

رابطه‌ی ادراک بیماری، ذهنی‌سازی و سنخ شخصیتی D با کیفیت زندگی بیماران عروق کرونر قلب: کاربرد ی از مدل معادلات ساختاری

سید محمدحسین موسوی^۱، امراله ابراهیمی^۲، حمید صانعی^۳، محمدرضا عابدی^۴،
آوات فیضی^۵، رضا باقریان سرارودی^۶

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به اختلال در عروق کرونر قلب (CAD (Coronary artery disease) کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف کاربردی از مدل معادلات ساختاری در بررسی واسطه‌گری ادراک بیماری در ارتباط بین ذهنی‌سازی و سنخ شخصیتی D با کیفیت زندگی بیماران CAD انجام شد.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر، طبق مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. بر اساس جدول تعیین حجم نمونه‌ی Cohen، ۲۱۰ بیمار مبتلا به CAD مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید چمران اصفهان در سال ۱۴۰۰ به روش نمونه‌گیری تصادفی وارد مطالعه شدند. پرسش‌نامه‌های سنخ شخصیتی D، کیفیت زندگی (Quality of life) SF-36، ذهنی‌سازی (Mentalization) Ment S و ادراک بیماری (Illness Perception Questionnaire) IPQ، ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش بودند که توسط خود بیماران تکمیل گردیدند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، رابطه‌ی دوجه‌دو متغیرها با استفاده از همبستگی Pearson مقایسه گردید. از طرف دیگر، ارتباط تعاملی در ساختار مدل نظری ترسیم شده در این مطالعه با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری ارزیابی گردید. کفایت مدل با شاخص‌های آماری (Comparative fit index) CFI، TLI (Tucker-Lewis index)، NFI (Normed fit index) و آزمون Chi-square و RSME ارزیابی شد.

یافته‌ها: الگوی نهایی پژوهش از برازش بسیار خوبی برخوردار بود. نتایج حاکی از اثر مستقیم سنخ شخصیتی D و ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بود، اما اثر مستقیم ذهنی‌سازی بر کیفیت زندگی معنی‌دار نبود. همچنین، اثر غیرمستقیم سنخ شخصیتی D و ذهنی‌سازی از طریق ادراک بیماری بر کیفیت زندگی، از نظر آماری، معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: بازنمایی شناختی و هیجانی از بیماری که همان ادراک بیماری است می‌تواند رابطه‌ی بین متغیرهای روان‌شناختی و شخصیتی با کیفیت زندگی را واسطه‌گری کند. لذا در بهبود ادراک بیماری جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، می‌توان متغیرهای شخصیتی، رفتاری و روان‌شناختی را مورد هدف قرار داد.

واژگان کلیدی: ادراک؛ بیماری؛ سنخ شخصیتی D؛ کیفیت زندگی؛ ذهنی‌سازی

ارجاع: موسوی سید محمدحسین، ابراهیمی امراله، صانعی حمید، عابدی محمدرضا، فیضی آوات، باقریان سرارودی رضا. **رابطه‌ی ادراک بیماری، ذهنی‌سازی و**

سنخ شخصیتی D با کیفیت زندگی بیماران عروق کرونر قلب: کاربرد ی از مدل معادلات ساختاری. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۱؛

۴۰ (۶۷۸): ۴۹۷-۴۹۰

قلبی را به خود اختصاص می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰، شایع‌ترین علت مرگ در دنیا باشد (۱). این بیماری، منجر به شیوع قابل توجه ناتوانی جسمی و روانی، بستری شدن‌های مکرر، افزایش

مقدمه

بیماری عروق کرونر قلب (CAD (Coronary artery disease، یکی از کشنده‌ترین بیماری‌هایی است که بیش از ۵۰ درصد مرگ‌های

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه قلب و عروق، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۴- استاد، گروه مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۵- استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۶- استاد، گروه روانشناسی سلامت و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: رضا باقریان سرارودی؛ استاد، گروه روانشناسی سلامت و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

Email: bagherian@med.mui.ac.ir

این رابطه مشخص نیست. همچنین پژوهشی به بررسی رابطه‌ی بین توانایی ذهنی‌سازی بیماران عروق کرونر و کیفیت زندگی آن‌ها پرداخته نشده است. از طرفی شناسایی این عوامل در قالب یک مدل مفهومی و ارزیابی و اعتبارسنجی آن در حوزه‌های سیاست‌گذاری سلامت، موضوعی پرکاربرد است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف کاربردی از مدل معادلات ساختاری در بررسی واسطه‌گری ادراک بیماری در ارتباط بین ذهنی‌سازی و سنخ شخصیتی D با کیفیت زندگی بیماران CAD انجام شده است.

روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر، از نوع همبستگی با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران CAD مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید چمران اصفهان در سال ۲۰۲۱ بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: الف-تشخیص قطعی یکی از بیماری‌های CAD (SVD, 2VD, 3VD, MI,)، ب-سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، (Without MI, CHF, Without CHF)، ج- تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و د- توانایی خواندن و نوشتن و استفاده از شبکه‌ی اجتماعی واتس‌آپ (به منظور استفاده از پرسش‌نامه‌های کتبی و یا آن‌لاین). معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل: الف- انجام عمل جراحی قبل از ورود به مطالعه و ب- تشخیص قطعی بیماری‌های روان‌پزشکی بود. همچنین انصراف از ادامه‌ی شرکت در پژوهش و عدم پاسخ به همه‌ی پرسش‌ها از معیارهای خروج از مطالعه بودند. تمامی معیارهای ورود، عدم ورود و خروج از مطالعه با توجه به گزارش پزشک و روان‌پزشک مشاور در پرونده‌ی پزشکی بیمار مورد بررسی قرار می‌گرفتند. حجم نمونه بر اساس جدول Cohen و همکاران (۱۶)، با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد ($Z = 1/96$)، توان آماری ۸۰ درصد ($Z = 0/84$)، حداقل ۱۹۳ نفر برآورد شد. برای دستیابی به این نمونه از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شد. به منظور مدیریت ریزش احتمالی داده‌ها تعداد ۲۵۰ پرسش‌نامه جمع‌آوری و در نهایت ۲۱۰ پرسش‌نامه بر اساس معیارهای ورود مورد تحلیل قرار گرفتند. ابزار پژوهش عبارتند از:

۱- پرسش‌نامه‌ی ۳۶ سؤالی کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۲ توسط وارو و شربون طراحی و کیفیت زندگی را در ۸ حیطه شامل عملکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، درد جسمی، وضعیت سلامت عمومی، انرژی/خستگی، عملکرد اجتماعی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی و بهزیستی هیجانی ارزیابی می‌کند. برای نمره‌گذاری از یک مقیاس رتبه‌ای شامل نمرات صفر تا ۱۰۰ استفاده می‌شود. نمرات بالاتر، نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بالاتر می‌باشند.

مرگومیر و علت عمده‌ی هزینه‌های بهداشتی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی این بیماران شده است (۲، ۳). بین بیماران قلبی و افراد عادی از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۲-۴).

در کنار درمان‌های دارویی و مداخلات توان‌بخشی، متغیرهای روان‌شناختی مختلف کیفیت زندگی بیماران CAD را نیز پیش‌بینی می‌کند (۵). مهم‌ترین عوامل مؤثر در کیفیت زندگی می‌تواند به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اقتصادی، شخصیتی، روان‌شناختی و رفتاری اشاره کرد (۶، ۷). یکی از این متغیرها، ادراک بیماری نام دارد که در بازنمایی شناختی و هیجانی از بیماری نقش مهمی دارد و عنصر اساسی در درمان است (۸، ۹). به هنگام روبه‌رو شدن با یک تهدید مرتبط با سلامتی، فرد در تلاش برای فهم آن، در معرض سؤال‌هایی در مورد مفهوم بیماری، دلایل، پیامدها، طول مدت، کنترل‌پذیری، ماهیت و پاسخ هیجانی به آن قرار می‌گیرد. نوع پاسخ افراد به این سؤال‌ها و ارزیابی شخصی آن‌ها می‌تواند به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر بگذارد (۱۰).

از عوامل دیگر روان‌شناختی مؤثر در کیفیت زندگی بیماران، ظرفیت ذهنی‌سازی است. ذهنی‌سازی توانایی درک حالات ذهنی خود و دیگران شامل احساسات، نیازها، خواسته‌ها و اهداف است (۱۱). ذهنی‌سازی یک ظرفیت پویا است که نسبت به احساسات شدید حساس است یعنی با شدیدتر شدن احساسات و هیجانانگ، توانایی و ظرفیت ذهنی‌سازی کاهش پیدا می‌کند. همچنین کاهش این ظرفیت می‌تواند بر تنظیم هیجانانگ و برانگیختگی و روابط بین فردی تأثیر بگذارد و کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار بدهد (۱۱).

از عوامل شخصیتی مؤثر در کیفیت زندگی بیماران CAD، سنخ شخصیت D است. عاطفه‌ی منفی (تمایل به تجربه‌ی عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌های مختلف) و بازداری اجتماعی (تمایل به بازداری از بیان این هیجانانگ در تعاملات اجتماعی) از دو مؤلفه‌ی سنخ شخصیت D است (۱۲). بین بیماران قلبی و افراد سالم از نظر سنخ شخصیتی D تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۸، ۱۲). سنخ شخصیتی D پس از شدت بیماری، دومین عامل مهم و تعیین‌کننده در کیفیت زندگی بیماران CAD گزارش شده است (۸، ۱۲).

با توجه به اینکه بیماران CAD کیفیت زندگی پایین‌تری را به نسبت جمعیت عمومی تجربه می‌کنند (۱۳-۱۵)، باید عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی شناسایی و بهبود کیفیت زندگی در ابعاد روان‌شناختی و هیجانی پرداخته شود.

با توجه به بررسی پژوهش‌های داخلی و خارجی در زمینه‌ی بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا عروق کرونر قلب، در خصوص رابطه‌ی بین ادراک بیماری و سنخ شخصیتی D با توانایی ذهنی‌سازی، تاکنون پژوهشی صورت نگرفته است و جهت و شدت

مطالعه‌ی حاضر مورد بررسی قرار گرفت. روایی محتوایی آزمون با ارائه به ۶ نفر متخصص (۳ هیأت علمی روانشناسی و ۳ نفر دکتری روانشناسی) تأیید شد. بررسی روایی همگرا و واگرا نشان داد، همبستگی میان ابعاد ذهنی‌سازی خود، ذهنی‌سازی دیگران و تمایل به ذهنی‌سازی، با ابعاد مشابه در پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی Allen که ساختارهای مشابهی را می‌سنجیدند، در حد متوسط و قوی بود (۰/۸۷، $P < ۰/۰۰۱$) بود (۱۱). همچنین پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب همبستگی آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ محاسبه شد که نشان داد این پرسش‌نامه دارای درجه‌ی بالای همبستگی درونی و دارای تکرارپذیری بالا ($ICC = ۰/۹۸۹$) است.

پژوهشگر در بهار سال ۱۴۰۰ به درمانگاه بیمارستان تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (شهید چمران) مراجعه و با بررسی پرونده‌ی پزشکی بیمار در ابتدا معیارهای ورود، بررسی و سپس از طریق مصاحبه با بیمار و نظر مشاور روان‌پزشکی جهت بررسی معیارهای عدم ورود به مطالعه نسبت به توزیع پرسش‌نامه‌ها اقدام شد. لازم به ذکر است که در تمام موارد رضایت بیمار و مناسب بودن حال وی مدنظر بود و پس از توضیحات مختصر و آمادگی بیمار برای شرکت در مطالعه، پرسش‌نامه‌ها برای تمام آزمودنی‌ها به صورت انفرادی انجام گرفت. تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط بیماران با توجه به شرایط آن‌ها حدود ۲۵ تا ۳۵ دقیقه نیاز به زمان داشت. پس از جمع‌آوری داده‌ها، رابطه‌ی دویه‌دو متغیرها با همبستگی Pearson و ارتباط تعاملی در ساختار مدل نظری ترسیم شده در این مطالعه با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری ارزیابی شده است. کفایت مدل با شاخص‌های آماری (CFI (Comparative fit index)، NFI (Normed fit index)، TLI (Tucker-Lewis index) آزمون Chi-square و RSME ارزیابی شد. تحلیل‌های معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار Amos نسخه‌ی ۲۴ و SPSS نسخه‌ی ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) صورت پذیرفت.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، ضمن پاسخ به سؤالات شرکت‌کنندگان در مورد پژوهش به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری عمومی و نه فردی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت کنند یا در هر مرحله که بخواهند از ادامه‌ی پژوهش انصراف دهند و رضایت آنان جلب خواهد شد. مطالعه‌ی حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد با کد ۳۹۹۰۳۱، مصوب در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد IR.MUI.MED.REC.1399.141 می‌باشد.

ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. پایایی و روایی نسخه‌ی فارسی این پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۷ در ایران تأیید شده است (۱۷).

۲- پرسش‌نامه‌ی کوتاه ادراک بیماری (۲۰۰۶) brief IPQ یک پرسش‌نامه‌ی ۹ سؤالی است که برای ارزیابی عاطفی و شناختی بیمار از بیماری خود طراحی شده است (۱۸). سؤال ۹، باز پاسخ است و از سه علت عمده‌ی ابتلا به بیماری سؤال می‌کند که در پژوهش حاضر سؤال ۹ در نظر گرفته نشده است. گویه‌ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد. نمره‌ی بالاتر، منعکس‌کننده‌ی دیدگاه تهدیدآمیزتری نسبت به بیماری است. ضریب پایایی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی برای هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از $r = ۰/۴۸$ (قابلیت فهم بیماری) تا $r = ۰/۷۰$ (پیامدها) بود. برای تعیین ضریب روایی خرده‌مقیاس کنترل شخصی از پرسش‌نامه‌ی خود اثربخشی ویژه بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد ($P < ۰/۰۰۱$, $R = ۰/۶۱$). آلفای کرونباخ نسخه‌ی فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه‌ی فارسی IPQ-R ۰/۷۱ می‌باشد (۱۹).

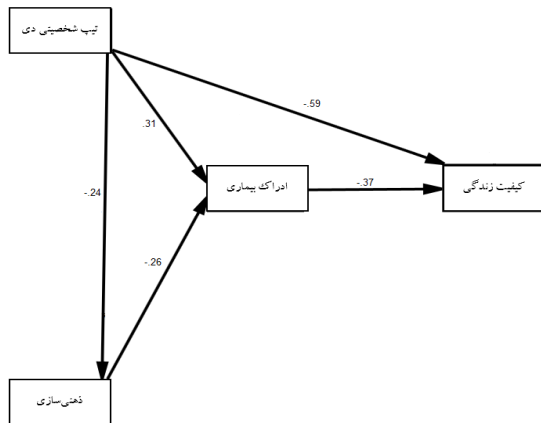
۳- مقیاس سنخ شخصیتی D توسط Denollet و همکاران در سال ۲۰۰۷ تدوین شده است و ۱۴ سؤال دارد که ۲ بعد عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می‌سنجد. هر آزمودنی بر اساس یک مقیاس پنج گزینه‌ای از کاملاً درست تا کاملاً غلط پاسخ می‌گوید. نمرات آزمودنی برای هر خرده‌مقیاس بین صفر تا ۲۸ و برای کل مقیاس صفر تا ۵۶ خواهد بود. Denollet و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس عاطفه‌ی منفی ۰/۸۸ و خرده‌مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند و ضریب اعتبار هم زمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A، گزارش کردند (۲۰). در ایران ضریب پایایی با استفاده از بازآزمایی برای عاطفه‌ی منفی ۰/۸۷ و بازداری اجتماعی معادل ۰/۸۲ به دست آمده است (۲۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه توسط پژوهشگران داخل کشور ایران، مناسب و مطلوب گزارش شده است (۲۲).

۴- پرسش‌نامه‌ی ذهنی‌سازی یا Ment-S (۲۰۱۸) از طریق ۲۸ گویه ذهنی‌سازی را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌کند و به سه زیرمقیاس متفاوت اشاره دارد: ذهنی‌سازی خود، ذهنی‌سازی دیگران و تمایل به ذهنی‌سازی (۲۳). اعتبار سازه، ثبات عاملی، همسانی درونی و پایایی بازآزمایی آن‌ها، طی مطالعات سه‌گانه‌ای که توسط پدیدآورندگان پرسش‌نامه صورت گرفته، رضایت‌بخش تا عالی (۰/۷۹-۰/۷۴) ارزیابی شده است (۲۳). روایی و پایایی این ابزار توسط پژوهشگر در

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین \pm انحراف معیار	$P < .01^{**}$	$P < .05^*$
۱ کیفیت زندگی	۵۲/۱۵ \pm ۱۳/۰۱	۱	
۲ سنخ شخصیتی D	۴۳/۸۸ \pm ۱۱/۲۴	-۰/۲۷۲ ^{**}	۱
۳ ادراک بیماری	۴۶/۹۴ \pm ۱۲/۷۴	-۰/۱۹۷ ^{**}	۰/۱۱۷ [*]
۴ ذهنی‌سازی	۷۵/۱۲ \pm ۱۲/۰۳	۰/۰۱۸	۰/۱۲۷ [*]

غیرمستقیم سنخ شخصیتی D بر کیفیت زندگی $-0/13$ و اثر غیرمستقیم ذهنی‌سازی بر کیفیت زندگی $0/1$ بود که این مقادیر معنی‌دار بودند. برای تعیین معنی‌داری روابط واسطه‌ای، از آزمون Bootstrap استفاده شده است. نتایج حاصل از آزمون Bootstrap برای مسیرهای واسطه‌ای الگوی نهایی در جدول ۳ نشان داده شده است.



شکل ۱. الگوی نهایی تأیید شده‌ی ادراک بیماری در رابطه‌ی بین سنخ شخصیتی D و ذهنی‌سازی با کیفیت زندگی

جدول ۳ حد پایین و حد بالای فاصله‌ی اطمینان برای ادراک بیماری به عنوان متغیر میانجی بین ذهنی‌سازی و سنخ شخصیتی D با کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. تعداد نمونه‌گیری مجدد Bootstrap، ۲۰۰۰ و سطح اطمینان ۹۵ درصد در نظر گرفته شده است. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فاصله‌ی اطمینان قرار می‌گیرد، این رابطه واسطه‌ای معنی‌دار بوده و ادراک بیماری رابطه‌ی بین سنخ شخصیتی D با کیفیت زندگی و همچنین رابطه‌ی بین ذهنی‌سازی و کیفیت زندگی را واسطه‌گری می‌کند.

جدول ۳. نتایج Bootstrap برای مسیرهای واسطه‌ای الگوی نهایی

مسیرها	داده‌ها	Bootstrap	خطای استاندارد	سطح اطمینان ۰/۹۵
				حد بالا / حد پایین
سنخ شخصیتی D \leftarrow ادراک بیماری \leftarrow کیفیت زندگی	-۰/۱۶	-۰/۱۶۴	۰/۰۸	-۰/۳۴۲ / -۰/۰۲۱
ذهنی‌سازی \leftarrow ادراک بیماری \leftarrow کیفیت زندگی	۰/۰۶۷	۰/۰۶۶	۰/۰۱۲	۰/۰۷۶ / ۰/۰۰۳

یافته‌ها

از نظر جمعیت‌شناختی، ۲۱۰ بیمار مبتلا به CAD در پژوهش شرکت کردند که بیشتر بیماران در بازه‌ی سنی ۴۵ تا ۵۴ سال، جنسیت مرد (۷۲/۹ درصد)، تحصیلات دیپلم (۴۵/۷ درصد) و متأهل (۸۶/۷ درصد) بودند. به منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی روش الگویابی معادلات ساختاری اعمال گردیده است. همان‌طور که در جدول ۱ قابل مشاهده می‌باشد ضریب همبستگی تمامی متغیرها معنی‌دار است اما ضریب همبستگی ذهنی‌سازی و کیفیت زندگی در سطح $0/05$ معنی‌دار نیست.

جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها، با بررسی مقادیر شاخص‌های برازش در جدول ۲ و شاخص جذر میانگین مجذورات خطا (RMSEA) این نتیجه حاصل شد که الگوی پیشنهادی از برازش عالی برخوردار نیست. از این رو با حذف مسیر غیر معنی‌دار در الگو، بهترین برازش در الگوی نهایی به مقدار مطلوب رسید.

جدول ۲. مقادیر شاخص‌های برازش الگو

شاخص برازش	NFI	CFI	IFI	RMSEA	χ^2/DF
الگوی پیشنهادی	۰/۹۵	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۱۵۲	۵/۸
الگوی نهایی	۱	۱	۱	۰/۰۴۸	۱/۴۷

شکل ۱ الگوی نهایی و ضرایب مسیر در میان متغیرها را نشان می‌دهد. پس از بررسی شاخص‌های برازش مدل، اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل کیفیت زندگی در الگوی نهایی بررسی شد. اثر مستقیم سنخ شخصیتی D و ادراک بیماری بر کیفیت زندگی به ترتیب برابر با $-0/59$ ، $-0/37$ و معنی‌دار، همچنین اثر مستقیم سنخ شخصیتی D با ذهنی‌سازی $-0/24$ و معنی‌دار اما اثر مستقیم ذهنی‌سازی بر کیفیت زندگی $0/07$ بود که این مقدار معنی‌دار نبود. همچنین اثر

بحث

این پژوهش با هدف تعیین نقش واسطه‌ای ادراک بیماری در رابطه‌ی بین سنخ شخصیتی D و ذهنی‌سازی با کیفیت زندگی بیماران CAD انجام شد. نتایج پژوهش نشانگر تأثیر مستقیم و منفی سنخ شخصیتی D با کیفیت زندگی است که با نتایج سایر پژوهش‌ها هم‌سو بود (۸، ۲۴). بر اساس این پژوهش‌ها بازاری اجتماعی و عواطف منفی تجربه شده در افراد دارای سنخ شخصیتی D، کیفیت زندگی پایین‌تری را موجب می‌شود (۸، ۱۲، ۲۴).

همچنین این یافته حاصل شد که سنخ شخصیتی D به طور مستقیم بر ادراک بیماری تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد. در راستای نتایج پژوهش حاضر، تحلیل رگرسیون در پژوهش نفیسی و همکاران نشان داد که نمرات سنخ شخصیت D، ۷۱ درصد از واریانس نمرات ادراک بیماری را توجیه می‌کند (۲۵). در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد که افراد با سنخ شخصیتی D، تمایل به درک منفی بیماری دارند. آن‌ها احساس می‌کنند که بیماری آن‌ها برای مدت طولانی ادامه خواهد داشت و عواقب جدی ایجاد می‌کند و نمی‌تواند بیماری را کنترل کند (۸). از این رو هرچه میزان ویژگی‌های شخصیت D در آن‌ها بیشتر می‌شود، ادراک بدتری از بیماری خود و ابعاد مربوط به آن دارند (۲۶).

در پژوهش حاضر این یافته حاصل شد که سنخ شخصیتی D به طور مستقیم بر ذهنی‌سازی تأثیر منفی و معنی‌داری دارد. اگرچه تاکنون مطالعه‌ای به طور مستقیم به تبیین رابطه‌ی سنخ شخصیتی D با ذهنی‌سازی نپرداخته است اما بر اساس پژوهش‌های انجام شده، افراد دارای شخصیت سنخ D نوعی بازنمایی ذهنی تحریف شده و منفی از خود و دیگران دارند و برای درک حالت ذهنی دیگران در مورد خود (ذهنی‌سازی) دچار تحریف و سوگیری می‌شوند (۸). با توجه به اینکه ذهنی‌سازی نسبت به احساسات شدید و هیجانات قوی آسیب‌پذیر است؛ بیماران دارای سنخ شخصیت D که در روابط خود و یا در سبک زندگی خود احساسات شدید و هیجانات قوی را در طول زمان و موقعیت‌های مختلف تجربه می‌کنند و از ابراز این هیجانات در تعاملات اجتماعی خود بازداری می‌کنند حالت شکست در ذهنی‌سازی و یا نقص در ذهنی‌سازی را تجربه کرده و در نتیجه ذهنی‌سازی پایین‌تری را نشان می‌دهند. نقص در ذهنی‌سازی می‌تواند منشأ آسیب‌شناسی روانی در بسیاری از اختلالات شخصیتی و روان‌پزشکی باشد و کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار بدهد (۶). اگرچه تاکنون مطالعه‌ای به طور مستقیم به تبیین رابطه‌ی ذهنی‌سازی با کیفیت زندگی نپرداخته است اما این یافته با پیش‌فرض‌های نظری رویکرد ذهنی‌سازی هم‌خوانی نداشت (۱۱).

اگرچه تاکنون مطالعه‌ای به طور مستقیم به تبیین رابطه‌ی

ذهنی‌سازی با ادراک بیماری نپرداخته است اما در تبیین این یافته می‌توان خاطر نشان کرد که بیمار در فرایند فهم بیماری خود، نسبت به سؤالاتی در زمینه‌ی مفهوم بیماری، دلایل، پیامدها، طول مدت، کنترل‌پذیری، ماهیت و پاسخ هیجانی به آن تأمل می‌کند. این تأمل و ادراک از بیماری نیازمند یک ظرفیت زیربنایی به نام ذهنی‌سازی است که بتواند با کمک این توانایی یک بازنمایی شناختی و عاطفی متعادلی از بیماری خود داشته باشد. عدم توانایی در این ظرفیت انسانی حالت ناگویی هیجانی را در بیمار به وجود می‌آورد که به معنای ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان است. هم‌راستا با این تبیین از یافته‌ی پژوهش حاضر، رابطه‌ی معنی‌داری بین ناگویی هیجانی و ادراک بیماری در سایر پژوهش‌ها نشان داده شده است (۲۷-۲۹). همچنین این یافته حاصل شد که ادراک بیماری به طور مستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر منفی و معنی‌داری دارد که با نتایج پژوهش Kwon و Kang هم‌سو بود (۸). از آنجایی که کیفیت زندگی افراد ناشی از ادراک آن‌ها از وضعیت زندگی خود است، نقش بازنمایی شناختی و هیجانی از بیماری که به معنای ادراک بیماری است؛ مفهوم کیفیت زندگی را برای بیماران تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸).

بررسی کلی نشان داد که مدل مفروض واسطه‌گری، برآزش مطلوبی با داده‌ها دارد و متغیر ادراک بیماری رابطه‌ی بین سنخ شخصیتی D و کیفیت زندگی را واسطه‌گری می‌کند. در راستای نتایج پژوهش حاضر، در پژوهش Kwon و Kang، ادراک بیماری تأثیر میانجی کاملی بر رابطه‌ی بین سنخ شخصیتی D و رفتارهای سلامت نشان داد (۸). به طور خلاصه، شخصیت نوع D بر رفتارهای بهداشتی و ادراک بیماری تأثیر می‌گذارد و ادراک بیماری نیز یک عامل مؤثر در رفتارهای بهداشتی و کیفیت زندگی است (۸، ۲۴).

همچنین این یافته حاصل شد که ذهنی‌سازی با کیفیت زندگی در حضور متغیر میانجی ادراک بیماری، ارتباط معنی‌داری دارد. با توجه به اینکه ارتباط مستقیم ذهنی‌سازی با کیفیت زندگی در پژوهش حاضر معنی‌دار نبود، این یافته به نقش مهم و واسطه‌گری ادراک بیماری در ارتباط ذهنی‌سازی با کیفیت زندگی اشاره می‌کند. مداخله در ادراک و نوع بازنمایی افراد از بیماری‌شان، بر شدت تجربه‌ی علائم آن‌ها مؤثر است. لذا با توجه به اثر مستقیم و معنی‌دار ذهنی‌سازی با ادراک بیماری می‌توان جهت ارتقای ادراک بیماری بیماران از رویکرد ذهنی‌سازی در مداخلات آموزشی - درمانی استفاده کرد.

در این پژوهش به منظور ارزیابی مدل از پرسش‌نامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه‌ی پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیرواقعی داده باشند. همچنین این پژوهش به صورت مقطعی انجام شد. به این دلیل، نتیجه‌گیری درباره‌ی علیت را دشوار می‌سازد. نه طرح حاضر و نه استفاده از الگویابی معادلات

بسیاری از رنج‌های بیماران مزمن و کیفیت زندگی پایین آن‌ها نه فقط به دلیل شدت بیماری، بلکه به دلیل بازنمایی‌های اشتباه از وضعیت خود و بیماری‌شان است. لذا در بهبود ادراک بیماری بیماران جهت ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، می‌توان متغیرهای ذهنی‌سازی و سنخ شخصیتی D را مورد هدف قرار داد.

تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد با کد ۳۹۹۰۳۱، مصوب در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با کد اخلاق IR.MUI.MED.REC.1399.141 است. بدین‌وسیله نویسندگان از بیماران و کارکنان بیمارستان شهید چمران اصفهان تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

ساختاری، علیت را به اثبات نمی‌رسانند و در این خصوص باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. یافته‌های این پژوهش محدود به زمان شیوع بیماری COVID-19 و در یکی از بیمارستان‌های شهر اصفهان بود که در تعمیم داده‌ها جوانب احتیاط باید رعایت شود. پیشنهاد می‌شود با توجه به محدود بودن تحقیقات در زمینه‌ی ارتباط ذهنی‌سازی با سایر متغیرهای پژوهش، تحقیقات آتی به این متغیر توجه داشته باشند و همچنین جهت افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها با سایر بیماران روان‌تنی تکرار شود تا موجب درک بهتری از پدیده‌های مورد مطالعه و منجر به نتیجه‌گیری بهتر گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر به طور تلویحی اشاره به این موضوع داشت که

References

1. von Eckardstein A. Risk factors for atherosclerotic vascular disease. *Handb Exp Pharmacol* 2005; (170): 71-105.
2. Kordestani D, Ghamari A. Comparing the resilience, life style and life quality among cardiovascular patients and normal people [in Persian]. *Yafte* 2018; 19(5): 71-80.
3. Moghaddam M, Hatami M, Baghdassarians A, Sepahmansour M. A comparison of effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness-based therapy on quality of life in patients with coronary heart disease [in Persian]. *NPWJM* 2020; 8(28): 33-43.
4. Azizi A, Faqih S. Comparison of quality of life in patients with acute myocardial infarction and heart failure with normal individuals [in Persian]. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2019; 26(5): 593-8.
5. Ghodrati S, Rezaei D, Vaziri N, Shokrani B, Hazrati G. Health-related quality of life characteristics in individuals with human immunodeficiency virus [in Persian]. *Intern Med Today* 2020 Mar 10; 26(2): 118-27.
6. Darvishpour A, Javadi Pashaki N, Salari A, Taleshan Nejad M, Barari F. Comparing the quality of life in patients with cardiovascular diseases before and after coronary angioplasty [in Persian]. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26(137): 206-10.
7. Adebayo SO, Olunuga TO, Durodola A, Ogah OS. Quality of life in heart failure: A review. *Nig J Cardiol* 2017; 14(1): 1-8.
8. Kwon M, Kang J. Mediating effect of illness perception on the relationship between Type D personality and health behaviors among coronary artery disease patients. *Heal Psychol Open* 2018; 5(2): 2055102918817228.
9. Dafie M, Hatefi S, Dehghani A. The effect of group counseling based on cognitive-behavioral approach on self-care behaviors and perception of middle-aged women with type 2 diabetes: a quasi-experimental study [in Persian]. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2020; 28(3): 216-26.
10. Bassi M, Falautano M, Cilia S, Goretti B, Grobberio M, Pattini M, et al. Illness perception and well-being among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *J Clin Psychol Med Settings* 2016; 23(1): 33-52.
11. Allen JG. Handbook of mentalizing in mental health practice, second edition. *J Psychiatr Pract* 2020; 26(2): 160-1.
12. Pluijmers EM, Denollet J. Type D personality as a predictor of poor health outcomes in patients with cardiovascular disease. *Neth Heart J* 2017; 25(4): 286-7.
13. Azami-Aghdash S, Gharaee H, Aghaei MH, Derakhshani N. Cardiovascular diseases patient's quality of life in Tabriz-Iran: 2018. *JCHR* 2019; 8(4): 245-52.
14. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, Persichillo M, De Curtis A, Cerletti C, et al. Health-related quality of life and risk of composite coronary heart disease and cerebrovascular events in the Moli-sani study cohort. *Eur J Prev Cardiol* 2018; 25(3): 287-97.
15. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Qual Life Res* 2018; 27(11): 2777-97.
16. Cohen L, Manion L, Morrison K. Research methods in education. New York, NY: Routledge; 2011.
17. 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: 875-82.
18. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60(6): 631-7.
19. Bagherian Sararoudi R, Bahrami EH, Sanei H. Relationship between the history of myocardial infarction and cognitive representation of myocardial infarction [in Persian]. *J Res Psychol Health* 2008; 2(2): 29-39.

20. Denollet J, de Jonge P, van Melle JP, Kuyper A, Honig A, Schene AH, et al. Associations of Type-D personality and depression with somatic health in myocardial infarction patients. *J Psychosom Res* 2007; 63(5): 477-82.
21. Jakobsen JC, Hansen JL, Simonsen E, Gluud C. The effect of adding psychodynamic therapy to antidepressants in patients with major depressive disorder. A systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *J Affect Disord* 2012; 137(1-3): 4-14.
22. Ilbeigy Ghale Nei R, Abolghasemi A, Rostami M. Role of Hexaco personality dimensions, D personality type and emotions in the quality of life of people suffering from cancer [in Persian]. *JMS* 2014; 2(3): 10-21.
23. Dimitrijević A, Hanak N, Altaras Dimitrijević A, Jolić Marjanović Z. The mentalization scale (MentS): A self-report measure for the assessment of mentalizing capacity. *J Pers Assess* 2018; 100(3): 268-80.
24. Williams K, Steer H. Illness perceptions: are beliefs about mental health problems associated with self-perceptions of engagement in people with psychosis? *Behav Cogn Psychother* 2011; 39(2): 151-63.
25. Nafisi N, Vaziri A, Ghorashi G, Nematzaheh S. Type D personality elements (negative emotion and social inhibition) in perception of cancer patients disease [in Persian]. *Thoughts Behav Clin Psychol* 2019; 14(52): 77-86.
26. Bagherian-Sararoudi R, Ahmadzadeh G, Bahraminejad M. The relationship between illness perception, personality variables, and adherence among the patients with myocardial infarction [in Persian]. *J Isfahan Med Sch* 2017; 37(560): 1454-61.
27. Mohajerani S, Haghayegh SA, Adibi P. Relationship between alexithymia, illness perception and resilience with quality of life of patients with ulcerative colitis [in Persian]. *Govareh* 2017; 22(1): 28-38.
28. Shinan-Altman S, Katzav KO. The relationship between illness representations, alexithymia, coping strategies, and subjective well-being among persons with asthma. *J Asthma* 2021; 58(7): 932-8.
29. Barbasio C, Vagelli R, Marengo D, Querci F, Settanni M, Tani C, et al. Illness perception in systemic lupus erythematosus patients: The roles of alexithymia and depression. *Compr Psychiatry* 2015; 63: 88-95.

The Relationship between Illness Perception, Mentalization and Type D Personality and the Quality of Life among Coronary Heart Disease Patients: An Application of Structural Equation Model

Sayed Mohamad Hosein Mosavi¹, Amrollah Ebrahimi², Hamid Sanei³,
Mohammad Reza Abedi⁴, Awat Feizi⁵, Reza Bagherian-Sararoudi⁶

Original Article

Abstract

Background: Patients who suffered coronary artery disease (CAD) experience a lower quality of life. This study aimed to investigate the mediating role of the illness perception variable in the relationship between mentalization and personality type D with quality of life in patients with coronary heart disease.

Methods: The present study was performed using correlation modeling using structural equation modeling. Based on Cohen's sample size determination table, 210 patients with coronary heart disease were enrolled by random sampling method. Questionnaires of type D personality, quality of life (SF-36), mentalization (Ment S) and disease perception (IPQ) were used to gather data for this study which were completed by the patients themselves. After data collection, the relationship between the two variables with Pearson correlation and the interactive relationship in the structure of the theoretical model drawn in this study was evaluated using structural equation modeling.

Findings: The final research model had a very good fit. The results showed a direct effect of type D personality and disease perception on quality of life but the direct effect of mentalization on quality of life was not significant. Also, the indirect effect of type D personality and mentalization through disease perception on quality of life was statistically significant.

Conclusion: Cognitive and emotional representation of the disease, which is the illness perception, can mediate the relationship between psychological and personality variables with quality of life. Therefore, in improving the perception of the disease to improve the quality of life of patients, personality, behavioral and psychological variables can serve as targets of intervention.

Keywords: Illness; Perception; Type D personality; Quality of Life; Mentalization

Citation: Mosavi SMH, Ebrahimi A, Sanei H, Abedi MR, Feizi A, Bagherian-Sararoudi R. **The Relationship between Illness Perception, Mentalization and Type D Personality and the Quality of Life among Coronary Heart Disease Patients: An Application of Structural Equation Model.** J Isfahan Med Sch 2022; 40(678): 490-7.

1- MSc Student, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Iran

3- Professor, Department of Cardiology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Professor, Department of Counseling, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Isfahan, Iran

5- Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

6- Professor, Department of Health Psychology, Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Iran

Corresponding Author: Reza Bagherian-Sararoudi, Professor, Department of Health Psychology, Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Iran; Email: bagherian@med.mui.ac.ir