم به بیمارستان سیدالشهداء ارومیه ارائه شد. برای اطمینان از اینکه آزمودنی‌ها سوالات پرسشنامه را به خوبی متوجه شده‌اند حداقل سواد، سوم راهنمایی در نظر گرفته شد. نخست برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که در یک کار پژوهشی شرکت می‌کنند و شرکت آنها اختیاری است و پس از تشریح هدف‌های پژوهش و جلب رضایت مشارکت کنندگان، نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام شد.

روایی و پایایی پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر توسط استادان رشته مدیریت و مطالعه آزمایشی دانشگاه مشهد و تربیت معلم مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (کریمیان، ۱۳۹۱). برایانت و ونگرس (۲۰۰۱) همسانی درونی کل آزمون را ۰/۷۹ به دست آورده‌اند. هدف این پرسشنامه ارزیابی امید به زندگی در افراد است؛ شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای و امتیاز بیشتر نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ‌دهنده است.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر توسط براتی (۱۳۷۵) ترجمه و اعتباریابی شده است. برای سنجش روایی سازه‌ای این مقیاس، نمرات بدست آمده از این مقیاس با مقادیر چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده‌مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران، و مقیاس شایستگی بین فردی رونبرگ) مورد بررسی قرار گرفت و همبستگی پیش–بینی‌شده بین مقیاس خودکارآمدی و مقادیر خصوصیات شخصیتی، متوسط (۰/۶۱ و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تایید سازه مورد نظر بود (به نقل از کرامتی و شهر آرای، ۱۳۸۳). همچنین، ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن گاتمن برابر ۰/۷۶ و ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به دست آمده است (شماعی‌زاده و عابدی، ۲۰۰۵). همچنین، در پژوهش وقری (۱۳۷۹) در بررسی پایائی خودکارآمدی، ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ گزارش شد. نجفی (۱۳۸۰) نیز ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها را به صورت تصادفی جدا کرد و آزمون خودکارآمدی را برای آنها اجرا کرد و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ و با استفاده از روش اسپیرمن–براون نیز مقدار ۰/۸۳ را گزارش داد. در پژوهش گنجی و فراهانی (۱۳۸۸) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر در سال۱۹۷۰ توسط تمپلر طراحی شد. بررسی‌های به عمل آمده پیرامون اعتبار مقیاس اضطراب مرگ نشان می‌دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است است. تمپلر (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی این مقیاس را ۰/۸۳ به دست آورده است و روایی آن در حد مطلوب گزارش شد. همچنین، در پژوهش رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) ضریب اعتبار دو نیمه‌سازی مقیاس اضطراب مرگ بعد از اعمال فرمول تصحیح شده اسپیرمن بروان، معادل ۰/۶۲ محاسبه شد. همسانی درونی پرسشنامه نیز با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار این ضرایب برای کل پرسشنامه معادل ۰/۷۳ به دست آمد. علاوه برای این، همبستگی سوالات پرسشنامه با یکدیگر و با نمره کل نیز محاسبه شد که به جز سوال ۱۵ بقیه سوالات همبستگی معناداری با نمره

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

کل داشتند. دامنه همبستگی بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۱ متغیر بود. برای پاسخ به گویه‌های این پرسشنامه از دو گزینه بلی یا خیر استفاده شده است.

تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی استنباطی انجام شد. در این تحقیق ملاحظات اخلاقی از قبیل محرمانه بودن داده‌ها، کسب رضایت شخصی شرکت‌کنندگان و اینکه در صورت عدم تمایل می‌توانند از ادامه پاسخگویی به سوالات انصراف دهند و همچنین، گمنامی هویت شرکت‌کنندگان مورد توجه قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش، در گروه افراد فاقد بیماری قلبی، تعداد ۳۵ نفر (۴۶/۷ درصد) از شرکت‌کنندگان زن و ۴۰ نفر (۵۳/۳ درصد) مرد بودند. همچنین، در گروه افراد افراد دارای بیماری قلبی، تعداد ۴۳ نفر (۵۷/۳ درصد) از شرکت‌کنندگان زن و ۳۲ نفر (۴۲/۷ درصد) مرد بودند. در مجموع، سن تعداد ۵۱ نفر (۳۴ درصد) از شرکت‌کنندگان بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۴۷ نفر (۳۱/۳ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال، تعداد ۳۵ نفر (۲۳/۳ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۱۷ نفر (۱۱/۳ درصد) بین ۵۱ تا ۶۰ سال بود.

برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی اول و دوم از آزمون آماری تحلیل واریانس یک طرفه و برای متغیر اضطراب مرگ از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. جدول شماره یک میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودکارآمدی، اضطراب مرگ و امید به زندگی را به تفکیک گروه افراد فاقد بیماری قلبی و افراد دارای بیماری قلبی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی، اضطراب مرگ و امید به زندگی تفکیک گروه افراد فاقد بیماری قلبی و افراد دارای بیماری قلبی

گروه	فاقد بیماری قلبی	دارای بیماری قلبی	
متغیر	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	مقدار P
خودکارآمدی	۶۶/۳۰ (۱۰/۶)	۵۱/۳۶ (۹/۱۱)	P≤۰/۰۰۰۱
اضطراب	۶/۵۸ (۳/۷۲)	۷/۲۶ (۶/۰۹)	۰/۷۸
امید به زندگی	۴۶/۱۲ (۶/۸۷)	۳۹/۶۶ (۸/۷۸)	P≤۰/۰۰۰۱

بر اساس یافته‌ها، میانگین نمره خودکارآمدی در گروه افراد فاقد بیماری قلبی به طور معناداری بیشتر از میانگین نمره خودکارآمدی در گروه افراد دارای بیماری قلبی بود (۶۶/۳۰ با انحراف معیار ۱۰/۶ در مقابل ۵۱/۳۶ با انحراف معیار ۹/۱۱) (P≤۰/۰۰۰۱). همچنین، میانگین نمره امید به زندگی در گروه افراد فاقد بیماری قلبی به طور معناداری بیشتر از میانگین نمره امید به زندگی در گروه افراد دارای بیماری قلبی بود (۴۶/۱۲ با انحراف معیار ۶/۸۷ در مقابل ۳۹/۶۶ با انحراف معیار ۸/۷۸) (P≤۰/۰۰۰۱). اما بر اساس آزمون کروسکال والیس، بین دو گروه از نظر میانگین نمره اضطراب تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد.

بحث

در این تحقیق به مقایسه خودکارآمدی، امید به زندگی، و اضطراب مرگ در افراد دارای بیماری قلبی و افراد فاقد این بیماری در شهرستان ارومیه پرداخته شد. یافته‌ها نشان دادند که امید به زندگی در افراد دارای بیماری قلبی کمتر از افراد فاقد این بیماری است. بیماران قلبی به دلیل تحت نظر بودن، درمان و بستری‌شدن حس امید به زندگی کمتری نسبت به افراد فاقد این بیماری دارند و شرایط بحرانی جسمی آنها باعث می‌شود امید به زندگی آنها کمتر باشد. این یافته با نتایج تحقیق استخری و همکاران (۱۳۹۰) همسو است. اهمیت امید در درمان‌های پزشکی که با دانسته‌های مربوط به تاثیر دارونماها شروع شد، به عنوان درمان مکمل از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. امید مانند دارونما دارای اثرات بیولوژیک است و می‌تواند بر درد و ناتوانی‌های جسمی بیماران تاثیر مثبتی بگذارد. امید و انتظار باعث فعال شدن مدارهای مغزی و آزاد شدن آندورفین وا نکفالین و در نتیجه، موجب کاهش درد در بدن می‌شود. در وضعیت ضعف جسمی و درد، درماندگی و ناامیدی در انسان تشدید می‌شود و در نتیجه، آندورفین و انکفالین کمتر و کلوسیتوکنین بیشتری در بدن آزاد می‌شود. بیشترین حجم تحقیقات امیددرمانی در چند دهه اخیر، به سلیگمن پدر روان‌شناسی مثبت

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

و اسنایدر تعلق دارد. از نظر آنان ناامیدی، باعث بروز بیماری‌های جسمی و روانی می‌شود.

یافته‌ها نشان دادند که خودکارآمدی افرا با بیماری قلبی کمتر از خودکارآمدی افراد فاقد این بیماری است که با نتایج تحقیق ورنر و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد. آنان همچنین گزارش دادند بیمارانی که از خودکارآمدی بالا برخوردار هستند با احتمال بیشتری به کنترل مناسب بیماری خود می‌پردازند. بیماران به این خاطر نسبت به افراد سالم خودکارآمدی کمتری دارند که تحت درمان و استرس‌های خاص خودشان هستند. اگر فردی باور داشته باشد که نمی‌تواند نتایج مورد انتظار را به‌دست آورد و یا به این باور برسد که نمی‌تواند مانع رفتارهای غیرقابل قبول شود، انگیزه او برای انجام کار کم خواهد شد. اگرچه عوامل دیگری وجود دارند که به‌عنوان برانگیزاننده رفتار انسان عمل می‌کنند، اما همه آنها تابع باور فرد هستند.

خودکارآمدی بر میزان استرس و فشار روانی و افسردگی ناشی از موقعیت‌های تهدیدکننده اثر می‌گذارد. افراد با خودکارآمدی بالا در موقعیت‌های فشار سطح فشار روانی خود را کاهش می‌دهند، ولی افراد دارای خودکارآمدی پایین، در کنترل تهدیدها، اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند که عدم کارآمدی را گسترش می‌دهد و بسیاری از جنبه‌های محیطی را پر خطر و تهدیدزا می‌نمایاند که این امر می تواند موجب استرس و فشار روانی فرد شود. افرادی که باور دارند می‌توانند تهدیدها و فشار بالقوه را کنترل کنند، عوامل آشفته‌ساز را به ذهن خود راه نمی‌دهند و در نتیجه، به‌وسیله آنها آشفته نمی‌شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که باورهای خودکارآمدی بر بسیاری از جنبه‌های کارکرد شخصی تاثیر می گذارند. کسانی که در مقایسه با دیگران دارای خودکارآمدی بالاتر هستند، از سلامتی جسمی و روانی بهتری برخوردارند. احساس کارآمدی، سلامت شخصی و توانایی انجام تکالیف را به طرق مختلف افزایش می‌دهد. افرادی که به قابلیت‌های خود اطمینان دارند موارد بحرانی را به عنوان چالش در نظر می‌گیرند، آنها اطمینان دارند که می‌توانند موقعیت‌های تهدیدآمیز را تحت کنترل خود درآورند؛ چنین برداشتی نسبت به قابلیت‌ها، تنیدگی و افسردگی را کاهش می‌دهد و به تکمیل تکالیف منجر می‌شود.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، میزان اضطراب مرگ در افراد دارای بیماری قلبی تفاوتی با افراد فاقد این بیماری نداشت. این یافته متفاوت با نتایج مطالعه نادری (۱۳۹۳) است که البته به بررسی مقایسه ای اضطراب مرگ در جامعه‌ای متفاوت پرداخته‌اند. نادری تحقیقی تحت عنوان مقایسه اضطراب مرگ، خوش‌بینی و شوخ‌طبعی بر روی پرستاران زن شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان گلستان اهواز انجام داد. تعداد ۲۰۰ پرستار زن به عنوان نمونه پژوهش با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب شدند. از مقیاس اضطراب مرگ کالت لستر، پرسشنامه خوش‌بینی (ASQ) و مقیاس شوخ‌طبعی (مارتین و لفکورت)، برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. براساس یافته‌ها، بین پرستاران زن شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان از لحاظ اضطراب مرگ تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت. به نظر می‌رسد درباره اضطراب مرگ در بیماران قلبی نیاز به تحقیقات بیشتری است.

نتیجه‌گیری

بین افراد با و بدون بیماری قلبی از نظر امید به زندگی و خودکارآمدی تفاوت وجود دارد، ولی درباره اضطراب مرگ این گونه نیست. بر این اساس، توصیه می‌شود ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت به افراد دارای بیماری قلبی بر افزایش امید به زندگی و خودکارآمدی در این افراد تمرکز نمایند. پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتری درباره اضطراب مرگ در افراد با بیماری قلبی انجام شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پژوهش پایان‌نامه‌ای مقطع کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی است که در دانشگاه آزاد ارومیه مصوب و انجام شد. از استاد ارجمند، آقای دکتر علی شاکر و کسانی که در اجرای پژوهش نقش داشتند قدردانی می‌شود.

منابع فارسی

پریاد، ع. حسین زاده، ت. کاظم نژاد، ع. اسیری، ش. (۱۳۹۲). بررسی خودکارآمدی در بیماران با بیماری عروق کرونر و پیش‌بینی‌های آن. دانشگاه علوم پزشکی قم، ۷ (۲): صفحه ۴۱-۴۸.

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

راشاکاظمی، م. مومنی جاوید، م. (۱۳۸۸). رابطه کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پس از جراحی، اصلاح نژاد سرطان پستان، شماره ۳ و ۴.

زارع زرینی، ح. پورموئید، ز. وحیدی، ع. جعفری تادی، ا. (۱۳۹۵). اثر آروماتراپی بر اضطراب در بیماران قبل از پیوند عروق کرونر، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ، شماره۱۵،صفحه۵۲۶-۶.

زربخش بحری، م. پورحسنی، س. رحمانی، م. زلکان،ف. کیانپور، ع. (۱۳۹۲). رابطه بین طول عمر و انعطاف‌پذیری با اضطراب مرگ در بیماران اچ آی وی. دانشگاه علمی کاربردی. ۳(۶):صفحه۹۰۴-۸۹۹.

سالاری پور، م. مکتبی، غ. احمدپوربیرجانی، س. (۱۳۹۶). رابطه بین هوش هیجانی و جهت‌گیری مذهبی با اضطراب مرگ در مردان بازنشسته، صنایع فولاد خوزستان اهواز نشریه، پیشرفت‌های پیشرفته علوم رفتاری، جلد ۲، شماره ۱۵، صفحات ۲۷-۹.

سماوات. ط، حجت زاده شمس. م، افخمی. آ. مهدوی. علیرضا، بشتی. ش، پورآرام حامد، قطبی مرجان، رضوانی ابوالقاسم. (۱۳۹۳). راه های پیشگیری و کنترل بیماری‌های قلبی عروقی. نصر جوان، ویرایش دوم، ۹-۱۰.

نادری، ف. صفرزاده، س. (۱۳۹۳). اضطراب، رضایت از زندگی، نگرانی و امید بین افراد سالم معلول در خانواده و زندگی در خانه پرستاری، دوره ۲، شماره ۳۲، ۱-۸-۱-۹۸.

وحیدنیا اعظمی، ع، پیامی بوساری، م وکاشفی، م. (۱۳۹۱). اثر آرامش عضله پیشرو در استرس درک شده بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد. دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۲۰ (۸۱): ۱۸-۲۷.

منابع انگلیسی

Brink E, Alsen P, Herlitz J, Kjellgren K, Cliffordson C. General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. Psychol Health Med. 2012; 17(3): 346-55.

Fan J, Liguo Q, Liu J, Wang W, Wang M, Q i Y. Impact of cardiovascular disease deaths on life expectancy in Chinese population. BES 2014; 27(3): 162-8

Iso S, Imamura H, Sekiguchi Y, Iwashita THirano R, Ikeda U, et al. Incidence and mortality of acutemyocardial infarction. Apopulation-based study including patientswith out-of-hospital cardiac arrest Int Heart J 2011; 52(4): 197-202

Lawrence, Hancock D, Ki rsten J, K isely, St ephenThe gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. BMJ 2013; 10(11): 1-14.

Mills, Edward J, Bakanda, Birungi C, Chan J, Ford K, et al. Life expectancy of persons receiving combination antiretroviral therapy in low-income countries: a cohort analysis from Uganda. Annals of int med 2011; 155(4): 209-16.

Park LG, Howie-Esquivel J, Chung ML, Dracup K. A text messaging intervention to promote M e d ication adherence for patients with coronary heart disease: A randomized controlled trial. Patient Educ Couns. 2014; 94(2): 261-268

Perlman D. Influence of the sport education model on physical self- efficacy. Public health nurs. 2010; 24: 1-5

Philip J.T., Baker, R. 2012. Depression, anxiety and cardiac morbidity outcome after coronary artery bypass. Journal of Geriatric Cardiology; 9(2): 197-208.

Wang L-W, Ou S-H, Tsai C-S, Chang Y-C, Kao C-W. Multimedia Exercise Training Program Improves Distance Walked, Heart Rate Recovery, and Self-efficacy in Cardiac Surgery Patients. The Journal of cardiovascular nursing. 2015;3(10):71

Werner, K.H., Goldin, P.R., Ball, T.M., Heimberg, R.G., & Gross, J.J. (2011). Assessing Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: The Emotion Regulation Interview. Journal of sychopathology and Behavioral Assessment. 33,346-358

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]

Original Article

Comparison of self-efficacy, life expectancy and death anxiety in people with and without heart disease

Samira Rezvanirad[1], MSc
*** Ali Shaker Dioulagh[2], Ph.D**

Abstract

Aim. This study was conducted to compare self-efficacy, life expectancy and death anxiety in people with and without heart disease.

Background. Cardiovascular diseases are the most common cause of mortality in many countries including Iran. This chronic disease may affects self-efficacy, life expectancy and death anxiety.

Method. The present study was a comparative study in which 75 people with heart admitted to Seyyed Al-Shohada hospitals, Urmia, Iran were compared with 75 individuals without heart disease in terms of self-efficacy, life expectancy and death anxiety. To collect the data, the Snyder Life Expectancy Questionnaire, General Sherer's Manual, and Thompson's Death Fear was used. Data were analyzed in SPSS software using descriptive and inferential statistics.

Findings. This study showed a statistically significant difference between people with and without heart disease in self-efficacy (51.36±9.11 against 66.30±10/60) (P≤0.0001) and life expectancy (39.66±8.78 against 46.12±6.87) (P≤0.0001). No statistical significant difference was found between the groups in terms of death anxiety.

Conclusion. It is recommended to take actions for improving self-efficacy and life expectancy in people with heart disease.

Keywords: Cardiovascular disease, Self-efficacy, Life expectancy, Death anxiety,

1 MSc in Clinical Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
2 PhD in Psychology, Psychology Research Center, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
(*Corresponding Author) email: ali.shaker2000@gmail.com

[Downloaded from icns.org.ir on 2026-11-08]