

مقایسه وضعیت افسردگی و تاب آوری در بیماران قلبی با افراد عادی

*راضیه اعتصامی پور: مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول). R.eatesami@gmail.com

برزو امیرپور: مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. borzooamirpour@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۹/۹/۹۴

تاریخ دریافت: ۹/۹/۹۴

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های مزمن طولانی‌مدت مانند ایدز، سرطان و بیماری‌های قلبی با تغییر نگاه بیماران نسبت به خودشان، همواره بحران‌هایی را در زندگی افراد پدید می‌آورند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه وضعیت افسردگی و تاب‌آوری در بیماران قلبی با افراد عادی انجام شد. **روشکار:** در یک تحقیق توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای، نمونه‌ای متشکل از ۱۰۶ بیمار قلبی (۵۸ زن و ۴۸ مرد) که در سال ۱۳۹۲ در بیمارستان مطهری شهرستان چهارم بستری شده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و جهت مقایسه ۱۰۲ فرد سالم (۵۲ زن و ۵۰ مرد) که بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه بیمار هم‌تا شده بودند، انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه افسردگی بکو مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویسونپاسخ دادند. داده‌ها بر اساس روش‌های آماری و به کمک نرم افزار آماری SPSS ۱۶ تحلیل شدند. **یافته‌ها:** آزمون تی مستقل حاکی از افزایش معنادار نمرات افسردگی و کاهش معنادار تاب‌آوری در بیماران قلبی در مقایسه با افراد عادی بود ($p < 0.01$). علاوه بر این، نتایج تحلیل واریانس نشان داد که زنان نسبت به مردان از وضعیت تاب‌آوری بهتری برخوردارند ($p < 0.003$) و سطح تحصیلات بر میزان تاب‌آوری افراد در مقابله با بیماریها اثر مثبت دارد ($p < 0.11$). **نتیجه‌گیری:** تاب‌آوری نقش میانجی و تعدیل‌کننده در ابتلا به بیماری‌های قلبی ایفا می‌کند و سطوح پایین آن به عنوان عامل خطر ساز برای ابتلا به بیماری‌های قلبی محسوب می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بیماری قلبی، تاب‌آوری، افسردگی

مقدمه

آوری شاخص سازگاران‌خوبی است که هنگام مواجهه با فجایع مصیبت‌آمیز از قبیل وقایع آسیب‌زا یا فقر مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳). همچنین تاب‌آوری روانشناختی به فرایند پویای انطباق و سازگاری مثبت با تجارب تلخ و ناگوار در زندگی که موجب سازگاری یا عملکرد موفقیت‌آمیز در هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا می‌شود تعریف می‌گردد (۵ و ۴) که در آن تعادل حیاتی به کارکرد قلبی خود باز می‌گردد (۶). از طرف دیگر افراد تاب‌آور در انجام امور خود احساس کنترل بیشتری دارند (۷ و ۸). در بررسی گارمزی ۳ عامل اساسی که از فرد در مقابل وقایع استرس‌زا محافظت می‌کند وجود دارد: صفات شخصیتی از قبیل سطح فعالیت، یعنی اندیشه‌ورزی در موقعیتهای جدید، مهارت‌های شناختی و تفاهم مثبت با دیگران، ویژگی‌های خانوادگی شامل: گرمی، انسجام، و وجود والدین مراقبت‌کننده (۶). فردریکسون و همکاران مطرح

بیماری‌های مزمن مانند ایدز، سرطان، بیماری‌های قلبی، دیابت و بیماری‌های کلیوی با تغییر نگاه بیماران نسبت به خودشان، علاوه بر این که بحران‌هایی را در زندگی افراد پدید می‌آورند منجر به سختی و اختلال در پویایی خانواده نیز می‌شوند. افراد با بیماری‌های مزمن، نیازهای فیزیولوژیکی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که با مردم سالم تفاوت دارد. یافتن راه‌های ارضای این نیازها، بخشی از فرایند مقابله است. در حالی که متخصصان سلامت به نیازهای جسمی بیمار توجه دارند، نیازهای اجتماعی و هیجانی ممکن است نادیده گرفته شوند (۱). اخیراً دانشمندان حوزه سلامت شروع به درک تداعیهای محتمل بین تاب‌آوری و بیماریهای روانی و جسمی کردند که به اندازه فهم تندرستی، عملکرد مثبت، و خودکوفایی اهمیت دارد (۲). به طور کلی تاب

تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود (Self-esteem) و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود (۱۵ و ۲۳). بر اساس این تبیین، تاب‌آوری از طریق تقویت حرمت خود به عنوان مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت منتهی می‌شود. در بررسی ورنر و اسمیت اظهار می‌دارند تاب‌آوری می‌تواند با افزایش مهارت‌های اجتماعی تقویت‌گردد. مهارت‌هایی از قبیل برقراری ارتباط، مهارت‌های رهبری، حل مسأله، مدیریت منابع، توانایی رفع موانع موفقیت و توانایی برنامه‌ریزی (۲۴). به طور کلی سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن مثل بیماری قلبی، دیابت و سرطان در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل‌کننده مثل انعطاف‌پذیری، توانایی حل مشکل، امید، شهامت، روحیه‌ی معنوی و حمایت اجتماعی برخوردار هستند به صورت سریع‌تر اتفاق می‌افتد (۲۵). بنابراین می‌توان با انجام مداخلات لازم به افزایش کیفیت زندگی، تسریع بهبودی و کاهش مدت زمان بستری در بیمارستان و در نهایت کاهش هزینه‌های بیمارستانی در این بیماران کمک کرد. درغیراین صورت کاهش سلامت روانی در بیماران قلبی و سرطانی بر کیفیت زندگی آنها اثر گذاشته و می‌تواند باعث ازدست دادن شغل، ازهم گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی گردد. بدین منظور تحقیق حاضر با هدف مقایسه وضعیت افسردگی و تاب‌آوری در بیماران قلبی با افراد عادی سعی در ارائه نگاهی روشن‌تر به وضعیت این بیماران دارد تا با ترسیم نقش تاب‌آوری در بهبود و پیشگیری بیماری به آنها کمک کند.

روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات پس-رویدادی (ex-post facto) که به صورت مقطعی-مقایسه‌ای (Comparative cross-sectional) و با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفته است. با توجه به مطالعات پیشین و با بهره‌گیری از فرمول آماری حداکثر حجم نمونه برای هر گروه جهت پاسخ‌گویی به اهداف و فرضیه‌های پژوهش ۶۰ نفر مشخص

کردند افرادی که دارای میزان تاب‌آوری بالایی هستند در مقابل استرس از نظر هیجانی و فیزیکی به سرعت بهبود می‌یابند. فردریکسون و همکاران در گزارش خود متوجه شدند آزمودنی‌هایی که دارای ویژگی تاب‌آوری بودند به دلیل داشتن هیجانات مثبت واکنش قلبی-عروقی و نشانه‌های افسردگی آنها کاهش یافته است. با وجود این، در تحقیق دیگری درباره هیجانات مثبت در موقعیت‌های بحرانی، فردریکسون و همکاران بیان کردند که "اگرچه یافته‌های موجود مطرح می‌کنند افراد تاب‌آور از هیجانات مثبت در رسیدن به موفقیت به صورت حساس و هوشمندانه استفاده می‌کنند و پیامدهای مقابله آنها کارآمدتر است، این شواهد زیاد قطعی نیست" (۹). در بررسی انزلیچت و همکاران به نقل از رحیمیان بوگر و اصغرنژاد، تاب‌آوری و سرسختی باعث کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود (۲ و ۱۰). به باور آنان، افراد تاب‌آور و سرسخت می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند و سلامت روان خود را حفظ نمایند (۱۰). نظریه‌های فعلی، تاب‌آوری را سازه‌ای چند بعدی متشکل از متغیرهای سرشتی (Constitutional)، مانند مزاج (temperament) و شخصیت (personality) همراه با مهارت‌های مخصوص، مثل مهارت حل مسأله، می‌دانند (۱۱). به طور کلی اشخاص تاب‌آور به احتمال بیشتری از مهارت‌های مقابله‌ای استفاده می‌کنند. استفاده خاص از راهکارهای مقابله‌ای فعال از قبیل: رفتارهای مراقبت از خود، احتمال دچار شدن به بیماری را کم کرده یا موجب می‌شود که افراد از پیشنهادات مراقبت‌های بهداشتی پیروی کنند (۱۲ و ۱۳). در نتیجه تاب‌آوری به صورت آشکار تمایل به افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۱۴ و ۱۵). از دیگر مشخصات تاب‌آوری کمک به کاهش حساسیت در مقابل بیماریها، بهبود پیش‌آگهی‌ها، و انطباق بهتر با بیماری‌های مزمن از قبیل سرطان (۱۶) ایدز (۱۷ و ۱۸)، بیماری‌های قلبی (۱۹ و ۲۰)؛ درد مفاصل (۲۱)، و دیابت (۲۲) می‌باشد. در نتیجه تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر مشکلات روانی-اجتماعی بوده و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می‌دهد. در این زمینه برخی از محققان، به عنوان یک تبیین احتمالی، گفته‌اند که

بررسی و تأیید قرار گرفته است. محمدیدر تحقیقی با اجرای مقیاس تاب‌آوری بر روی ۷۱۸ مرد ۲۵-۱۸ ساله در گروه‌های سالم، مصرف‌کننده و سوءمصرف‌کننده مواد مخدر با استفاده از روش آلفای کرومباخ، ضریب اعتبار برابر ۰/۸۹ به دست آورد. در این تحقیق برای تعیین روایی ابتدا همبستگی هر گویه با نمره کل، محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل استفاده شد. محاسبه ضریب همبستگی هر گزین با نمره کل نشان داد که به جز مورد گویه ۳، ضرایب بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بودند (۲۷). سامانی، جوکار و صحراگرد نیز در پژوهشی بر روی ۵۷۷ دانش‌آموز دبیرستانی با استفاده از ضریب آلفای کرومباخ، همسانی درونی ۰/۹۳ برای این مقیاس گزارش داد و با روش تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی، وجود یک عامل را در این مقیاس تأیید کرد (۲۸). در تحقیقی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد انجام شد، بررسی پایایی در دانشجویان، به کمک ضریب آلفای کرومباخ برابر ۰/۸۷ به دست آمد. هم‌چنین نتایج آزمون تحلیل عامل بر روی این مقیاس نیز بیانگر وجود یک عامل عمومی در مقیاس بوده است. مقدار ضریب KMO برای این تحلیل برابر با ۰/۸۹ و مقدار آزمون کرویت بارلت برابر با ۱۸۹۳/۸۳ بوده است. مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی برابر با ۶/۶۴ بوده است. این عامل می‌کند (۲۸). برای سنجش افسردگی از پرسشنامه Beck Depression Inventory (BDI) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسش‌نامه نمره ۱۳-۰ برای افسردگی جزئی، نمره ۱۹-۱۴ برای افسردگی خفیف، نمره ۲۸-۲۰ برای افسردگی متوسط و نمره ۴۳-۲۹ برای افسردگی شدید است. در راهنمای DSM-IV نقطه برشی برای عدم وجود افسردگی تعیین نشده است. نتایج فرا تحلیل انجام شده در

گردید. جهت بالابردن صحت عملیات و کاهش خطای نمونه‌گیری و قضاوت دقیق‌تر تصمیم گرفته شود و هم‌تا سازی دو گروه از نظر سن، جنس، وضعیت‌تأهل، سواد و محل سکونت امکان‌پذیر باشد تعداد نهایی بیماران ۱۱۰ نفر و افراد سالم ۱۵۰ نفر تعیین شد. لازمه انتخاب در گروه بیمار، ابتلا به انفارکتوس قلبی حاد (MI) بوده است، تشخیص ابتلا به بیماری بر اساس ملاک‌های سازمان جهانی بهداشت توسط پزشک متخصص قلب (همکار تحقیق) و با بهره‌گیری از آزمایش‌های پاراکلینیک از قبیل نوار قلب‌های سریال و بررسی آزمایشگاهی (افزایش آنزیم‌های Cratine Phospho Kinase-Mb, Lactic Dehydro Genase) صورت گرفت. پس از تشخیص قطعی و بعد از بهبودی نسبی بیمار و خارج شدن از حالت فوریت پزشکی، پرسشنامه‌های تحقیق زیر نظر پژوهشگر توسط بیمار تکمیل می‌گردید. برای افزایش اعتبار پاسخ‌ها، پرسشنامه‌های تحقیق تنها به بیمارانی داده می‌شد که مایل به شرکت در پژوهش بودند. هم‌چنین این بیماران باید از تحصیلات در سطح پنجم ابتدایی به بالا برخوردار بوده باشند. در طی چهار ماه تعداد ۱۰۶ پرسشنامه توسط بیماران قلبی تکمیل گردید (۴ پرسشنامه دیگر مخدوش بوده و از تحقیق کنار گذاشته شدند). با حذف ۴۸ پرسشنامه ناقص یا بی اعتبار از گروه شاهد که از افراد سالم جامعه بودند سرانجام تعداد ۱۰۲ پرسشنامه با پرسشنامه‌های گروه بیماران قلبی مورد مقایسه قرار گرفتند.

به منظور سنجش تاب‌آوری از پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویسون استفاده شد. سازندگان این پرسشنامه بر این باورند که این ابزار به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از افراد غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند (۲۶). این مقیاس ۲۵ گویه ای دارای پنج مؤلفه؛ شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به‌خود/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییرات/روابط ایمن، کنترل و معنویت می‌باشد که براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (صفر کاملاً نادرست و پنج کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری فرد در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی ۱۰۰ می‌باشد. روایی و پایایی این مقیاس در تحقیقات داخلی مورد

دبیرستانی و ۳۷/۳٪ دیپلم به بالا بوده است. مقایسه وضعیت افسردگی و تاب‌آوری افراد عادی و بیمار نشان داد که افراد عادی افسردگی کمتر و تاب‌آوری بالاتری نسبت به افراد عادی داشتند (جدول ۱).

جدول شماره ۲ تفاوت زنان و مردان عادی و بیمار را از نظر وضعیت تاب‌آوری نشان می‌دهد. برای سنجش این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس دو راهه استفاده گردید. مقایسه وضعیت تاب‌آوری نشان داد که زنان نسبت به مردان از وضعیت تاب‌آوری بهتری برخوردارند ($p=0.03$).

جدول شماره ۳ تفاوت تحصیلات آزمودنی‌های عادی و بیمار را از نظر وضعیت تاب‌آوری نشان می‌دهد. برای سنجش این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس دو راهه استفاده گردید. مقایسه وضعیت تاب‌آوری افراد عادی و بیمار نشان داد که بین سطح تحصیلات از نظر وضعیت تاب‌آوری تفاوت وجود دارد ($p=0.11$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بین افراد عادی و بیمار از نظر وضعیت افسردگی و تاب‌آوری تفاوت وجود دارد. یافته‌های این مطالعه با تحقیقات (۳۱، ۳۲، ۳۰، ۱۹، ۹، ۶) همخوانی دارد. افسردگی از مهم‌ترین موانع مداوای بیماری‌های قلبی است زیرا موجب عدم پذیرش بیماری شده و انگیزه بیمار را برای ادامه درمان کاهش می‌دهد، همچنین تأثیر منفی بر پیش‌آگهی بیماری قلبی-عروقی دارد

مورد پرسشنامه افسردگی بک (BDI) حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۷۳٪ تا ۹۳٪ با میانگین ۸۶٪ است. ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۴۸٪ تا ۸۶٪ قرار دارد (۲۹). در بررسی دابسون و محمد خانیبه نقل از فتوحی آشتیانی، ضریب آلفای ۹۲٪ را برای بیماران سرپایی و ۹۳٪ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۹۳٪ به دست آورده اند (۲۹). به علاوه در یک بررسی بر روی ۱۲۵ دانشجوی دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۷۸٪ و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۷۳٪ بود (۲۹).

یافته‌ها

در این پژوهش، داده‌های مربوط به ۲۰۸ پرسشنامه تکمیل شده مربوط به ۲ گروه بیماران قلبی و افراد عادی هم‌تا شده مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های بدست آمده با روش آماری t مستقل و تحلیل واریانس دوراهه و با استفاده از نرم افزار SPSS و با سطح اطمینان ۹۵٪ مورد تحلیل قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران ۵۳ سال و انحراف استاندارد ۹/۷۴ و دامنه سنی ۳۲ تا ۷۷ سال و میانگین سنی افراد سالم ۵۵ سال و انحراف استاندارد ۹/۰۰۳ و دامنه سنی ۳۷ تا ۷۴ سال ۵۲/۵٪ شهری و ۴۳/۳٪ روستایی، ۴۵/۲٪ مرد و ۵۰/۷٪ زن. تحصیلات ۳۲/۳٪ ابتدایی، ۲۰/۳٪ راهنمایی و ۶٪

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی و آزمون T مستقل برای دو گروه شرکت کننده در پژوهش

متغیرها	وضعیت سلامت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره t	سطح معناداری (p-value)
تاب‌آوری	بیمار	۹۸	۴۵/۶۰	۱۳/۳۱		
	عادی	۹۹	۶۴/۳۱	۱۷/۲۳	-۸/۵۲	/۰۰۰
افسردگی	بیمار	۹۳	۵۳/۴۰	۷/۹۶		
	عادی	۹۶	۳۳/۱۸	۱۸/۴۰	۹/۷۵	/۰۰۰

جدول ۲- مقایسه وضعیت تاب‌آوری زنان و مردان عادی و بیمار

منبع تغییرات	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F آماره	سطح معناداری
وضعیت سلامتی	۱۸۲۸۹/۵۹۹	۱	۸۰/۹۴۱	/۰۰۰
جنسیت	۲۱۰۴/۰۷۴	۱	۹/۳۱۲	/۰۰۳
اثر تعاملی وضعیت سلامتی و جنسیت افراد	۶۱۴/۰۷۶	۱	۲/۷۱۸	/۱۰۱

جدول ۳- آزمون تحلیل واریانس دو راهه جهت نشان دادن میزان تفاوت تاب آوری بین آزمودنیهای عادی و بیمار با سطوح مختلف تحصیلی

منبع تغییرات	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F آماره	سطح معناداری
میزان تحصیلات	۸۴۰/۲۴۴	۳	۳/۷۸	/۰۱۱
وضعیت سلامت	۶۲۸۵/۲۰۴	۳	۲۸/۳۰	/۰۰۰
اثر تعاملی میزان تحصیلات و وضعیت سلامت افراد	۴۸۵/۱۷۲	۳	۲/۱۸۵	/۰۹۱

نشانه‌های افسردگی آنها کاهش یافته است، افراد تاب‌آور نشانه‌های افسردگی کمتری گزارش می‌کنند (۳۱) و احتمال ضعیفی وجود دارد که به افسردگی مزمن مبتلا شوند (۳۲). در بسیاری از تبیین‌ها تاب‌آوری می‌تواند از طریق تقویت حرمت خود به عنوان مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت منتهی شود، و در صورت ضعف سازه تاب‌آوری، حرمت خود تضعیف و فرایند مقابله با تجربه‌های منفی، ناکارآمد می‌شود (۳۹). در موارد اولیه تشخیص بیماری قلبی پس از سازگاری بیماران با علائم اضطراب و افسردگی بین شدت بیماری و تاب‌آوری روانشناختی آنها تعامل معنی‌داری مشاهده گردید (۴۰). در این تحقیق اکثر بیماران از خود، توانایی و موقعیتشان به طور کلی ناراضی بودند که این مسئله منجر به تصور از خود ضعیف در آنها شده بود.

علاوه بر این یافته‌ها نشان داد که بین زنان و مردان عادی و بیمار از نظر وضعیت تاب‌آوری تفاوت وجود دارد. به طور کلی زنان تاب‌آوری بیشتری نسبت به مردان گزارش کردند. این یافته با تحقیقات (۲۰، ۲۱، ۴۰، ۴۳، ۴۴) همخوانی دارد. اما با تحقیقات (۴۳، ۴۵) همخوانی نداشت. در تحقیق لائورل هالورن مشخص شد که دختران نسبت به پسران ۲ برابر تاب‌آور هستند (۴۲). بینگهام و استریکر معتقدند که سرسختی دختران اساساً از خانواده آنها ناشی می‌شود، در حالی که عوامل اجتماعی و تحصیلی بر سرسختی پسران تأثیرگذار می‌باشد (۴۱). در توضیح این نتیجه می‌توان نقش هورمونهای استرس و باورهای مذهبی را عاملی اثرگذار بر تاب‌آوری زنان در نظر گرفت. تعدادی از تحقیقات انجام گرفته در حوزه تاب‌آوری نشان می‌دهند که خوش‌بینی، یافتن معنا در تجارب منفی، دیدن تجارب منفی از دیدگاهی مثبت و نگاه کردن به آنها به عنوان تجارب ضروری زندگی،

(۳۰). مکانیزم تأثیرگذاری رفتاری در این اختلال به این شکل می‌باشد که این بیماران در اثر افسردگی، فعالیت فیزیکی کمتر دارند، از خود کمتر مراقبت می‌کنند، الکل و دخانیات بیشتری استفاده می‌کنند، کمتر به دنبال خدمات دارویی هستند و برنامه‌های بازتوانی را بیشتر نیمه تمام باقی می‌گذارند (۳۳). اکثریت بیماران که به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند به ویژه زنان از زندگی خود به ویژه در ارتباط با همسرشان اظهار نارضایتی می‌کردند و تمایل به ادامه زندگی نداشتند. تحقیقات نشان می‌دهد ضعف حمایت اجتماعی دریافت شده توسط بیماران قلبی نیز، همبستگی قوی با شدت و طولانی شدن دوره بیماری دارد (۳۴) و این ضعف در دریافت حمایت اجتماعی در بیماران که به افسردگی مبتلا هستند دیده می‌شود که شامل تنها زندگی کردن (۳۵)، انزوای اجتماعی (۳۶، ۳۵)، کمبود اعتماد بین فردی و حمایت اجتماعی ضعیف (۳۵) است که خود میزان مرگ و میر را در این بیماران افزایش می‌دهد (۳۵). از طرفی حمایت اجتماعی بر میزان تاب‌آوری افراد در مقابل سختیها مؤثر است (۳۷، ۳۵). نظریه عمرنگر میزان حمایت اجتماعی دریافت شده را به عنوان علت تاب‌آوری مطرح می‌کند (۳۸). به طور کلی برای حل مشکلات مرتبط با افسردگی و نقش آن در بیماری قلبی نیاز به عنصر سازنده‌ای می‌باشد تا به افراد در مواجهه با رویدادهای مشکل ساز کمک کند، در این شرایط تاب‌آوری به عنوان توانایی بهبود از موقعیت‌های استرس‌زا تعریف می‌شود (۶). تاب‌آوری به کاهش حساسیت در مقابل بیماری‌ها، بهبود پیش‌آگهی‌ها، و انطباق بهتر با بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری‌های قلبی کمک می‌کند (۱۹). فردریکسون و همکاران در گزارش خود متوجه شدند آزمودنی‌هایی که دارای ویژگی تاب‌آوری بودند به دلیل داشتن هیجان‌ات مثبت و اکنش قلبی - عروقی و

کمتراً معمولاً وضعیت اقتصادی ضعیف‌تری نیز داشته و توانایی کمتر در برقراری ارتباط با دیگران و ابراز وجود دارند که این عوامل خود به عنوان عوامل خطر ساز بیماری کرونری نیز مطرح شده اند (۵۰). از طرف دیگر تحصیلات می‌تواند در اعتماد به نفس افراد تأثیر داشته و باعث تاب‌آوری و سرسختی بیشتر آنها در مواجهه با مسائل و مشکلات شود. بر اساس بسیاری از تبیین‌ها تاب‌آوری می‌تواند از طریق تقویت حرمت خود به عنوان مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت منتهی شود، و در صورت ضعف سازه تاب‌آوری، حرمت خود تضعیف و فرایند مقابله با تجربه‌های منفی ناکارآمد می‌شود (۲۶).

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که عدم توانایی افراد در روبرویی با مشکلات به ویژه ضعف راهکارهای مقابله‌ای و به عبارتی تاب‌آوری موجب ناکارآمدی در مقابله با بحرانها و حوادث زندگی می‌شود و باقی ماندن مشکلات خود چالش بزرگی محسوب شده و در نتیجه این عامل می‌تواند منجر به بیماری‌های متعددی از جمله بیماری قلبی گردیده و یا اینکه روند درمان افراد را با تأخیر مواجه کند. بنابراین ضرورت پردازش به مسائل روحی و هیجانی و از جمله توجه به راهکارهای تاب‌آورانه می‌تواند منجر به بهبود شرایط و اوضاع و احوال ناراحت‌کننده افراد شود و یا اینکه با افزایش مقاومت و سرسختی در آنها از دچار شدن به مشکلات و بیماری‌های دشوار پیشگیری کند. البته با توجه به این مسأله که پژوهش حاضر از نوع پس‌رویدادی است، نقش علی متغیرهای پژوهش در بیماری قلبی-عروقی مشخص نیست. لذا انجام مطالعات مداخله‌ای برای نشان دادن اثربخشی بهوشیاری و ارضای نیازهای بنیادی روانشناختی در بیماران قلبی-عروقی ضروری می‌نماید تا ارتباط علی این متغیرها با بیماری‌های قلبی آشکار شود. از طرف دیگر همانطور که مدارک تحقیقی نشان می‌دهد کیفیت تاب‌آوری می‌تواند از طریق تجربیات مثبت یادگیری و برنامه‌های آموزشی تاب‌آوری افزایش یابد. ارزیابی اثربخشی چنین برنامه‌هایی بخش مهمی از فرایند تحقیق است. بنابراین ضروری است در کنار درمان‌های اصلی، مداخلات روانشناختی و

اعتقاد به وجود یک منبع، باور به وجود یک قدرت برتر و باور به اینکه شخص توانایی حل مسأله را دارد با تاب‌آوری و سازگاری با ضربه روانی همبستگی بالایی دارد (۴۶). به طور کلی نقش خانواده، مذهب و درک فرد از بیماری خود، سازگاری اجتماعی و ادراک سلامت خود نقش مؤثری در سلامت روانی-اجتماعی فرد دارد (۴۰). از طرفی هیجانات مثبت شاخص فعال ویژگی تاب‌آوری در نظر گرفته می‌شوند زیرا خطر افسردگی را کاهش می‌دهند و موجب رشد می‌شوند (۳۱). باورهای معنوی و یافتن معنای شخصی در موقعیت‌های دردناک بر توانایی شخص برای مقابله تأثیر می‌گذارد و با تاب‌آوری و مقابله رابطه مثبت دارد (۴۷). به طور کلی تاب‌آوری زنان را می‌توان به حمایت اجتماعی از آنها و روابط اجتماعی گسترده تر آنها با دیگران و باورهای مذهبی و جستجوی معنای شخصی در روبرویی با موقعیت‌های سخت دانست.

در این تحقیق بین سطح تحصیلات آزمودنیها با وضعیت تاب‌آوری آنها تفاوت وجود داشت. نتایج این مطالعه با تحقیق (۳۶،۴۸) همخوانی داشت. تحصیلات نقش بسزایی در بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای دارد، بدینصورت که افراد با سطح تحصیلات بالاتر به طور معنی‌داری بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر نظیر مقابله رویاروگر، خویشتن‌داری، حل‌مدبرانه مسئله و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده کردند. در حالی که افراد با سطح تحصیلات پایین‌تر به طور معنی‌داری بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تر نظیر خودسرزنشگری، گریز، اجتناب و تفکر آرزومندانه استفاده نمودند (۴۹). همانگونه نیز که در تعریف تاب‌آوری مشخص می‌شود تاب‌آوری باعث می‌شود که افراد تاب‌آور در شرایط دشوار، و با وجود عوامل خطر از ظرفیت‌های موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی فردی خود استفاده کنند و از این چالشها و آزمونها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره‌جویند و از آنها سربلند بیرون آیند (۲۶). در بررسی Farber نیز داشتن تحصیلات بالا نقش مهمی در اتخاذ روش‌های فعال مقابله جهت کاهش استرس و حل مشکلات دارد (۴۹). شاید به این علت که افراد با تحصیلات

fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy 2010;30.

10. Rahimian Boogar E, Asgharnejad F. The Relationship between Psychological Hardiness also Ego-resiliency and Mental Health in Adolescent and Adult Survivors of Bam Earthquake. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14(1):63-68. (Persian)

11. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, Coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy* 2006;44:585-599.

12. Fife BL, Scott LL, Fineberg NS, Zwickl BE. Promoting adaptive Coping by persons with HIV disease: evaluation of a patient/partner intervention model. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC* 2008;19:75-84.

13. Pence BW, Thielman NM, Whetten K, Ostermann J, Kumar V, Mugavero MJ. Coping strategies and patterns of alcohol and drug use among HIV-infected patients in the United States Southeast. *AIDS Patient Care and STDS* 2008;22:869-77.

14. Connor K.M, Davidson J.R.T. Development of a new Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale. *Depression and Anxiety* 2003; 18:76-82.

15. Bonanno G.A. Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychologist* 2004;59:20-28.

16. Carver CS. Enhancing adaption during treatment and the role of individual differences. *Cancer*, 104(suppl) 2005;2602-7.

17. Farber EW, Schwartz JA, Schaper PE, Moonen DJ, Mcdaniel JS. Resilience factors associated the adaption to HIV disease. *Psychosomatics* 2000;41,140.

18. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, Positive illusions, and health. *American Psychologist* 2000; 55(1):99-109.

19. Kubzansky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. Is the glass half empty or full? A Prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine* 2001;63:910-6.

20. Davydov DM, Stewart R, Ritchie k, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review* 2010;30:481.

21. Wright LJ, Zutra AJ, Going S. Adaption to early Knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning *Annals of Behavioral Medicine* 2008;36:70-80.

22. Yi JP, Vitaliano PP, Smith RE, Yi JC, Weinger K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology* 2008; 13:311-25.

23. Benetti C, Kambouropoulos N. Affect-

مدیریت در کنترل استرس برای بیماران قلبی بیش از پیش در جامعه مورد توجه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری ریاست بیمارستان مطهری جهرم، پرسنل محترم بیمارستان و بیمارانی که در اجرای این تحقیق همکاری نمودن قدردانی می شود.

منابع

1. Fathi Ashtiani A. A great conductor Ashtiani. *Health Psychology*. Tehran, Be'sat Publication Institute 2003;122-123.(Persian)
2. Sexton MB, Byrd MR, Kluges V. Measuring resilience in Women experiencing infertility using the CD-Risc: Examining infertility related Stress, general distress, and coping Styles. *Journal of Psychiatric Research* 2010;44:236-241.
3. Karairmak O. Establishing the psychometric qualities of the connor-Davidson Resilience Scale (CD-Risc) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma Survivor sample. *Psychiatry Research* 2010; 179:354.
4. Abolghasemi A. The relationship of resilience, stress and self- efficacy with life satisfaction in students high and below achievement. *Journal of Psychological studies* 2012; 7(3):132-151.
5. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor P, & Tarrier N. Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Journal of clinical psychology Review* 2011;31:563-591.
6. Heiland Mark F. The relationship between personal and environmental resources, subjective experience with trauma, and Posttraumatic growth in low socioeconomic individuals with cancer. Presented to the Faculty of the university of Missouri-Kansas City In partial fulfillment of the requirement 2003; 28-29.
7. Agrigoroaei S, Lachman ME. Cognitive Functioning in midlife and old age: Combined effects of Psychosocial and behavioral factors. *Journal of Gerontology* 2011, 66B,130-140. DOI:10.1093/geronb/gbro.
8. Lachman ME, Agrigoroaei S. Promoting Functional health in midlife and old age: long-term protective effects of control beliefs, social support, and physical exercise. *Plos ONE* 2010;5(10). <http://dx.doi.org/10.1371/Journal.pone.0013297>
9. Onwukwe YU. The relationship between positive emotions and psychological resilience in persons experiencing traumatic crisis: a quantitative approach. a dissertation presented in partial

2007;28:288-306.

36. Dijk SV, Beukel TOD, Kaptein AA, Honig A, Cessie SL, Siegert CE, et al. For the NECOSAD Study Group. How baseline, new-onset, and persistent depressive symptoms are associated with cardiovascular and non-cardiovascular mortality in incident patients on chronic dialysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2013;74:511-517.

37. Puterman E, Epel ES, Lin J, Blackburn EH, Gross JJ, Whooley MA, et al. Multisystem resiliency moderates the major depression-Telmoere length association: Findings from the Heart and soul study. *Brain, Behavior, and Immunity* 2013; 33:65-73.

38. Cheung CK, Kam PK. Resiliency in older Hong Kong Chinese: Using the grounded theory approach to reveal social and Spiritual Conditions. *Journal of Aging Studies* 2012;26:257.

39. Bonanno G, Rennie C, Dekel S. Self enhancement among high-exposure survivors of the September 11th terrorist attack: Resilience or social maladjustment? *Journal of personality and social psychology* 2005; 88:984-998.

40. Bang JS, Jo S, Kim GB, Kim GB, Kwon BS, Bae EJ, et al. The mental health and quality of life of adult Patients With Congenital heart disease. *International Journal of Cardiology* IV2013:49-53.

41. Safarzadeh S. Connection hope to Life with Psychology Obstinacy in Scholars girl and boy of Islamic Azad University Ahvaz branch. *Procedia-social and Behavioral Sciences* 2012;46:1856-1858. (Persian)

42. Halloran L. Risky Business: Working With High-Risk Teens to Foster Resilience. *The Journal for Nurse Practitioners* 2011;7(5):426-427.

43. Veselska Z, Geckova AM, Orosova O, Gajdosova B, Vandijk JP, Reijneveld SA. Self-esteem and resilience: The Connection With risky behavior among adolescents. *Addictive Behaviors* 2009;34:289-290.

44. Hager AD, Runtz MG. Physical and Psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: an exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse and Neglect* 2012;36:393-403.

45. Stewart DE, Yuen T. A Systematic Review of Resilience in the Physically III. *Psychosomatics* 2011;52:205-206.

46. Kalil A. Family resilience and good child outcomes. A review of literature. *Razing Children In New Zealand* 2003;20.

47. Hashemi L, Jokar B. Relationship between spiritual growth and resiliency in students. *Studies Educational Psychology* 2011;8 (13). (Persian)

48. Sawyer P, Allman RM. Resilience in mobility in the context of chronic disease and aging: Cross-sectional and prospective findings from the University of Alabama AT Birmingham (UAB)

regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences* 2006; 41:341-352.

24. God's mercy J, Peru D. Relationship between emotional intelligence and resiliency University of Welfare Sciences and Rehabilitation. *Journal of Addiction Research* 2008;2(8):70-71.

25. Baider L, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Wygoda MR, Peretz T. Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *J Psychosom Res* 2003;55(5): 453-60.

26. Rostami A, Norouzi A, Zarei A, Amiri M, Soleimani M. The relationship between burnout and mental health and resiliency of gender-role controllers elementary teachers. *Iran Occupational Health Journal*. 2008, 5 (3,4):69-73. (Persian)

27. Mohammadi M. Effective factors on in individuals at risk for substance abuse. Ph.D. thesis, Clinical Psychology, University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran 2006. (Persian).

28. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and clinical Psychology (Tehran University of Medical Sciences* 2007; 13(3):290-293. (Persian)

29. Fathi-Ashtlani A. In cooperative with Dastani M. Psychological tests: assessing personality and mental health. Tehran: Be'sat Publication Institute 2009;323-326. (Persian)

30. Libby P, Bonow Ro, Mann Douglas L., Zipes Douglas P. *Braunwald Heart Disease*. Sanders Elsevier 2008; 2119.

31. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin G. What good are Positive emotions in Crises? A prospective Study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003;84:365-376.

32. Waugh CE, Fredrickson BL, Taylor SF. Adapting to Life, Slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of research in personality* 2008;42:1033-1044.

33. Druss R.G, Bradford D.W, Rosenhek R.A. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction *JAMA* 2000;45:283-506.

34. Bunker S.T, Colquon D.M, Murray E.D, Hickie I.B, Hunt D, Jelinek M.V. Stress and Coronary heart disease: Psychological risk factors. National Heart Association of Australia Position Statement update. *Medical Journal of Australia* 2003;178(6):272-276.

35. Goldston K, Bailie A. Depression and Coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence explanatory mechanisms and management approaches. *Psychosomatic*

Study of Aging. In Prom S.Fry,&Corey L.M.Keyes(Eds),New frontiers in resilient aging:life- strengths and well-being in late life.Cambridge University Press. 2012; 310-330.

49. Shah Miri H, Zadeh Quraish SMA. Relationship between coping strategies and characteristics of depression in patients with major depression. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2006; 28 (1):85.(Persion)

50. Donker FS. Cardiac Rehabilitation: A review of Corrent development Clinical Psychological review. Circulation 2000;20:923-943.

Comparison of Resiliency and depression in cardiac patients and normal people

***Raziyeh Etesami pour**, MSc, Department of Psychology, Payam-e-Noor University Tehran, Iran.
(*Corresponding author). R.eatesami@gmail.com

Borzoo Amirpour, MSc, Department of Psychology, Payam-e-Noor University Tehran, Iran.

Abstract

Background: Long-term chronic diseases such as AIDS, cancer and heart disease affect patients' attitude, always create crises in individuals' life. The main purpose of this study was to compare the situation resiliency and depression in cardiac patients with healthy People.

Methods: During a descriptive of causal-comparative study and using convenience sampling 106 cardiac patients (58 women and 48 men) were selected from Motahari Hospital in Jahrom city in 2013. Also 102 healthy volunteers (52 females and 50 males) based on demographic variables matched with the patient groups were selected. Beck Depression Inventory and Resiliency Scale and Connor Davison were administered to participants. Data based on level of 95% were analyzed using SPSS v.16.

Results: Independent t-test revealed a significant increase in depression scores and significant reduction in resiliency between people with heart disease and normal samples ($p < 0.001$). In addition, analysis of variances revealed that women are better than men at resiliency ($p < 0.003$). The education level was positively associated with resiliency in coping with the diseases ($p < 0.011$).

Conclusion: resiliency plays mediating role in heart disease outset, and its low levels are as a risk factor for people with cardiovascular disease.

Keywords: Heart disease, Resiliency, Depression