

# Comparison of Quality of Life and Psychological Well-being of Patients with Cardiovascular Disease and Cancer as well as Healthy People

Farzaneh Afsharnia (MSc)<sup>1,\*</sup>, Mansor Bayrami (PhD)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychology Department, Humanities Faculty, East Azerbaijan Province Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

<sup>2</sup>Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Tabriz University, Tabriz, Iran

\*Corresponding Author: Farzaneh Afsharnia, Psychology Department, Humanities Faculty, East Azerbaijan Province Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. Email: afsharnia\_f@yahoo.com

Received: 05/02/2018

Accepted: 31/05/2018

## How to Cite this Article:

Afsharnia A, Bayrami M. Comparison of Quality of Life and Psychological Well-being of Patients with Cardiovascular Disease and Cancer as well as Healthy People. *J Educ Community Health*. 2018; 5(3): 38-47. DOI: 10.21859/jech.5.3.38

## Abstract

**Background & Objective:** Quality of life and psychological well-being are one of the issues that can play an important role in the development of diseases and their treatment. This study was conducted with the aim of comparing the quality of life and psychological well-being of patients with cardiovascular disease and cancer as well as healthy people.

**Materials & Methods:** The study is a causal-comparative design. The study population included all patients with cardiovascular disease and cancer at Avicenna Clinic in Tabriz in 2016, and the samples were selected by purposive sampling. The total sample included 150 participants, 100 of whom were selected from the clinical population and 50 of whom were selected from healthy individuals. The data were collected by two questionnaires of quality of life and psychological well-being. The data were analyzed by descriptive statistics (mean and standard deviation) and multivariate analysis of variance (MANOVA).

**Results:** The quality of life of healthy people was at a higher level and there were no differences between patients with cardiovascular disease and cancer. Psychological well-being was at a higher level in healthy people than in patients with cardiovascular disease and cancer. Also, this variable was higher in patients with cardiovascular disease than in patients with cancer.

**Conclusion:** Patients with cardiovascular disease and cancer have lower levels of quality of life and psychological well-being than healthy people.

**Keywords:** Quality of life, Cardiovascular disease, Cancer

## مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران قلبی - عروقی، سرطانی و هم‌تایان سالم

فرزانه افشارنیا<sup>۱\*</sup>، منصور بیرامی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران  
<sup>۲</sup> دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\* نویسنده مسئول: فرزانه افشارنیا، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.  
ایمیل: afsharnia\_f@yahoo.com

### چکیده

**سابقه و هدف:** کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی یکی از مسائلی است که می‌تواند در ابتلا به بیماری‌ها و درمان آنها نقش مهمی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران قلبی - عروقی، سرطانی و هم‌تایان سالم انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش، کلیه افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی و سرطانی کلینیک تخصصی شیخ‌الرییس تبریز در سال ۱۳۹۵ بودند و نمونه‌های مورد نظر به شیوه هدفمند انتخاب شدند. کل نمونه دربرگیرنده ۱۵۰ شرکت‌کننده بود که ۱۰۰ نفر آنها از میان بیماران و ۵۰ نفر از میان هم‌تایان سالم انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسش‌نامه کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری‌شده به کمک روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و روش‌های آماری استنباطی تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در ابعاد کیفیت زندگی افراد سالم در سطح بالاتری قرار داشتند و بین بیماران قلبی - عروقی و سرطانی تفاوتی وجود نداشت. ابعاد بهزیستی روان‌شناختی نیز در افراد سالم بالاتر از بیماران قلبی - عروقی و سرطانی بود. همچنین، این ابعاد در بیماران قلبی - عروقی بالاتر از بیماران سرطانی بود.

**نتیجه‌گیری:** بیماران قلبی - عروقی و سرطانی نسبت به افراد سالم، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند.

**واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، بیماران قلبی - عروقی، سرطان

### مقدمه

در سال‌های اخیر توجه زیادی به ارتباط متقابل عوامل روانی و اختلالات جسمانی شده است. در واقع طبق الگوی زیستی - روانی - اجتماعی آمی به‌عنوان یک ارگانیزم متشکل از سه نظام تعامل‌کننده زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که سایر واکنش‌های بدنی، رفتاری و روانی او متأثر از همدیگرند. در حالی که امروزه در بروز بسیاری از بیماری‌های جسمانی به وجود نوعی اختلال روانی - فیزیولوژیک تأکید می‌شود که در آن مشکلات روانی با نشانه‌های بدنی ارتباط بالایی دارند. در این بین بیماری‌های قلبی - عروقی به‌عنوان عامل اثرگذار در بیش از نیمی از مرگ‌ومیر انسان‌ها، از جمله اختلالاتی است که هم داده‌های بالینی و هم مشاهدات غیررسمی اهمیت عوامل روان‌شناختی را در بروز آنها تأیید

نموده است [۱].

یکی از شایع‌ترین بیماری‌های عروق کرونر نیز سکتة قلبی است که به‌دلیل ماهیت ناتوان‌کننده، تأثیرات منفی فراوانی بر جنبه‌های مختلف زندگی مبتلایان به‌دنبال دارد و آغازگر تنش‌های منفی در زندگی بیمار و خانواده است. با افزایش شیوع و عوارض این بیماری، بیماران بیشتر ممکن است از کارافتادگی را تجربه کنند [۲].

از طرف دیگر، سرطان نیز یکی از مشکلات عمده بهداشتی در جهان است. سالانه در اثر ابتلا به انواع سرطان‌ها افراد بسیاری از بین می‌روند. این بیماری پس از اختلالات قلبی - عروقی دومین علت شایع مرگ‌ومیر در کشورهای توسعه یافته است [۳]. در سبب‌شناسی سرطان دیدگاه‌های مختلفی وجود

روان‌شناختی یا بهداشت روانی مثبت را ارایه کردند. براساس الگوی ریف بهزیستی روان‌شناختی از بعد تشکیل می‌شود. پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنادار بودن آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط). الگوی ریف به‌طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است [۱۰]. ریف این الگو را براساس مطالعه متون بهداشت روانی ارایه کرد و اظهار داشت مولفه‌های الگو، معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می‌کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه‌گیری کرد [۱۱]. به‌طوری که در پژوهشی که نقش سرکوب عاطفی در علائم تجربه‌شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان با استفاده از گزارش‌های روزانه علائم، خلق و خو و راهبردهای کارآمدی مقابله انجام داد، گرایش به سرکوب اضطراب، خشم، افسردگی و هر یک از الگوهای متمایز در روابط خود با علائم و خلق و خو و راهبردهای مقابله‌ای را ارزیابی کرد و متذکر شد مداخله با هدف کاهش سرکوب عاطفی احساسات منفی برای مقابله با اثرات شیمی‌درمانی در زنان کمک می‌کند [۱۲].

یکی دیگر از متغیرهایی که در بیماران قلبی - عروقی و سرطانی دچار نارسایی می‌شود کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی مفهومی است که از نیمه دوم قرن بیستم مورد توجه نظریه‌پردازان شاخه‌های مختلف علوم اجتماعی و مطالعات توسعه و مدیران و کارگزاران سیاست اجتماعی قرار گرفته است [۱۳]. دونالد نیز کیفیت زندگی را اصطلاحی توصیفی عنوان می‌کند که به سلامت و ارتقای عاطفی، اجتماعی و جسمی افراد و توانایی آنها برای انجام وظایف روزمره اشاره دارد.

سازه کیفیت زندگی تا اندازه‌ای مبهم است. از یک سو، کیفیت زندگی فردی به‌عنوان پنداشتی از چگونگی گذران زندگی فرد مطرح می‌شود و از بعدی کلی‌تر، کیفیت موقعیت‌های زندگی حول یک عامل شامل موقعیت‌هایی نظیر محیط پیرامونی یا فرهنگ در یک جامعه معین است [۱۴]. همچنین کیفیت زندگی مفهومی ناظر بر افراد است و همچون انتظارات از طریق تعامل پویای بین فرد مفروض، جامعه و محل سکونت او تعیین می‌شود [۱۵]. او دو عامل را در ایجاد این حالت موثر می‌داند: یکی داشتن هدف در زندگی؛ و دیگری برخورداری از روابط مناسب با دیگران [۱۵]. در مطالعه‌ای نشان داده شد که کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران کرونر قلبی پایین است و هر چه شدت بیماری بالاتر می‌رود، کیفیت زندگی پایین‌تر است [۱۶]. همچنین پژوهش مولی و همکاران [۱۷] نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مطلوب نبوده و بیشترین محدودیت را در حیطه فیزیکی و

دارد. تموشوک و همکاران [۴] نقش شخصیت تیپ C را در ارتباط با سرطان مورد مطالعه قرار داده‌اند. افراد با تیپ شخصیتی C با این مشخصات شناخته می‌شوند: به‌سختی احساسات خود را نشان می‌دهند و گرایش به سرکوب یا مهار احساسات خود به‌ویژه احساسات منفی مثل عصبانیت دارند.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان دارای ویژگی‌هایی چون انکار و سرکوب هیجان‌ها به‌خصوص خشم، تسلیم‌ناپذیری عدم اظهار وجود و دفاعی هستند که از ویژگی‌های اصلی تیپ C هستند. در این افراد اختلالات هیجانی افسردگی، اضطراب و حالت‌های خصمانه بیشتر گزارش شده است [۵، ۶]. بعضی از روان‌شناسان گفته‌اند که این ابعاد شخصیت می‌توانند نقش علی در بیماری سرطان بازی کنند. اگر چه هنوز اطلاعات کافی برای این مطلب وجود ندارد اما نشانه‌های روشن‌تری وجود دارد مبنی بر این که این نوع از عوامل ممکن است بر رشد سرطان موثر باشند و به همین دلیل در مدت زنده‌ماندن افراد مبتلا به سرطان نیز اثرگذار هستند.

امروزه مداخلاتی که الگوهای مثبت پاسخ‌دهی هیجانی را تشویق می‌کنند در حال ارزیابی شدن در بیماران مبتلا به سرطان هستند و هنوز معلوم نشده است که آیا این الگوها می‌توانند موثر باشند یا نه [۴]. در مجموع بیماری‌های قلبی - عروقی و سرطان باعث تغییر سبک زندگی بیماران می‌شوند که عمدتاً کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در این بیماران به‌صورت جدی کاهش می‌یابد. در همین راستا، تامین بهداشت همه افراد جامعه از مهم‌ترین مسایل اساسی هر کشور است؛ این امر در سه جنبه جسمانی، روانی و اجتماعی مورد ملاحظه قرار می‌گیرد، در صورتی که بعد روانی بهداشت به اندازه کافی مورد توجه قرار نگیرد، فراوانی مشکلات روانی و رفتاری رو به فزونی خواهد گذاشت تا حدی که عوارض ناشی از بی‌توجهی به آن در ابعاد فردی و اجتماعی، خانوادگی و انسانی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی اثرات سوء و غیرقابل جبران را در پی خواهد داشت.

سلامت یک مفهوم چندبعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز دربرمی‌گیرد [۷]. اغلب روان‌پزشکان، روان‌شناسان و محققان بهداشت روانی جنبه‌های مثبت سلامت را نادیده می‌گیرند. تلاش‌هایی که در راستای گذر از الگوهای سنتی سلامتی صورت گرفته، گر چه زمینه لازم را برای تلقی سلامت به‌عنوان حالتی از بهزیستی (نه صرفاً نبود بیماری) فراهم ساخته ولی کافی نیست. البته الگوهای جدید سلامت نیز به‌طور عمده بر ویژگی‌های منفی تاکید دارند و در آنها ابزارهای اندازه‌گیری سلامت اغلب با مشکلات بدنی (تحرك، درد، خستگی و اختلالات خواب) مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب و نگرانی) و مشکلات اجتماعی (ناتوانی در ایفای نقش اجتماعی، مشکلات زناشویی) سروکار دارند [۸].

در دهه گذشته ریف و کیز [۹] الگوی بهزیستی

عملکردی کیفیت زندگی تجربه می‌کنند.

بررسی سرطان و کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند در دو سطح عملی و نظری کمک‌کننده باشد؛ در سطح نظری تاییدی است برای نظریه‌های فعلی در مورد رابطه کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران قلبی-عروقی و سرطانی و همچنین پرسش‌ها و فرضیه‌های جدیدی مطرح می‌کند. در سطح عملی، خصوصاً بالینی، با شناسایی این متغیرها، افق‌های جدیدی بر سر راه شناسایی عوامل دخیل در سیر و شدت بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان باز کرده و با کمک به ارایه راهکارهای درمانی و پیشگیرانه موثر، تا حدودی زیان‌های تحمیل‌شده به فرد و جامعه را کاهش خواهد داد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران قلبی-عروقی، سرطانی و هم‌تایان سالم انجام شد.

## مواد و روش‌ها

طرح پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش، کلیه افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی یا سرطان کلینیک تخصصی شیخ‌الرئیس تبریز در سال ۱۳۹۵ بودند، که براساس معاینات جسمی و آزمایشگاهی توسط پزشکان و متخصصان قلب و عروق و سرطان تشخیص قطعی بیماری را دریافت کرده بودند و به شیوه هدفمند انتخاب شدند. کل نمونه براساس فرمول کوکران دربرگیرنده ۱۵۰ شرکت‌کننده بود که ۱۰۰ نفر آنها از میان بیماران (مبتلا به بیماری) و ۵۰ نفر از میان افراد هم‌تای سالم که همراه بیماران بودند (به‌عنوان افراد سالم) انتخاب شدند. ضمن توافق با پزشکان مرکز درمانی هدف و با توجه به این مطلب که برخی عوامل به‌عنوان عوامل مداخله‌گر می‌توانند مطرح شده و در کار پژوهشگر خلل ایجاد نمایند یا حتی خود به‌عنوان متغیر پیش‌بین مطرح شوند، شرکت‌کنندگان از میان کسانی انتخاب شدند که با معیارهای ورود به پژوهش هماهنگ بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص بیماری قلبی-عروقی یا سرطان توسط پزشک متخصص؛ نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی و سایر اختلالات روانی، صرع و اعتیاد و داشتن حداقل مدرک دیپلم. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن سایر اختلالات پزشکی و روان‌پزشکی هم‌زمان با بیماری قلبی-عروقی و سرطان، شرکت در کلاس‌های آموزشی روان‌شناختی در هنگام پژوهش، داشتن تحصیلات پایین‌تر از دیپلم و عدم موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) پرسش‌نامه کیفیت زندگی: این پرسش‌نامه دارای ۳۶ سوال در ۸ بعد است که ابعاد آن شامل سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، محدودیت عملکرد فیزیکی، محدودیت عملکرد روانی، احساس سرزندگی، سلامتی روانی، عملکرد اجتماعی و

درد جسمی یا بدنی است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط منتظری و همکاران طی پژوهشی که روی افراد شهر تهران انجام شد مورد تایید قرار گرفت [۱۸]. نتایج نشان داد که ابزار، روایی و پایایی قابل قبول داشته و آلفای کرونباخ اجزای آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بوده است. همچنین پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای افراد مبتلا به استئوآرتریت بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ و برای افراد غیرفعال مبتلا به استئوآرتریت بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ به دست آمد [۱۹].

ب) پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی: ریف برای اندازه‌گیری این سازه‌ها مقیاس‌های روان‌شناختی همچون پرسش‌نامه ۲۰عبارتی، ۱۴عبارتی، ۹عبارتی و ۳عبارتی را طراحی کرد. پس از بررسی‌های اولیه نسخه اصلی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی که دارای ۸۴عبارت است تهیه شد. سپس نسخه‌های ۵۴عبارتی و فرم کوتاه ۱۸عبارتی طراحی شد. نسخه کوتاه این پرسش‌نامه ۶مولفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بنابراین دارای عزیمقیاس (هر زیرمقیاس ۳عبارت) است. نمره‌گذاری این ابزار بر مبنای طیف لیکرت از ۱ تا ۴ پاسخ داده می‌شود. ضریب همسانی درونی زیرمقیاس‌های فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی و همچنین ضریب همسانی درونی کل آزمون حدود ۰/۵۰ گزارش شده است [۱۰]. در ایران نیز سفیدی و فرزاد [۲۰] ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند.

به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش از افراد نمونه برای شرکت در جلسه‌ای توجیهی دعوت به عمل آمد و فرآیند شرکت در پژوهش برای ایشان به‌صورت کامل شرح داده شد؛ سپس با توجه به توضیحات ارائه‌شده، این افراد به‌صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در پژوهش شدند. همچنین در این جلسه به افراد نمونه اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آنها به‌صورت محرمانه نزد پژوهشگران باقی خواهد ماند.

برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های توصیفی گرایش مرکزی (میانگین و انحراف‌معیار) و در سطح استنباطی از آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) با سطح معنی‌داری  $p < 0/05$  استفاده شد.

## یافته‌ها

در همه مولفه‌های کیفیت زندگی نمره افراد سالم بیشتر از افراد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی و سرطانی بود. در مولفه‌های سلامت عمومی، محدودیت عملکرد فیزیکی و احساس سرزندگی نمره افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی بیشتر از افراد مبتلا به سرطان بود، اما در مولفه‌های عملکرد فیزیکی، سلامت روانی، درد جسمی یا بدنی، محدودیت عملکرد روانی و عملکرد اجتماعی افراد مبتلا به سرطان نمره بیشتری از افراد مبتلا به بیماری قلبی کسب کردند (جدول ۱).

خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد فردی و بهزیستی روان‌شناختی نمره افراد سالم بیشتر از افراد مبتلا به بیماری قلبی - عروقی و همچنین نمره افراد مبتلا به بیماری قلبی بیشتر از افراد مبتلا به سرطان بود (جدول ۲).

**جدول ۲) میانگین آماری بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی - عروقی، سرطانی و افراد سالم**

متغیر/گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار
<b>پدیرش خود</b>	
سرطانی	۵/۰۲ $\pm$ ۱/۹۳
قلبی	۵/۷۴ $\pm$ ۲/۰۵
سالم	۹/۵۲ $\pm$ ۲/۳۴
<b>روابط مثبت با دیگران</b>	
سرطانی	۶/۰۸ $\pm$ ۲/۱۲
قلبی	۹/۰۴ $\pm$ ۲/۴۳
سالم	۲/۰۲ $\pm$ ۱۲/۳۰
<b>خودمختاری</b>	
سرطانی	۵/۴۰ $\pm$ ۲/۲۶
قلبی	۷/۴۲ $\pm$ ۲/۴۳
سالم	۱۳/۴۸ $\pm$ ۲/۲۱
<b>تسلط بر محیط</b>	
سرطانی	۴/۶۴ $\pm$ ۱/۶۹
قلبی	۶/۶۸ $\pm$ ۲/۰۶
سالم	۱۱/۰۸ $\pm$ ۲/۱۸
<b>زندگی هدفمند</b>	
سرطانی	۶/۶۰ $\pm$ ۲/۶۷
قلبی	۹/۰۰ $\pm$ ۲/۶۱
سالم	۱۴/۸۰ $\pm$ ۲/۲۴
<b>رشد فردی</b>	
سرطانی	۷/۸۴ $\pm$ ۲/۲۱
قلبی	۹/۶۶ $\pm$ ۲/۱۹
سالم	۱۲/۷۲ $\pm$ ۱/۹۷
<b>بهزیستی روان‌شناختی</b>	
سرطانی	۳۵/۵۸ $\pm$ ۹/۷۹
قلبی	۴۷/۵۴ $\pm$ ۱۱/۰۸
سالم	۷۳/۹۰ $\pm$ ۱۰/۵۰

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری، پیش‌فرض همگنی واریانس با آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای مورد بررسی هر دو گروه تایید

**جدول ۱) میانگین آماری کیفیت زندگی بیماران قلبی - عروقی، سرطانی و افراد سالم**

متغیر/گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار
<b>سلامت عمومی</b>	
سرطانی	۱۱/۰۴ $\pm$ ۲/۶۶
قلبی	۱۳/۰۷ $\pm$ ۲/۸۵
سالم	۱۸/۱۹ $\pm$ ۳/۳۷
<b>عملکرد فیزیکی</b>	
سرطانی	۱۹/۶۶ $\pm$ ۴/۹۶
قلبی	۱۹/۴۱ $\pm$ ۴/۶۹
سالم	۲۵/۹۵ $\pm$ ۴/۲۰
<b>محدودیت عملکرد فیزیکی</b>	
سرطانی	۳/۲۸ $\pm$ ۱/۲۹
قلبی	۴/۰۰ $\pm$ ۱/۱۸
سالم	۵/۸۹ $\pm$ ۱/۶۴
<b>سلامت روانی</b>	
سرطانی	۳/۸۸ $\pm$ ۱/۶۶
قلبی	۳/۴۸ $\pm$ ۱/۳۲
سالم	۶/۴۷ $\pm$ ۱/۳۷
<b>درد جسمی یا بدنی</b>	
سرطانی	۷/۰۲ $\pm$ ۲/۱۴
قلبی	۵/۶۸ $\pm$ ۱/۹۲
سالم	۵/۲۱ $\pm$ ۱/۹۷
<b>محدودیت عملکرد روانی</b>	
سرطانی	۱۰/۷۱ $\pm$ ۲/۹۵
قلبی	۹/۵۶ $\pm$ ۲/۲۹
سالم	۱۴/۷۳ $\pm$ ۲/۹۵
<b>احساس سرزندگی</b>	
سرطانی	۱۶/۶۹ $\pm$ ۴/۴۱
قلبی	۱۷/۰۰ $\pm$ ۴/۵۳
سالم	۲۲/۱۰ $\pm$ ۴/۲۸
<b>عملکرد اجتماعی</b>	
سرطانی	۶/۵۹ $\pm$ ۲/۱۰
قلبی	۵/۸۵ $\pm$ ۱/۷۲
سالم	۸/۹۵ $\pm$ ۱/۴۹
<b>کیفیت زندگی</b>	
سرطانی	۷۸/۸۷ $\pm$ ۱۳/۱۸
قلبی	۷۸/۰۵ $\pm$ ۱۱/۱۰
سالم	۱۰۷/۴۹ $\pm$ ۱۲/۸۸

در مولفه‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران،

خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد فردی و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی افراد سالم نمره بیشتری نسبت به بیماران قلبی-عروقی و سرطانی کسب کردند ( $p < 0.001$ ). و بیماران قلبی نیز نمره بیشتری از بیماران مبتلا به سرطان کسب کردند. که این تفاوت نیز از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول ۶).

جدول ۴) نتایج مقایسه زوجی کیفیت زندگی

معنی‌داری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	متغیر/گروه
<b>سلامت عمومی</b>			
۰/۰۵۳	۰/۶۵۸	-۲/۰۲	سرطانی قلبی
۰/۰۰۱	۰/۶۴۰	-۷/۱۴	سالم
۰/۰۰۱	۰/۶۴۴	-۵/۱۲	سالم قلبی
<b>عملکرد فیزیکی</b>			
۰/۸۰۴	۱/۰۱	۰/۲۵۲	سرطانی قلبی
۰/۰۰۱	۰/۹۸	-۶/۲۹	سالم
۰/۰۰۱	۰/۹۹۲	-۶/۵۴	سالم قلبی
<b>محدودیت عملکرد فیزیکی</b>			
۰/۰۲۲	۰/۳۰۷	-۰/۷۱۴	سرطانی قلبی
۰/۰۰۱	۰/۲۹۹	-۲/۶۰۶	سالم
۰/۰۰۱	۰/۳۰۱	۱۰/۸۹	سالم قلبی
<b>سلامت روانی</b>			
۰/۲۱۷	۰/۳۱۷	-۰/۳۹۳	سرطانی قلبی
۰/۰۰۱	۰/۳۰۸	-۲/۵۹	سالم
۰/۰۰۱	۰/۳۱۰	-۲/۹۹	سالم قلبی
<b>درد جسمی یا بدنی</b>			
۰/۴۴۳	۰/۴۴۳	-۲/۳۴۱	سرطانی قلبی
۰/۰۰۶	۰/۴۳۱	-۱/۱۹	سالم
۰/۰۰۱	۰/۴۳۴	-۱/۵۳	سالم قلبی
<b>محدودیت عملکرد روانی</b>			
۰/۰۶۰	۰/۶۰۶	۱/۱۵	سرطانی قلبی
۰/۰۰۱	۰/۵۹۰	-۴/۰۲	سالم
۰/۰۰۱	۰/۵۹۳	-۵/۱۷	سالم قلبی
<b>احساس سرزندگی</b>			
۰/۷۵۰	۰/۹۶۸	-۰/۳۱۰	سرطانی قلبی
۰/۰۰۱	۰/۹۴۱	-۵/۴۱	سالم
۰/۰۰۱	۰/۹۴۷	-۵/۱۰	سالم قلبی
<b>عملکرد اجتماعی</b>			
۰/۰۶۱	۰/۳۹۲	۰/۷۴۲	سرطانی قلبی
۰/۰۰۱	۰/۳۸۱	-۲/۳۶	سالم
۰/۰۰۱	۰/۳۸۳	-۳/۱۰	سالم قلبی
<b>کیفیت زندگی</b>			
۰/۰۶۱	۲/۷۳	-۰/۱۶۸	سرطانی سالم
۰/۰۰۱	۲/۶۵	-۳۱/۶۳	سالم
۰/۰۰۱	۲/۶۷	۳۱/۷	سالم قلبی

شد، این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود ( $p > 0.05$ ).

بین بیماران قلبی-عروقی، سرطانی و هم‌تایان سالم از لحاظ کیفیت زندگی با نمره  $F=95/07$  و در سطح  $p < 0.001$  تفاوت معنی‌داری وجود داشت. اما برای اینکه مشخص شود معنی‌داری به نفع کدام گروه است، و کدامیک نمره بالاتری دریافت کرده‌اند از آزمون مقایسه‌های زوجی استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره

متغیر	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری
سلامت عمومی	۱۲۰۳/۶۲	۶۰۱/۸۱	۶۶/۹۹	۰/۰۰۱
عملکرد فیزیکی	۱۲۱۹/۰۵	۶۰۹/۵۲	۲۸/۵۸	۰/۰۰۱
محدودیت عملکرد فیزیکی	۱۶۰/۷۸	۸۰/۳۹	۴۱/۰۰	۰/۰۰۱
سلامت روان	۲۳۳/۸۴	۱۱۶/۹۲	۵۶/۲۰	۰/۰۰۱
درد جسمی یا بدنی	۵۷/۳۱	۲۸/۶۵	۷/۰۲	۰/۰۰۱
محدودیت عملکرد روانی	۶۵۲/۳۸	۳۲۶/۱۹	۴۲/۷۴	۰/۰۰۱
احساس سرزندگی	۸۲۲/۵۲	۴۱۱/۲۶	۲۱/۱۳	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۲۳۱/۶۰	۱۱۵/۸۰	۳۶/۳۷	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	۲۹۴۷۱/۷۳	۱۴۷۳۵/۸۶	۹۵/۰۷	۰/۰۰۱

در متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، محدودیت عملکرد فیزیکی، سلامت روانی، محدودیت عملکرد روانی، احساس سرزندگی و عملکرد اجتماعی افراد سالم نمره بالاتری از افراد مبتلا به بیماری قلبی-عروقی و سرطانی کسب کردند که در سطح  $p < 0.05$  معنی‌دار بود، اما بین بیماران قلبی-عروقی و سرطانی تفاوتی مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ). در متغیر درد جسمی نیز بیماران قلبی-عروقی و سرطانی نمره بالاتری از افراد سالم کسب کردند ( $p < 0.05$ ) و بین بیماران قلبی-عروقی و سرطانی نیز تفاوتی معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۴؛  $p > 0.05$ ).

بین بیماران قلبی-عروقی، سرطانی و هم‌تایان سالم از لحاظ بهزیستی روان‌شناختی با نمره  $F=175/14$  و در سطح  $p < 0.001$  تفاوت وجود داشت. اما برای اینکه مشخص شود معنی‌داری به نفع کدام گروه است و کدامیک نمره بالاتری دریافت کرده‌اند از آزمون مقایسه‌های زوجی استفاده شد (جدول ۵).

در مولفه‌های پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران،

### بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در متغیرهای سلامت عمومی، جسمانی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، شادابی و نشاط، احساسی و اجتماعی افراد سالم نمره بالاتری از افراد مبتلا به بیماری قلبی - عروقی و سرطانی کسب کردند، اما بین بیماران قلبی - عروقی و سرطانی تفاوتی مشاهده نشد. در متغیر درد جسمی نیز بیماران قلبی - عروقی و سرطانی نمره بالاتری از افراد سالم کسب کردند و بین بیماران قلبی - عروقی و سرطانی نیز تفاوتی معنی‌داری مشاهده نشد. در همین راستا، مولی و همکاران [۱۷] نشان دادند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مطلوب نبوده و بیشترین محدودیت را در حیطه فیزیکی و عملکردی کیفیت زندگی تجربه می‌کنند.

تحقیقی که توسط بنگستون و همکاران [۲۱] روی بیمارانی که اولین بار سکته قلبی کرده بودند و بین ۱۲ تا ۲۴ ماه بعد کیفیت زندگی آنها سنجیده شد و بیماران بین کمتر از ۵۹ سال و بیشتر از ۵۹ سال مقایسه شدند، ابعاد کارایی اجتماعی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات روحی بین دو گروه تفاوت وجود داشت. حمله قلبی عامل ایجاد تغییرات روانی، تغییر در کیفیت رابطه زناشویی بیمار و همسر، تغییر در کار، روابط اجتماعی و مشکلات مالی است و بیشترین تغییرات رایج روانی شامل ترس، اضطراب و افسردگی هستند. ناتوانی قلب در خون‌رسانی علایم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، آژین صدری، ادم و آسیت را سبب می‌شود. این علایم منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می‌کند، که در نهایت کیفیت زندگی وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۲۱].

محدودیت‌های ایجاد شده همچنین وظایف شغلی، خانوادگی و زندگی اجتماعی بیمار را با مشکل مواجه کرده و سبب انزوای اجتماعی و افسردگی می‌شود. همچنین بررسی اثرات سکته قلبی بر خانواده و به‌ویژه همسر بیمار نشان داده که خانواده بیماران مبتلا به سکته قلبی سطح بالایی از تنش و فشار روانی را تجربه می‌کنند [۲۲]. نتیجه دیگر مطالعات نیز نشان می‌دهد که سکته قلبی تاثیر بسیار جدی بر روابط صمیمی و همچنین کیفیت زندگی دارد و همسر بیمار ممکن است به شکل مثبت یا منفی تحت تاثیر بیماری قرار گیرد. بسیاری از همسران بیماران قلبی، خود را در موقعیتی بحرانی می‌بینند و از طرفی می‌خواهند به همسران خود اطمینان دهند که آنها را دوست دارند ولی از پیامد فعالیت جنسی می‌ترسند و ترس آنها می‌تواند به صورت اجتناب از روابط جنسی و خشم نسبت به وضعیت سلامتی همسر جایگزین شود. فعالیت جنسی نیز بعد مهمی از کیفیت زندگی است [۱].

نتایج دیگر پژوهش نشان داد در مولفه‌های پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد فردی و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد، به طوری که افراد سالم

جدول ۵) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره

متغیر	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
پذیرش خود	۵۸۴/۲۸	۲۹۲/۱۴	۶۴/۹۶	۰/۰۰۱
رابطه مثبت با دیگران	۹۶۷/۹۶	۴۸۳/۹۸	۱۰۰/۱۹	۰/۰۰۱
خودمختاری	۱۷۶۸/۱۷	۸۸۴/۰۸	۱۶۳/۱۳	۰/۰۰۱
تسلط بر محیط	۱۰۸۳/۲۵	۵۴۱/۶۲	۱۳۶/۳۱	۰/۰۰۱
زندگی هدفمند	۱۷۷۷/۳۳	۸۸۸/۶۶	۱۴۰/۴۶	۰/۰۰۱
رشد فردی	۶۰۸/۱۷	۳۰۴/۰۸	۶۶/۹۱	۰/۰۰۱
بهزیستی روان‌شناختی	۳۸۴۳۸/۵۶	۱۹۲۱۹/۲۸	۱۷۵/۱۴	۰/۰۰۱

جدول ۶) نتایج مقایسه زوجی بهزیستی روان‌شناختی

متغیر/گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
<b>پذیرش خود</b>			
سرطانی قلبی	-۰/۵۲۰	۰/۴۲۴	۰/۰۴۲
سالم	-۴/۵۰	۰/۴۲۴	۰/۰۰۱
قلبی سالم	-۳/۷۸	۰/۴۲۴	۰/۰۰۱
<b>رابطه مثبت با دیگران</b>			
سرطانی قلبی	-۲/۹۶	۰/۴۴۰	۰/۰۰۱
سالم	-۶/۲۲	۰/۴۴۰	۰/۰۰۱
قلبی سالم	-۳/۲۶	۰/۴۴۰	۰/۰۰۱
<b>خودمختاری</b>			
سرطانی قلبی	-۲/۰۲	۰/۴۶۶	۰/۰۰۱
سالم	-۸/۰۸	۰/۴۶۶	۰/۰۰۱
قلبی سالم	-۶/۰۶	۰/۴۶۶	۰/۰۰۱
<b>تسلط بر محیط</b>			
سرطانی قلبی	-۲/۰۴	۰/۳۹۹	۰/۰۰۱
سالم	-۶/۴۴	۰/۳۹۹	۰/۰۰۱
قلبی سالم	-۴/۴۰	۰/۳۹۹	۰/۰۰۱
<b>زندگی هدفمند</b>			
سرطانی قلبی	-۲/۴۰	۰/۵۰۳	۰/۰۰۱
سالم	-۸/۲۰	۰/۵۰۳	۰/۰۰۱
قلبی سالم	-۵/۸۰	۰/۵۰۳	۰/۰۰۱
<b>رشد فردی</b>			
سرطانی قلبی	-۱/۸۲	۰/۴۲۶	۰/۰۰۱
سالم	-۴/۸۸	۰/۴۲۶	۰/۰۰۱
قلبی سالم	-۳/۰۶	۰/۴۲۶	۰/۰۰۱
<b>بهزیستی روان‌شناختی</b>			
سرطانی قلبی	-۱۱/۹۶	۲/۰۹	۰/۰۰۱
سالم	-۳۸/۳۲	۲/۰۹	۰/۰۰۱
قلبی سالم	-۲۶/۳۶	۲/۰۹	۰/۰۰۱

افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌شود، به طوری که ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده‌های آنها، فرد را به سمت و سوی اختلالات روانی می‌کشاند.

سرطان به طور بالقوه بیماری تهدیدکننده حیات است که اختلالات قابل توجهی برای بیماران در تمام ابعاد زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی ایجاد می‌کند. سرطان به خاطر ارتباطش با ایزوله اجتماعی و مرگ به عنوان یک پدیده اجتماعی که باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود شناخته می‌شود. همچنین بیماری سرطان عملکردهای روزانه و فعالیت‌های اجتماعی را دچار نابسامانی می‌کند. توانایی افراد برای انجام نقش‌های معمول و مسئولیت‌ها را تغییر می‌دهد و نقش‌های جدیدی به وجود می‌آورد. نحوه ارتباط بیماران با همسر، فرزندان، والدین، همکاران، خواهر، برادر و دوستان مانند گذشته نیست. این روابط تغییر یافته به صورت جدایی، افزایش توجه و محبت یا دوری‌گزیدن و فاصله گرفتن نمایان می‌شود [۳۰].

سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آنها نیز می‌شود که در این میان واکنش‌هایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران مشاهده می‌شود [۳۱]. گروهی از محققان ایتالیایی با مطالعه بیماران مبتلا به سرطان در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال دریافتند، مهم‌ترین عامل مربوط به سلامت روان که بر بهزیستی روان‌شناختی آنها اثر داشته است، اضطراب است و در صورت داشتن سن بالای ۵۰، سطوح تحصیلی پایین و عدم اشتغال به کار، بهزیستی روان‌شناختی بیماران نامطلوب می‌شود. از طرفی چنانچه خشم به وجود آمده در بیماران مبتلا به سرطان، به درستی ابراز نشود، این امکان وجود دارد که به درون فرد جهت یابد و منجر به افسردگی، ناامیدی و تلاش در راستای خودکشی شود. بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان مبتلا به افسردگی بوده و در سطح تمرکز و میزان توجه خود، کاهش نشان می‌دهند. به بیان دیگر پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی از جمله افسردگی در مبتلایان به سرطان ضروری است زیرا افسردگی سبب کاهش بهزیستی روان‌شناختی بیماران خواهد شد و مداخله برای کاهش افسردگی می‌تواند به بهبود بهزیستی روان‌شناختی آنها منجر شود [۳۲].

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهندگان همراه باشد. عدم کنترل متغیرهای مانند سن و جنس و طبقه اقتصادی و اجتماعی نیز می‌تواند از محدودیت‌های پژوهش حاضر باشد. همچنین از آنجا که همراهان بیماران معمولاً از اعضای خانواده فرد بیمار هستند، با مشکلات ناشی از بیماری فرد مبتلا دست‌به‌گریبان بوده و این مشکلات بر کیفیت زندگی و وضعیت روانی آنها اثرگذار خواهد

نمره بیشتری نسبت به بیماران قلبی و سرطانی کسب کردند و بیماران قلبی نیز نمره بیشتری از بیماران مبتلا به سرطان کسب کردند. طی پژوهشی برای تبیین رابطه عوامل روان‌شناختی و گرفتگی عروق کرونر قلب با بهره‌گیری از روش فراتحلیل نتایج ۲۳ پژوهش انجام شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. علاوه بر اینکه بر نقش استرس در بروز حمله قلبی تأکید شد، نتایج برگرفته شده از مقایسه گروه ۲۰۱۴ نفری بیماران قلبی با گروه شاهد نشان‌دهنده آن بود که مداخلات روان‌شناختی به صورت معنی‌داری منجر به افزایش بهزیستی روان‌شناختی در بیماران قلبی-عروقی می‌شود [۲۳].

جولکونن و اهلمستروم [۲۴] خصوصیت، خشم و احساس پیوستگی را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های بهزیستی روان‌شناختی ۷۷۴ بیمار قلبی-عروقی بررسی کردند. نتیجه این مطالعه نشان داد که احساس پیوستگی با توانایی برای کنترل خشم رابطه مثبت دارد، در صورتی که بدگمانی، خشم معطوف به بیرون و خشم معطوف به درون با بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی دارند.

درگست و همکاران [۲۵] در پژوهشی نشان دادند که احساس پیوستگی با کارکردهای اجتماعی و تندرستی جسمانی بیماران رابطه مثبت دارد. عبداللهیان و همکاران [۲۶] در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری در مقایسه با مردان سالم از راهبردهای مبتنی بر واکنش هیجانی و راهبردهای جسمانی‌سازی بیشتر و راهبردهای مبتنی بر حل مساله و جلب حمایت اجتماعی کمتر استفاده می‌کنند. متغیرهای روان‌شناختی و شخصیتی ممکن است بیماری‌ها را از طریق مسیرهای رفتاری از جمله اختلال در عملکرد رفتار یا شکست در رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت تحت تأثیر قرار دهند [۲۷]. به نظر می‌رسد که تفاوت‌های شخصیتی و عوامل روان‌شناختی عامل مهمی است که به واکنش‌های متفاوت به استرس‌ها منجر می‌شود و ممکن است زیربنای مرگومیر انسان‌ها در اثر ابتلا به بیماری‌های مختلف و به خصوص بیماری‌های قلبی-عروقی باشد. در واقع، در درمان بیماری‌های مختلف جسمانی در کنار درمان‌های متداول پزشکی، تغییر ویژگی‌های شخصیتی منفی که در بروز بیماری‌ها نقش دارند و همچنین توجه به جنبه‌های مثبت شخصیتی که باعث مقاومت افراد می‌شوند کاملاً ضروری است [۲۸].

سرطان و بیماری‌های قلبی به علت مزمن بودن و تحت‌الشعاع قرار دادن ابعاد مختلف زندگی کاری و اجتماعی افراد بیشترین تأثیر منفی را بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران می‌گذارد و منجر به ارزیابی منفی از خود و زندگی می‌شود. همچنین علاوه بر تشدید علائم بیماری و کند کردن روند بیماری منجر به سایر بیماری‌های روحی و روانی می‌شود [۲۹]. سرطان، به عنوان یک بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج در جامعه تلقی می‌شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و



## تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، نهایت تشکر و قدردانی را بنمایند. این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۵ بوده است.

تاییدیه اخلاقی: ۲۳۶۲۰۷۰۱۹۴۲۰۱۲

تعارض منافع: در این مقاله تعارض منافع وجود ندارد.

سهم نویسندگان: فرزانه افشارنیا (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناسی/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۰.۷۰٪)، منصور بیرامی (نویسنده دوم)، تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۰.۳۰٪).

منابع مالی: این مقاله با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز صورت گرفته است.

بود و در نتیجه این موضوع اطلاعات به‌دست‌آمده از همراهان و به‌تبع آن نتایج حاصل را دچار تورش و سوگیری می‌کند. لذا انتخاب هم‌تایان از بین همراهان بیماران یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

پیشنهاد می‌شود که پایه‌پای مداخلات پزشکی مداخلات روان‌شناختی نیز لحاظ شده و برای بهبود کیفیت زندگی، ارتقای بهزیستی روان‌شناختی، مشاوره‌های کنترل استرس و مدیریت اضطراب نیز با این بیماران کار شود.

## نتیجه‌گیری

بیماران قلبی - عروقی و سرطانی نسبت به افراد سالم، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند.

## REFERENCES

- Adler MG, Fagley NS. Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. *J Pers.* 2005;73(1):79-114. PMID:15660674 DOI: 10.1111/j.1467-6494.2004.00305.x
- Foruzandeh N, Delaram M, Foruzandeh M, Darakhshandeh S. Study of mental health status of cardiovascular diseases patients and determination of some effective factors on it in the patients hospitalized in CCU and cardiology wards of Hajar hospital, Shahrekord. *J Clin Nurs Midwifery.* 2013;2(2):18-25. [Persian]
- Solimani Z, Ershadi Moqadam H, Mozafari Join A, Ershadi Moqadam H, Mohammadi M. The quality of life of patients with diabetes from the city of Sabzevar during year 2016. *Mil Care Sci.* 2017;3 (4):264-71. [Persian] DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.264
- Temoshok L. Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: Psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumor-host response. *Soc Sci Med.* 1985;20(8):833-40. DOI: 10.1016/0277-9536(85)90338-7
- Chris Fraley R. Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personal Soc Psychol Rev.* 2002;6(2):123-51. DOI: 10.1207/S15327957PSPR0602\_03
- Clark DA, Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. New York City: Guilford Press; 2009.
- Mikaeili N, Einy S, Tagavy R. Role of self-compassion and sense of coherence and thought action fusion in prediction of psychological well-being among post-traumatic stress disorder veterans. *Iran J War Public Health.* 2017;9(1):33-9. [Persian] DOI: 10.18869/acadpub.ijwph.9.1.33
- Poursardar F, Sangari AA, Abbaspour Z, Alboukardi S. The effect of happiness on mental health and life satisfaction: A psychological model of well-being. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2012;16(2):139-47. [Persian]
- Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol.* 2002;82(6):1007-22. DOI: 10.1037/0022-3514.82.6.1007
- Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom.* 1996;65(1):14-23. PMID:8838692 DOI: 10.1159/000289026
- Behzadpoor S, Motahhari Z, Vakili M, Sohrabi F. The effect of resilience training on increasing psychological well-being of infertile women. *Sci J Ilam Univ Med Sci.* 2015;23(5):131-42. [Persian]
- Cameron LD, Booth RJ, Schlatter M, Ziginskis D, Harman JE. Changes in emotion regulation and psychological adjustment following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psychooncology.* 2007;16(3):171-80. PMID:16858670 DOI: 10.1002/pon.1050
- Dehghani Z, Khodabakhshi Koolae A. Effectiveness of group hope therapy on quality of life and resilience in addicted women. *J Educ Community Health.* 2017;4(1):28-34. [Persian] DOI: 10.21859/jech.4.1.28
- Donald A. What is quality of life? [Internet]. London: Hayward Medical Communications; 2001 [cited 2000 Oct 25]. Available from: <http://www.bandolier.org.uk/painres/download/whatis%20copy/WhatisQOL.pdf>
- Hosseinzadeh AH, Ahmadipour T, Mavalizadeh E. A study relationship between security feeling, socioeconomic status on person's life quality (Case study: Ahwaz city). *Q J Soc Dev.* 2014;9(1):111-34. [Persian]
- Beyranvand MR, Lorvand A, Alipour Parsa S, Motamedi MR, Kolahi AA. The quality of life after first acute myocardial infarction. *Pejouhandeh.* 2011;15(6):264-72. [Persian]
- Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure, review and analysis. *Eur J Heart Fail.* 2005;7(4):592-603. PMID:15921800 DOI: 10.1016/j.ejheart.2004.07.008
- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res.* 2005;14(3):875-82. DOI: 10.1007/s11136-004-1014-5
- Shamsipour Dehkordi P, Abdoli B, Modaberi Sh. Effectiveness of physical activity on quality of elderly patients with osteoarthritis. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2012;14(5):92-101. [Persian]
- Sefidi F, Farzad V. Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). *J Qazvin Univ Med Sci.* 2012;16(1):65-71. [Persian]
- Bengtsson I, Hagman M, Währborg P, Wedel H. Lasting impact on health-related quality of life after a first myocardial infarction. *Int J Cardiol.* 2004;97(3):509-16. PMID:15561341 DOI: 10.1016/j.ijcard.2003.12.011
- Sarhadi M, Navidian A, Fashi Harandy T, Ansari Moghadam AR. Comparing quality of marital relationship of spouses of patients with and without a history of myocardial infarction. *J Health Promot Manag.* 2013;2(1):39-48. [Persian]
- Shapiro PA. Cardiovascular disorders. In: Kaplan HI, Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI, editors. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Julkunen J, Ahlström R. Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life,

- results of an ASCOT substudy. *J Psychosom Res.* 2006;**61**(1):33-9. [PMID:16813843](#) [DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.12.005](#)
- 25- Drageset J, Eide GE, Nygaard HA, Bondevik M, Nortvedt MW, Natvig GK. The impact of social support and sense of coherence on health-related quality of life among nursing home residents--a questionnaire survey in Bergen, Norway. *Int J Nurs Stud.* 2009;**46**(1):65-75. [DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.07.005](#)
- 26- Abdollahian E, Mokhber N, Kafaei Razavi Z. Compression of coping responses and life events in males with Coronary artery disease. *J Fundam Ment Health.* 2006;**8**(29-30):37-42. [Persian]
- 27- Azizi A, Biram M, Etemadifar N, Peyda N. Comparison of vital exhaustion and type D personality in a patient with acute myocardial infarction and heart failure. *Razi J Med Sci.* 2014;**21**(126):65-72. [Persian]
- 28- Gholamrezaei S, Sadrmohammadi R, Fazilatpour M, Ahmadzadeh T. Comparison of personality characteristics and subjective well-being in cardiovascular disease and cancer patients refereeing to the treatment centers of Rafsanjan and Kerman in 2011. *J Community Health.* 2014;**8**(3):19-26. [Persian]
- 29- Turner J, Kelly B. Emotional dimensions of chronic disease. *West J Med.* 2000;**172**(2):124-8. [DOI: 10.1136/ewjm.172.2.124](#)
- 30- Heidari S. Assessing size of social network and emotional support sources and related factors among cancer patients. *Iran J Nurs Res.* 2009;**4**(12-13):91-101. [Persian]
- 31- Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. The assessment of relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *Sci J Hamadan Univ Med Sci.* 2009;**16**(2):33-8. [Persian]
- 32- Diwan R. Relational wealth and the quality of life. *J Socio Econ.* 2000;**29**(4):305-40. [DOI: 10.1016/S1053-5357\(00\)00073-1](#)