

Angelaf, S. (2009). Trait emotional intelligence and its relationship with problem behavior in hong adolescents. *Journal of personality and individual differences*, 43: 354-361.

Brejar, V. B. A., Pasquier, A., & Pedinieli, J. (2011). Symptomatology depressive a ladolescenc:role de la personality et de la conscience emotionnell. *Journal of Neropsychiatrie de Ienfance et de Iadolescenc*, 59: 157-162.

Ciarrochi, J., Kashdan, T., Lesson, p., Heaven, P., & Jordan, C. (2010). On being aware and accepting: A one_year longitudinal study into adolescent well_being. *Journal of adolescence*, 42: 390-398.

Ciarrochi, J., Heaven, P., & Supavadeprasit, S. (2008). The link between emotion identification skills and socio emotional functioning in early adolescence: a one-year longitudinal study. *Journal of adolescence*, 31: 565-582.

Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, A., & Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of personality and Social psychology*, 71: 406-413.

Horton-Deutsch, S., & Horton, J. (2003). Mind fullness: overcoming interactable conflict. *Journal of Archives of psychiatric Nursing*, 32: 186-193.

Jain, M., & Suldhir, P. (2010). dimensions of perfectionism and perfection in social phobia. *Asian Journal of psychiatry*, 34: 216-221.

Koohsar, A., Roshan, R., & Asgharnejad, A. (2007). The comparative study of the relationship between emotional intelligence with mental health and academic achievement in shahed and non-shahed students of Tehran university. *Journal of psychology and education sciences*, 37: 97-111.

Matthews, G., Zeidne, R. M., & Roberts, D. (2002). *Emotional intelligence: science and myth*. Cambridge, MA: MIT press.

Mavroveli, S., Petrides, K., Rieff, C., & Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-rated social competence in adolescence. *British Journal of developmental psychology*, 25: 263-273.

Muriguchiy, Ohnishi, T., Lane, R., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., & Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: An fmri study of mentalizing in alexithymia. *Journal of Nero Image*, 32: 1472-1482.

Reed, G. P. (2009). Demystifying self-transcendence for mental health Nursing practice and research. *Journal of Archives of psychiatric*, 76: 234-242.

بررسی عوامل جسمی و روانی مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری بر

اساس رگرسیون خطی فازی

دکتر غلامرضا بابایی^۱ / خدیجه عمونی دیزجی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۳/۱۵ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۴/۱۹ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۶/۱۰

چکیده

هدف این پژوهش بررسی عوامل جسمی و روانی مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری بر اساس رگرسیون خطی فازی است. پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تحلیلی از نوع مدلسازی است. در تحلیل اطلاعات از روش رگرسیون خطی فازی استفاده شده است. جامعه آماری مورد مطالعه، کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری است که برای بررسی و تشخیص قطعی ضایعه‌ی کرونری به بیمارستان دکتر شریعتی مراجعه کرده‌اند و تحت کنترل، پایش و بازبینی قرار گرفته‌اند. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت پرسش‌نامه است. نمونه‌ها از روش تخصیص تصادفی به دو گروه گواه و کنترل تقسیم شدند. برآورد حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات نیمه تجربی و براساس مطالعات مشابه قبلی و استفاده از جدول نرم‌گرام آلتمن محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون خطی فازی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین بیماری عروق کرونری و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، تأثیر متغیرهایی مانند شاخص توده‌ی بدنی، چربی خون، فشار خون و سطح اضطراب بیمار روی کیفیت زندگی بیماری عروق کرونری با $p < 0/05$ سیر کاهشی را نشان می‌دهد به طوری که هر چه این عوامل بیشتر باشد کیفیت زندگی کاهش می‌یابد.

کلید واژه‌ها: اضطراب، بیماران عروق کرونری، رگرسیون خطی فازی، کیفیت زندگی، منطق فازی

^۱ دانشیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج

ایمیل: babaei@kiaou.ac.ir

^۲ دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران

مقدمه

بیشتر مفاهیمی که در زندگی روزمره و نیز در شاخه‌های مختلف علوم پزشکی با آن مواجه‌ایم، مفاهیم منعطف و مجموعه‌هایی با کران‌های نادقیق هستند. اغلب از عباراتی مانند کیفیت زندگی^۱، بهره‌مندی و... استفاده می‌شود که هیچ کدام دارای تعاریف دقیق نیستند.

اختلال عروق کرونر به عنوان یک معضل مهم مطرح است و هم‌چنان بروز و شیوع بالایی دارد. با توجه به سیر پیش‌رونده بیماری و ضرورت تلاش و مداخلات همه‌جانبه در جهت پیش‌گیری و توانبخشی این بیماران و با عنایت به روند شرایط مراقبتی موجود، چنان‌چه رابطه‌ی مراقبتی مستمری بین بیمار، خانواده و پرستار برقرار باشد، رفتارهای مراقبتی بیماران در طی فرایند مراقبت و درمان بیماری بهبود می‌یابد و طبعاً منجر به کاهش عوارض و به‌ویژه بهبود کیفیت زندگی و دیگر شاخص‌های کنترلی خواهد شد.

بنابراین، رویکرد پی‌گیری و استمرار در مراقبت می‌تواند به عنوان یک ایده‌ی عملی و مؤثر در روند مراقبت پویا و متعامل در کنترل و توانبخشی بیماران کرونری مطرح و به کار گرفته شود.

پی‌گیری و مداخلات مراقبتی (غیردارویی) پرستاران منجر به کاهش چشمگیر تعداد بستری شدگان بیماران قلبی عروقی (نارسایی قلب) می‌شود و به عبارتی پذیرش بیماران در بیمارستان را افزایش می‌دهد. اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد که پی‌گیری مراقبتی منجر به کاهش درصد مرگ و میر و بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی شده است (سینتیا و پاملا^۲، ۱۹۹۸).

^۱ quality of life

^۲ Cynthia, R., & Pamela, S.

کنترل قلبی عروقی به عنوان یک معضل جهانی مطرح است و آمار مرگ و میر، هزینه‌ی بستری شدن، کیفیت زندگی مددجویان و تعداد مراجعه به بیمارستان‌ها بیانگر این واقعیت است که اقدامات وسیعی که تاکنون صورت پذیرفته بیشتر متوجه شناخت بیماری و مداخله‌ی طبی بوده است. با وجود ضرورت این پژوهش‌ها، به نظر می‌رسد امکانات وسیع به کار گرفته شده نتیجه‌ی قابل قبولی نداشته است. خصوصاً در جوامع در حال توسعه که نگرش توجه و مطالعه‌ی همه‌جانبه ضعیف‌تر است و اقدامات مراقبتی درمانی هدفمند و برنامه‌ریزی نشده و ضروری است. تحلیل این مسئله‌ی مهم از دیدگاه پرستاری و با رویکرد مراقبت خاص و با استفاده از روش پژوهش کیفی که در تبیین و شناخت هر چه بهتر این پدیده و پیدا کردن راه حل جدید مورد توجه قرار می‌گیرد.

علت اصلی آترواسکلروزیس هم‌چنان نامشخص است، اما مشخصات و ویژگی‌های خاصی در افراد مبتلا یا در معرض خطر ابتلا به آترواسکلروزیس تشخیص داده شده است که این خصوصیات یا عوامل خطر به دو دسته تقسیم می‌شوند:

الف) عوامل خطر تغییرناپذیر که شامل سن، جنس، نژاد و سابقه‌ی فامیلی است.

ب) عوامل خطر تغییرپذیر که خود به دو دسته تقسیم می‌شوند، مثل عوامل پرخطر که شامل سطوح بالای چربی در سرم، مصرف رژیم غذایی حاوی کلسترول بالا و نمک زیاد، فشار خون بالا، چاقی، بیماری قند و استعمال سیگار است و عوامل کم‌خطر مثل تیپ شخصیتی، زندگی غیر فعال و کم‌تحرك، تنیدگی‌های روانی و استفاده از داروهای ضد بارداری (برونر و سودارات^۱، ۲۰۰۰).

شیوع عوامل خطرآفرین و مستعدکننده آترواسکلروز در حد نگران‌کننده‌ای وجود دارد، به طوری که نتیجه‌ی پژوهش ویلسون نشان می‌دهد که ۶۳٪ درصد از مردان و ۶۱٪ درصد از زنان حداقل یکی از عوامل خطرزای عروق کرونری، مثل فشار خون بالا، استفاده از

^۱ Brunner, S.L., & Suddarth, S.

سیگار، کلسترول خون بالاتر از حد و معمول، چاقی و دیابت شیرین را دارند و این آمار نشان‌گر ضرورت تغییر در سبک زندگی به منظور حذف عوامل خطرآفرین قلبی است (کلن^۱، ۱۹۹۵).

پیش‌بینی نشان می‌دهد که با توجه به وجود عوامل خطر ساز متعدد قلبی عروقی، در سال ۲۰۲۰ نزدیک به بیست و پنج میلیون مرگ ناشی از اختلال قلبی عروقی در سال رخ خواهد داد و این بیماری در رده‌ی اولین ضایعه‌ی کشنده و ناتوان‌کننده به شمار می‌رود به طوری که به نظر می‌رسد در این سال از هر سه گواه مرگ، یک مورد به علت اختلال قلبی عروقی خواهد بود، بنابراین این ضایعه شیوع و بروز بسیار خطرناکی دارد (برونوالد^۲، ۲۰۰۱).

بیماری شریان کرونر علل متعددی دارد و فاکتورهای زیادی در این بیماری دخالت دارند که اهم این عوامل خطر ساز عبارت‌اند از: افزایش چربی خون، اختلال سوخت و ساز چربی‌ها، فشار خون بالا، دیابت شیرین، کشیدن سیگار، سن بالا، عوامل ژنتیک و افزایش هوموسیستین (نات و ترنر^۳، ۲۰۰۱).

به طور کلی سه راهبرد برای درمان و کنترل بیمار عروق کرونر پیشنهاد می‌شود که شامل درمان دارویی، درمان به وسیله‌ی جراحی و درمان‌های غیردارویی و مهار عوامل خطر ساز است.

در خصوص کیفیت زندگی و بیماری قلبی می‌توان گفت. انسان در روند زندگی خود هرگز به بیماری نمی‌اندیشد. هنگامی که ناگهان با یک بیماری حاد قلبی رو به رو می‌شود خود را می‌بازد و یک گونه‌ای احساس گم کردن و از دست دادن چیزی مانند سلامتی، کنترل، قدرت و درآمد به وی روی می‌آورد. از دیدگاه روانشناسی بیمار شدن تجربه‌ای

¹ Collen, K.

² Braunwald, E.

³ Nate, L., & Tanner, M.

پیچیده و وضعیت انتقال از سلامتی به بیماری و از بیماری به سلامتی است (بورک و اسکالگی^۱، ۱۹۸۹).

فشارهای روانی ناشی از بیماری قلب باعث ایجاد نشانه‌هایی چند در بیماری قلبی می‌شود که شامل:

۱. اثر در شاخص‌های فیزیکی (تپش قلب، گرفتگی صورت، سردرد، تعریق فراوان و ...)

۲. اثر در شاخص‌های روان شناختی (خشم، ناامیدی، فراموشی، اضطراب و ...)

۳. اثر در شاخص‌های رفتاری (صحبت تند، راه رفتن سریع و ...)

پر واضح است که این مسائل و هزاران مشکل دیگر بر کاهش کیفیت زندگی در بیماران قلبی اثرگذار است. تحقیقات نشان داده است که وضعیت جسمی تأثیر عمده‌ای در رفاه

روانی، علائق اجتماعی، رفاه روحی و رفاه جسمی می‌گذارد (بورک و اسکالگی، ۱۹۸۹).

عمده‌ترین دلایلی که ضرورت تحلیل داده‌ها با استفاده از منطق فازی را ایجاد می‌کند

عبارت‌اند از:

- دنیای واقعی ما بسیار پیچیده تر از آن است که بتوان توصیف و تعریفی دقیق برای

آن به دست آورد. بنابراین توصیفی فازی یا تقریبی ضروری است.

- با حرکت به سوی عصر اطلاعات، دانش و معرفت بشری بسیار اهمیت پیدا

می‌کند، بنابراین به فرضیه‌ای نیاز داریم که بتواند به شکلی نظام مند دانش بشری را تحلیل

کند.

- محیط‌های موجود تماماً کمی نیستند، پس ناچاریم در محیط‌های کیفی هم

بررسی و تحلیل لازم را انجام دهیم.

تئوری مجموعه‌ی سنتی، جهان را سیاه یا سفید می‌بیند و هر چیزی مانند یک شیء

است که یا در مجموعه‌ی داده شده وجود دارد یا ندارد.

¹ Burke, L.E., & Scalgi, C.C.

تئوری مجموعه‌ی سنتی مرزی صریح روی این مجموعه مرتب می‌کند و به هر عضو مجموعه مقدار ۱ را می‌دهد و به تمام اعضا که در این مجموعه نیستند، مقدار صفر را می‌دهد. این یک مجموعه‌ی قطعی و ترد^۱ نامیده می‌شود.

روش

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای تحلیلی از نوع مدلسازی است. در تحلیل اطلاعات از روش رگرسیون خطی فازی استفاده شده است. نظریه‌ی مجموعه‌های فازی نظریه‌ای است برای اقدام در شرایط نامطمئن. این نظریه قادر است بسیاری از مفاهیم و متغیرها و سیستم‌هایی را که نادقیق هستند، صورت بندی ریاضی بخشد و زمینه را برای استدلال، استنتاج، کنترل و تصمیم‌گیری در شرایط نامطمئن فراهم آورد. این نظریه تعمیم و گسترش طبیعی نظریه‌ی مجموعه‌های معمولی است که موافق با زبان و فهم طبیعی انسان‌ها نیز هست. جامعه آماری شامل کلیه مددجویان مبتلا به بیماری عروق کرونر هستند که برای بررسی و تشخیص قطعی ضایعه‌ی کرونری به بیمارستان دکتر شریعتی مراجعه کرده‌اند و تحت کنترل و پایش و بازبینی قرار گرفته‌اند. این بیماری از طریق علائم بالینی، تغییرات الکتروکاردیوگرام، معاینه‌ی پزشک متخصص قلب و عروق و روش کاتتریسم قلبی گواه معاینه و تأیید قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36)^۲ استفاده شد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی فرم کوتاه ۳۶ سئوالی که به SF-36 معروف است و دارای هشت بُعد است که توسط دکتر وار اعتبار و روایی آن سنجیده شده است. این پرسش‌نامه در داخل کشور هم مورد استفاده قرار گرفته و دارای اعتبار و پایایی مورد تأیید است (احمدی، ۱۳۸۰). ابعاد این پرسش‌نامه شامل هشت بُعد وضعیت سلامت

¹ crisp
² Short Form 36

عمومی، عملکرد جسمی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، عملکرد اجتماعی، شادابی و انرژی، درد، سلامت روانی افراد و محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. ۳۶ سؤال دارد و امتیازدهی آن ۵ گزینه‌ای و طبق روش لیکرت است. درخصوص نمونه و روش نمونه‌گیری می‌توان گفت که بیماران پس از تأییدیه‌ی روش آنژیوگرافی و پذیرش خود و خانواده اش برای شرکت در پژوهش، با استفاده از روش تخصیص تصادفی به دو گروه گواه و کنترل تقسیم شدند. در گروه گواه هیچ‌گونه اقدامی مبنی بر مراقبت خاصی روی بیماران انجام نشد و روند جاری گواه مطالعه و پی‌گیری بوده است. در گروه کنترل، از مدل پی‌گیر به عنوان مداخله‌گر روی بیماران استفاده شد. برآورد حجم نمونه در این تحقیق با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات نیمه تجربی و براساس مطالعات مشابه قبلی و استفاده از جدول نرموگرام آلتمن محاسبه شد (پوکوک^۱، ۱۹۹۴ و آلتمن^۲، ۱۹۹۰) که در حدود ۳۸ نفر برآورد شد. در این خصوص، برای هر گروه ۴۰ نفر انتخاب شد که از این تعداد پنج نفر از هر گروه به دلایل گوناگون از مطالعه خارج شدند و این عده از ویژگی خاصی برخوردار نبودند. در نهایت به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون خطی فازی استفاده شد.

¹ Pocock, S.J.
² Altman, D.G.

یافته‌ها

جدول ۱: معرفی متغیرهای مطالعه و آمار توصیفی مقادیر مربوط به آن‌ها

متغیرها	گروه	میانگین		انحراف معیار	
		مرحله‌ی اول	مرحله‌ی دوم	مرحله‌ی اول	مرحله‌ی دوم
X_1 : سن بیمار	کنترل	۵۶/۵۱	۹/۲	۵۶/۵۱	۹/۲
	گواه	۵۸/۲۲	۹/۹	۵۸/۲۲	۹/۹
X_2 : شاخص توده بدنی بیمار	کنترل	۲۵/۸۱	۳/۱۵	۲۵/۳۵	۲/۹۵
	گواه	۲۵/۲۲	۲/۷۶	۲۵/۲۲	۲/۶۹
X_3 : چربی خون بیمار	کنترل	۲۳۶/۳۱	۶۰/۹۲	۱۹۸/۵۱	۴۲/۱۵
	گواه	۲۳۳/۶۸	۴۵/۹۷	۲۳۰/۳۴	۴۸/۲۶
X_4 : فشار خون بیمار	کنترل	۱۳۲/۷۱	۱۷/۵۴	۱۲۶/۸۵	۱۵/۸۱
	گواه	۱۲۷/۵۱	۱۸/۲۱	۱۲۳/۲۹	۱۵/۶۲
X_5 : سطح اضطراب بیمار	کنترل	۸۹/۷۷	۱۱/۹۶	۸۳/۰۶	۶/۱۳
	گواه	۹۲/۷۱	۱۲/۰۷	۸۵/۲۸	۸/۶۴
Y : کیفیت زندگی بیمار	کنترل	۴۲/۰۷	۷/۰۶	۵۵/۴۲	۱۰/۲۵
	گواه	۴۰/۵۷	۷/۹۴	۳۷/۹۱	۷/۲۸

همان طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار متغیرهای مستقل (سن بیمار، شاخص توده‌ی بدنی بیمار، چربی خون بیمار، فشار خون بیمار، سطح اضطراب بیمار) و متغیر وابسته (کیفیت زندگی بیمار) آورده شده است.

به منظور برآورد ضرایب در مرحله رگرسیون خطی فازی به صورت زیر عمل شد:

پارامترهای ضرایب رگرسیون فازی $\tilde{A}_0, \tilde{A}_1, \tilde{A}_2, \tilde{A}_3, \tilde{A}_4, \tilde{A}_5$ برای این اطلاعات بیماران عروق کرونری گواه مطالعه در بیمارستان شریعتی شده و مدل مورد بررسی به صورت زیر است:

$$\tilde{Y} = \tilde{A}_0 + \tilde{A}_1 X_{i1} + \tilde{A}_2 X_{i2} + \tilde{A}_3 X_{i3} + \tilde{A}_4 X_{i4} + \tilde{A}_5 X_{i5}$$

که در آن \tilde{A}_j ها ضرایب فازی هستند، به صورت: $\tilde{A}_j = (a_j, c_j)$ ، که مقدار a_j مرکز

بازه‌ی فازی و c_j پهنای بازه‌ی فازی است. اگر مقدار $h = 0/5$ اختیار شود، می‌توان برنامه

ریزی خطی زیر را برای مینیمم سازی تابع هدف زیرین بدین صورت شروع کرد:

$$\min. Z = c_0 + c_1 \sum_{i=1}^{35} |X_{i1}| + c_2 \sum_{i=1}^{35} |X_{i2}| + c_3 \sum_{i=1}^{35} |X_{i3}| + c_4 \sum_{i=1}^{35} |X_{i4}| + c_5 \sum_{i=1}^{35} |X_{i5}|$$

$$= c_0 + 2038c_1 + 882.7c_2 + 8179c_3 + 4463c_4 + 3245c_5$$

حال با استفاده از نرم افزار مربوطه مجموعه‌ی جواب‌ها به صورت زیر در جدول ۲ و ۳

آمده است:

جدول ۲: نتایج برآورد پارامترها در مرحله‌ی اول به ترتیب در گروه گواه و کنترل

a_0	a_1	a_2	a_3	a_4	a_5	c_0	c_1	c_2	c_3	c_4	c_5
۳۶/۳۶	-۰/۶۵۹	۰/۴۰۵۷	-۰/۰۳۲۰	۰/۲۱۷۹	-۰/۲۹۵۱	.	۰/۰۰۸۳	.	۰/۰۵۲۹	.	.
۲۸/۶۴	۰/۱۸۱۳	۱/۲۲۶	۰/۰۵۲۰	-۰/۰۹۷	۰/۵۱۳۷	.	.	۰/۶۹۲	.	۰/۰۵۵۲	.

جدول ۳: نتایج برآورد پارامترها در مرحله‌ی دوم به ترتیب در گروه گواه و کنترل

a_0	a_1	a_2	a_3	a_4	a_5	c_0	c_1	c_2	c_3	c_4	c_5
۴۲/۲۸	۰/۱۶۸۵	-۰/۸۳۲۶	-۰/۰۱۰۲	۰/۰۸۳۲	-۰/۴۲۲۵	۰/۱۲۲۶	.
۴۶/۶۴	۰/۳۳۲	۰/۳۹۱۷	-۰/۰۲۰۳	-۰/۰۹۱۹	-۰/۳۳۳۷	.	۰/۳۰۵۱

با توجه به نتایج می‌توان به صورت زیر جمع بندی نمود:

(۱) مرحله‌ی اول گروه گواه:

$$\tilde{y} = (36.36, 0) + (-0.0742, -0.0576)X_1 + (0.4057, 0)X_2 + (-0.0849, 0.0209)X_3 + (0.2179, 0)X_4 + (-0.2951, 0)X_5$$

(۲) مرحله‌ی دوم گروه گواه:

$$\tilde{y} = (42.28, 0) + (0.1685, 0)X_1 + (0.8326, 0)X_2 + (-0.0104, 0)X_3 + (-0.0592, 0.226)X_4 + (-0.4225, 0)X_5$$

۳) مرحله‌ی اول گروه کنترل:

$$\bar{y} = (28.64, 0) + (0.1813, 0)X_1 + (0.534, 1.918)X_2 + (0.0540, 0)X_3 + (-0.1524, 0.0416)X_4 + (0.5137, 0)X_5$$

۴) مرحله‌ی دوم گروه کنترل:

$$\bar{y} = (46.64, 0) + (0.01289, 0.7391)X_1 + (0.3917, 0)X_2 + (-0.0203, 0)X_3 + (-0.0919, 0)X_4 + (-0.2337, 0)X_5$$

بحث

با توجه به نتایج نهایی می‌توان این گونه در خصوص گروه‌های گواه و کنترل بحث نمود:

توجیه پزشکی در گروه گواه: تأثیر سن بیمار در مرحله‌ی دوم، با ثابت در نظر گرفتن اثر سایر متغیرهای مستقل، نسبت به مرحله‌ی اول، تأثیر افزایشی و مثبت را روی کیفیت زندگی بیمار نشان می‌دهد. این امر را می‌توان چنین توجیه کرد که با افزایش سن، تحرک فیزیکی کم می‌شود و بافت‌های بدن فرسوده می‌شوند و این تغییرات بر امتیاز کیفیت زندگی بیمار تأثیر می‌گذارد. از آن جا که در این گروه از بیماران چگونگی مهار عوارض بیماری و استفاده از الگوی تحرک فیزیکی، رژیم غذایی، دارویی و... استفاده نشده است، بنابراین با گذشت زمان مطالعه (شش ماه) این متغیر توانسته نسبت به مرحله‌ی قبل از مطالعه، بر شاخص کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری تأثیر بیشتری داشته باشد که از نظر پزشکی نیز توجیه پذیر است و ابعاد فیزیولوژی بدن و پاتولوژی بیماری قلبی عروقی نیز مؤید این مهم هستند.

تأثیر شاخص توده‌ی بدنی بیمار در مرحله‌ی دوم، با ثابت در نظر گرفتن اثر سایر متغیرهای مستقل، نسبت به مرحله‌ی اول، تأثیر افزایشی و مثبت را روی کیفیت زندگی بیمار نشان می‌دهد. شاخص توده‌ی بدنی متغیری است که اگر بیشتر از حد استاندارد باشد

بر تحرک فیزیکی، احساس شادمانی، ذخیره‌ی چربی خون اثر می‌گذارد و تأثیر غیر مستقیمی هم روی کیفیت زندگی بیمار دارد. از آن جا که در گروه گواه، مداخله‌ای به منظور شناخت بیماری و ریسک فاکتورهای مؤثر بر تشدید بیماری قلبی، خصوصاً وزن زیاد، صورت نگرفته است و از طرفی همواره بین افزایش شاخص توده‌ی بدنی و بروز ضایعات قلبی عروقی رابطه‌ی معناداری وجود دارد، در این گروه از بیماران به دلیل عدم کنترل این شاخص، کیفیت زندگی آنها تحت تأثیر قرار می‌گیرد و پس از گذشت شش ماه از مطالعه، سیر افزایشی تأثیر شاخص توده‌ی بدنی بر کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری مشاهده می‌شود.

تأثیر سطح اضطراب بیمار در مرحله‌ی دوم، با ثابت در نظر گرفتن سایر متغیرهای مستقل، نسبت به مرحله‌ی اول، تأثیر کاهشی و منفی را روی کیفیت زندگی بیمار نشان می‌دهد. این امر را می‌توان چنین توجیه کرد که عدم شناخت بیماری و سیر مزمن بودن و پیشرونده بودن بیماری قلبی عروقی می‌تواند در بروز حالات روحی روانی، خصوصاً سطح اضطراب بیمار مؤثر باشد و این متغیر بر کیفیت زندگی بیماران، خصوصاً بُعد روحی روانی مؤثر است. از آن جا که گذشت زمان منجر به بروز عوارض و افزایش محدودیت در فعالیت روزمره‌ی زندگی بیماران قلبی می‌شود، اگر الگوی مراقبت از خود را به کار نگیرد، روند و ماهیت بیماری با گذشت زمان منجر به کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود با عنایت به این که در این گروه از بیماران از مدل مراقبت پی‌گیر استفاده نشده است، کاهش سطح اضطراب بیمار پس از گذشت شش ماه از مطالعه توانسته تا حد زیادی نسبت به مرحله‌ی قبل روی کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری تأثیر داشته باشد.

توجیه پزشکی در گروه کنترل: تأثیر شاخص توده‌ی بدنی بیمار در مرحله‌ی دوم، با ثابت در نظر گرفتن اثر سایر متغیرهای مستقل، نسبت به مرحله‌ی اول، تأثیر کاهشی و منفی را روی کیفیت زندگی بیمار نشان می‌دهد. این امر را می‌توان چنین توجیه کرد که قبل از

مطالعه میزان شاخص توده‌ی بدنی در نمونه‌های پژوهشی از حد استاندارد بیشتر است و تا حد زیادی روی کیفیت زندگی بیمار مؤثر بوده است. از آن جا که تحرک فیزیکی همواره رابطه‌ی معناداری با کیفیت زندگی دارد، اصولاً افرادی که شاخص توده‌ی بدنی بیشتر از ۲۵ دارند تحرک فیزیکی کمتری دارند و این مهم کیفیت زندگی آنها را تحت الشعاع قرار می‌دهد. از آن جا که این مطالعه شش ماه به طول انجامیده است، فرصت کافی برای تعدیل این شاخص نبوده و با وجود سیر مطلوب برای تعدیل این شاخص، تأثیر این متغیر نسبت به دیگر متغیرها روی کیفیت زندگی بیماری عروق کرونری سیر کاهشی را نشان می‌دهد.

تأثیر چربی خون بیمار در مرحله‌ی دوم، با ثابت در نظر گرفتن اثر سایر متغیرهای مستقل، نسبت به مرحله‌ی اول، تأثیر کاهشی و منفی را روی کیفیت زندگی بیمار نشان می‌دهد. این امر چنین تفسیر می‌شود که افزایش میزان چربی خون (کلسترول، تری گلیسیرید) که متأثر از رژیم غذایی و رژیم فعالیتی غیراستاندارد است، باعث بروز آترواسکروزی (تصلب شرایین) می‌شود و با بروز سکتته‌ی قلبی و افزایش دفعات درد قفسه سینه و محدود کردن فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی، تا حد زیادی روی کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری اثر می‌گذارد و اگرچه پس از مداخله، روند کیفیت زندگی رو به افزایش است و میزان چربی خون نیز سیر کاهشی را نشان می‌دهد، اما تأثیر این متغیر نسبت به سایر متغیرها روی کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری، تأثیر کمتری را نشان می‌دهد.

تأثیر فشارخون بیمار در مرحله‌ی دوم، با ثابت در نظر گرفتن اثر سایر متغیرهای مستقل، نسبت به مرحله‌ی اول، تأثیر کاهشی و منفی را روی کیفیت زندگی بیمار نشان می‌دهد. این امر را می‌توان چنین توجیه کرد که فشار خون بالا متغیری است که خود منجر به ضایعه‌ی قلبی عروقی می‌شود و از طرفی اختلال عروقی نیز بر بروز و تغییرات فشار خون مؤثر است. در شروع مطالعه با اندازه‌گیری مکرر این شاخص و اهمیت میزان فشار

خون برای بیماران و ضرورت مراعات دقیق رژیم غذایی، دارویی و محدودیت‌های احتمالی، این متغیر بر کیفیت زندگی تأثیر بسزایی می‌گذارد و پس از مداخله با وجود سیر کاهشی فشار خون، برای بیماران که فشار خون بالاتر از حد معمول داشته‌اند، تأثیر این شاخص روی کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری نسبت به شاخص‌های دیگر (فعالیت فیزیکی، مراجعه به پزشک و...) تأثیر کمتری را نشان می‌دهد. پذیرش بیماری و قدرت سازگاری با رژیم‌های دستور داده شده نیز در توجیه این سیر کاهشی می‌تواند مؤثر و پاسخ‌گو باشد.

تأثیر سطح اضطراب بیمار در مرحله‌ی دوم، با ثابت در نظر گرفتن اثر سایر متغیرهای مستقل، نسبت به مرحله‌ی اول، تأثیر کاهشی و منفی را روی کیفیت زندگی بیمار نشان می‌دهد. این امر را می‌توان چنین توجیه کرد که اضطراب مورد سنجش شامل دو بخش اضطراب صفتی و اضطراب حالتی بیماران قلبی عروقی است که طبعاً در مرحله‌ی قبل از مطالعه (مداخله)، به خاطر اثرات بیماری و اهمیت سلامت قلب و عروق برای بیماران عروق کرونری، متغیر سطح اضطراب تا حد زیادی روی کیفیت زندگی اثر داشته. از آن جا که کیفیت زندگی مورد مطالعه نیز شامل دو بخش جسمی و روانی است، متغیر اضطراب تا حد زیادی می‌تواند بر بخش روحی کیفیت زندگی بیماران عروق کرونری تأثیر داشته باشد. اما با گذشت شش ماه مطالعه و مداخله، اوضاع روحی بیماران تا حدی ثابت شده و قدرت سازگاری با بیماران افزایش یافته است. با وجود بهبود امتیاز کیفیت زندگی بیماران پس از مداخله، تأثیر این شاخص نسبت به دیگر متغیرها اثر کمتری را نشان می‌دهد.

منابع

- احمدی، فضل‌اله. (۱۳۸۰). *طراحی و ارزشیابی مراقبت پی‌گیر برای کنترل اختلال عروق کرونر*. رساله‌ی دکتری، دانشگاه تربیت مدرس، تهران.
- Altman, D. G. (1990). *practical statistics for medical research*. Chapman & Hall/CRC.
- Braunwald, E. (2001). *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. (pp.210-14). W. Saunders Company.
- Brunner, S., L., & Suddarth, S. (2000). *Text book of medical- surgical Nursing*. London: J. P. Lippincott, Epidemiologic Reviews., 1999, 14:154-176.
- Burke, L. E., & Scalgi, C. C. (1989). *Behavioral responses of the patient and family*. London: J. P. Lippincott, Statistics in Medicine., 1995, 14: 2685-2699
- Collen, K. (1995). Risk factor for coronary heart disease. *Cardio vascular nursing J*, National Academy Press., Washigton, 1998.
- Cynthial, R., & Pamela, S. (1998). *Quality of life from nursing and patient perspectives*. Canada: Jones and Bartlett., Meta-analysis in clinical trials., Controlled Clinical Trials., 1986, 7:177-188
- Nate, L., & Tanner, M. (2001). Coenary artery disease: Epidemiology and diagnosis. *West J of Medical.*, Br J Clin Pract Suppl., 1990, 69:7-11
- Pocock, S. J. (1994). *Clinical trials: A practiced approach*. New York: John Wiley & sons., 1999, 18:2620-2632

مقایسه‌ی افسردگی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی و افراد غیردیابتی

جعفر بهادری خسروشاهی^۱ / دکتر زینب خانجانی^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۴/۰۴ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۵/۲۲ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۶/۲۹

چکیده

هدف از این مطالعه مقایسه‌ی میزان افسردگی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی و افراد غیر دیابتی است. در این پژوهش مقطعی ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر تبریز و ۱۰۰ نفر افراد غیر دیابتی و سالم به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از آزمون افسردگی بک و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بررسی شدند. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و با استفاده از آزمون تی مستقل تحلیل گردیدند. نتایج پژوهش نشان داد که بین زنان و مردان دیابتی در متغیر افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین بیماران دیابتی و افراد غیردیابتی نیز این تفاوت مشاهده شد. در نهایت، بیماران دیابتی افسردگی و کیفیت زندگی نامطلوبی داشتند، بنابراین پیشگیری در جهت کاهش این عوامل می‌تواند برای این بیماران مفید باشد.

کلید واژه‌ها: افسردگی، دیابت، کیفیت زندگی

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

ایمیل: Jafar.b2010@yahoo.com

^۲ دانشیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه تبریز