

پیش‌بینی میزان شدت بیماری قلبی عروقی بر اساس تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی

محمد علی بشارت^۱، سمیه رامش^{۲*}

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۶

چکیده

زمینه و هدف: عوامل زیستی و روانی در ابتلا به بیماری قلبی عروقی نقش دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در پیش‌بینی شدت بیماری قلبی عروقی انجام شد.

روش بررسی: تعداد ۳۲۷ بیمار مبتلا به تنگی عروق کرونر (۱۳۸ زن، ۱۸۹ مرد) در این پژوهش شرکت کردند. از مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (CD-RISC)، مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS) و مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) و نمره‌گزینی به عنوان سنجش میزان شدت بیماری قلبی عروقی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از روش آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی با شدت بیماری قلبی عروقی همبستگی منفی معنادار وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی شدت بیماری قلبی عروقی کاهش می‌یابد. در تحلیل رگرسیون پس از کنترل ریسک فاکتورها، از بین سه متغیر تحلیل شده، تاب‌آوری و سلامت معنوی توان پیش‌بینی شدت بیماری قلبی عروقی را داشتند و حمایت اجتماعی چنین توانی را نداشت؛ به طوری که تاب‌آوری ۲۸٪ و تاب‌آوری به همراه سلامت معنوی ۳۵٪ از واریانس شدت بیماری قلبی عروقی را تبیین کردند ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که در کنار عوامل زیستی، توجه به نقش عوامل روانشناختی تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در مداخلات پیشگیرانه و درمانی مرتبط با بیماری‌های قلبی عروقی ضرورت خاص دارد.

کلمات کلیدی: تاب‌آوری، سلامت معنوی، حمایت اجتماعی، بیماری قلبی عروقی

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. besharat@ut.ac.ir ۰۹۱۲۲۰۷۴۵۰

*۲. نویسنده مسئول، دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. Ramesh_somayeh@ut.ac.ir

آدرس: تهران، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی ۰۹۱۳۳۷۳۵۴۱۷

مقدمه

در سراسر جهان، بیماری قلبی عروقی (CVD) دلیل اغلب مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مزمن است (۱). انتظار می‌رود در دهه‌های آینده، سال‌های ناتوانی ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی از ۸۵ میلیون سال در سال ۱۹۹۰ به ۱۵۰ میلیون سال در سال ۲۰۲۰ برسد و در نتیجه این بیماری به عنوان علت جسمی اصلی فقدان بهره‌وری باقی بماند (۲). تحقیقات تجربی نشان می‌دهند که عوامل خطر ساز روانی اجتماعی مانند فقدان حمایت اجتماعی، استرس شغلی و زندگی خانوادگی، افسردگی، اضطراب و خصومت به عنوان عامل خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و بدتر شدن دوره بالینی و پیش‌آگهی این بیماری است (۳). همچنین خشم، نگرانی و استرس سیستم گردش خون، قلب، غدد و کل سیستم عصبی را عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). در مقابل عواملی مانند هوش، مهارت‌های بین فردی، خود کارآمدی، پاسخ مثبت به مشکل و شبکه‌های حمایت اجتماعی می‌توانند پاسخ به بیماری را بهبود بخشند (۵). در مطالعه حاضر به بررسی نقش سه فاکتور محافظتی تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در میزان شدت بیماری قلبی عروقی پرداخته می‌شود.

تاب‌آوری به صورت اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد ظاهر می‌شود (۶). تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط استرس‌زا است (۷) و با تسهیل غلبه بر مصایب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آنها به سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار کمک می‌کند (۸). افراد با تاب‌آوری من قوی سریع‌تر با شرایط انطباق پیدا می‌کنند، توانایی برنامه‌ریزی برای اهداف بلند مدت را دارا می‌باشند، از آسیب سریع‌تر بهبود می‌یابند و در مواجهه با آن کمتر مضطرب و پریشان می‌شوند

(۶). در مقابل، افراد با تاب‌آوری پایین در شرایط استرس‌زا به شیوه انعطاف‌ناپذیر و خشک عمل می‌کنند که منجر به رفتار ناسازگارانه می‌شود (۹) و به هنگام مواجهه با مشکلات، مدت زمان بیشتری از استرس رنج می‌برند (۱۰).

معنویت و سلامت معنوی از دیگر متغیرهایی است که می‌تواند بروز و پیش‌آگهی بیماری قلبی عروقی را متاثر سازد. از ابتدای تاریخ بشر معنویت، طب و سلامتی موضوعاتی هستند که همواره در ارتباط با یکدیگر بوده‌اند (۱۱). معنویت نیرویی در فرد است که وی را برای یافتن معنا، هدف و رشد در زندگی، رنج بردن و مرگ انگیزه می‌دهد و به تقویت امید و اشتیاق به زندگی کمک می‌کند (۱۲). معنویت نیروی حیاتی زندگی است که همه جوانب زندگی بشر از جمله مذهب را منسجم و یکپارچه می‌سازد و بدین ترتیب به کسب تعادل بیشتر جسمی، روانی و بهزیستی اجتماعی می‌انجامد (۱۳). بیماری، رنج کشیدن و مواجهه با مرگ همگی تجارب معنوی هستند و توجه به معنویت می‌تواند در فرایند بهبودی و درمان بیماری‌ها نقش مهمی ایفا کند (۱۴). معنویت توانایی مقابله با بیماری و سرعت بهبودی را افزایش می‌دهد (۱۴) و بر همین اساس برخی از محققان برای عقیده‌اند که در درمان لازم است بیمار را به عنوان یک کل و از تمام جوانب در نظر گرفت و اگر تنها به بیماری جسمی وی توجه شود، فرایند بهبودی دچار اختلال می‌شود (۱۱).

حمایت اجتماعی از دیگر متغیرهایی است که می‌تواند بروز و پیش‌آگهی بیماری قلبی عروقی را متاثر سازد. انواع ارتباطات اجتماعی، تعامل و پیوندها می‌توانند پیش بین سلامتی و افزایش آن باشند (۱۲)، به طوری که رفتارهای حمایت‌گرانه منجر به سلامت جسمی و روانی بیشتر می‌گردند (۱۳). در مقابل، تنهایی می‌تواند اثرات زیان‌بار بر سلامت داشته باشد (۱۷، ۱۸). شواهد پژوهشی موجود بر اهمیت تنهایی اجتماعی به عنوان عامل روانشناختی در بروز برخی از بیماری‌ها از جمله بیماری قلبی عروقی و افزایش احتمال بروز بیماری کرونری قلب

تاکید دارند (۱۹). شایان ذکر است که نتایج مطالعات مبتنی بر شناسایی عامل حمایت اجتماعی به عنوان عامل محافظتی در برابر خطر بیماری قلبی عروقی متناقض بوده و برخی از مطالعات نشان داده اند که افزایش حمایت اجتماعی با افزایش خطر مرگ همراه است یا در افراد مسن نداشتن رابطه مناسب با همسر و فرزندان پیش بین افزایش طول عمر است (۲۰).

مطالعه حاضر به منظور پیش‌بینی میزان شدت بیماری قلبی عروقی بر اساس تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی انجام شده است. با توجه به اینکه مطالعات اندکی در زمینه نقش فاکتورهای محافظتی در کاهش ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و پیش‌آگهی آن به خصوص دو عامل تاب‌آوری و سلامت معنوی انجام شده است و همچنین درباره متغیر حمایت اجتماعی و اثرات محافظتی آن در برابر ابتلا و تشدید بیماری قلبی عروقی و مرگ ناشی از آن شواهد متناقضی وجود دارد؛ انجام چنین مطالعه‌ای اهمیت خاص می‌یابد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی است. جامعه آماری پژوهش بیماران قلبی از نوع تنگی عروق بودند. تعداد ۳۲۷ بیمار قلبی با تنگی عروق مراجعه کننده به بیمارستان افشاری‌یزد در این پژوهش شرکت کردند. از این تعداد ۱۸۹ نفر (۵۸٪) مرد و ۱۳۸ نفر (۴۲٪) زن بودند. گروه نمونه به روش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن شرایط ورود از میان جامعه مذکور انتخاب شد. معیارهای انتخاب نمونه برای پژوهش عبارت بودند از ابتلا به بیماری قلبی از نوع گرفتگی عروق، داشتن حداقل تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری طبی جدی غیر از بیماری تنگی عروق کرونری، نداشتن اختلال عمده روانپزشکی و وابستگی به مواد. قبل از شرکت بیماران در پژوهش، درمورد رضایت آنها از شرکت در پژوهش اطمینان حاصل شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد

و روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد. پرسشنامه‌های پژوهش به شرح زیر توسط شرکت کنندگان تکمیل شد:

مقیاس سازگاری با بیماری، یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و مقیاس سازگاری با بیماری‌های پزشکی را در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۰ (اصلاً صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً صحیح است) می‌سنجد (۲۱). حداقل و حداکثر نمره بیمار در کل مقیاس به ترتیب ۰ و ۷۲ محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سازگاری با بیماری در نمونه‌هایی از بیماران مبتلا به بیماری‌های طبی (۲۱) بررسی و تایید شده است. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس سازگاری با بیماری از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی و فهرست عواطف مثبت و منفی در مورد نمونه‌های مختلف محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. ضرایب همبستگی سازگاری با بیماری با بهزیستی روانشناختی ۰/۶۵، با عاطفه مثبت ۰/۵۹، با درماندگی روانشناختی ۰/۵۱-، و با عاطفه منفی ۰/۵۷- به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی نیز با تعیین یک عامل کلی، روایی سازه مقیاس سازگاری با بیماری را مورد تایید قرار داد (۲۱).

مقیاس تاب‌آوری Connor-Davidson (CD-RISC) یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری در این مقیاس صفر و حداکثر نمره صد است. نتایج مطالعه‌ی مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرده است (۲۲). همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرایی مقیاس کافی گزارش شده‌اند (۲۲). ویژگی‌های روانسنجی فرم فارسی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ در نمونه‌های بیمار (n= ۲۷۵) و بهنجار (n= ۱۱۲۳) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند (۲۳). در این

پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۶). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و گویه‌های سه زیر مقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی نیز با تعیین سه عامل (حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان)، روایی سازه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را مورد تأیید قرار داد (۲۷).

داده‌های حاصل از این تحقیق با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ و از طریق آزمون همبستگی پیرسون و اسپیرمن و تحلیل رگرسیون گام به گام در سطح معنی داری $P < 0/01$ تحلیل شدند.

یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۳۲۷ بیمار قلبی عروقی انجام شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $52/39 \pm 6/23$ سال و دامنه‌ای از ۳۱ تا ۶۳ سال بود. میانگین طول مدت بیماری ۲/۳۸ سال و با انحراف استاندارد ۱/۷۵ سال بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش آمده است.

پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌های تاب‌آوری از ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS) یک آزمون ۲۰ گویه‌ای است و کیفیت زندگی معنوی ادراک شده را در سه حوزه بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی کلی در اندازه‌های شش درجه‌ای لیکرت از نمره یک تا شش می‌سنجد. بهزیستی مذهبی میزان ارتباط رضایت بخش فرد با خدا را می‌سنجد و بهزیستی وجودی احساس رضایت از زندگی و داشتن هدف در زندگی را اندازه می‌گیرد. نمرات بالاتر سطوح بالاتر بهزیستی و رضایت معنوی را نشان می‌دهد (۲۴، ۲۵). مطالعات متعدد تأیید کرده‌اند که این مقیاس همسانی درونی و روایی سازه مناسبی دارد (۲۵). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در پژوهش‌های ایرانی تأیید شده است.

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) می‌سنجد (۲۶). حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴ است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	درصد
سن	۵۲/۳۹	۶/۲۳		
جنس				
مرد			۱۸۹	۵۸
زن			۱۳۸	۴۲
سیگار کشیدن			۷۲	۲۲
سابقه خانوادگی			۹۸	۳۰
BMI	۲۸/۰۹	۷/۶۳		

پیش بینی میزان شدت بیماری قلبی عروقی براساس تاب‌آوری ...

ادامه جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	درصد
کلسترول بالا			۹۴	۲۹
تری‌گلیسرید بالا	۱۵/۰۷	۵/۱۳	۱۰۰	۳۰/۶
دیابت	۱۱۲/۲۵	۲۸/۷۸	۹۳	۲۸/۴
فشارخون	۴۶/۵۴	۱۲/۴۷	۱۷۱	۵۲
تاب‌آوری	۷۲/۰۶	۱۸/۸۱		
سلامت معنوی	۴۱/۵۸	۱۰/۰۵		
حمایت اجتماعی	۲۸/۲۲	۹/۱۳		
شدت بیماری قلبی (شاخص گنزینی)	۱۵/۰۷	۵/۱۹		

معنوی و حمایت اجتماعی با شدت بیماری قلبی عروقی همبستگی منفی معنادار وجود دارد ($P < 0/01$).

جدول ۲ ضرایب همبستگی بین تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی و میزان شدت بیماری قلبی عروقی را نشان می‌دهد. نتایج پژوهش نشان داد که بین تاب‌آوری، سلامت

جدول ۲: ضرایب همبستگی شدت بیماری، تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی

متغیر	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. سن	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۳	۰/۱۰	۰/۱۷**	۰/۱۳*	-۰/۲۳**	-۰/۱۳*	-۰/۱۱*	۰/۰۸	۰/۱۱*
۲. جنس	۰/۱۹**	۰/۰۷	۰/۱۷**	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۱۸**	۰/۲۱**	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۰۸
۳. سیگار	۱	۰/۰۶	۰/۱۱*	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۹	۰/۰۷	-۰/۱۱*	۰/۲۱**	-۰/۱۴**	۰/۲۰**
۴. سابقه خانوادگی	۱	۰/۰۵	۰/۱۲*	-۰/۱۶**	۰/۰۸	۰/۲۳**	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۰۷	۰/۱۴**	
۵. BMI	۱	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۰۳	-۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۲۳**		
۶. کلسترول	۱	۰/۴۳**	۰/۱۳*	۰/۱۵*	-۰/۱۱*	۰/۱۱*	۰/۰۷	۰/۲۰**			
۷. تری‌گلیسرید	۱	۰/۲۶**	۰/۱۶*	-۰/۱۳*	۰/۱۲*	-۰/۰۵	۰/۲۴**				
۸. دیابت	۱	-۰/۳۴**	-۰/۱۸**	-۰/۲۸**	۰/۰۴	۰/۲۱**					
۹. فشارخون	۱	-۰/۱۴**	-۰/۱۴**	-۰/۰۹	۰/۱۸**						

ادامه جدول ۲: ضرایب همبستگی شدت بیماری، تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی

متغیر	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱۰. تاب‌آوری								۱	۰/۵۵**	۰/۲۱**	-۰/۵۸**
۱۱. سلامت معنوی									۱	۰/۲۶**	-۰/۶۳**
۱۲. حمایت اجتماعی										۱	-۰/۱۸**
۱۳. شاخص گزینی											۱

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

شدت بیماری قلبی را تبیین می‌کند ($R^2 = 28\%$). در گام دوم با ورود متغیر سلامت معنوی، این دو متغیر یعنی تاب‌آوری و سلامت معنوی ۳۵٪ از واریانس شدت بیماری قلبی را تبیین کردند. در گام سوم ورود با متغیر حمایت اجتماعی، این متغیر توان تبیین معنادار متغیر وابسته یعنی شدت بیماری قلبی را نداشت. بنابراین شدت بیماری قلبی تنها بر اساس تاب‌آوری و سلامت معنوی قابل پیش‌بینی است و از سه متغیر تحلیل شده، فقط دو متغیر تاب‌آوری و سلامت معنوی توان پیش‌بینی شدت بیماری قلبی عروقی را داشتند (جدول ۳).

به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی تک تک متغیرهای مستقل، ضرایب رگرسیون گام به گام و معنی‌داری آنها بررسی شد (جدول ۳). در ابتدا با استفاده از تحلیل رگرسیون اثر متغیرهای دموگرافیک و بالینی کنترل شد و واریانس باقیمانده میزان شدت بیماری پس از تعدیل اثر متغیرهای سن، جنس، شاخص توده بدن، سابقه خانوادگی بیماری، دیابت، کلسترول بالا، تری‌گلیسرید بالا، مصرف سیگار و فشار خون بالا مورد استفاده قرار گرفت. نتایج رگرسیون در پیش‌بینی شدت بیماری قلبی نشان می‌دهد که در گام اول متغیر تاب‌آوری واریانس معناداری از

جدول ۳: رگرسیون شدت بیماری قلبی عروقی بر اساس متغیرهای تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی

گام	پیش‌بین	R	R ^۲	R ^۲ تعدیل شده	F	B	خطای معیار	β	t
۱	تاب‌آوری	۰/۵۳	۰/۲۸	۰/۲۷	۱۲۲/۰۴	-۰/۱۲	۰/۰۱	-۰/۵۲	-۱۱/۰۴***
۲	تاب‌آوری و سلامت معنوی	۰/۵۹	۰/۳۵	۰/۳۴	۸۴/۱۳	-۰/۰۸	۰/۰۱	-۰/۳۵	-۶/۴۴***
						-۰/۰۷	۰/۰۲	-۰/۳۱	-۵/۷۹***

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که بین تاب‌آوری و شدت بیماری قلبی عروقی رابطه منفی معنا دار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (۵، ۸، ۱۰، ۲۸، ۲۹) مطابقت می‌کند. افراد با تاب‌آوری بالا کسانی هستند که می‌توانند تحول طبیعی خود را با وجود شرایط دشوار محیط و مشکلات زندگی ادامه دهند و به جای اجتناب از مشکلات، با ارائه راه‌حل‌های موثر با مشکلات مواجه می‌شوند (مارتین، ۲۰۰۲). در حالی که استرس به عنوان یک عامل خطر عمده برای بیماری قلبی عروقی شناخته می‌شود (۳)، تاب‌آوری نوعی ترمیم خود در برابر پیامدهای منفی هیجانی، عاطفی و شناختی است (۳۰) و تاب‌آوری پایین احتمالاً منجر به پاسخ فیزیولوژیکی طولانی مدت در مواجهه با استرس می‌شود و می‌تواند خطر ابتلا به CHD را به علت استرس مزمن افزایش دهد (۸). تاب‌آوری با تعدیل و کاهش عواطف منفی ناشی از استرس (۳۰) و افزایش عواطف مثبت همراه است (۳۱) و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد را تسهیل می‌کند (کارتسوریوس و مک ایون، ۲۰۱۱). همچنین تاب‌آوری روانشناختی با مقابله با شرایط دشوار، سازگاری روانشناختی (۳۱) و رضایت از زندگی (۳۲) همراه است. بنابراین تاب‌آوری روانشناختی بالا می‌تواند فرد را در برابر آسیب‌های جسمی و روانی محافظت کند و پس از ابتلا به بیماری یا فقدان با ایجاد شرایط مثبت جسمی، روانی و اجتماعی به بهبود سریع‌تر کمک کند (۲۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سلامت معنوی و شدت بیماری قلبی عروقی رابطه منفی معنا دار وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (۳۳-۳۶) مطابقت می‌کند. مشغولیت به مذهب یا معنویت می‌تواند تنظیم هیجان‌های منفی را تسهیل کند (۳۷)، در زمان‌های پریشانی به عنوان یک منبع آرامش به فرد یاری رساند و با مقابله موثر با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی که می‌توانند منتهی به بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی شوند همراه باشد. فرایند مقابله

معنوی برایمانی استوار است که از طریق فراهم آوردن حمایت معنوی، ارتقاء دهنده سلامتی و سازگاری روانشناختی نسبت به عوامل استرس‌زا همچون بیماری‌های ناعلاج است (۳۳، ۳۴). بسیاری از افراد تجارب معنوی را سرچشمه معنابخشی به زندگی خود می‌دانند که می‌توانند به عنوان یک منبع امید تلقی شوند (۳۴)، انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی و اجتناب از رفتارهای آسیب‌زا را ترغیب کنند (۳۸)، پیش‌بین‌نیرومند کیفیت زندگی سالم باشند (۳۳) و بنابراین در کنترل بیماری‌های قلبی عروقی از اهمیت خاصی برخوردار هستند. همچنین برانگیختن معنویت در خود و پذیرش بیماری، اتخاذ یک نگرش مثبت و مشغولیت به گفتگو با خود از راهبردهای هیجان‌مدار برای شکل‌دهی مجدد طرز تفکر بیمار نسبت به بیماری است (۳۶).

نتایج این پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی و میزان شدت بیماری قلبی عروقی رابطه منفی معنا دار وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (۱۶، ۲۰، ۳۹-۴۱) مطابقت می‌کند. عضویت در شبکه اجتماعی موجب می‌شود تا فرد عهده‌دار نقش‌های هدفمندی شود که حاصل آنها حرمت خود و تعیین هدف برای زندگی (۱۶)، تعدیل استرس و تجربه عواطف مثبت و سلامت روان (۴۰) است. ارتباط اجتماعی با منافع بهبود مراقبت از بیمار، افزایش رعایت رژیم درمانی از سوی بیمار و کاهش مدت زمان بستری شدن همراه است (۴۱). از دید زیست‌شناختی، فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و هیپوتالامیک-هیپوفیز-آدرنال در مقابله با استرس به عنوان یکی از ریسک فاکتورهای بیماری قلبی عروقی محسوب می‌شود و عملکرد این سیستم‌ها نیز خود به احساس نزدیکی و صمیمیت با دیگران بستگی دارد (۴۲). از سوی دیگر، تنهایی اجتماعی با رفتارهای ناسالم از جمله سیگار کشیدن، کم‌تحركی جسمانی و کم‌خوابی همراه است. به علاوه، تنهایی اجتماعی با فرایندهای زیستی مختل از جمله فشار خون بالا، چربی خون بالا و کارکرد ایمنی ضعیف همراه است (۴۳). افراد تنها نسبت

قلبی عروقی بسیار اندک است. مطالعه حاضر به بررسی سه متغیر عمده محافظتی در زمینه بیماری‌های قلبی عروقی پرداخته و اثرات آن را با کنترل متغیرهای بالینی و دموگرافیک بر روی میزان شدت این بیماری بررسی می‌کند و از این جهت به برجسته نمودن نقش این عوامل محافظتی در حیطه بیماری‌های قلبی عروقی پرداخته است. متخصصان حوزه سلامت می‌توانند در زمینه پیشگیری و درمان بیماری قلبی عروقی، در کنار درمان‌های طبی معمول از این متغیرهای روانشناختی نیز در طرح‌ها و راهبردهای خود استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله پژوهشگران، از همکاری مسئولین بیمارستان افشار یزد جهت انجام پژوهش و همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر قدردانی می‌نمایند.

به افراد غیر تنها، از نظر جسمی انقباض قلبی و عروقی، ضربان قلب و برون ده قلبی کمتر دارند (۴۲-۴۴). آنها به احتمال بیشتر تغییراتی را در سیستم ایمنی خود نشان می‌دهند و همچنین چاق می‌باشند (۴۴). بر این اساس تنهایی اجتماعی ریسک فاکتوری برای ابتلا به بیماری قلبی عروقی است و برخورداری از حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی عمل کند.

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد متغیرهای روانشناختی؛ شامل تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی، با میزان شدت بیماری قلبی عروقی ارتباط دارند. بررسی متون پژوهشی گویای این است که مطالعات انجام شده در خصوص ارتباط عوامل روانشناختی با میزان شدت بیماری

منابع

1. Oguoma VM, Nwose EU, Ulasi II, Akintunde AA, Chukwukelu EE, Bwititi PT, et al. Cardiovascular disease risk factors in a Nigerian population with impaired fasting blood glucose level and diabetes mellitus. BMC public health. 2017 Dec;17(1):36.
2. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, Honarpour N, Wiviott SD, Murphy SA, et al. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease. New England Journal of Medicine. 2017 May 4;376(18):1713-22.
3. Williams JE, Mosley Jr TH, Kop WJ, Couper DJ, Welch VL, Rosamond WD. Vital exhaustion as a risk factor for adverse cardiac events (from the Atherosclerosis Risk In Communities [ARIC] study). The American journal of cardiology. 2010 Jun 15;105(12):1661-5.
4. Tomlinson LA, Cockcroft JR. Post-traumatic stress disorder: breaking hearts. Eur Heart J. 2011 Mar 1;32:668-9.
5. Tseng WC. A meta-analysis of effect generalizations of protective factors of resilience. Journal of Counseling & Guidance. 2006;14:1-35.
6. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. American psychologist. 2004 Jan;59(1):20.
7. Satıcı SA. Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope. Personality and Individual Differences. 2016 Nov 1;102:68-73.
8. Bergh C, Udumyan R, Fall K, Almroth H, Montgomery S. Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. Heart. 2015 Feb 10;heartjnl-2014.
9. Sharpley CF, Bitsika V, Jesulola E, Fitzpatrick K, Agnew LL. The association between aspects of psychological resilience and subtypes of depression: implications for focussed clinical treatment models. International journal of psychiatry in clinical practice. 2016 Jul 2;20(3):151-6.
10. He F, Cao R, Feng Z, Guan H, Peng J. The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: A structural equation modelling analysis. PloS one. 2013 Dec 17;8(12):e82939.
11. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: Application to clinical practice. Jama. 2000 Oct 4;284(13):1708-.
12. Renetzky LF. The fourth dimension: applications to the social services. 1977.
13. Young C, Koopsen C. Spirituality, health, and healing: An integrative approach. Jones & Bartlett Publishers; 2010 Aug 15.
14. Unantenne N, Warren N, Canaway R, Manderson L. The strength to cope: Spirituality and faith in chronic disease. Journal of religion and health. 2013 Dec 1;52(4):1147-61.
15. Taylor SE. Social support: A review. The handbook of health psychology. 2011 Mar 15;189:214.
16. Wong ST, Wu A, Gregorich S, Pérez-Stable

- EJ. What type of social support influences self-reported physical and mental health among older women?. *Journal of aging and health*. 2014 Jun;26(4):663-78.
17. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and aging*. 2010 Jun;25(2):453.
 18. Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE, Ernst JM, Burleson MH, Kowalewski RB, Malarkey WB, Van Cauter E, Berntson GG. Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic medicine*. 2002 May 1;64(3):407-17.
 19. Birditt K, Antonucci TC. Life sustaining irritations? Relationship quality and mortality in the context of chronic illness. *Social Science & Medicine*. 2008 Oct 1;67(8):1291-9.
 20. Thurston RC, Kubzansky LD. Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic medicine*. 2009 Oct;71(8):836.
 21. Besharat MA. Reliability, Validity and Factor Analysis of the Adjustment to illness Scale. Research Report. University of Tehran. 2005
 22. Besharat MA. Reliability and Validity of the 28-item Form of Mental Health Scale in Iranian Population. *Journal of Legal Medicine*. 2009, 54, 91-87.
 23. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*. 1983 Jun 1;67(6):361-70.
 24. Eysenck SB, Eysenck HJ, Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. *Personality and individual differences*. 1985 Jan 1;6(1):21-9.
 25. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life In Peplau LA & Perlman D.(Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224–237).
 26. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988 Mar 1;52(1):30-41.
 27. Bruwer B, Emsley R, Kidd M, Lochner C, Seedat S. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive psychiatry*. 2008 Apr 30;49(2):195-201.
 28. Martin A. Motivation and academic resilience: Developing a model for student enhancement. *Australian journal of education*. 2002 Apr;46(1):34-49.
 29. Felten BS, Hall JM. Conceptualizing resilience in women older than 85. *Journal of Gerontological Nursing*. 2001 Nov 1;27(11):46-53.
 30. Arrogante O, Aparicio-Zaldivar E. Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017 Oct 1;42:110-5.
 31. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and aging*. 2010 Sep;25(3):516.
 32. Cohn MA, Fredrickson BL, Brown SL, Mikels JA, Conway AM. Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*. 2009 Jun;9(3):361.
 33. Ai AL, Hopp F, Tice TN, Koenig H. Existential relatedness in light of eudemonic well-being and



- religious coping among middle-aged and older cardiac patients. *Journal of health psychology*. 2013 Mar;18(3):368-82.
34. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, Balboni TA, Wright AA, Paulk ME, Trice E, Schrag D, Petet JR, Block SD, Prigerson HG. Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *Jama*. 2009 Mar 18;301(11):1140-7.
35. Tartaro J, Luecken LJ, Gunn HE. Exploring heart and soul: effects of religiosity/spirituality and gender on blood pressure and cortisol stress responses. *Journal of Health Psychology*. 2005 Dec;10(6):753-66.
36. Roomaney R, Kagee A. Coping strategies employed by women with endometriosis in a public health-care setting. *Journal of health psychology*. 2016 Oct;21(10):2259-68.
37. McCullough ME, Willoughby BL. Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications. *Psychological bulletin*. 2009 Jan;135(1):69.
38. Piko BF, Brassai L. A reason to eat healthy: The role of meaning in life in maintaining homeostasis in modern society. *Health psychology open*. 2016 Feb 23;3(1):2055102916634360.
39. Thong MS, Kaptein AA, Krediet RT, Boeschoten EW, Dekker FW. Social support predicts survival in dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2006 Dec 12;22(3):845-50.
40. Holanda CM, Andrade FL, Bezerra MA, Nascimento JP, Neves RD, Alves SB, Ribeiro KS. Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:175-84.
41. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*. 2010 Jul 27;7(7):e1000316.
42. Murphy BM, Elliott PC, Le Grande MR, Higgins RO, Ernest CS, Goble AJ, et al. Living alone predicts 30-day hospital readmission after coronary artery bypass graft surgery. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 2008 Apr;15(2):210-5.
43. Cohen S. Social relationships and health. *American psychologist*. 2004 Nov;59(8):676.
44. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*. 2010 Jul 22;40(2):218-27.

Prediction of Severity of Cardiovascular Disease based on Resilience, Spiritual Well-being and Social Support

Mohammad Ali Besharat¹, Somayeh Ramesh^{2*}

Abstract:

Background and Objective: Biological and psychological factors are associated with cardiovascular disease. The purpose of this study was to investigate the role of resilience, spiritual well-being and social support in predicting the severity of cardiovascular disease.

Methods and Materials: A total of 327 patients with coronary artery stenosis (138 women, 189 men) participated in this study. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the Spiritual Well Being Scale (SWBS), and the Multidimensional Perceived Social Support (MSPSS) Scale and Geszin score were used to measure the severity of cardiovascular disease in order to collect data. Data were analyzed using Pearson correlation and stepwise regression.

Results: The results of the study showed that there is a significant negative correlation between resilience, spiritual well-being and social support with the severity of cardiovascular disease; that is, with increasing resilience, spiritual well-being and social support, the severity of cardiovascular disease decreases. In regression analysis after controlling risk factors, among the three variables analyzed, resilience and spiritual well-being had the ability to predict the severity of cardiovascular disease, and social support did not have such an ability, so that resilience and resilience along with spiritual health, respectively, explained 28% and 35% of the severity of cardiovascular disease severity ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the findings of this research, it can be concluded that along with the biological factors, consideration of the role of resilience, spiritual well-being and social support psychological factors in preventive and therapeutic interventions related to cardiovascular diseases is a special necessity.

Keywords: Resilience, Spiritual Well-being, Social Support, Cardiovascular Disease

1. Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
Email: Ramesh_somayeh@ut.ac.ir
Address: School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. Tel: 09133735417
2. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran