

الگوی ساختاری روابط بین ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی و امید به زندگی با میانجیگری سرسختی روانشناختی در بیماران قلبی

گیتا افروخته^{۱*}، مختار عارفی^۲، کیوان کاکابرای^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۲- استادیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

۳- دانشیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

چکیده

با توجه به اطلاعات سازمان بهداشت جهانی بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر در سراسر جهان محسوب می‌شود و مردم جهان بیش از هر چیز، بر اثر ابتلاء به بیماری‌های قلبی عروقی جان خود را از دست می‌دهند. پژوهش حاضر باهدف بررسی الگوی ساختاری روابط بین ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی و امید به زندگی با میانجیگری سرسختی روانشناختی در بیماران قلبی انجام شد. روش بررسی پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. نمونه آماری شامل ۲۵۰ نفر از بیماران قلبی بستری و سرپایی سه ماهه اول سال ۱۳۹۷ شهر همدان بود که با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های مقیاس سخت رویی کوباسا (۱۹۷۹)، کیفیت زندگی (واروشربون، ۱۹۹۲)، پنج عاملی شخصیت نئو (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲) و پرسشنامه امید به زندگی (میلر، ۱۹۸۸)

بود. داده‌ها با استفاده از آزمون SPSS-22 و AMOS-22 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد ضرایب متغیرهای امید به زندگی و ویژگی‌های شخصیتی به ترتیب با ضرایب استاندارد ۰/۲۴۹ و ۰/۳۸۶ با سخت‌رویی بیماران قلبی رابطه معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۱$). با توجه به یافته‌های این پژوهش برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای بیماران در مراحل اولیه و در حین درمان برای آموزش (امید درمانی) و اصلاح تیپ شخصیتی بسیار مفید و بازدارنده از تشدید بیماری است.

واژه‌های کلیدی: ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی، امید به زندگی، سرسختی روان‌شناختی، بیماران قلبی

مقدمه و بیان مساله

بیماری‌های قلبی عروقی به عنوان عمده‌ترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه شناخته شده است. در بین بیماری‌های قلبی، نارسایی قلبی به عنوان یکی از بیماری‌های شایع و مزمن جایگاه بسیار مهمی در عرصه بهداشت و درمان به خود اختصاص داده است (چوبدري و همکاران، ۲۰۱۵). در حال حاضر بیماران قلبی ۴۰٪ آمار مرگ و میر کشور ایران را به خود اختصاص داده اند. امید در تمام ابعاد زندگی عنصری ضروری است. امید توانایی باور به داشتن احساسی بهتر در آینده می‌باشد (کار، ۲۰۰۴). کیفیت زندگی می‌تواند یکی از پیامدهای پراهمیت در ارزیابی‌های سلامت باشد، چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت نیز بر این نکته تأکید دارد (خزایی علی آباد، ۱۳۹۰). به دلیل تأثیر منفی بیماری قلبی بر توانایی انجام فعالیت‌های معمول زندگی بیماران مبتلا، از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند (کاتو و همکاران، ۲۰۰۷). سرسختی روان‌شناختی به عنوان ترکیبی از نگرش‌ها و باورها تعریف می‌شود که به فرد انگیزه و جرأت می‌دهد تا در مواجهه با موقعیت‌های فشارزا و دشوار کارهای سخت و راهبردی انجام دهد و برای سازگاری با آن شرایط سرسختانه فعالیت کند (مادی، ۲۰۰۷). مؤلفه‌های سرسختی (تعهد، کنترل و مبارزه جویی) در موقعیت‌های فشارزا، سبب خواهند شد که فرد ارزیابی تهدیدآمیزی از موقعیت نداشته باشد و از راهبردهای صحیح برای حل مسأله استفاده نماید. سرسختی روان‌شناختی به مثابه سپری در مقابل تنیدگی در موقعیت‌های گوناگون زندگی عمل می‌کند (باسلی و

همکاران، ۲۰۰۳). به طوری که افراد سرسخت در مقایسه با افراد با سطح پایین سرسختی، سطوح پایینی از تنیدگی را تحمل می‌کنند (کاهن و یوستر، ۲۰۰۲).

در مطالعه نظامی پور و احدی (۱۳۹۴) با عنوان نقش میانجی‌گرانه امید به زندگی در رابطه بین عامل‌های روان‌نژندی و برون‌گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی نشان داد که امید به زندگی در رابطه بین دو عامل روان‌نژندی و برون‌گرایی نقش واسطه‌ای دارد؛ بدین معنی که روان‌نژندی اثر غیرمستقیم منفی و برون‌گرایی اثر غیرمستقیم مثبت به واسطه امید به زندگی بر کیفیت زندگی دارند. بر اساس یافته‌ها، عامل‌های روان‌نژندی و برون‌گرایی نقش مهمی بر امید به زندگی و نهایتاً کیفیت زندگی بیماران دیالیزی ایفا می‌کنند

فولادی و شهیدی (۱۳۹۶) پژوهشی تحت عنوان نقش ویژگی‌های شخصیتی و امید به زندگی در پیش‌بینی سرسختی روان‌شناختی در بین دانشجویان انجام دادند، این پژوهش نیز از نظر مشابهت با پژوهش حاضر می‌توان گفت فقط در متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی، امید به زندگی و سرسختی مشابهت دارد، نتایج این پژوهش نشان داد که بین امید به زندگی، برون‌گرایی، سازش‌پذیری و با وجدان بودن با سرسختی رابطه مثبت معنی‌دار و بین روان‌رنجورخویی، پذیرا بودن نسبت به تجارب و سرسختی، رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. تحلیل رگرسیون نیز بیان داشت که متغیرهای امید به زندگی و از بین پنج عامل شخصیتی نشو برون‌گرایی، سازش‌پذیری و با وجدان بودن بالا و روان‌رنجورخویی و پذیرا بودن نسبت به تجارب پایین سرسختی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کنند. نتایج به طور کلی نشان داد که ویژگی‌های شخصیتی و امید به زندگی نقش مهمی در سرسختی روان‌شناختی دانشجویان دارند. در تحقیق شبانی و همکاران (۱۳۹۵) مشخص شد که بین ابعاد پنج‌گانه شخصیت (نوروزگرایی، برون‌گرایی) و کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار وجود دارد.

علیزاده اصلی (۱۳۹۳) پژوهشی تحت عنوان رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری در تبیین تاثیر سرسختی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی با میانجیگری تمایز یافتگی بر روی دانشجویان انجام داد این پژوهش نیز از نظر استفاده متغیرهای سرسختی و کیفیت زندگی و روش مدلیابی شباهتهایی با پژوهش حاضر دارد اما از نظر شرکت کنندگان متفاوت بودند به طوریکه جامعه آماری این پژوهش ۲۴۲ نفر دانشجو (۱۳۶ مرد و ۱۰۶ زن) بودند که با استفاده از روش خوشه

ای تصادفی چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزارهای به کار برده شده برای سنجش متغیرهای پژوهش عبارت بودند از: مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز، مقیاس تمایز یافتگی اسکورون (DSI) و مقیاس کوتاه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF). تحلیل داده ها با استفاده از الگو سازی معادله ساختاری (SEM) از طریق نرم افزار AMOS انجام شد و نتایج این پژوهش نشان داد سرسختی روانشناختی در کیفیت زندگی تاثیر می گذارد اما تمایز یافتگی تنها با ورود متغیر سرسختی روانشناختی بر کیفیت زندگی اثر می گذارد.

آقایوسفی و شاهنده (۱۳۹۱) نیز پژوهشی در همین راستا تحت عنوان رابطه علی خشم، سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری انجام دادند که نتایج این پژوهش حاکی از ارزیابی الگوی رابطه پیشنهادی با استفاده از الگویابی معادلات ساختاری است و تحلیل ها نشان دادند که داده ها به خوبی با مدل از لحاظ شاخص های برازندگی، برازش دارند. تحلیل نشان داد که سرسختی روانشناختی و بیان خشم با کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری رابطه مستقیم دارد ولی بین سرسختی روانشناختی و خشم رابطه مستقیمی وجود ندارد و به طور کلی این نتیجه حاصل شد که سلامتی دارای ابعاد متعددی است که بر کیفیت زندگی موثر است و از طرفی عوامل روانشناختی و کیفیت زندگی با هم رابطه دارند. بطوری که عوامل روانشناختی روی کیفیت زندگی اثر می گذارند که می توانند موجب مشکلات بهداشتی و بیماری گردد.

هالاما^۱ (2010) نیز پژوهش مشابهی در راستای این نتایج انجام داد پژوهش هالاما تحت عنوان نقش امید به زندگی به عنوان یک واسطه بین صفات شخصیتی و رضایت از زندگی در بیماران قلبی انجام شد که از نظر مشابهت با پژوهش حاضر در استفاده از متغیرهای ویژگیهای شخصیتی، کیفیت زندگی و شرکت کنندگان یکسان بود و به طور کلی نتایج این پژوهش نیز نشان داد تفکر مربوط به امید می تواند به عنوان یک میانجی بین ویژگیهای شخصیتی (روانرنجورخویی، برونگرایی و باوجدان بودن) و رضایت زندگی باشد. در راستای مطالعات صورت گرفته و با توجه به اینکه بیماری های قلبی - عروقی در رأس تمامی علل مرگ و میر در

دنيا و همچنين در کشور ما قرار دارد لذا در اين پژوهش به بررسی مدلی برای تعیین روابط ساختاری ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی و امید به زندگی با میانجیگری سرسختی روان شناختی در بیماران قلبی پرداخته شده است. اما به طور کلی پژوهش‌های اندکی به صورت مدلسازی و با هدف به دست آوردن الگوی معادلات ساختاری در متغیرهای روانشناختی انجام شده است. پژوهش حاضر به صورت مدلسازی و با هدف به دست آوردن الگوی معادلات ساختاری در متغیرهای بیشتری تحت عنوان متغیر اصلی و میانجی مورد تحقیق قرار گرفت. با توجه به آنچه که گفته شد هدف از پژوهش حاضر بررسی مدلی برای تعیین روابط ساختاری ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی و امید به زندگی با میانجیگری سرسختی در بیماران قلبی است

روش پژوهش

این پژوهش، یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری در این مطالعه شامل تمامی بیماران قلبی بستری و سرپایی از فروردین ۱۳۹۷ تا پایان خرداد ۱۳۹۷ که در بخش‌های بیمارستان فرشچیان بستری بودند و نیز بیماران سرپایی مراجعه کننده به کلینیک و درمانگاه قلب و نیز مطب شخصی پزشکان قلب در شهر همدان بوده اند. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به این صورت بود که از روی فهرست بیماران مراجعه کننده به بخش‌های بستری و کلینیک بازتوانی بیمارستان مرکز قلب همدان که در بازه زمانی ماه‌های فروردین ۱۳۹۷ تا خرداد ۱۳۹۷ جراحی و بستری و درمان سرپایی را انجام داده اند و سایر شرایط ورود به مطالعه حاضر را دارا بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۵۰ نفر انتخاب شدند و پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل نمودند.

این پژوهش به روش میدانی و کتابخانه‌ای صورت گرفته است به این صورت که در روش میدانی با استفاده از ابزار پرسشنامه و توزیع آن در بیماران قلبی - عروقی داده‌های مورد نیاز جهت تحلیل و بررسی گردآوری شد و در روش کتابخانه‌ای به روش فیش برداری از کتب مربوطه و همچنین استفاده از مقالات معتبر علمی و سایتها و فصلنامه‌های علمی پژوهشی پیشینه‌های نظری و تجربی مرتبط با پژوهش حاضر جمع‌آوری گردید. پژوهش حاضر از نوع

پژوهش‌های همبستگی با استفاده از روش‌های "مدل معادلات ساختاری" می‌باشد که از طریق مدلسازی و تحلیل مسیر همبستگی بین هر یک از متغیرها مورد بررسی قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶): این پرسشنامه توسط واروشربون در سال ۱۹۹۲ ساخته شد شامل ۳۶ سوال است که به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی، به کار برده می‌شود. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۴) با روش ترجمه به فارسی برگردانده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ است، به غیر از خرده مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان دادند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است. ۸ خرده مقیاس این پرسشنامه شامل خرده مقیاس کارکرد جسمانی، خرده مقیاس نقش جسمانی، خرده مقیاس درد جسمانی، خرده مقیاس سلامت عمومی، خرده مقیاس سرزندگی، خرده مقیاس کارکرد اجتماعی، خرده مقیاس نقش هیجان و خرده مقیاس سلامت روانی است. دامنه نمرات افراد در این آزمون بین نمره صفر (پایین‌ترین نمره و بیانگر کیفیت زندگی نامطلوب است) و نمره ۱۰۰ (بالا‌ترین نمره و بیانگر کیفیت زندگی مطلوب است) قرار می‌گیرد.

پرسشنامه سخت رویی (HS):

پرسشنامه سخت رویی کوپاسا (HS) توسط کوپاسا در سال ۱۹۷۹ ساخته شده است و معتبرترین ابزار برای سنجش این سازه است. یک پرسشنامه ۵۰ آیتمی است که شامل خرده آزمون‌های چالش (۱۷ سوال) تعهد (۱۶ سوال) و کنترل (۱۷ سوال) می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت شکل گرفته (چهارگزینه‌ای) و دارای دامنه‌ای از نمره صفر (اصلاً درست نیست) تا ۳ (کاملاً درست است) می‌باشد. نمرات ۳۹ ماده از آزمون به صورت وارونه در نظر گرفته می‌شوند و برای هر یک از سه خرده مقیاس نمره جداگانه‌ای ارائه می‌شود و میانگین غیر وزنی این سه مقیاس به عنوان نمره کل سخت رویی محسوب می‌شود. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که مولفه‌های سخت رویی یعنی کنترل، تعهد و چالش به ترتیب هر یک از ضرایب

پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲. برخوردارند و این ضریب برای کل صفت سخت رویی ۰/۷۵ محاسبه شده است.

پرسشنامه پنج عاملی شخصیت نئو: در سال ۱۹۹۲ توسط کاستا و مک کری تهیه شده بود این پرسشنامه فرم کوتاهی به نام (NEO-FFI) دارد که یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است و برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت به کار می‌رود. پنج بعد شخصیت این پرسشنامه شامل روان رنجورخویی، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و وظیفه‌شناسی است و هر بعد شامل ۱۲ ماده می‌باشد. ضریب آلفای گزارش شده بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ (میانگین ۰/۸۱) متغیر است. ضریب آلفای محاسبه شده برای روان رنجور خویی ۰/۸۵، برون‌گرایی ۰/۷۲، گشودگی به تجربه ۰/۶۸ و وجدانی بودن ۰/۷۹ به دست آمده است. این ضرایب نشان دهنده همسانی درونی بالای پرسشنامه است (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲). در هنجاریابی آزمون NEO روی نمونه‌ای با حجم ۲۰۰۰ نفر از بین دانشجویان دانشگاه‌های تبریز، شیراز و دانشگاه‌های علوم پزشکی این دو شهر صورت گرفت ضریب آلفای ۵ بعد اصلی را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش کرده است. ضرایب آلفای کرونباخ در هر یک از عوامل اصلی روان‌آزردگی خویی، برون‌گرایی، باز بودن، سازگاری و با وجدانی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸ و ۰/۸۷ به دست آمد (گروسی فرشی و همکاران، ۱۳۸۰).

پرسشنامه امید به زندگی میلر (MHS): در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز ساخته شد از نوع آزمون تشخیصی است. شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امید و درماندگی می‌باشد و ارزش نمره هر جنبه از ۱ تا ۵ متغیر است. ضریب پایایی گزارش شده برای پرسشنامه امید به زندگی میلر با روش ضریب آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۴ است. برای محاسبه روایی، نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که رابطه معناداری بین نمره آن‌ها وجود دارد ($r=0/35$ و $P=0/01$). برای تعیین روایی پرسشنامه امید به زندگی، نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که رابطه مثبت معنی‌داری بین نمره آن‌ها وجود دارد ($r=0/48$ و $P=0/007$)، که بیانگر برخورداری پرسشنامه امید به زندگی میلر از روایی لازم می‌باشد. براساس محاسبات انجام شده میزان آلفای کرونباخ این پژوهش در رابطه با سبک دلبستگی، خودکارآمدی و امید به زندگی به ترتیب برابر با ۰/۸۱۲ معادل ۸۱/۲ درصد

و ۰/۷۹۴ یعنی تقریباً ۷۹ درصد و ۰/۸۴۳ معادل ۸۴/۳ درصد بوده است. از آنجا که اگر اعتبار بیشتر از ۷۰ درصد و به ۱۰۰ درصد نزدیکتر باشد مطلوب است و ضریب قابل اطمینانی می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آزمون از اعتماد بالایی برخوردار است (میلر و پاور، ۱۹۸۸). تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزارهای تحلیل آماری SPSS-22 و AMOS-22 انجام شد. معادلات ساختاری توسط نرم افزار مدل‌سازی AMOS-22 مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مدل اولیه ی پژوهش در شکل ۱ مشخص شده است برازش نهایی در بخش یافته‌ها بر روی این مدل انجام شده است.

رایج ترین شاخص های آماری برازش مدل شامل برازش مطلق (آماره مجذور خی (CMIN)، شاخصهای برازش مقتصد (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI) و شاخص های برازش تطبیقی (شاخصهای برازش تطبیقی (CFI)، بنتلر-بونت (NFI)، شاخص توکر-لویس (TLI) مورد محاسبه قرار گرفتند. در صورتی که شاخص مجذور خی از لحاظ آماری معنی دار نباشد بر برازندگی مناسب الگو دلالت می‌کند، اما این شاخص در نمونه‌های بزرگتر معمولاً معنی دار است و از این رو شاخص مناسبی برای برازندگی الگو تلقی نمی‌گردد. مقدار نزدیک عدد یک برای شاخص‌های NFI، TLI و CFI، مقادیر بالاتر از ۰/۵ برای شاخص برازش مقتصد هنجار شده و مقدار کوچکتر یا مساوی ۰/۰۵ برای شاخص RMSEA بر برازندگی مناسب دلالت دارند. مدل اندازه‌گیری نشان دهنده بارهای عاملی متغیرهای مشاهده شده برای هر متغیر است. اگر بار عاملی کمتر از ۰/۳ باشد رابطه ضعیف در نظر گرفته شد. بار عاملی بین ۰/۳ تا ۰/۶ متوسط و اگر بزرگتر از ۰/۶ باشد خیلی مطلوب است (شکل ۱). در میان شاخص‌های برازش رایج در مدل های اندازه‌گیری اگر نسبت کای دو به درجه آزادی کمتر از ۲ باشد مدل از برازش مناسبی برخوردار است. شاخص RMSEA کمتر از ۰/۰۵ مطلوب است. سایر شاخص‌ها نیز هر چقدر به یک نزدیکتر باشند مطلوبتر است (بهادر و همکاران، ۱۳۹۶).

یافته‌های پژوهش

در این مطالعه، ۲۵۰ بیمار قلبی جهت بررسی مدلی برای تعیین روابط ساختاری ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی و امید به زندگی با میانجیگری سرسختی مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان از قبیل رده سنی، وضعیت جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد، وضعیت بیماری و سابقه بیماری قلبی، در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان

تعداد	درصد	سطح متغیر / متغیر	
۱۳	۵/۲	کمتر از ۳۰	سن
۲۵	۱۰	۳۰ تا ۴۰	
۳۴	۱۳/۶	۴۰ تا ۵۰	
۱۷۸	۷۱/۲	بالاتر از ۵۰	
۲۵۰	۱۰۰	مجموع	
۹۹	۳۹/۶	مرد	جنسیت
۱۵۱	۶۰/۴	زن	
۲۵۰	۱۰۰	مجموع	
۴۰	۱۶	مجرد	وضعیت تاهل
۲۱۰	۸۴	متاهل	
۲۵۰	۱۰۰	مجموع	
۱۲۰	۴۸	زیر دیپلم	تحصیلات
۷۷	۳۰/۸	دیپلم	
۵۳	۲۱/۲	تحصیلات دانشگاهی	
۲۵۰	۱۰۰	مجموع	

۶۰	۲۴	کارمند	اشتغال
۱۱۰	۴۴	آزاد	
۸۰	۳۲	خانه دار	
۲۵۰	۱۰۰	مجموع	
۱۴۸	۵۹/۲	کمتر از ۲ میلیون	درآمد ماهیانه
۶۲	۲۴/۸	بین ۲ تا ۴ میلیون	
۴۰	۱۶	بیشتر از ۴ میلیون	
۲۵۰	۱۰۰	مجموع	
۹۲	۳۶/۸	کرونی قلب	نوع بیماری
۵۹	۲۳/۶	آنژیوپلاستی	
۴۶	۱۸/۴	جراحی پیوند عروق کرونی	
۵۳	۲۱/۲	سکته قلب	
۲۵۰	۱۰۰	مجموع	
۱۲۶	۵۰/۴	دارد	سابقه بیماری فعلی
۱۲۴	۴۹/۶	ندارد	
۲۵۰	۱۰۰	مجموع	

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مولفه‌های کیفیت زندگی، سخت‌رویی، پنج عاملی

شخصیت و امید به زندگی

انحراف معیار	میانگین	متغیر
۵/۰۱	۴۰/۷۸	روان‌رنجوری
۴/۶۴	۳۸/۳۱	برونگرایی
۵/۷۴	۳۷/۶۰	تجربه پذیری
۵/۳۲	۳۵/۹۶	توافق
۵/۹۸	۳۸/۹۷	وظیفه‌شناسی

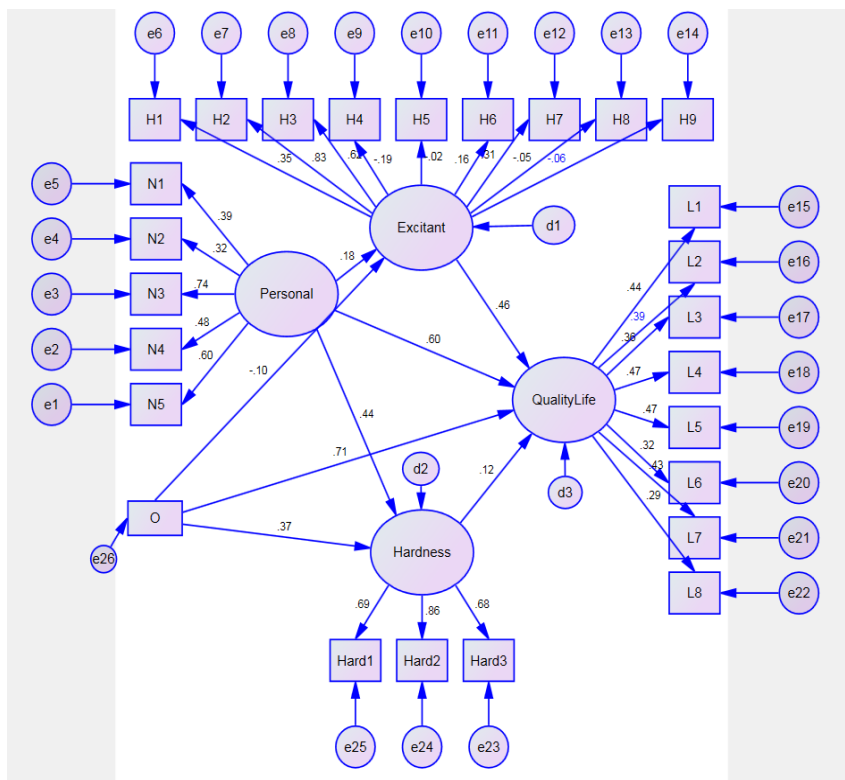
۲۰/۶۳	۱۱۱/۸۳	امید به زندگی
۱۲/۲۷	۴۴/۷۵	تعهد
۱۲/۰۹	۵۸/۰۸	چالش
۸/۶۹	۵۲/۶	کنترل
۳/۴۷	۱۳/۶۵	عملکرد جسمانی
۲/۶۰	۱۳/۴۶	نقش فیزیکی
۲/۱۹	۱۴/۳۴	درد جسمانی
۲/۴۸	۱۴/۷۱	سلامت عمومی
۲/۵۴	۱۲/۳۴	احساس انرژی و سرزنده بودن
۲/۹۵	۱۳/۱۰	عملکرد اجتماعی
۴/۰۲	۱۹/۷۴	محدودیت در ایفای نقش
۳/۶۵	۱۸/۱۸	احساس فرد از وضعیت بهداشت روانی خود

تحلیل مدل ساختاری^۱ (SEM):

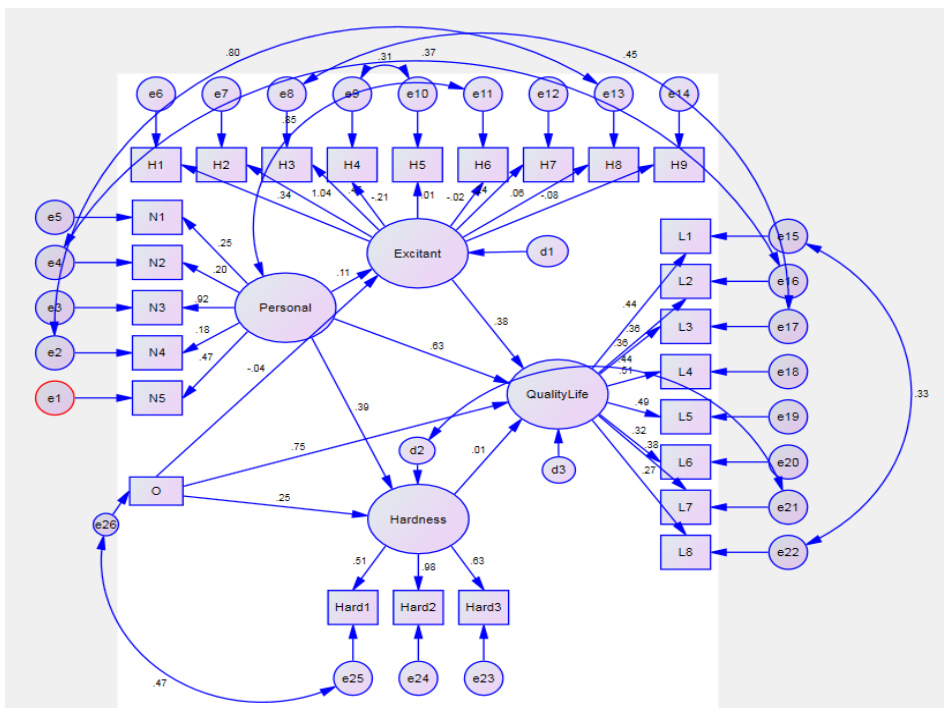
در مدل ساختاری (SEM)، متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و امید به زندگی با سرسختی و کیفیت زندگی و متغیرهای سرسختی با کیفیت زندگی مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. شکل ۲ مدل اولیه با ضرایب استاندارد را نشان می‌دهد. در مدل اولیه نتایج به این صورت به دست آمد که شاخص‌های برازش به ترتیب برای مجذور خبی با مقدار $(TLI=0.314)$ ، شاخص $(CMIN=978.896, NPAR=32, P=0.003)$ ، شاخص توکر-لویس $(TLI=0.314)$ ، شاخص برازش تطبیقی $(CFI=0.571)$ و شاخص بنتلر-بونت برابر $(NFI=0.498)$ به دست آمد و از طرفی مقدار شاخص برازش مقتصد هنجار شده $(PNFI)$ برابر $۳/۱۵$ و همچنین ریشه میانگین مربعات خطای برآورد $(RMSEA=0.1.325)$ به دست آمد که این مقادیر علی‌الرغم معنی

1 Structural Equation Modeling (SEM)

داری آماره مجذور خی، نشان‌دهنده این است که مدل به دست آمده برازش مناسبی نداشت بنابراین در ادامه به برازش مدل پرداخته شده است (شکل ۳).



شکل ۱: مدل اولیه با ضرایب استاندارد



شکل ۲: مدل نهایی با ضرایب استاندارد

با انجام برازش مدل معادله ساختاری و برازش مدل نهایی شاخص‌های برازش به ترتیب برای مجذور خی با مقدار (CMIN=632.752, NPAR=67, P=0.056)، شاخص توکر-لویس (TLI=0.996)، شاخص برازش تطبیقی (CFI=0.935) و شاخص بنتلر-یونت برابر (NFI=0.962) به دست آمد و از طرفی مقدار شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNFI) برابر ۰/۵۷۸ و همچنین ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA=0.045) به دست آمد. این مقادیر علی‌الرغم معنی داری آماره مجذور خی، نشان‌دهنده این است که مدل به دست آمده برازش مناسبی را برای داده‌ها داشت. جدول ۳ ضرایب رگرسیونی برای مدل به دست آمده را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ضرایب رگرسیونی برای مسیرهای مدل نهایی یا مدل اولیه

مقدار احتمال	مقدار بحرانی	خطای استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	متغیر	
<۰/۰۰۱	۴/۰۶۴	۰/۰۱۶	۰/۰۶۵	۰/۲۴۹	←-	امید به زندگی (o)
<۰/۰۰۱	۴/۵۸۲	۰/۱۶۰	۰/۷۳۵	۰/۳۸۶	←-	ویژگی‌های شخصیتی (personal)
<۰/۰۰۱	۷/۷۹۰	۰/۰۰۷	۰/۰۵۴	۰/۷۵۰	←-	امید به زندگی (o)
<۰/۰۰۱	۵/۳۴۳	۰/۰۶۲	۰/۳۳۳	۰/۶۳۱	←-	ویژگی‌های شخصیتی (personal)
۰/۸۸۸	۰/۱۴۱	۰/۰۱۶	۰/۰۰۲	۰/۰۰۸	←-	سخت رویی (H)
<۰/۰۰۱	۱۰/۲۵	۰/۴۷	۱/۰۰	۰/۴۷۴	←-	ویژگی‌های شخصیتی (personal)
<۰/۰۰۱	۴/۰۰۷	۰/۰۸۲	۰/۳۳۱	۰/۱۸۳	←-	ویژگی‌های شخصیتی (personal)
<۰/۰۰۱	۷/۶۷۹	۰/۲۴۳	۱/۸۶۳	۰/۹۲۱	←-	ویژگی‌های شخصیتی (personal)
۰/۰۰۳	۲/۹۷۵	۰/۱۱۰	۰/۳۲۸	۰/۲۰۰	←-	ویژگی‌های شخصیتی (personal)
<۰/۰۰۱	۳/۴۶۸	۰/۱۲۶	۰/۴۳۸	۰/۲۴۸	←-	ویژگی‌های شخصیتی (personal)

			۱/۰۰	۰/۴۴۳	عملکرد جسمانی (L1)	←-	کیفیت زندگی (Quality life)
<۰/۰۰۱	۵/۲۴۸	۰/۱۱۶	۰/۶۰۸	۰/۳۵۹	نقش فیزیکی (L2)	←-	کیفیت زندگی (Quality life)
<۰/۰۰۱	۵/۳۷۲	۰/۰۹۷	۰/۵۲۴	۰/۳۵۶	درد جسمانی (L3)	←-	کیفیت زندگی (Quality life)
<۰/۰۰۱	۶/۳۷۱	۰/۱۲۹	۰/۸۲۰	۰/۵۱۱	سلامت عمومی (L4)	←-	کیفیت زندگی (Quality life)
<۰/۰۰۱	۶/۲۱۴	۰/۱۳۰	۰/۸۰۵	۰/۴۸۹	احساس انرژی و سرزنده بودن (L5)	←-	کیفیت زندگی (Quality life)
<۰/۰۰۱	۴ /۶۹۶	۰/۱۳۳	۰/۶۲۵	۰/۳۲۱	عملکرد اجتماعی (L6)	←-	کیفیت زندگی (Quality life)
<۰/۰۰۱	۵/۳۵۸	۰/۱۸۵	۰/۹۹۴	۰/۳۸۱	محدودیت در ایفای نقش (L7)	←-	کیفیت زندگی (Quality life)
<۰/۰۰۱	۴/۹۰۸	۰/۱۳۵	۰/۶۶۱	۰/۲۷۴	احساس فرد از وضعیت بهداشت روانی خود (L8)	←-	کیفیت زندگی (Quality life)

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بدست آوردن معادلات ساختاری ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی و امید به زندگی با میانجیگری سرسختی روان‌شناختی در بیماران قلبی بود، این پژوهش در بیماران قلبی شهر همدان صورت گرفت. شیوع بالای بیماری قلبی و عروقی اهمیت مقابله با این بیماری را آشکار می‌سازد و به همین دلیل شناسایی و بررسی عوامل خطر ساز زیستی و روان‌شناختی و پیشگیری و درمان در این حیطه ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی به واسطه‌ی سرسختی روان‌شناختی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. این نتایج همسو با پژوهش شبانی و همکاران (۱۳۹۵) و پژوهش علیزاده اصلی (۱۳۹۳) بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت ویژگی‌های شخصیتی تاثیر عمیقی بر ابعاد زندگی دارد و ابعاد جسمانی، اجتماعی و روانی هر انسانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اما شخصیت افراد تحت تاثیر آموزش‌ها و بحران‌های محیطی قرر می‌گیرد که می‌تواند بر ابعاد سلامت و کیفیت زندگی افراد تاثیر بگذارد. نوع شخصیت و مزاج، تجارب، گذشته، نیازها، نگرش‌های افراد و برخی ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند افراد را آماده پذیرش فشار روانی ناشی از داشتن بیماری مزمن کند که در این بین سرسختی شناختی که در حقیقت مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی را در بر می‌گیرد از اهمیت بالایی برخوردار است. سرختی روانشناختی در مواجهه با بیماری‌های مزمن مانند بیماری‌های قلبی - عروقی تاب آوری و تحمل فرد را افزایش داده و از این راه به افزایش کیفیت زندگی کمک شایانی می‌کند (چن و همکاران، ۲۰۱۶).

شبانی و همکاران (۱۳۹۵) نیز نقش عوامل پنجگانه شخصیت در کیفیت زندگی بیماران قلبی را مورد بررسی قرار دادند که نتایج این پژوهش نشان داد که بین ابعاد پنجگانه شخصیت (نوروزگرایی، برون‌گرایی) و کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. همچنین علیزاده اصلی (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان داد سرسختی روانشناختی در کیفیت زندگی تاثیر می‌گذارد. در مجموع می‌توان گفت سرسختی روانشناختی مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که از سه مولفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی تشکیل شده است. سرسختی روانشناختی با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تاثیرات منفی استرس را می‌کاهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیشگیری می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد که بین ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی در بیماران قلبی به واسطه‌ی سرسختی روان‌شناختی ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

همچنین نتایج نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیتی و امید به زندگی در بیماران قلبی به واسطه‌ی سرسختی روان‌شناختی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. این نتایج همسو با مطالعات فولادی و شهیدی (۱۳۹۶)، مطالعه نظامی‌پور و احدی (۱۳۹۴) و پژوهش‌ها لاما (۲۰۱۰) بود. در

تبیین این نتایج می‌توان گفت ویژگی‌های شخصیتی افراد می‌تواند الگوهایی برای پیش بینی رفتار و حالت‌های روانی آنان فراهم آورد و تفاوت‌های فردی افراد عامل مهمی است که نشان می‌دهد چرا برخی از افراد بهتر از دیگران با شرایط و متغیرهای محیطی کنار می‌آیند و از سطوح مختلف انگیزش و رضایت برخوردارند (اورجلو و همکاران، ۲۰۱۶). در این میان امید، متغیر دیگری است که بر میزان نگرش افراد به آینده و تصمیم در سطوح مختلف زندگی تأثیر گذار است (قهرمانی و نادی، ۱۳۹۱). اعتقاد بر این است که یکی از زمینه‌های اصلی و مهم در بوجود آمدن احساس نشاط و شادی، وجود امید نسبت به خود، زندگی و آینده است و احساس اضطراب یا نگرانی در زندگی با عدم امید به آینده رابطه مستقیم دارد. امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زا، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا همگی از جمله روش‌هایی هستند که بیماران با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث آسیب‌رسان و امراض مزمن فشار کمتری را متحمل شوند (دولیتل و همکاران، ۲۰۰۴).

از طرفی سرسختی روانشناختی نیز به عنوان سپری در برابر استرس عمل کرده و آثار ویرانگر فشار روانی را کاهش می‌دهد (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۶). در این راستا فولادی و شهیدی (۱۳۹۶) نشان دادند که بین امید به زندگی، برونگرایی، سازش‌پذیری و با وجدان بودن با سرسختی رابطه مثبت معنی‌دار و بین روان‌رنجورخویی، پذیرا بودن نسبت به تجارب و سرسختی، رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده، می‌توان این نکته را مطرح کرد که افزایش امید به زندگی، برونگرایی، سازش‌پذیری، با وجدان بودن و نیز کاهش روان‌رنجورخویی و پذیرا بودن نسبت به تجارب، افزایش سرسختی را در پی دارد. نظامی‌پور و احدی (۱۳۹۴) نیز در پژوهش خود نشان دادند که امید به زندگی در رابطه بین دو عامل روان‌نژندی و برونگرایی نقش واسطه‌ای دارد. بدین معنی که روان‌نژندی اثر غیرمستقیم منفی و برونگرایی اثر غیرمستقیم مثبت به واسطه امید به زندگی بر کیفیت زندگی دارند. هالاما (۲۰۱۰) نیز پژوهش مشابهی در راستای این نتایج انجام داد و اظهار داشت که تفکر مربوط به امید می‌تواند به عنوان یک میانجی بین ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجورخویی، برونگرایی و با وجدان بودن) و رضایت زندگی باشد.

در مجموع می‌توان گفت که داشتن شخصیتی سرسخت (تعهد، مهار و مبارزه جویی) نشانه سلامت روانی است و کسی که از سلامت روانی برخوردار نباشد، در برابر رویدادهای سخت (موقعیت‌های دشوار، بیماری‌های مزمن و غیره) دچار ناامیدی و افسردگی می‌شود. می‌توان گفت که سرسختی روانشناختی و امید لازم و ملزوم همدیگر هستند. از سوی دیگر، سرسختی روانشناختی باعث می‌شود تا افراد موقعیت‌های ناگوار را بیشتر مشکل‌آفرین ارزیابی کنند تا تهدیدکننده. همچنین حس تعهد بیشتری نسبت به کار خود داشته باشند، حس کنترل بیشتری در زندگی تجربه کنند و عوامل تنش‌زا را به عنوان فرصت‌های بالقوه برای تغییر ببینند. بنابراین به نظر می‌رسد بین ویژگی‌های شخصیتی و امید به زندگی در بیماران قلبی به واسطه‌ی سرسختی روان شناختی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. از طرفی نتایج بدست آمده در تحلیل مسیر بیانگر این موضوع است که متغیرهای امید به زندگی و ویژگی‌های شخصیتی با سخت‌رویی بیماران قلبی رابطه معنی‌داری دارد. این نتایج همسو با مطالعات فولادی و شهیدی (۱۳۹۶)، آقاییوسفی و شاهنده (۱۳۹۱) و هالاما (۲۰۱۰) بود.

با توجه به ارتباط معنی‌دار بین عوامل شخصیتی و عوامل قلبی زمینه‌ساز برای ابتلا به بیماری عروق کرونر و با توجه به شیوع بالای این بیماری در کشور، ضرورت ایجاد می‌کند که در این زمینه مطالعات بیشتری صورت گیرد تا با شناسایی عوامل زمینه‌ساز یا تشدیدکننده بیماری عروق کرونر قلب اقدامات پیشگیرانه لازم از طریق ارائه راهکارها و الگویی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای خطرناک فراهم شود. یکی از محدودیتهای این پژوهش گردآوری داده‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس است که از توان تعمیم‌دهی نتایج می‌کاهد. ضمناً پیشنهاد می‌کنیم آموزش راهکارهای مناسب سرسختی روان شناختی به بیماران قلبی یا افراد مستعد به بیماری و آموزش مهارت‌های کنترل استرس و اضطراب در این افراد انجام شود.

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد متغیرهای امید به زندگی، ویژگی‌های شخصیتی و سرسختی روان شناختی با متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای یک درصد رابطه معنی‌دار داشت. وجود ارتباط معنی‌دار بین عوامل شخصیتی و عوامل قلبی زمینه‌ساز برای ابتلا به بیماری عروق کرونر و شیوع بالای این بیماری در کشور، ضرورت ایجاد می‌کند که در این زمینه

مطالعات بیشتری صورت گیرد تا با شناسایی عوامل زمینه‌ساز یا تشدیدکننده بیماری عروق کرونر قلب اقدامات پیشگیرانه لازم از طریق ارائه راهکارها و الگویی برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش رفتارهای خطرناک فراهم شود. با توجه به یافته‌های این تحقیق آموزش مهارت‌های زندگی (کنترل استرس و اضطراب)، اصلاح تیپ شخصیتی، آموزش راهکارهای افزایش امید به زندگی، آموزش ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی، آموزش راهکارهای سرسختی روان‌شناختی و افزایش سرسختی روان‌شناختی و سطح تحمل در این افراد می‌تواند نقش بسیار مهم و کاربردی در پیشگیری از ابتلاء و تسریع بهبود این بیماران گردد.

ملاحظات اخلاقی

۱. نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.
۲. از واحد تحقیقات بالینی بیمارستان فرشچیان قلب همدان جهت همکاری در تهیه داده قدر دانی و تشکر می‌گردد.
۳. این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی خانم گیتا افروخته در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1397.117 است.

منابع

- ۱- آقاجانی، محمدجواد؛ رهبر، طیبه؛ مقتدر، لیلا. (۱۳۹۶). ارتباط امید به زندگی و سرسختی با سلامت عمومی در زنان دچار سرطان پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۶، شماره ۱۰۴. ۴۱-۴۹.
- ۲- آقاییوسفی علیرضا، شاهنده مریم. (۱۳۹۱). رابطه علی‌خشم، سرسختی روانشناختی و کیفیت زندگی در بیماران عروق کرونری روانشناسی سلامت: ۱ (۳).
- ۳- بهادر، راضیه‌السادات؛ نوحی، عصمت؛ جهانی، یونس. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران نارسایی مزمن قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی جیرفت. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران) دوره ۳۰، شماره ۱۰۵. ۲۳-۳۳.

- ۴- شبانی مهدی، احمدپور محبوبه، بهزادی اسماعیل، کرمی علی. (۱۳۹۵). نقش عوامل پنجگانه شخصیت در کیفیت زندگی بیماران قلبی. فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی. شماره هفتم: ۹۹-۱۰۸.
- ۵- خزایی علی آباد، اصغر. (۱۳۹۰). بررسی همبستگی هوش هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. طرح تحقیقاتی مرکز آموزشی درمانی فارابی.
- ۶- عزیززاده اصلی، افسانه، (۱۳۹۳). رویکرد مدل یابی معادلات ساختاری در تبیین تاثیر سرسختی روانشناختی بر کیفیت زندگی با میانجیگری تمایزیافتگی، کنفرانس بین المللی علوم انسانی و مطالعات رفتاری، تهران، موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ویرا.
- ۷- فولادی نگار، شهیدی عنایت‌اله. (۱۳۹۶). نقش ویژگی‌های شخصیتی و امید به زندگی در پیش بینی سرسختی روانشناختی در بین دانشجویان با توجه به جنسیت. روانشناسی بالینی و شخصیت-دانشور رفتار سابق. ۱۵ (۱): ۹۳-۱۰۱.
- ۸- قهرمانی، نسرین؛ نادری، محمدعلی. (۱۳۹۱). رابطه بین مولفه‌های مذهبی-معنوی با سلامت روان و امید به آینده در کارکنان بیمارستان‌های دولتی شیراز. نشریه مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران (نشریه پرستاری ایران). دوره ۲۵. شماره ۷۹. ۱-۱۱.
- ۹- منتظری علی، گشتاسبی آرزیتا، وحدانی نیا مریم سادات (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. فصلنامه پایش، دوره ۵، شماره ۱، صص ۴۹ تا ۵۶.
- ۱۰- گروسی فرشی، میر تقی، مهریار امیر هوشنگ، قاضی طباطبایی سید محمود (۱۳۸۰). کاربرد آزمون شخصیتی نئو و بررسی تحلیل ویژگی‌ها و ساختار عملی آن در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران، مجله دوره ۱۱، شماره ۳۹. ۱۹۸-۱۷۳.
- ۱۱- نظامی پور، الهام؛ احدی، حسن. (۱۳۹۴). نقش میانجیگرانه امید به زندگی در رابطه بین عاملهای روان‌نژندی و برون‌گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی. مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت. ۲(۴): ۵۷-۶۸.

- Journal of Birjand University of Medical Sciences: Volume 22, Issue 1, 19-26.
- 13- Carr, A. (2004). Positive psychology: The science of happiness and human strengths. Routledge.
 - 14- Kato N, Kinugawa K, Iti N, Yao A, Kazuma K. Factors associated with self-care behavior of heart failure patients assessed with the european heart failure self-care behavior scale Japanese version. J Card Fail. 2007; 13(6): S76.
 - 15- Maddi SR. (2007). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research and practice. Consulting Psychology J; 54(3): 173-85.
 - 16- Beasley M, Thompson T, Davidson J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. Personality & Individual Difference; 34 (1): 77-95.
 - 17- Kahn RL, Yuster F.(2002). Well-being: Concepts and measures. J Social Issues; 58(2): 647-59.
 - 18- Halama, P (2010). Hope as a mediator between personality traits and life satisfaction. Studia Psychologica; 52 (4): 309-314.
 - 19- Costa P, McCrae R. Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five factor inventory (NEO-FFI) professional manual".Psychological assessment resources. New York: London.1992; P:101
 - 20- Miller J, Powers M. Development of an instrument to measure hope. Nurs Res.1988;37(1): 6-10.
 - 21- Chen L,Lin J, Zhang J, Lu X. (2016).Non-pharmacological interventions for caregivers of patients with schizophrenia.123-235. Doi: 10.1016.
 - 22- Orujlou, Sh., Khodabakhshi Koulai, A. (2016). Comparing personality traits and hope of household head women with tendency or unwillingness to remarry. Social health the third period Number 2. 101-110
 - 23- Doolittle BR, Farrell M. The association between spirituality and depression in an urban clinic. Prim Care Companion J Clin Psychiatr. 2004;6(3):114.

