MEJDS. 2021; 11:84.

Published online 2021 Sep. **Original Article**

Predicting the Quality of Life by Health Locus of Control and Illness Perception in Patients with Cardiovascular Diseases

Soltani Sh[1], *Hassani F[2], Golshani F[2], Koochak Entezar R[2]

Author Address
1. PhD Student General Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** Far.hassani@iauctb.ac.ir

Received: 2020 October 20**; Accepted:** 2021 Jun 3

Abstract

Background & Objectives: Cardiovascular Disease (CVD) is a debilitating condition that reduces the Quality of Life (QoL) due to its comorbid biopsychosocial complications. Furthermore, QoL, as an essential aspect of healthcare, plays an effective role in treatment and care planning. Accordingly, an individual's perception of the disease, the role of the patient in controlling their disease, the treatment process, and the degree of its success, can be of prime importance regarding the QoL. Identifying psychological variables involved in the QoL of patients with CVDs can be effective in improving their QoL. Therefore, the current study aimed to investigate the role of the health control centers and disease perception in predicting the QoL in patients with CVDs.

Methods: The statistical population of the present correlational study included all patients with CVDs referring to Shahid Rajaei Hospital, Tehran Heart Center, and Khatam Al–Anbia Hospital in Tehran City, Iran, in 2019. The statistical sample consisted of 350 hospitalized and outpatient volunteers who were selected by convenience sampling method. The inclusion criteria of the study were the ability to share information and experiences; having a CVD; the age of >30 years, and one year has passed since the illness. The exclusion criteria of the study were the patient's unwillingness to continue cooperation and the occurrence of unfavorable physical conditions and exacerbation of the disease. The instruments used in this study were a researcher–designed demographic questionnaire, Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (Rector et al., 1984), Brief Illness Perception Questionnaire (Broadbent et al., 2006), and Multidimensional Health locus of Control Scale (Wallston et al., 1978). The obtained data were analyzed using descriptive statistics, such as mean and standard deviation as well as inferential statistics, using Pearson correlation coefficient and multivariate regression analysis in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.01.

Results: There was a significant and positive relationship between all subscales of the health control center (including internal control source, control source related to important people & control source related to chance) and the QoL in the examined patients (p<0.01). Additionally, concerning the relationship between disease perception and QoL, only the subscales of perception of outcomes, the perception of disease duration, and personal control presented a significant and positive relationship with patients' QoL (p<0.01). Regarding treatability, symptom recognition, and concerns, and QoL provided no significant relationship with disease, emotions, emotional response, and the ability to understand the disease (p>0.01). The regression analysis data also revealed control source subscales related to significant others (β=0.36, p<0.001), control source related to chance (β=0.26, p<0.001), the perception of consequences (β=0.13, p<0.001), and personal control (β=0.10, p=0.015) could predict the QoL in the study patients.

Conclusion: The present research findings suggested that the subscales of the health control center, including the control source related to significant others and the control source related to chance, and the subscales of disease perception, including the perception of consequences and personal control can predict the QoL in patients with CVDs.

Keywords: Quality of life, Patients, Cardiovascular diseases, Health locus of control, Illness perception, Personal control.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۸۴.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

نقش کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی

شیوا سلطانی[۱]، *فریبا حسنی[۲]، فاطمه گلشنی[۲]، رؤیا کوچک‌انتظار[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Far.hassani@iauctb.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۹ مهر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی متغیرهای روان‌شناختی دخیل در کیفیت زندگی بیماران قلبی می‌تواند در بهبود ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر واقع شود؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی انجام شد.

روش‌بررسی: روش این مطالعه از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران قلبی بیمارستان شهید رجائی، مرکز قلب تهران و بیمارستان خاتم‌الانبیاء در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. تعداد ۳۵۰ نفر از بیماران قلبی بستری‌شده و سرپایی به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان علاوه‌بر پرسشنامهٔ جمعیت‌شناختی به پرسشنامهٔ کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مینه‌سوتا (رکتور و همکاران، ۱۹۸۴)، پرسشنامهٔ مختصر ادراک بیماری (بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶) و مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت (والستون و همکاران، ۱۹۷۸) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۱ بود.

یافته‌ها: بین همهٔ زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت (شامل منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس) با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطهٔ معنادار و مثبت وجود داشت ($p<۰/۰۱$)؛ همچنین در ارتباط بین ادراک بیماری با کیفیت زندگی فقط زیرمقیاس‌های ادراک از پیامدها، ادراک طول مدت بیماری و کنترل شخصی با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطهٔ معنادار و مثبت داشتند ($p<۰/۰۱$)؛ همچنین زیرمقیاس‌های منبع کنترل مربوط به افراد مهم ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۳۶$)، منبع کنترل مربوط به شانس ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۲۶$)، ادراک از پیامدها ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۱۳$) و کنترل شخصی ($p=۰/۰۱۵$، $\beta=۰/۱۰$) توانستند کیفیت زندگی بیماران قلبی را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش حاضر، زیرمقیاس‌های متغیر کانون کنترل سلامت شامل منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس و زیرمقیاس‌های متغیر ادراک بیماری شامل ادراک از پیامدها و کنترل شخصی می‌توانند کیفیت زندگی بیماران قلبی را پیش‌بینی کنند.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، بیماران قلبی، کانون کنترل سلامت، ادراک بیماری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

۱ مقدمه

بیماری قلبی‌عروقی[1] اصطلاحی عام برای بیماری‌های قلب و رگ‌های خونی است و یکی از عوامل شایع مرگ افراد بیشتر از ۳۵ سال در کشورهای صنعتی است (۱). اصطلاح بیماری قلبی اغلب برای اشاره به حملهٔ قلبی به‌کار می‌رود؛ باوجوداین، بیماری قلبی سایر بیماری‌های قلب را نیز در بر می‌گیرد. حملهٔ قلبی[2] یا سکتهٔ قلبی[3] هنگامی اتفاق می‌افتد که جریان خون یکی از عروق کرونر قلب قطع شود و این کمبود و فقدان خون موجب تخریب و حتی مرگ آن بخش از قلب شود (۲). اولین مسئلهٔ جامعی که بیماران قلبی با آن مواجه هستند، کیفیت زندگی[4] و تغییرات مربوط به آن است. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به جنبه‌هایی از کیفیت زندگی اشاره می‌کند که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با سلامت ارتباط دارد و ناشی‌از ارزیابی ذهنی فرد دربارهٔ جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی سلامت خود است؛ همچنین تحت‌تأثیر تفاوت‌های فردی، در اشخاص مختلف متفاوت است (۳). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماری‌های مزمن بسیار حائز اهمیت است و می‌تواند در برنامه‌ریزی برای درمان، ارتقای دانش و آگاهی، مهارت‌های مراقبت از خود و درمجموع بهبود کیفیت زندگی مؤثر واقع شود (۴).

ازجمله متغیرهای مؤثر درکیفیت زندگی بیماران، کانون‌کنترل سلامت[5] است. کانون کنترل سلامت عبارت است از باور فرد به اینکه سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی یا بیرونی است (۵). افرادی که احساس کنترل فردی قوی دارند، حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری را بیشتر درکنترل خود می‌دانند؛ همچنین هنگام ابتلا به بیماری می‌توانند بهتر با بیماری خود کنار بیایند و در فرایند توان‌بخشی[6]، کارآمدتر عمل کنند (۶) و کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند (۷). ریضا و همکاران در زمینهٔ رابطهٔ منبع کنترل سلامت و کیفیت زندگی نشان دادند، بین منبع کنترل بیرونی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به پارکینسون ارتباط منفی و معنادار وجود دارد (۸). صمدی فرد و میکائیلی نیز دریافتند که بین منبع کنترل و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت رابطهٔ معنادار و مثبت وجود دارد (۹).

عامل دیگر مؤثر در کیفیت زندگی بیماران، ادراک بیماری[7] است. ادراک بیماری شامل بازنمایی شناختی[8] سازمان‌یافتهٔ بیمار از بیماری خود و باور به جنبه‌های مختلف وضعیت جدید خود است (۱۰). براساس مدل خودگردانی لونتال[9]، بیمار رفتار و واکنش هیجانی خود را درقبال بیماری براساس برداشت در زمان مشاهدهٔ علائم بیماری، برداشت شخصی بیمار از درمان‌ها، باور دربارهٔ اثر احتمالی بیماری بر کل زندگی، مدت زمان بیماری و باور دربارهٔ میزان کنترل و دوره‌ای‌بودن بیماری و درمان، مشخص می‌کند (۱۱). به‌عبارتی ادراک از بیماری سبب شناسایی عوامل اثرگذار بر سازگاری و پذیرش بیماری می‌شود (۱۲) و با کیفیت زندگی بیمار مرتبط است (۱۳).

پژوهش‌های متعددی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن رابطهٔ ادراک بیماری و کیفیت زندگی را بررسی کرده‌اند و نتایج مشابهی کسب کرده‌اند؛ ازجمله عیدی و همکاران نشان دادند، ۴۲درصد از کیفیت زندگی بیماران قلبی براساس ادراک بیماری پیش‌بینی‌شدنی است (۱۴). نتایج پژوهش مهاجرانی و همکاران نیز رابطهٔ بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران را تأیید کرد (۱۰). در بررسی بهادر و همکاران مشخص شد، کیفیت زندگی بیماران با نارسایی مزمن قلبی یک ماه بعد از ترخیص به‌مراتب بهتر از زمان پذیرش و زمان ترخیص است (۴). زهرایی و همکاران رابطهٔ بین ادراک بیماری را با کیفیت زندگی در زنان مبتلا به مولتیپل‌اسکلروزیس[10] منفی و معنادار، به‌دست آوردند (۱۵). اسکالون و همکاران بیان کردند، بین کیفیت زندگی و ادراک درد بیماران با عمل جراحی ستون فقرات رابطهٔ معناداری وجود دارد (۱۶).

باتوجه به اینکه بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی‌عروقی بر ابعاد گوناگون کیفیت زندگی اثر دارند و کیفیت زندگی نیز بر روند درمان و برنامهٔ مراقبتی از بیماران مؤثر است (۴)، ضرورت دارد که عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی شناسایی شود و در برنامه‌های درمانی و ارتقای کیفیت زندگی مدنظر قرار گیرد. پیشینهٔ پژوهشی نشان می‌دهد، کانون کنترل سلامت و ادراک از بیماری ازجمله عوامل روان‌شناختی فردی است که می‌تواند در ارزیابی بیماران از شرایط و بیماری خود دارای نقش مؤثری باشد؛ به همین دلیل در کیفیت زندگی بیماران نقش دارد؛ اما بررسی این متغیرها در بیماران قلبی‌عروقی محدود است و نیاز به انجام‌دادن پژوهش‌های بیشتری در این زمینه است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری در بیماران قلبی اجرا شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران قلبی بیمارستان شهید رجائی، مرکز قلب تهران و بیمارستان خاتم‌الانبیاء شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. تعداد ۳۵۰ نفر از بیماران قلبی بستری‌شده و سرپایی به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس و داوطلبانه انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. حجم نمونه براساس فرمول K۵۰+۵ به‌دست آمد (۱۷). معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: توانایی به اختیارگذاشتن اطلاعات و تجربیات خود؛ مبتلابودن به یکی از بیماری‌های قلبی؛ داشتن سن بیشتر از ۳۰ سال؛ گذشتن یک سال از بیماری. ملاک‌های خروج بیماران از پژوهش تمایل‌نداشتن بیمار به ادامهٔ همکاری و بروز شرایط جسمانی نامساعد و تشدید بیماری بود. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش عبارت بود از: اطلاعات لازم در زمینهٔ پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ افراد داوطلبانه در

1. Cardiovascular disease
2. Heart attack
3. Myocardial infraction
4. Quality of life
5. Health locus of control
6. Rehabilitation
7. Illness perception
8. Cognitive representation
9. Leventhal Self-Regulatory Model
10. Multiple Sclerosis (MS)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

پژوهش شرکت کردند؛ به آن‌ها در زمینهٔ رازداری و محفوظ‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

از ابزارهای زیر در پژوهش استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه شامل اطلاعاتی دربارهٔ سن، جنس، وضعیت تأهل، طول مدت بیماری و نوع بیماری قلبی بود.

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مینه‌سوتا[1]: این پرسشنامه توسط رکتور و همکاران در سال ۱۹۸۴ ساخته شد (به نقل از ۱۸). این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است که محدودیت‌های جسمانی، روانی و اجتماعی ـ اقتصادی ناشی‌از علائم نارسایی قلبی را در یک ماه گذشته بررسی می‌کند. هشت سؤال جنبهٔ جسمانی و عملکرد فیزیکی، پنج سؤال جنبهٔ روانی ـ عاطفی و سؤالات باقیماندهٔ دیگر جنبهٔ اقتصادی ـ اجتماعی بیمار را می‌سنجند. هر سؤال براساس طیف لیکرت شش‌تایی از خیر=صفر تا خیلی زیاد=۵، پاسخ داده می‌شود. در این مقیاس نمرات بیشتر، نشان‌دهندهٔ کیفیت زندگی ضعیف‌تر در بیمار است (به نقل از ۱۸). این پرسشنامه از نظر پایایی از تحلیل همسانی خوبی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برخوردار بود (۱۸). در ایران اسکندری و همکاران پایایی پرسشنامه را با تحلیل همسانی درونی و روش آزمون‌بازآزمون به‌دست آوردند. نتایج تحلیل نشان داد، میانگین کیفیت زندگی بیماران کلاس چهار درمقایسه با بیماران کلاس یک در همهٔ ابعاد بیشتر و معنادار است. کلاس بیماری براساس تقسیم‌بندی انجمن قلب نیویورک و میزان فعالیت‌های مجاز روزانه مشخص می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بود و ضریب پایایی آزمون مجدد در دو بار اجرا شد و به فاصلهٔ دو هفته، در تمام ابعاد بیشتر از ۰/۹۰ بود (۱۹).

ـ پرسشنامهٔ مختصر ادراک بیماری[2]: این پرسشنامه برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری توسط بردابنت و همکارانش در سال ۲۰۰۶ طراحی شد (۲۰). این پرسشنامه دارای نُه سؤال و نُه خرده‌مقیاس است. هر خرده‌مقیاس به‌صورت یک سؤال است و همهٔ خرده‌مقیاس‌ها (به‌جز مربوط به علیت) در مقیاس درجه‌بندی از صفر تا ده پاسخ داده می‌شوند. پنج خرده‌مقیاس واکنش شناختی به بیماری را می‌سنجند که عبارت‌اند از: ادراک از پیامدها؛ ادراک طول مدت بیماری؛ کنترل شخصی؛ درمان‌پذیری؛ شناخت علائم. دو ماده واکنش عاطفی را نشان می‌دهند که شامل نگرانی دربارهٔ بیماری، عواطف و واکنش عاطفی است، یک ماده قابلیت درک و فهم بیماری را می‌سنجد و جهت‌گیری علّی یک سؤال باز است که از بیمار خواسته می‌شود سه عامل از مهم‌ترین عواملی را فهرست کند که باعث بیماری وی شدند (۲۰). در پژوهش بردابنت و همکاران ضریب پایایی این پرسشنامه ازطریق بازآزمایی برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها از r=۰/۴۸ (قابلیت فهم بیماری) تا ۰/۷۰ (پیامدها) بود. برای ضریب روایی خرده‌مقیاس کنترل شخصی از پرسشنامهٔ خوداثربخشی ویژهٔ بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد که r=۰/۶۱ بود (۲۰). باقریان سرارودی و همکاران نسخهٔ فارسی این مقیاس را تهیه کرد و آلفای کرونباخ نسخهٔ فارسی ۰/۸۴ به‌دست آمد؛ به‌طور کلی، نتایج استخراج‌شده از ارزیابی نسخهٔ فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت‌بخش است (۲۱).

ـ مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت[3]: این مقیاس در سال ۱۹۷۸ توسط والستون و همکاران به‌منظور تعیین کانون کنترل سلامت افراد ساخته شد (۲۲). این مقیاس هیجده سؤال و سه خرده‌مقیاس منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس دارد. آزمودنی باید در مقیاس لیکرتی شش‌تایی از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۶ میزان موافقت یا مخالفت خود را با هریک از آن‌ها بیان کند (۲۲). در پژوهش والستون و همکاران ضریب پایایی کودر ـ ریچاردسون برای هریک از مقیاس منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس به‌ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۱ و ۰/۷۷ گزارش شد (۲۲). در مطالعهٔ مشکی و همکاران، مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ از همسانی درونی برخوردار بود (۲۳).

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در بخش توصیفی با استفاده از شاخص‌های توصیفی ازجمله میانگین، انحراف معیار، شاخص‌های کجی و کشیدگی و در بخش استنباطی و آزمون فرضیهٔ پژوهش ازطریق ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیره ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری ۰/۰۱ بود.

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های به‌دست‌آمده درخصوص توزیع نمره‌های جمعیت‌شناختی از ۳۵۰ بیمار شرکت‌کننده در این مطالعه تعداد ۱۷۳ بیمار مرد و ۱۷۷ نفر زن بودند که در دامنهٔ سنی ۱۸ تا ۵۵ سال قرار داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان ۳۷/۲۶±۲/۹۳ سال بود. برای بررسی میزان رابطهٔ بین کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری با کیفیت زندگی بیماران قلبی از ضریب همبستگی پیرسون و همچنین برای پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج جدول ۱ شامل شاخص‌های توصیفی ازجمله میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های کجی و کشیدگی است.

جدول ۱. شاخص‌های آماری متغیرهای کیفیت زندگی، منبع کنترل سلامت و ادراک بیماری بیماران قلبی (N=۳۵۰)

متغیرها	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
کیفیت زندگی		۵۸/۴۱	۱۷/۹۹	ـ۰/۶۸	۰/۸۲
کانون کنترل سلامت	منبع کنترل درونی	۲۲/۴۸	۵/۰۳	ـ۰/۸۴	۱/۶۶
	منبع کنترل مربوط به افراد مهم	۲۲/۳۶	۵/۱۵	ـ۰/۸۸	۱/۴۸

1. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire
2. Brief Illness Perception Questionnaire
3. Multidimensional Health locus of Control Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

	منبع کنترل مربوط به شانس	۲۲/۵۹	۵/۴۱	ـ۰/۸۵	۱/۴۳
	ادراک از پیامدها	۶/۱۶	۲/۳۳۶	ـ۰/۴۶	ـ۰/۶۲
	ادراک طول مدت بیماری	۶/۱۹	۱/۹۸	ـ۰/۰۸	ـ۰/۴۵
	کنترل شخصی	۶/۲۳	۱/۸۰	۰/۱۴	ـ۰/۱۰
ادراک بیماری	درمان‌پذیری	۶/۱۲	۲/۱۸	ـ۰/۳۹	ـ۰/۶۷
	شناخت علائم	۶/۰۶	۲/۱۴	ـ۰/۱۷	ـ۰/۸۷
	نگرانی دربارهٔ بیماری	۵/۹۴	۲/۵۲	ـ۰/۳۴	ـ۰/۸۶
	عواطف و واکنش عاطفی	۶/۴۸	۲/۶۲	ـ۰/۴۶	ـ۰/۸۲
	قابلیت درک و فهم بیماری	۶/۴۶	۲/۴۹	ـ۰/۳۴	ـ۰/۸۱

جدول ۱ نتایج کجی و کشیدگی را برای بررسی نرمال‌بودن توزیع نمره‌های شرکت‌کنندگان در متغیرهای کیفیت زندگی، کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری، در بیماران قلبی نشان می‌دهد. قدر مطلق ضریب کجی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش باید در بازهٔ (۲و۲ـ) باشد. در جدول ۱ کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازهٔ کمتر از (۲ و ۲ـ) قرار دارد؛ بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است.

جدول ۲. خلاصهٔ نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها

متغیرها	مؤلفه‌ها	کیفیت زندگی
کانون کنترل سلامت	منبع کنترل درونی	۰/۵۱۸ **
	منبع کنترل مربوط به افراد مهم	۰/۵۸۷ **
	منبع کنترل مربوط به شانس	۰/۵۶۶ **
ادراک بیماری	ادراک از پیامدها	۰/۱۴۹ **
	ادراک طول مدت بیماری	۰/۱۴۸ **
	کنترل شخصی	۰/۱۳۸ **
	درمان‌پذیری	۰/۰۰۴
	شناخت علائم	ـ۰/۰۲۱
	نگرانی دربارهٔ بیماری	ـ۰/۰۱۲
	عواطف و واکنش عاطفی	۰/۰۶۱
	شناخت قابلیت درک و فهم بیماری	۰/۰۵۳

** $p<۰/۰۱$

ضرایب به‌دست آمده در جدول ۲ بیانگر همبستگی بین زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت و برخی زیرمقیاس‌های ادراک بیماری با کیفیت زندگی بیماران قلبی است. به عبارت دقیق‌تر، بین همهٔ زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطهٔ معنادار و مستقیم مشاهده می‌شود ($p<۰/۰۱$)؛ یعنی با افزایش کانون کنترل سلامت بیماران قلبی، کیفیت زندگی آنان نیز افزایش می‌یابد. همچنین از زیرمقیاس‌های ادراک بیماری فقط ادراک از پیامدها، ادراک طول مدت بیماری و کنترل شخصی با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطهٔ معنادار و مستقیم دارند ($p<۰/۰۱$)؛ یعنی به هر اندازه ادراک از پیامدها، ادراک طول مدت بیماری و کنترل شخصی بیماران قلبی بیشتر شود، کیفیت زندگی آنان نیز ارتقا می‌یابد؛ اما در زیرمقیاس‌های درمان‌پذیری، شناخت علائم، نگرانی دربارهٔ بیماری، عواطف و واکنش عاطفی و شناخت قابلیت درک و فهم بیماری با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطهٔ معناداری مشاهده نشد.

جدول ۳. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد رگرسیون چندمتغیره برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران قلبی براساس زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت و ادراک بیماری

	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	مقدار t	مقدار p
		B	خطای معیار	β		
گام	مقدار ثابت	ـ۱/۳۴۵	۴/۵۶۲	ـ ـ ـ	ـ۰/۲۹۵	۰/۷۶۸
	منبع کنترل مربوط به افراد مهم	۱/۲۴۸	۰/۲۷۹	۰/۳۶	۴/۴۷۴	< ۰/۰۰۱
	منبع کنترل مربوط به شانس	۰/۸۸۲	۰/۲۶۶	۰/۲۶	۳/۲۴۵	< ۰/۰۰۱
	ادراک از پیامدها	۰/۹۷۲	۰/۳۲۲	۰/۱۳	۳/۰۱۸	< ۰/۰۰۱
	کنترل شخصی	۱/۰۲۶	۰/۴۱۹	۰/۱۰	۲/۴۴۹	۰/۰۱۵

جدول ۳ نتایج رگرسیون چندمتغیرهٔ گام‌به‌گام را نشان می‌دهد. براساس نتایج تحلیل رگرسیون، زیرمقیاس‌های منبع کنترل مربوط به افراد مهم

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

(β=۰/۳۶ ،p<۰/۰۰۱)، منبع کنترل مربوط به شانس (p<۰/۰۰۱، β=۰/۲۶)، ادراک از پیامدها (p<۰/۰۰۱، β=۰/۱۳) و کنترل شخصی (p=۰/۰۱۵، β=۰/۱۰) می‌توانند کیفیت زندگی بیماران قلبی را پیش‌بینی کنند.

۴ بحث

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد، همهٔ زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت (شامل منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس) با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطهٔ مثبت و معنادار داشتند؛ همچنین برخی زیرمقیاس‌های ادارک بیماری شامل ادراک از پیامدها، ادراک طول مدت بیماری و کنترل شخصی با کیفیت زندگی بیماران قلبی دارای رابطهٔ مثبت و معناداری بودند؛ اما در زیرمقیاس‌های درمان‌پذیری، شناخت علائم، نگرانی دربارهٔ بیماری، عواطف و واکنش عاطفی و شناخت قابلیت درک و فهم بیماری با کیفیت زندگی بیماران قلبی رابطهٔ معناداری مشاهده نشد. صمدی فرد و میکائیلی رابطهٔ بین منبع کنترل و کیفیت زندگی را در بیماران دیابتی بررسی کردند. نتایج نشان داد رابطهٔ بین منبع کنترل و کیفیت زندگی در این بیماران معنادار و مثبت است (۹). مهاجرانی و همکارانش نیز در بررسی رابطهٔ بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران قلبی، نتایج مشابهی را به‌دست آوردند (۱۰).

در تبیین یافتهٔ پژوهش حاضر مبنی‌بر اینکه بین منبع کنترل سلامت و همهٔ زیرمقیاس‌های آن با کیفیت زندگی رابطهٔ مثبت و معنادار وجود دارد، می‌توان به محدودیت‌هایی اشاره کرد که بیماران قلبی در فعالیت‌های روزانهٔ خود دارند و تا حدودی آن‌ها را برای فعالیت‌های روزمره وابسته به اطرافیان می‌کند؛ چراکه این امر می‌تواند در ادراک کنترل فرد بر زندگی خود مؤثر واقع شود و کیفیت زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار دهد. در منابع کنترل مرتبط با سلامت، فرد میزان کنترل خود بر مدیریت شرایط درمان خویش، اعتماد به توانایی و تخصص گروه درمان و میزان شانس و تقدیر را در نظر می‌گیرد. منبع کنترل درونی درصورتی می‌تواند بر کیفیت زندگی بیمار اثر منفی داشته باشد و آن را کم کند که بیمار بخواهد مشکلات پیش‌آمده در روند درمان را به خود ربط دهد؛ در این صورت دایرهٔ معیوبی در شبکهٔ باورهای فرد ایجاد می‌شود (۸)؛ درنتیجه کیفیت زندگی بیماران قلبی دستخوش تغییر می‌شود و بر شدت و وخامت بیماری اثر می‌گذارد (۷)؛ برعکس اگر بیماران رفتار خود را در پیروری از پزشک و درمان، عامل مؤثری در بهبود روند درمان بدانند، منبع کنترل درونی می‌تواند کیفیت زندگی را ارتقا بخشد (۸). همچنین منبع کنترل سلامت وابسته به افراد مهم ازجمله پزشک، تیم درمان و افراد حمایتگر خانواده می‌تواند به‌عنوان منابع کنترل بیرونی در شرایط بیمار نقش مؤثری داشته باشد. هنگامی که بیمار به تخصص و مهارت تیم درمان اعتماد دارد، استرس کمتری را تجربه می‌کند؛ همچنین امیدوارتر است و کیفیت زندگی مطلوب‌تر می‌شود (۲۳). از سویی دیگر داشتن حمایت روانی‌اجتماعی همواره عاملی مؤثر در کیفیت زندگی به‌شمار می‌رود (۳) و زمانی که بیماران خانوادهٔ خود را حمایتگر بدانند، کیفیت زندگی مطلوب‌تری را تجربه می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر نقش منبع کنترل سلامت وابسته به افراد مهم را تأیید می‌کند؛ اما در پژوهش حاضر بین عوامل بیرونی مربوط به شانس و اقبال با کیفیت زندگی رابطهٔ مثبت و معنادار وجود داشت و در برخی پژوهش‌ها معمولاً این زیرمقیاس با کیفیت زندگی رابطهٔ منفی دارد (۸) که می‌توان این نتایج را باتوجه به باورهای مذهبی و فرهنگی جامعهٔ ما تبیین کرد. در فرهنگ و اعتقادات مذهبی ما قضا و قدر ازجمله امور پذیرفته‌شده است؛ همچنین دربرابر خواست خداوند پذیرش و تسلیم شیوه‌ای آرامش‌بخش است و نتایج حاصل به‌دلیل اصول اعتقادی و پذیرش تقدیر الهی است. در پژوهش باسینگ و همکاران راهبردهای مقابله‌ای مذهبی یکی از عوامل مؤثر در درمان و کیفیت زندگی بیماران مزمن است (۲۴).

در تبیین یافتهٔ دیگر پژوهش مبنی‌بر رابطهٔ مثبت و معنادار زیرمقیاس‌های ادراک از پیامدها، ادراک طول مدت بیماری و کنترل شخصی با کیفیت زندگی بیماران قلبی می‌توان اشاره کرد که مؤلفه‌های متعدد ادراک بیماری ازجمله انتظارات فرد از آیندهٔ بیماری، طول مدت بیماری، قابلیت کنترل و نیز قابلیت درمان آن به‌نوعی می‌توانند کیفیت زندگی بیمار را تعیین کنند (۱۴). دام و سیتنفلد در زمینهٔ نقش مفهوم سلامت جسمی و روحی بر ادراک بیماری افراد اظهار کرده‌اند که نوع ادراک و تفسیر بیماری با بهزیستی روان‌شناختی و نیز جسمانی رابطهٔ معناداری دارد (۱۲). وجود رابطه بین بازنمایی‌های شخصی از بیماری و کیفیت زندگی بیماران مزمن براساس نظریهٔ خودگردانی است. این دیدگاه افراد را حل‌کننده‌های مشکل فعال می‌داند که در پاسخ به بیماری یا سایر تهدیدهای جسمی، بازنمایی‌های شناختی و هیجانی را هم‌زمان باهم شکل می‌دهند. این بازنمایی‌های شناختی بیماری شامل تعداد و تجربهٔ علائم واقعی است که به‌عنوان بخشی از بیماری در نظر گرفته می‌شود و نیز برچسب انتزاعی به آن داده می‌شود (شناخت بیماری) (۱۵)؛ همچنین انتظارات در زمینهٔ طول مدت احتمالی بیماری (خط زمانی)، باور دربارهٔ پیامدهای جسمی، اجتماعی و هیجانی (پیامدها)، ادراکات دربارهٔ میزان قابلیت درمان یا کنترل آن و نیز باور دربارهٔ دلایل بیماری را در بر می‌گیرد (۱۳). این بازنمایی‌های به‌هم‌پیوسته بیماری چارچوبی مفهومی برای بیمار به‌وجود می‌آورند که ازطریق آن توصیه‌های مراقبان سلامتی را پردازش می‌کنند و این امر به‌نوبهٔ خود سازگاری به بیماری را تعیین می‌کند؛ بنابراین ادراک بیماران از بیماری بر رفتار، عملکرد و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. هرچه بیمار پیامدهای بیماری خود را شدید، زمان بیماری را طولانی، کنترل خود بر بیماری را ضعیف و علائم بیماری را شدیدتر بداند و دربرابر بیماری و شرایط خود واکنش عاطفی شدیدتر داشته باشد، کیفیت زندگی ضعیف‌تری را تجربه می‌کند.

یافته‌های این مطالعه نتایج مطالعات گذشته را توسعه داده است و باتوجه به نتایج پژوهش حاضر، به محققان برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود در این زمینه مطالعاتی بر گروه‌های مختلف بیماران مزمن، بیماران صعب‌العلاج و شهرهای دیگر انجام دهند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش حاضر نتیجه گرفته می‌شود که زیرمقیاس‌های متغیر کانون کنترل سلامت شامل منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس و زیرمقیاس‌های متغیر ادراک بیماری شامل ادراک از پیامدها و کنترل شخصی می‌توانند کیفیت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

زندگی بیماران قلبی را پیش‌بینی کنند.

۶ تشکروقدردانی

از بیماران قلبی بیمارستان شهید رجائی، مرکز قلب تهران و بیمارستان خاتم‌الانبیاء و پرسنل این بیمارستان‌ها که در مطالعهٔ حاضر ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر در راستای رعایت اخلاق پژوهش فرم رضایت‌نامهٔ کتبی امضاشده از بیماران دریافت کرد؛ همچنین اطلاعات لازم در زمینهٔ پژوهش به‌صورت مکتوب در اختیار افراد قرار گرفت؛ افراد داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند؛ به آن‌ها در زمینهٔ رازداری و محفوظ‌ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پژوهش در پیوست رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، دردسترس است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام نشده و هزینه‌های آن توسط نویسندگان مقاله تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

باتوجه به اینکه مقالهٔ حاضر برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول است، نویسندهٔ اول (دانشجو) با همراهی و راهنمایی‌های استاد راهنما و اساتید مشاورکل پژوهش را انجام داده است.

References

1. Kwok CS, Pradhan A, Khan MA, Anderson SG, Keavney BD, Myint PK, et al. Bariatric surgery and its impact on cardiovascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. Int J Cardiol. 2014;173(1):20–8. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2014.02.026
2. Kotecha D, Manzano L, Krum H, Rosano G, Holmes J, Altman DG, et al. Effect of age and sex on efficacy and tolerability of β blockers in patients with heart failure with reduced ejection fraction: individual patient data meta-analysis. BMJ. 2016;353:i1855. https://doi.org/10.1136/bmj.i1855
3. Hand C. Measuring health-related quality of life in adults with chronic conditions in primary care settings. Can Fam Physician. 2016;62(7):e375–83.
4. Bahador R, Nouhi E, Jahani Y. Quality of life and its related factors in patients with CHF, referring to Jiroft Imam Khomeini Hospital. Iran Journal of Nursing. 2017;30(105):23–33. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/ijn.30.105.23
5. Forshaw M, Sheffield D. Health psychology in action. Chichester, West Sussex ; Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2012.
6. Kroemeke A. Coping flexibility and health-related quality of life among older adults: the compensatory effect of co-rumination. Front Psychol. 2019;10:59. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00059
7. Sarafino EP, Smith TW. Health psychology: biopsychosocial interactions. 8th ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2014.
8. Rizza F, Gison A, Bonassi S, Dall'Armi V, Tonto F, Giaquinto S. 'Locus of control', health-related quality of life, emotional distress and disability in Parkinson's disease. J Health Psychol. 2017;22(7):844–52. https://doi.org/10.1177/1359105315616471
9. Samadifard HR, Mikaeili N. The Role of Locus of Control and Cognitive Fusion in the Prediction of Quality of Life in Diabetic Patients. Pajouhan Scientific Journal. 2016;15(1):9–18. [Persian] http://psj.umsha.ac.ir/article-1-362-en.pdf
10. Mohajerani S, Haghayegh SA, Adibi P. Relationship between Alexithymia, illness perception and resilience with quality of life of patients with ulcerative colitis. Govaresh. 2017;22(1):28–38. [Persian] http://www.govaresh.org/index.php/dd/article/view/1815/2107
11. Gregory J, Richardson C. The use of pain assessment tools in clinical practice: a pilot survey. J Pain Relief. 2014;3(2):140–6. https://doi.org/10.4172/2167-0846.1000140
12. Daum M, Sittenfeld C. The quality of life report. Austin: University of Texas Press; 2017.
13. Fayers PM, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. 3rd ed. Chichester: John Wiley; 2016.
14. Eydi M, Najafi Ghezeljeh T, Haghani SH. The Prediction of self-care behaviors and quality of life based on disease perception in patients with heart failure. Iran Journal of Nursing. 2020;33(124):13–26. [Persian] http://ijn.iums.ac.ir/article-1-3180-en.pdf
15. Zahraie S, Amini S, Saebi S. The relationship between illness perception, stigma and cognitive fusion with quality of life of the women with multiple sclerosis. Journal of Psychological Studies. 2018;14(2):25–40. [Persian] https://dx.doi.org/10.22051/psy.2018.21294.1687
16. Scalone L, Zucco F, Lavano A, Costantini A, De Rose M, Poli P, et al. Benefits in pain perception, ability function and health-related quality of life in patients with failed back surgery syndrome undergoing spinal cord

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

stimulation in a clinical practice setting. Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):68–76. https://doi.org/10.1186/s12955-018-0887-x
17. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis. Multivariate Behav Res. 1991;26(3):499–510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7
18. Rector TS, Cohn JN. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. Pimobendan Multicenter Research Group. Am Heart J. 1992;124(4):1017–25. https://doi.org/10.1016/0002-8703(92)90986-6
19. Eskandari S, Heravi-Karimooi M, Foroughan M, Ebadi A, Taheri Kharameh Z. Quality of life in heart failure patients using the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF). Payesh (Health Monitor). 2016;15(5):559–66. [Persian] http://payeshjournal.ir/article-1-156-en.pdf
20. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. Journal of Psychosomatic Research. 2006;60(6):631–7. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
21. Bagherian Sararoudi R, Bahrami Ehsan H, Sanei H. Relationship between history of myocardial infraction and cognitive representation of myocardial infraction. Research in Psychological Health. 2008;2(2):29–39. [Persian]
22. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. Health Educ Monogr. 1978;6(2):160–70. https://doi.org/10.1177/109019817800600107
23. Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. BMC Public Health. 2007;7(1):295. https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-295
24. Büssing A, Michalsen A, Balzat H-J, Grünther R-A, Ostermann T, Neugebauer EAM, et al. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? Pain Med. 2009;10(2):327–39. https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2009.00572.x

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]