بررسی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان اکباتان همدان در ارتباط با جنسیت، سن و تحصیلات، سال ۱۳۹۱

مجید محمود علیلو: استاد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
مسیب یارمحمدی واصل: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.
* **احمد بیات:** دانشجوی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (* نویسنده مسئول). bayata61@yahoo.com
سید اسماعیل حسینی: دانشجوی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۷

چکیده

زمینه و هدف: امروزه بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یکی از موضوعات مهم در مطالعات بیماری‌های مزمن مطرح است. بیماری‌های قلبی- عروقی مستقیماً ناشی از برخی رفتارهای نادرست افراد، ویژگی‌های روان‌شناختی آنان و استرس و اضطراب هستند. هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی و توصیف مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان اکباتان همدان بود.

روش کار: روش پژوهش پیمایشی و از نوع توصیفی می‌باشد. ۸۲ نفر از بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان اکباتان همدان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها «مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف» را تکمیل کردند. داده‌ها به‌وسیله‌ی نسخه‌ی شانزدهم نرم‌افزار SPSS و به کمک روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین بهزیستی روان‌شناختی در بین بیماران قلبی ۲۷۵/۵ می‌باشد و نیز میانگین رشد فردی، زندگی هدفمند، تسلط بر محیط، پذیرش خود، خودمختاری و روابط با دیگران به ترتیب ۴۵/۰۸۵، ۴۴/۸۶۶، ۴۴/۵۳۷، ۴۵/۳۳، ۴۷/۷۳۳ و ۵۰/۵ است. همچنین از نظر آماری بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی زنان و مردان تفاوت معناداری وجود داشت ($p< ۰/۰۵$)؛ در حالی که بین دامنه‌ی سنی و سطوح مختلف تحصیلات تفاوت آماری معناداری در ارتباط با مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی دیده نشد ($p> ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی شهر همدان نسبتاً متوسط و حتی پایین می‌باشد. می‌توان گفت که در مقایسه با افراد سالم، بهزیستی روان‌شناختی این بیماران به‌طور قابل‌توجهی پایین است. بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی مرد و زن با هم تفاوت داشت، اما با در نظر گرفتن دامنه‌ی سنی و سطح تحصیلات، تفاوتی در میزان بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی دیده نشد. پس نمی‌توان بهزیستی روان‌شناختی را بر مبنای دامنه‌ی سنی و میزان تحصیلات پیش‌بینی کرد.

کلیدواژه‌ها: مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی، بیماران قلبی

مقدمه

سلامت روانی یکی از مهم‌ترین مفاهیم مورد توجه روان‌شناسان است. یکی از ویژگی‌های روانی که افراد سالم باید از آن بهره‌مند باشند، احساس بهزیستی است. روان‌شناسی مثبت‌نگر سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی مطرح نموده و آن را در قالب بهزیستی روان‌شناختی (Psychological Well-being) بیان می‌کند؛ پس بهزیستی روان‌شناختی به معنای کارکرد و عملکرد روان‌شناختی بهینه است (۱). یکی از مفاهیم اصلی مدل سلامت، بهزیستی است. مدل سلامت سه نوع بهزیستی جسمانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را با هم ترکیب کرده و مفهوم جامع و کاملی از بهزیستی را هم که جنبه‌ی عاطفی (بهزیستی هیجانی) و هم جنبه‌ی کاربردی (بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی) سلامت روانی را دربر می‌گیرد، به وجود آورده‌اند. سلامت روانی دارای ۱۳ نشانه است که ۲ نشانه مرتبط با بهزیستی هیجانی ۵ نشانه مرتبط با بهزیستی اجتماعی و ۶ نشانه مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و دارای مؤلفه‌های خودمختاری (احساس شایستگی و توانایی در مدیریت محیط پیرامون فرد)، رشد شخصی (داشتن رشد مداوم)، روابط مثبت با دیگران (داشتن روابط گرم)، هدفمندی در زندگی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

(داشتن هدف در زندگی)، پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت نسبت به خود) و تسلط بر محیط (توانایی انتخاب و ایجاد محیطی مناسب) می‌باشد. بیمارانی که دارای بهزیستی روان‌شناختی بالایی می‌باشند سلامت روانی بهتری نسبت به بیمارانی دارند که بهزیستی روان‌شناختی پایینی دارند (۲). بهزیستی روان‌شناختی علاوه بر شاخص‌های شادی، رضایت از زندگی و نداشتن عواطف منفی شاخص‌های چون جستجوی اهداف درونی، خودپیرو بودن، ذهن‌آگاهی و ارضای نیازهای روان‌شناختی را شامل می‌شود. از افراد تأثیرگذار در حیطه‌ی بهزیستی روان‌شناختی ریف و سینگر می‌باشند. ریف با مرور ادبیات پژوهشی در این زمینه و با الهام از روان‌شناسان انسان‌گرا و با نگاه تحولی به مفاهیم خودشکوفایی مازلو، پختگی آلپورت و تعالی یونگ به معرفی بهزیستی روان‌شناختی پرداخته است. بهزیستی روان‌شناختی تلاش برای شکوفا کردن قابلیت‌های وجودی انسان است (۳).

با وجود کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی- عروقی در طول دهه‌ی گذشته، ولی هنوز عوامل مختلفی از جمله عوامل جسمی، روانی، اجتماعی، محیطی و تغذیه‌ای سبب ایجاد و ظهور این بیماری‌ها و مرگ و یا ناتوانی در این گروه از افراد می‌شود. بیماری قلبی به طور عموم در زمره‌ی بیماری‌های مزمن قرار می‌گیرند و از این رو بررسی و سنجش بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و سلامت روانی این بیماران برای تصمیم‌گیری‌های درمانی حائز اهمیت است (۴). کوواکس و مونز (۵) در پژوهش خود فهرستی از همبسته‌های کیفیت زندگی ضعیف را در بیماران قلبی مادرزاد آوردند. این فهرست شامل عملکرد تحصیلی و تحصیلات پایین، میزان استخدام کم، فعالیت‌های روزانه‌ی اندک، طبقه‌ی کارکردی اشتباه، توانایی پایین برای تمرین، حمایت اجتماعی کم، جراحی قلب، دفیبریلاتور داخل قلب (Defibrillator Implantable Cardioverter) (ICD)، محدودیت‌های جسمانی و شخصیت نوع D می‌باشد. همان‌طور که ملاحظه می‌کنید بیماری قلبی علاوه بر عوارض جسمانی، در کارکرد فردی و اجتماعی بیمار نیز اثر منفی گذاشته و میزان سازگاری او را به میزان قابل توجهی پایین آورده است؛ بنابراین مطالعه‌ی دقیق سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی موضوع بسیار مهمی است.

بهزیستی روان‌شناختی مثبت به طور مستقلی افراد را در برابر عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی محافظت می‌کند. به ویژه خوش‌بینی به شدت با کاهش خطر مشکلات قلبی- عروقی در ارتباط است. در کل، بهزیستی روان‌شناختی به طور مثبتی با رفتارهای و کارکردهای بیولوژیک سالم در ارتباط است و به طور معکوسی با رفتارها و کارکرد بیولوژیک ناسالم مرتبط است. سلامت قلبی- عروقی به طور پایدارتری با خوش‌بینی و بهزیستی همبسته است (۶). مقابله با یک بیماری مزمن همچون سکته‌ی قلبی می‌تواند اثر قابل توجهی بر وضعیت روان‌شناختی بیماران داشته باشد (۷). اغلب مطالعات انجام شده در مورد سلامت و بهزیستی روانی بیماران قلبی با دیدگاه بیماری‌نگرانه صورت گرفته‌اند؛ به طوری که رای و ردلی‌اسمیت (۸) بیان می‌کنند مشکلات روان‌شناختی برخی بیماران قلبی ۳ سال پس از عمل قلب نیز کماکان باقی می‌ماند. تشخیص اولیه یک عامل مهم در کارکرد روان‌شناختی آنان پس از عمل بود که با یک تشخیص بیماری کرونر قلب برای اینکه یک عامل خطر شود ظاهر می‌شود؛ که منجر به ناراحتی روان‌شناختی می‌گردد. اُدوناوان و همکارانش (۹) به این نتیجه رسیدند که در معرض فشار روانی قرار گرفتنِ بیشتر در طول عمر با سطوح بالای التهاب در بیماران قلبی- عروقی رابطه دارد. التهاب یک عامل خطر بالقوه‌ی تغییرپذیر برای بیماری قلبی- عروقی و بیماری‌های کرونر دیگر است؛ بنابراین، فهم بهتری از چگونگی آسیب روان‌شناختی که بر التهاب اثر می‌گذارد، می‌تواند منجر به روش‌های جدیدی برای بهبود سلامت بلندمدت بیمارانی شود که رخدادهای آسیب‌زا را تجربه کرده‌اند. در مجموع، پیامدهای روان‌شناختی، رفتاری و زیستیِ فشار روانیِ آسیب زننده ممکن است در گستره‌ی زندگی باقی بماند و اثر قابل توجهی بر سلامت در ادامه‌ی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

زندگی داشته باشند. شواهد پیشنهاد می‌کند که تغییر باورهای منفی صرف نظر از شدت بیماری ممکن است بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد (۱۰). شجاعی (۱۱) دریافت که ۷۶/۴ درصد از بیماران مبتلا به نارسایی قلب کیفیت زندگی نامطلوب یا نسبتاً مطلوب دارند. او همچنین بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل)، طول مدت ابتلا به بیماری و دفعات بستری با کیفیت زندگی رابطه‌ی معناداری را گزارش نمود. پل و همکارانش (۱۲) دریافتند که نشانگان افسرده‌وار و حمایت اجتماعی ممکن است نقش پیش‌آگهی را در بیماران نارسایی کرونری قلب بازی کنند. آن‌ها همچنین نقش مکانیسم‌های رفتاری و عصبی- زیستی را در این بیماران مورد بررسی قرار دادند. این محققان با توجه به پژوهش خود تضمین کردند که مطالعات آتی ارتباط بین عوامل روان‌شناختی و بیماری قلبی را اثبات خواهند کرد. شواهد نشان می‌دهد که بین بهزیستی روان‌شناختی و فعالیت جنسی بیماران دچار بیماری مادرزادی قلب رابطه‌ی پیچیده، چندعاملی و غیرخطی وجود دارد (۱۳)؛ بنابراین بیماری قلبی می‌تواند به طور غیرمستقیم نیز اثرات نامطلوبی بر زندگی فرد و سلامت روانی او داشته باشد.

ضرورت انجام این پژوهش به خاطر گستردگی مسائل و مشکلات بیماران قلبی هم در زمینه‌ی جسمی و هم در زمینه‌ی روان‌شناختی قابل تأمل می‌باشد. بالا رفتن سن و تجربه‌ی چندین ساله‌ی بیماری قلبی می‌تواند در بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی اثر منفی داشته باشد. بهزیستی روان‌شناختی بالا در بیماران قلبی می‌تواند در سازگاری و پذیرش مشکلات به آنان کمک کند. از آنجایی که در ایران مطالعه‌ای مشابه این پژوهش انجام نگرفته لذا لزوم انجام چنین مطالعه‌ای ضروری به نظر می‌رسد و در آینده نیز می‌توان از نتایج آن در مراکز مشاوره، کلینیک‌های سلامت روان و مراکز پزشکی جهت خدمت‌رسانی بهتر به بیماران استفاده کرد. با توجه مباحث مطرح شده، سؤال اصلی این پژوهش این است که میزان بهزیستی روان‌شناختی در بین بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان اکباتان همدان چقدر است؟

روش کار

با توجه به هدف این پژوهش، از روش توصیفی استفاده شده است. جامعه‌ی آماری (۱۷۳ بیمار) این پژوهش کلیه‌ی بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان اکباتان همدان در سال ۹۱ می‌باشد. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین بیمارستان به منظور اجرای پرسشنامه‌ی مورد نظر، پژوهشگر وارد بخش‌های مربوط به بیماران قلبی شده و پس از اطمینان از اینکه بیمار قادر به همکاری است، پرسشنامه برای تکمیل به بیماران داده شد. با توجه به جدول برآورد حجم نمونه مورگان و کرجسی (۱۹۷۰) ۱۱۸ بیمار برای بررسی در این پژوهش انتخاب شدند، اما با توجه به نقایصی که در پاسخ به پرسشنامه‌ها وجود داشت در نهایت نمونه‌ی آماری شامل ۸۲ نفر (۴۵ نفر مرد و ۳۷ نفر زن) از بیماران قلبی شد که به روش در دسترس انتخاب شدند؛ یعنی پرسشنامه‌ها به بیمارانی داده شد که در محیط بیمارستان و در دسترس پژوهشگر بودند. ابزار مورد استفاده مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بود که پس از انتخاب نمونه در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و داده‌ها به صورت خودگزارشی گردآوری شد. برای تجزیه و تحلیل این داده‌ها از نسخه‌ی شانزدهم نرم‌افزار SPSS استفاده شد. روش‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، واریانس و انحراف معیار و نیز روش آماری Manova مجموع روش‌های آماری هستند که برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از آن‌ها استفاده شد.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی «ریف»: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد. فرم اصلی از ۱۲۰ سؤال تشکیل می‌شود، ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز تهیه شده است. در این پژوهش از فرم ۸۴ سؤالی استفاده گردید. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی دارای شش خرده مقیاس

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

به نام‌های پذیرش خود، رابطه‌ی مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل از ۱۴ سؤال تشکیل می‌شود. از آزمودنی خواسته می‌شود سؤالات را خوانده و قضاوت درباره‌ی خودش را بر روی یکی از گزینه‌های کاملاً مخالف تا حدودی مخالف، کمی مخالف، کمی موافق، تاحدودی موافق و کاملاً موافق مشخص سازد. هر سؤال به صورت طیف لیکرت از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است (۱۴). روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش‌های متعددی مطلوب گزارش شده است. دایرندوک (۲۰۰۵) همسانی درونی خرده مقیاس‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آورده است. چمت و ریف (۱۹۹۷) همسانی درونی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش دیگری ریف ضریب همسانی درونی این مقیاس را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ برآورد کرده است (۱۵). روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط بیانی و همکاران (۱۵) بررسی شده است. پایایی محاسبه شده برای نمره‌ی کل به روش بازآزمایی ۰/۸۲ محاسبه گردید و برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی، به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد که از نظر آماری معنادار بود ($p< ۰/۰۰۱$). همبستگی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفور و پرسشنامه‌ی عزت‌نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد ($p< ۰/۰۰۱$). مطالعه‌ی میکائیلی منیع (۲۸) نیز حاکی از آن است که پایایی (به روش آلفای کرونباخ) تمامی خرده‌مقیاس‌های این ابزار بیش از ۰/۷۰ است و روایی سازه‌ی آن از طریق تحلیل عاملی تأییدی مورد قبول است؛ بنابراین مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف ابزار مناسبی برای سنجش بهزیستی روان‌شناختی ایرانیان است.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا به بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرها می‌پردازیم؛ که شامل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و دامنه‌ی سنی آزمودنی‌ها می‌باشد. سپس با استفاده از روش‌های آمار استنباطی فرضیه‌های پژوهش خود را مورد آزمون قرار می‌دهیم.

برای بررسی فرضیات پژوهش از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. در این راستا ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد؛ که در این میان از آزمون بارتلت جهت بررسی همبستگی متعارف متغیرهای مورد مطالعه و نیز از آزمون M Box جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس کوواریانس متغیرها استفاده شد. نتایج این دو آزمون نشان داد که هر دو پیش‌فرض مورد نظر،

جدول ۱- فراوانی و درصد وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و دامنه‌ی سنی آزمودنی‌ها

	وضعیت	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	مجرد	۱۵	۱۸
	متأهل	۶۷	۸۲
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۴۳	۵۳
	دیپلم	۲۰	۲۴
	فوق‌دیپلم	۸	۱۰
	لیسانس یا بالاتر	۱۱	۱۳
دامنه‌ی سنی	زیر ۲۵ سال	۱۰	۱۲
	۲۶ تا ۳۹ سال	۲۴	۲۹
	۴۰ تا ۵۰ سال	۳۵	۴۳
	۵۰ تا ۷۰ سال	۱۳	۱۶

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
رشد فردی	۴۵/۰۸۵	۱۸/۶۲۵	۳۴۶/۸۹۴
زندگی هدفمند	۴۴/۸۶۶	۱۷/۹۱	۳۲۰/۴۳۹
تسلط بر محیط	۴۴/۵۳۷	۱۶/۲۳۴	۲۶۳/۵۳۶
پذیرش خود	۴۵/۳۳	۱۷/۷۰۳	۳۱۳/۳۸۴
خودمختاری	۴۷/۷۳۲	۲۰/۸۷	۴۳۵/۵۵۷
روابط با دیگران	۵۰/۵	۲۳/۲۸۵	۵۴۲/۱۷۹
بهزیستی روان‌شناختی (کل)	۲۷۵/۵	۱۰۱/۸۳۹	۱۰۳/۷

جدول ۳- نتایج ارتباط بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در مردان و زنان

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
رشد فردی	۶۶۶۳/۷۸۵	۱	۶۶۶۳/۷۸۵	۲۴/۸۷۱	۰/۰۰۱
زندگی هدفمند	۵۵۵۸/۸۳۲	۱	۵۵۵۸/۸۳۲	۲۱/۸۰۳	۰/۰۰۱
تسلط بر محیط	۳۱۸۱/۰۲۷	۱	۳۱۸۱/۰۲۷	۱۴/۰۰۹	۰/۰۰۱
پذیرش خود	۵۱۹۶/۰۹۸	۱	۵۱۹۶/۰۹۸	۲۰/۵۹۱	۰/۰۰۱
خودمختاری	۶۵۲۲/۷۰۵	۱	۶۵۲۲/۷۰۵	۱۸/۱۴۵	۰/۰۰۱
روابط با دیگران	۶۸۳۳/۶۴۱	۱	۶۸۳۳/۶۴۱	۱۴/۷۴۲	۰/۰۰۱

جدول ۴- نتایج ارتباط بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در دامنه‌های سنی مختلف

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
رشد فردی	۷۴۰/۴۰۶	۳	۲۴۶/۸۰۲	۰/۷۰۴	۰/۵۵۳
زندگی هدفمند	۶۸۴/۶۹۸	۳	۲۲۸/۲۳۳	۰/۷۰۴	۰/۵۵۲
تسلط بر محیط	۵۹۲/۷۵۵	۳	۱۹۷/۵۸۵	۰/۷۴۳	۰/۵۳۰
پذیرش خود	۳۱۹/۳۲۴	۳	۱۰۶/۴۴۱	۰/۳۳۱	۰/۸۰۳
خودمختاری	۲۱۰۸/۶۶۰	۳	۷۰۲/۸۸۷	۱/۶۵۳	۰/۱۸۴
روابط با دیگران	۱۲۲۲/۸۷۳	۳	۴۰۷/۶۲۴	۰/۷۴۵	۰/۵۲۹

محقق شده است. آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکس، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌ی رُوی برای بررسی پیش‌فرض‌ها اجرا شدند. نتایج آزمون‌ها استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارند ($p< ۰/۰۵$). پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده تست لِوِن بررسی شد که این پیش‌فرض نیز محقق گشت ($p> ۰/۰۵$). نتیجه‌ی آزمون‌های ام‌باکس ($p< ۰/۰۵$) و بارتلت ($p>۰/۰۵$) نشان می‌دهد که می‌توان تحلیل‌های آماری را ادامه داد.

- بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی زن و مرد تفاوت معناداری وجود دارد.

با نگاهی به جدول ۳ درمی‌یابیم که از نظر آماری بین میانگین تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در مردان و زنان مبتلا به بیماری قلبی تفاوت معناداری وجود دارد ($p< ۰/۰۵$). در واقع مردان و زنان دچار بیماری قلبی از نظر رشد فردی، زندگی هدفمند، تسلط بر محیط، پذیرش خود، خودمختاری و روابط با دیگران، با یکدیگر تفاوت دارند.

- بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و دامنه‌های سنی بیماران قلبی رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

با توجه به جدول ۴ می‌توان گفت که میانگین هیچ یک از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی ارتباط معناداری با دامنه‌های سنی مختلف بیماران قلبی ندارد ($p >۰/۰۵$)؛ یعنی میانگین تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی در دامنه‌های مختلف سنی تفاوت معناداری با میانگین این مقدار در سایر دامنه‌های سنی ندارد.

- بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و سطح تحصیلات بیماران قلبی رابطه‌ی معناداری وجود

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۵- نتایج ارتباط بین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در افراد با سطح تحصیلات مختلف

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
رشد فردی	۷۴۰/۴۰۶	۳	۲۴۶/۸۰۲	۰/۷۰۴	۰/۵۵۳
زندگی هدفمند	۶۸۴/۶۹۸	۳	۲۲۸/۲۳۳	۰/۷۰۴	۰/۵۵۲
تسلط بر محیط	۵۹۲/۷۵۵	۳	۱۹۷/۵۸۵	۰/۷۴۳	۰/۵۳۰
پذیرش خود	۳۱۹/۳۲۴	۳	۱۰۶/۴۴۱	۰/۳۳۱	۰/۸۰۳
خودمختاری	۲۱۰۸/۶۶۰	۳	۷۰۲/۸۸۷	۱/۶۵۳	۰/۱۸۴
روابط با دیگران	۱۲۲۲/۸۷۳	۳	۴۰۷/۶۲۴	۰/۷۴۵	۰/۵۲۹

دارد.

مقایسه‌ی میانگین مؤلفه‌های روان‌شناختی در بیماران قلبی با سطح تحصیلات مواد ختلف (جدول ۵) نشان می‌دهد که از نظر آماری ارتباط معناداری بین سطح تحصیلات با میانگین هر یک از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در بیماران قلبی وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$)؛ بنابراین سطوح مختلف تحصیلی پیش‌بینی کننده‌ی هیچ یک از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی نبوده است و نیز تفاوتی را معناداری را نشان نداده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی و توصیف مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی شهر همدان در ارتباط با جنسیت، سن و تحصیلات انجام گرفت. با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که میزان بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی شهر همدان نسبتاً متوسط و حتی پایین می‌باشد. در مقایسه با افراد سالم، بهزیستی روان‌شناختی این بیماران به طور قابل توجهی پایین است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین بهزیستی روان‌شناختی در بین بیماران قلبی ۲۷۵/۵ بود. تاکنون مطالعه‌ی مستقیمی در رابطه با بهزیستی روان‌شناختی در بین بیماران قلبی صورت نگرفته است، اما در رابطه با میزان بهزیستی روان‌شناختی در بین افراد سالم تحقیقاتی صورت گرفته است. در یکی از این تحقیقات میکائیلی منیع (۱۴) نشان داد که میزان بهزیستی روان‌شناختی در بین دانشجویان ۳۳۱/۸۹ است. همچنین بیانی و همکارانش (۱۶) میزان بهزیستی روان‌شناختی در بین مردان و زنان را به ترتیب ۳۵۶/۷۶ و ۳۷۵/۱۱ گزارش کردند. این محققان در بررسی رابطه‌ی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی دانشجویان میزان بهزیستی کل را ۳۵۶/۹۹ برآورد کردند. طبق یافته‌های پژوهش حاضر و با مقایسه‌ی میزان بهزیستی روان‌شناختی در بین افراد سالم، می‌توان گفت که میزان بهزیستی روان‌شناختی در بین بیماران قلبی به مقدار قابل توجهی نسبت به افراد سالم کمتر می‌باشد. در تبیین این یافته باید اشاره شود که وضعیت جسمانی و روانی بیماران قلبی چندان مساعد نبوده و بر میزان بهزیستی روان‌شناختی آنان تأثیر منفی و مستقیم گذاشته است؛ بنابراین بیماری قلبی باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی افراد شده است. ضعف و نارسایی در رشد فردی، زندگی هدفمند، تسلط بر محیط، پذیرش خود، خودمختاری و روابط با دیگران، می‌تواند نشان دهنده‌ی ارتباط بیماری‌های قلبی با میزان بهزیستی روان‌شناختی پایین در این بیماران باشد.

با توجه به یافته‌های توصیفی این پژوهش و سایر مطالعات در زمینه‌ی بهزیستی روان‌شناختی، می‌توان مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی را با افراد سالم مقایسه نمود. میانگین رشد فردی آزمودنی‌ها در این پژوهش (۴۵/۰۸۵) نسبت به یافته‌های مطالعات قبلی کمتر است (۵۷/۲۷ و ۵۸/۶۳). میانگین مؤلفه‌ی زندگی هدفمند (۴۴/۸۶۶) نیز کمتر از چیزی است که در نمونه‌های سالم به دست آمده است (۵۸/۲۱ و ۶۴/۵۵)، میانگین تسلط بر محیط (۴۴/۵۳۷) تفاوت کمتری را نسبت به مؤلفه‌های قبلی نشان می‌دهد (۵۲/۹۲ و ۶۰/۲۹)، میانگین پذیرش خود بیماران قلبی (۴۵/۳۳) تفاوت چندانی را با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

گروه‌های سالم نشان نمی‌دهد (۱۰/۸۳ و ۵۳/۸)، میانگین خودمختاری بیماران قلبی (۴۷/۷۳۳) هم نسبت به گروه‌های سالم کمتر می‌باشد (۵۱/۹۵ و ۶۴/۲۸) همچنین میانگین روابط با دیگران (۵۰/۵) در مقایسه با گروه‌های سالم (۵۶/۲۵ و ۶۱/۲۲) (اقتباس از پژوهش‌های بیانی و همکاران (۱۳۸۷) و میکائیلی منیع (۱۳۸۹)) پایین‌تر است. همانطور که این مقایسه نشان می‌دهد، بیماران قلبی در تمامی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی دچار نارسایی بوده و از گروه بهنجار پایین‌تر هستند. لذا مداخلات مورد نظر برای این گروه بایستی تمامی این مؤلفه‌ها را در نظر بگیرد؛ اما مؤلفه‌هایی که نیاز به توجه و مداخله‌ی بیشتری دارند زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط هستند. در واقع، بیماران قلبی در سه مؤلفه‌ی مذکور ضعف بیشتری دارند. این مؤلفه‌ها می‌توانند ارتباط معناداری با افسردگی و اضطراب، خودکارآمدی و عزت‌نفس پایین و کیفیت زندگی نامطلوب بیماران قلبی داشته باشند و توجیه کننده‌ی وضعیت روان‌شناختی نامساعد بیماران قلبی باشد. لذا بررسی ارتباط متغیرهای مذکور در بیماران قلبی از جمله پیشنهادات پژوهشی این مطالعه است.

پژوهش شفیعی و همکارانش (۱۷) تفاوتی را از نظر سلامت روان بین بیماران قلبی زن و مرد نشان نداد؛ اما اسماعیلی و همکارانش (۱۸) دریافتند که مؤلفه‌های سلامت مربوط به کیفیت زندگی در مردان مبتلا به بیماری قلبی- عروقی میانگین بیشتری را نسبت به زنان داشتند. براساس یافته‌های این پژوهش بین بیماران مرد و زن از نظر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی جنسیت پیش‌بینی کننده‌ی تفاوت بیماران قلبی در رشد فردی، زندگی هدفمند، تسلط بر محیط، پذیرش خود، خودمختاری و روابط با دیگران است. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که با توجه به بافت سنتی و نیمه‌سنتی موجود در جامعه، زنان فرصت کمتری برای رشد فردی، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط با دیگران دارند. این تفاوت در بیماران قلبی خود را بیشتر نشان می‌دهد چرا که مراقبت‌ها و نگرانی‌های نادرست اطرافیان در مورد بیماری قلبی سلامت روانی و بهزیستی روان‌شناختی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حتی باورها و تصمیم‌گیری‌های شخصی و نابجای اطرافیان می‌تواند احساس کارآمدی، رضایت‌مندی، هدفمندی، پذیرش خود و عزت‌نفس افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن (مانند بیماری قلبی) را کاهش دهد. این در حالی است که یافته‌های این پژوهش تفاوت معناداری را بین میانگین مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی در دامنه‌های سنی مختلف نشان نداد؛ یعنی افزایش سن یا گروه سنی خاصی تعیین کننده‌ی تغییر در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی افراد دچار بیماری قلبی نیست. همچنین سطوح مختلف تحصیلی بیماران قلبی رابطه‌ی معناداری را با میانگین هیچ یک از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی آنان نشان نداد؛ بنابراین سطوح مختلف تحصیلی پیش‌بینی کننده‌ی هیچ یک از مؤلفه‌های بهزیستی روان-شناختی بیماران قلبی نمی‌باشد. در واقع ابتلا به بیماری قلبی هم در افراد با تحصیلات بالا و هم افراد با تحصیلات کمتر موجب کاهش مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی افراد شده و این کاهش در سطوح مختلف تحصیلی تفاوتی نداشته است. البته ممکن است این عدم تفاوت‌ها به نمونه‌ی مورد بررسی در این پژوهش مربوط باشد؛ زیرا توزیع افراد در گروه‌ها با دامنه‌های سنی مختلف و سطوح مختلف تحصیلی، نامتوازن است؛ یعنی توزیع افراد در گروه‌های سنی و سطوح تحصیلی برابر نیست؛ بنابراین این بخش نیاز به بررسی‌های دقیق‌تری دارد. مثلاً شاماسکین و همکارانش (۱۹) دریافتند که بیماران قلبی مسن (بالای ۶۰ سال) در مقایسه با بیماران میانسال (۴۵ تا ۵۹) و جوان‌تر (کمتر از ۴۵ سال) پس از عمل پیوند قلب کیفیت زندگی، سازگاری روان‌شناختی و تبعیت بهتری داشتند. این محققان پس از کنترل متغیرهایی نظیر وضعیت تأهل، نژاد، جنسیت و میزان تحصیلات دریافتند که گروه سنی بالاتر از ۶۰ سال از نظر کیفیت زندگی، رضایتمندی از حمایت اجتماعی، عاطفه‌ی منفی، افسردگی، استرس مربوط به عمل پیوند قلب، کارکرد کلی، مقابله‌ی منفی، دشواری در تبعیت و تبعیت واقعی با گروه‌های سنی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جوان‌تر (۴۵ تا ۵۹ و کمتر ۴۵ سال) تفاوت دارند. این یافته با یافته‌های پژوهش حاضر همسو نیست چرا که طبق یافته‌های این پژوهش، بهزیستی روان‌شناختی در دامنه‌های سنی مختلف تفاوتی را نشان نداده است. در تبیین این تفاوت و عدم همسو بودن می‌توان به تفاوت ابزارهای مورد استفاده در پژوهش‌های مختلف اشاره کرد. همچنین متغیرهای اجتماعی و فرهنگی می‌تواند بر واریانس‌ها اثر گذاشته و تفاوت‌هایی را به وجود آورد. طبق یافته‌های آنسا و همکارانش (۲۰) ۱۶ درصد بیماران دچار سکته‌ی قلبی نیجریه دچار اضطراب، ۱۳ درصد آن‌ها مبتلا به افسردگی و ۳۹ درصد نیز به طور همزمان دارای این دو اختلال روان‌شناختی هستند. ناراحتی روان‌شناختی در بیماران جوان (کمتر از ۵۰ سال) رایج‌تر بود. همچنین هیچ رابطه‌ی معناداری بین ناراحتی روان‌شناختی و جنسیت، وضعیت تأهل، علت‌شناسی سکته‌ی قلبی، مدت بیماری و طبقه‌ی کارکردی انجمن قلب نیویورک (NYHA) (New York Heart Association) مشاهده نشد. طبق مطالعه‌ی کاراپولات و همکارانش (۲۱) هیچ تفاوت معناداری بین توانایی کارکردی، کیفیت زندگی و نشانگان روان‌شناختی با متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، جنسیت، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل و... در بین بیماران قلبی مشاهده نشد؛ اما روند بهبود توانایی کارکردی، کیفیت زندگی و نشانگان روان‌شناختی در بین دو گروه تمرین مبتنی بر بیمارستان و مبتنی بر منزل تفاوت معناداری مشاهده شد؛ یعنی اثرات درمانی تمرین مبتنی بر بیمارستان بیشتر از تمرین مبتنی بر منزل بود. افضلی و همکارانش (۲۲) بین متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل و تاریخچه‌ی تشخیص بیماری با عوامل تنش‌زا ارتباط معناداری را مشاهده نکردند؛ اما بین میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال با عوامل تنش‌زا ارتباط وجود داشت. همچنین برنامه‌ی آرام‌سازی پیشرونده‌ی عضلانی بر میزان اضطراب بیماران قلبی تحت آنژیوگرافی عروق کرونر اثر معناداری داشت.

در مجموع می‌توان چنین نتیجه گرفت که با توجه به اینکه بیماران قلبی در شرایط روان‌شناختی خاصی قرار دارند، از روند عادی زندگی خود فاصله گرفته‌اند، تحت مراقبت‌ها، معاینات و درمان‌های ویژه قرار دارند و نیز داروهای خاص خود را مصرف می‌کنند، از نظر بهزیستی روان‌شناختی نسبت به جمعیت عادی در سطح پایین‌تری قرار دارند. طرحواره‌ی من بیمار و نیازمند کمک دیگران بودن در بیماران قلبی بیشتر از افراد عادی است. همچنین احساس شادکامی، عزت‌نفس، امید به زندگی، هدفمندی، روابط مطلوب و مثبت با دیگران، در این بیماران دچار مشکل شده است؛ بنابراین بیماری قلبی موجب کاهش میزان بهزیستی روان‌شناختی در بیماران قلبی شده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند در محیط‌های بیمارستانی مورد توجه پرستاران و پزشکان قرار گیرد. نیاز است که متخصصان علاوه بر ارائه‌ی خدمات پزشکی، از نظر روان‌شناختی و ارتباطی تعامل مطلوب و مثبتی با بیماران خود داشته باشند، نیازهای آنان را پاسخگو باشند، به درخواست‌های آنان توجه کنند و به بیماران احساس امنیت و آرامش بدهند. خانواده‌های بیماران قلبی نیز باید در نظر داشته باشند که بیمار آنان از نظر روانی هم به حمایت نیاز دارد. توجه به عواطف و احساسات و مشکلاتی که یک بیمار قلبی دارد، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است. تمامی این حمایت‌ها (هم از سوی کادر بیمارستان و هم از سوی خانواده) می‌تواند موجب احساس امنیت، ارزشمند بودن، احساس سلامت بیشتر، احساس شادکامی، عزت‌نفس، هدفمندی، خودمختاری، تسلط داشتن و در نهایت بهبود میزان بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی گردد.

عدم توازن نمونه و همتایی درونی آن (توزیع برابر افراد از نظر سن، جنسیت و تحصیلات) در مطالعه‌ی حاضر محدودیتی است که نتایج آن را تحت تأثیر قرار داده است. از دیگر محدودیت‌های نمونه‌ی این پژوهش محدود بودن آن به بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان اکباتان همدان می‌باشد. بیسوادی و وضعیت نامناسب روانی و جسمانی برخی از بیماران نیز در اجرای آزمون مشکلاتی را ایجاد کرد و از برخی نمونه‌ها ارزیابی

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

خوبی به عمل نیامد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر جوامع بیمار (همچون بیماران سرطانی، تنفسی و یا مبتلا به ایدز) انجام گردد و نتایج حاصل از آن با مطالعه‌ی حاضر مقایسه شود. عدم کنترل وضعیت تأهل و سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی در این پژوهش نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. پیشنهاد می‌شود اجرای این پژوهش با جامعه‌ی آماری و نمونه‌ی گسترده‌تری و به منظور مطالعه‌ی تأثیر متغیرهای دیگر بر بهزیستی روان‌شناختی انجام گیرد. انجام مطالعات طولی به منظور بررسی دقیق وضعیت سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی از دیگر پیشنهادات پژوهشی می‌باشد.

منابع

1. Momeni Kh, Karami J, Shahbazirad A. The relationship between spirituality, resiliency and coping strategies on psychological well-being of students. Journal of Scientific Research, Kermanshah University of Medical Sciences. 2012; 16 (8): 626-634. (Persian)

2. Shmlou S. School and theory in personality psychology 2003; Tehran: Roshd Publication. (Persian)

3. Mlotafet G, Khayer M. The relationship between student perceptions of teachers' behavioral style psychological well-being. Journal of Behavioral Sciences. 2012;6(3):263-270. (Persian)

4. Fathi A, Khayer M, Atiq M. Relationship between self-efficacy and quality of life due to the mediating role of resiliency among cardiovascular patients. Psychological methods and models. 2011; (2):109-122. (Persian)

5. Kovacs AH, Moons Ph. Psycho-social functioning and quality of life in adults with congenital heart disease and heart failure. Heart Failure Clin. 2014;10:35-42.

6. Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health. Psychology Bull. 2012;138(4): 655-691.

7. Reynolds L, Broadbent E, Ellis CJ, Gamble G, Petrie KJ. Patients' drawings illustrate psychological and functional status in heart failure. Journal of Psychosomatic Research. 2007;63:525-532.

8. Wray J, Radley-Smith R. Longitudinal assessment of psychological functioning in children after heart or heart-lung transplantation. The Journal of Heart and Lung Transplantation. 2006; 25:345-352.

9. O'Donovan A. Neylan TC. Metzler T, Cohen BE. Lifetime exposure to traumatic psychological stress is associated with elevated inflammation in the heart and soul study. Brain, Behavior, and Immunity. 2012;26:642-649.

10. Hallas CN, Wray J, Andreou P, Banner NR. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. Heart & lung. 2011; 40:111-121.

11. Shojaei F. Quality of life in patients with heart failure. Journal of Nursing and Midwifery. Tehran University of Medical Sciences (LIFE). 2008;14(2):5-13. (Persian)

12. Pelle AJ. M, Gidron YY, Sabo´ BM, Denollet J. Psychological predictors of prognosis in chronic heart failure. Journal of Cardiac Failure. 2008; 14(4):341-350.

13. Papez AL. Psychological well-being and sexual function in adults with congenital heart disease: Not tonight, dear, I have an ICD. Heart Rhythm. 2013;10(6):811-812.

14. Mikaeeli Monie F. Factor analysis Reef psychological well-being among students of Urmia University. Quarterly Journal of Psychology, University of Tabriz, 2010;5(18):143-165. (Persian)

15. Bayani AA, Mohammad Koochki A, Bayani A. Validity and reliability of psychological well-being scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(2):146-151. (Persian)

16. Bayani AA, Goudarzi H, Koochaki Ashour M. The relationship between psychological well-being and general health in students of Islamic Azad University, Behshahr Branch. Knowledge and research in Psychology. 2008;35:153-164. (Persian)

17. Shafie H, Javidi H, Kazemi S. Comparison of personality traits and mental health of women and men with cardiovascular and renal disease. Journal of Women and Society, 2011;2(2):149-162. (Persian)

18. Esmaili Z, Zya'bkhsh Tabari Sh, Vaez-Zadeh N, Mohammadpur R. Quality of life in patients after cardiac surgery, 85 years in the city of Sari in Journal of Mazandaran University Medical Sciences. 2007;17(61):170-174. (Persian)

19. Shamaskin AM, Rybarczyk BD, Wang E, White-Williams C, McGee E, Cotts W, et al. Older patients (age +65) report better quality of life, psychological adjustment, and adherence than younger patients 5 years after heart transplant: A multisite study. The Journal of Heart and Lung Transplantation, 2012;31(5):478-484.

20. Ansa, VO, Abasiubong F, Agbulu RO, Edet BE. Psychological distress in Nigerian patients with heart failure. CVD Prevention and Control. 2009;4: 207-211.

21. Karapolat H, Eyigör S, Zoghi M, Yagdi T, Nalbangil S, Durmaz B. Comparison of hospital-

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

supervised exercise versus home-based exercise in patients after orthotropic heart transplantation: effects on functional capacity, quality of life, and psychological symptoms. Transplantation Proceedings, 2007;39:1586-1588.

22. Afzali M, Masoudi R, Etemadifar Sh, Moradi MT, Moghadasi J. The effect of muscle relaxation training program on anxiety in cardiac patients undergoing coronary angiography. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2009; 11(3):77-84. (Persian)

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

Surveying the psychological well-being components of heart patients referred to Ekbatan hospital of Hamedan, in association with gender, age and education in 2012

Majid Mahmoud Alilou, PhD, Professor of Clinical Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.
Mosayyeb Yarmohamadi Vasel, PhD, Associate Professor of Psychology, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran.
Ahmad Bayat, MSc student, Responding Author: Graduate Student of Child & Adolescence Clinical Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran (*Corresponding author). bayata61@yahoo.com
Seyed Esmaeil Hosseini, MSc student, Graduate Student of General Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

Abstract

Background: Nowadays psychological well-being is one of the important subjects in the studies of chronic diseases. Cardiovascular diseases are directly due to some wrong behaviors of people, their psychological traits, stress and anxiety. The aim of this study was to study and describe the psychological well-being components of heart patients referred to Ekbatan hospital of Hamedan.

Methods: Method of research is survey and its type is descriptive. 82 heart patients of Ekbatan hospital of Hamedan were selected with available sampling method. Subjects completed Ryff Psychological Well-Being Scale. The data was analyzed using SPSS-16, descriptive statistical methods and Manova method.

Results: Findings indicated that mean of psychological well-being in heart patients is 257.5 and mean of personal growth, purpose in life, environmental mastery, self-acceptance, autonomy and positive relations with others are 45.085, 44.866, 44.537, 45.33, 47.733 and 50.5, in order. Also, there was statistically significant difference between psychological well-being components in men and women ($p< 0.05$); while, there was no statistically significant difference between age and education in association with psychological well-being components ($p> 0.05$).

Conclusion: Psychological well-being of heart patients of Hamedan is relatively average or low. We can say that psychological well-being of these patients, in comparison with healthy people, is remarkably low. Psychological well-being of men and women patients was different, but considering age and education there was no difference in psychological well-being of heart patients. Thus, we cannot predict psychological well-being based on the basis of age and education.

Keywords: Psychological Well-Being Components, Heart Patients

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]