

پیش بینی بهبودی ادراک شده و بهبودی عینی براساس متغیرهای روان شناختی پس از عمل قلب

امراه ابراهیمی^۱، زهرا امام^۲، سید محمد حسن کلانتر معتمدی^۳
و حمید نصیری ده سرخی^۴

بیماریهای عروق کرونر قلب و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش و مهم ترین عامل مرگ و میر و ناتوانی در ایران است. نقش عوامل روان شناختی مثبت به عنوان تعدیل کننده در سیر بیماری و بهبودی جای بحث است. هدف پژوهش حاضر، بررسی برخی عوامل آسیب شناختی مثبت در برخی شاخص های بهبودی بعد از عمل قلب بود. بدین منظور، طی یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی، ۴۳ نفر از بیماران مراجعه کننده به مرکز قلب جماران تهران جهت انجام عمل جراحی قلب به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و از نظر بخشودگی بین فردی، نگرشهای ناکارآمد، افسردگی، اضطراب استرس و شاخص بهبودی بیماران قلبی، قبل و سه ماه بعد از عمل قلب باز مورد آزمون قرار گرفتند. تحلیل رگرسیون، نشان داد که نگرشهای ناکار آمد با افزایش نمرات افسردگی، افزایش نمرات بخشودگی با کاهش افسردگی، اضطراب و استرس همبستگی دارد. همچنین از سه خرده مقیاس بخشودگی، کنترل رنجش با هر سه متغیر افسردگی، اضطراب، استرس و مولفه ی درک واقع بینانه فقط با متغیر اضطراب رابطه ی معکوس معناداری نشان داد. به علاوه، بخشودگی و نگرشهای ناکارآمد می توانند با واسطه گری نمرات افسردگی، اضطراب و استرس، پیش بینی کننده ی تب، درد و تنگی نفس بعد از عمل جراحی باشند. به نظر می رسد عوامل روان شناختی در سیر بهبودی بیماریهای قلبی موثر است و در این بین بخشودگی، عامل موثر بر وضعیت سلامت روان و در این مسیر سلامت روان بر اساس شاخص های استرس، اضطراب و افسردگی در سیر بهبودی بیماران قلبی اثر می گذارد.

واژه های کلیدی: بیماری قلبی، بخشودگی، نگرش های ناکارآمد، استرس، اضطراب، افسردگی

مقدمه

شیوع بیماریهای عروق کرونر قلب و مرگ و میر حاصل از آن رو به افزایش است، به گونه ای که اولین علت مرگ و میر در ایران بیماری های قلبی و عروقی است (فروزانفر، سپینلو و همکاران، ۲۰۱۰).

۱. دپارتمان روانپزشکی مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده ی مسؤل) a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران (اصفهان) تهران، ایران

۳. دپارتمان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله اعظم، تهران، ایران

۴. دپارتمان روانپزشکی، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مطالعات گوناگون، نقش عوامل هیجانی و روان شناختی را در بیماریهای قلبی- عروقی از جمله استرسهای روان شناختی، خصومت، اضطراب، افسردگی و راهبرد های مقابله ای مورد تاکید قرار داده است. کنترل میزان اضطراب و افسردگی و درک نقش پیشگویی کننده گی آنها می تواند در کنترل این بیماریها در مبتلایان به بیماریهای قلبی موثر باشد (هاروت و همکاران، ۲۰۰۵). اضطراب، سبب افزایش زودگذر ضربان قلب و فشار خون، آرتیمی های دهلیزی و حتی بطنی در خلال فشار روانی می شود و می تواند مانع سازگاری روان شناختی با بیماریهای قلبی مزمن و بهبودی فیزیکی بعد از یک رخداد قلبی باشد (موسر، ۲۰۰۷). ادراک و نگرش به بیماری به عنوان یک بیماری مزمن و لاعلاج با افسردگی بیشتر و شدت علائم ارتباط نشان داده است (شری و همکاران، ۲۰۰۵) و در راستای تبیین نقش ادراک و نگرش و تحریف های شناختی در سیر بیماری و پیامدهای آن، اندرسون و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که باورهای غیر منطقی و افسردگی، پیش بینی کننده ی ادهرنس ضعیف بیماران قلبی بود. همچنین، خوش بینی کلی و افسردگی با میانجیگری کیفیت زندگی بر کیفیت توان بخشی و احساس بهزیستی بیشتر بیماران قلبی و عروقی ارتباط داشت (استیل و همکاران، ۲۰۰۴).

اخیرا تحولی در حیطه روان شناسی طبی بوجود آمده و تمایل به بررسی عوامل روان شناسی مثبت در تبیین بعد روان شناختی این اختلالات دیده می شود. مداخلات روان شناسی مثبت بر نقش متغیر بخشودگی به عنوان فاکتور متضاد با خصومت تاکید می کند. از دیدگاه مک کالوف (۲۰۰۳) بخشودگی، ویژگی است که در اثر آن، شخصی که در روابط بین فردی، مورد آزار یا آسیب (مانند اهانت یا خیانت) قرار گرفته است، خطای فرد خاطی را می بخشد. بدین ترتیب بر احساس خصومت خود غلبه پیدا می کند. پژوهش ها نشان داده است که فعالیت مغز در زمان نابخشودگی همانند فعالیت آن در زمان تنیدگی، خشم و پرخاشگری است. ورتینگتون (۲۰۱۰) با آزمایش خون افراد دارای نابخشودگی دراز مدت، دریافتند که ویژگی بخشودگی با میزان چسبندگی خون ارتباط منفی و با فعالیت سیستم های پیشگیری از مسمومیت، ارتباط مثبت داشت.

الگوی هورمونی، به ویژه آزاد شدن گلوکوکورتیکوئیدها (به ویژه کورتیزول) در زمان نابخشودگی، شبیه به مسیرهای هورمونی در زمان هیجانهای منفی مرتبط با تنیدگی است (احتشام-زاده، ۲۰۱۱). به این ترتیب توانایی بخشودگی و خوش بینی، پیش بینی کننده ی افسردگی و کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی تلقی شده است (اروین و همکاران، ۲۰۰۱). پژوهشهای اخیر، نقش میانجی های شناختی همچون نگرشهای ناکارآمد و خطاهای شناختی را در پیامدها و کیفیت زندگی مبتلایان به بیماریهای قلبی - عروقی نشان داده است و تحریف های شناختی، سبک اسنادی و

درماندگی آموخته شده، احساس خودکارآمدی (اروین و همکاران، ۲۰۰۱) و باورهای غیرمنطقی (اندرسون، ۲۰۱۴) به نوعی در تبیین پیامد های بیماری قلبی - عروقی نقش داشته است. هدف این پژوهش بررسی عوامل آسیب شناسی روانی، شناختی وهم روان شناسی مثبت در شاخص های بهبودی بعد از عمل قلب است.

روش

این پژوهش، یک مطالعه ی توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه ی آماری، شامل بیماران مراجعه کننده به مرکز قلب جماران شهر تهران بود که به منظور انجام عمل جراحی قلب مراجعه کرده بودند که تعداد ۴۳ نفر از بیماران کاندید عمل قلب واجد ملاک های ورود به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و وارد پژوهش شدند. ملاک ورود، کاندید عمل قلب به تشخیص متخصص قلب سواد خواندن و ابراز رضایت کامل برای ورود به مطالعه بود. ملاکهای خروج عدم رضایت بیمار یا عدم تایید پزشک برای پرکردن پرسشنامه، وجود همزمان بیماریهای جدی و مزمن دیگر نظیر اختلالات نورولوژی و شناختی، اختلالات روان پزشکی یا علائم سایکوز بود. با توجه به شرایط حساس و ویژه ی بیماران، پژوهشگر اجرایی (کارشناس ارشد روان شناسی)، همراه یک رزیدنت داخلی قلب، با مقیاس بخشودگی بین فردی^۱، پرسشنامه ی نگرشهای ناکارآمد^۲، مقیاس افسردگی اضطراب و استرس^۳ و شاخص بهبودی بیماران قلبی، آنها را مورد آزمون قرار دادند. سه ماه بعد از عمل قلب و با صلاحدید پزشک معالج در هنگام مراجعه ی منظم بیمار به مطب یا بیمارستان، مجدداً آزمون ها اجرا شد. مقیاس شاخص های بهبودی توسط رزیدنت و پزشک معالج بر اساس پرونده و معاینه تکمیل شد.

مقیاس بخشودگی بین فردی (IFI-25)، توسط احتشام زاده و همکاران (۲۰۱۱) اعتباریابی شده و یک مقیاس معتبر و پایا، برای سنجش میزان بخشودگی خطای دیگران در موقعیتهای بین فردی است. این مقیاس از سه عامل و ۲۵ ماده تشکیل شده است. آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۹۲ و اعتبار سازه ی آن ۰/۹۸ گزارش شده است (احتشام زاده و همکاران، ۲۰۱۱).

پرسشنامه ی نگرشهای ناکارآمد DAS-26، توسط ابراهیمی و همکاران (۲۰۰۸) از پرسشنامه ی ۴۰ گویه ای بک و وایزمن در جمعیت بالینی ایرانی استخراج و هنجاریابی شده است. آلفای کرونباخ این

1. Interpersonal Forgiveness Inventory
2. Dysfunctional Attitude Scale (DAS-26)

3. Interpersonal Forgiveness Inventory DASS

پرسشنامه ۰/۹۲ و اعتبار پیش بینی آن ۰/۵۶ گزارش شده است. مقیاس DAS-26 دارای ۲۶ جمله است که آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه ای به آن پاسخ می دهد. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، به وسیله ی لوویند در سال ۱۹۹۵ طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه سه وضعیت روانی اضطراب افسردگی و استرس را مورد ارزیابی قرار می دهد. ضریب آلفای محاسبه شده برای خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش شده است (افضلی و همکاران، ۲۰۰۷).

شاخص بهبودی بیماران قلبی (CRI)، با استفاده از پرسشنامه ی روند بهبود و برحسب شاخص های بهبودی پس از انجام جراحی قلب از پرونده ی پزشکی بیماران استخراج شده است. این پرسشنامه یک آزمون ۱۰ سوالی با دو خرده مقیاس بهبودی ادراک شده و بهبودی عینی است. اعتبار محتوایی این پرسشنامه، بر اساس نظر تعدادی از متخصصان قلب تایید شده است.

برای تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. داده ها با بیستمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته ها

تعداد کل افراد نمونه در پژوهش حاضر ۴۴ نفر بودند (از ۵۶ نفر، ۱۲ نفر ریزش داشتند) که از این تعداد ۲۶ نفر مرد و ۱۸ نفر زن بودند. میانگین سنی کل گروه نمونه $51/5 \pm 7/7$ ، کمترین سن ۴۱ و بیشترین سن ۶۹ بود. در گروه مردان و زنان به ترتیب میانگین سنی $48/8 \pm 5/3$ و $53/4 \pm 8/7$ بود. در جدول ۱ مولفه های توصیفی متغیرها ارائه شده است.

جدول ۱. مولفه های توصیفی متغیرهای مورد بررسی

بعد از عمل		قبل از عمل		
sd	M	sd	M	
۵/۹	۱۴/۰۳	۶/۵۸	۱۵/۲۴	افسردگی
۴/۸۴	۱۳/۵	۵/۳۵	۱۵/۲۷	اضطراب
۷/۷۲	۱۴/۹۵	۷/۳	۱۵/۴۸	استرس
۱۲/۸۹	۴۴/۷۸	۱۳/۷۵	۴۶/۸۹	نگرشهای ناکارآمد
۲/۸۷	۳۲/۰۱	۳/۲۷	۳۶/۰۹	ارتباط مجدد
۴/۰۴	۲۱/۱۷	۳/۹۴	۲۲/۴۴	کنترل رنجش
۷/۱۴	۱۶/۳۶	۶/۶۱	۱۸/۷۰	درک واقع بینانه
۱/۲۷	۲/۱۱	۱/۲۱	۲/۸۴	بهبودی: کلاس ارسایی قلبی

در جدول ۲، خلاصه ی تحلیل رگرسیون رابطه ی نگرش های ناکارآمد و مولفه های بخشودگی در آسیب پذیری روان شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) قبل و بعد از عمل ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه ی تحلیل واریانس رگرسیون متغیرهای نگرشهای ناکارآمد، ارتباط مجدد، کنترل رنجش، درک واقع بینانه در افسردگی، اضطراب و استرس قبل و بعد از عمل

متغیر	مرحله	منبع	df	F	Sig.	R	R ^۲
افسردگی	قبل از عمل	رگرسیون	۴	۳/۹۵	۰/۰۰۹	۰/۵۳۷	۰/۲۸۸
		باقی مانده	۳۹				
	بعد از عمل	رگرسیون	۴	۵/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۰/۳۹
		باقی مانده	۳۹				
اضطراب	قبل از عمل	رگرسیون	۴	۳/۴۰۵	۰/۰۱	۰/۵۱۴	۰/۲۶۴
		باقی مانده	۳۹				
	بعد از عمل	رگرسیون	۴	۲/۸۱۰	۰/۰۳	۰/۴۷۳	۰/۲۲۴
		باقی مانده	۳۹				
استرس	قبل از عمل	رگرسیون	۴	۲/۷۰۵	۰/۰۴	۰/۴۶۶	۰/۲۱۰
		باقی مانده	۳۹				
	بعد از عمل	رگرسیون	۴	۳/۴۱۴	۰/۰۱	۰/۵۰۹	۰/۲۵
		باقی مانده	۳۹				

نتایج تحلیل رگرسیون چند گانه به شیوه ی استاندارد نشان داد که با ورود متغیرهای پیش بین به معادله، میزان R و R^۲ قبل و بعد از عمل برای افسردگی به ترتیب به ۰/۵۳۷، ۰/۲۸۸ و ۰/۶۰۳، ۰/۳۹ است که به لحاظ آماری معنادار است. در حدود ۲۹ درصد و ۳۶ درصد از واریانس متغیر افسردگی توسط متغیرهای پیش بین تبیین شده است. میزان این تبیین در مرحله ی بعد از عمل بیشتر است و برای اضطراب نتایج رگرسیون چند گانه به شیوه ی استاندارد نشان داد که با ورود متغیرهای پیش بین به معادله در مرحله قبل و بعد از عمل میزان R و R^۲ به ترتیب به ۰/۵۱۴ و ۰/۲۲۶، ۰/۴۷۳ و ۰/۲۲۴ رسید که به لحاظ آماری معنادار است. بر این اساس، می توان گفت در مرحله ی قبل و بعد از عمل به ترتیب در حدود ۲۶ درصد و ۲۲ درصد از واریانس متغیر اضطراب توسط متغیرهای پیش بین تبیین شده است و در نهایت نتایج رگرسیون چند گانه به شیوه ی استاندارد، نشان داد که با ورود متغیرهای پیش بین قبل و بعد از عمل به معادله، میزان R و R^۲ به ترتیب به ۰/۴۶۶ و ۰/۲۱۰، ۰/۵۰۹ و ۰/۲۵ رسید که به لحاظ آماری معنادار است (جدول ۳). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بین، حاکی از آن است که وقتی

قبل و بعد از عمل نمره ی کل افسردگی نقش وابسته را داشته باشد، فقط متغیرهای نگرشهای ناکارآمد و کنترل رنجش قبل و بعد از عمل با افسردگی، به ترتیب رابطه ی مثبت و منفی معنادار دارند، ضرایب رگرسیون نیز نشان می دهد که میزان رابطه ی بین دو متغیر قبل از عمل در مقایسه با بعد از عمل، کمی بیشتر شده است که البته میزان این تغییر تقریباً ناچیز است. همچنین وقتی نمره ی کل اضطراب قبل و بعد از عمل نقش وابسته را داشته باشد، در مرحله ی قبل از عمل متغیرهای کنترل رنجش و درک واقع بینانه با اضطراب رابطه ی منفی معنادار دارند و در مرحله ی بعد از عمل نیز فقط متغیر کنترل رنجش با اضطراب رابطه ی منفی معنادار دارد. وقتی نمره ی کل استرس، قبل و بعد از عمل نقش وابسته را داشته باشد در مرحله ی قبل و بعد از عمل فقط متغیر کنترل رنجش با اضطراب رابطه منفی معنادار دارد و سایر متغیرهای دارای رابطه معنادار نیستند. در ادامه برای بررسی رابطه ی متغیرهای نمرات خرده مقیاسهای بخشودگی نگرشهای ناکارآمد (سطح اول) افسردگی، استرس و اضطراب (واسطه) با شاخصهای بهبود جسمی مثل تب، سمع ریه، صدای قلب، درد، تنگی نفس و نسبت تخلیه ی بطنی بعد از عمل از رگرسیون لجستیک استفاده شده است.

جدول ۳. نتایج رگرسیون لجستیک برای پیش بینی جستجوی وضعیت تب، درد و تنگی نفس با استفاده از متغیرهای مستقل

درد و تنگی نفس				تب				
Exp(B)	Sig.	والد	B	Exp(B)	Sig.	والد	B	متغیرهای وارد شده
۰/۰۵۵	۰/۷۳۴	۰/۱۱۶	۰/۰۵۴	۱/۰۶۰	۰/۶۴۳	۰/۲۱۵	۰/۰۵۸	نگرشهای ناکارآمد
۰/۹۹۳	۰/۹۶۵	۰/۰۰۲	-۰/۰۰۷	۰/۹۷۹	۰/۸۷۴	۰/۰۲۵	-۰/۰۲۱	ارتباط مجدد
۱/۰۴۰	۰/۷۲۰	۰/۱۲۹	۰/۰۳۹	۱/۰۳۷	۰/۶۶۶	۰/۱۸۶	۰/۰۳۶	کنترل رنجش
۰/۹۵۴	۰/۵۳۸	۰/۳۸۰	۰/۰۴۷	۱/۰۲۳	۰/۶۹۸	۰/۱۵۰	۰/۰۲۲	درک واقع بینانه
۰/۲۲۷	۰/۰۱۰	۶/۰۵۸	-۱/۴۸	۱/۰۶۰	۰/۱۷۶	۰/۱۵۳	۰/۰۶۴	افسردگی
۰/۳۳۲	۰/۰۴۶	۵/۰۰۱	-۱/۱۰	۰/۱۷۶	۰/۰۴۵	۵/۱۷۶	-۱/۷۴	اضطراب
۰/۳۵۹	۰/۰۳۸	۴/۰۴۲	-۱/۰۲	۰/۱۵۷	۰/۰۳۳	۶/۱۱۹	-۱/۸۵	استرس
۰/۱۵۱	۰/۷۸۴	۰/۰۷۵	-۱/۸۹	۰/۲۸۹	۰/۰۵۰	۵/۵۶۷	-۱/۲۴	ثابت

جدول ۴، ضرایب رگرسیون (B)، آماره‌های والد، سطح معناداری و نسبت شانسی [Exp(B)] مربوط به هر پیش بین را نشان می دهد. آزمون والد نشان می دهد که فقط دو متغیر استرس و اضطراب به لحاظ آماری پیش بین‌های معنادار وضعیت نرمال تب هستند. تاثیر استرس و اضطراب روی تب نرمال هر دو

جدول ۴. ضرایب رگرسیون متغیرهای نگرشهای ناکارآمد، ارتباط مجدد، کنترل رنجش درک واقع بینانه قبل و بعد از عمل

متغیر	مرحله	متغیر	ضریب	sd	β	t	Sig.	SPC*
		ثابت	۳۴/۴۹	۱۰/۲۷	-	۳/۳۵	۰/۰۰۲	-
	قبل از عمل	۱	-۰/۲۶۹	-۰/۳۱۶	-۰/۱۳۴	-۰/۸۴۷	۰/۴۰۲	-۰/۱۱۴
		۲	-۰/۶۷۱	۰/۲۳۷	-۰/۴۰۲	-۲/۸۲	۰/۰۰۷	-۰/۳۸۳
		۳	-۰/۱۴۲	۰/۱۵۶	-۰/۱۴۲	-۰/۹۰۸	۰/۳۷۰	-۰/۱۲۳
		۴	۰/۱۷۶	۰/۰۷۷	۰/۳۶۸	۲/۲۹	۰/۰۲۷	-۰/۳۱۰
افسردگی		ثابت	۳۰/۱۵	۸/۹۳	-	۳/۳۷	۰/۰۰۲	-
	بعد از عمل	۱	-۰/۲۷۶	۰/۳۲۶	-۰/۱۳۵	-۰/۸۴۷	۰/۴۰۲	-۰/۱۰۸
		۲	-۰/۶۶۲	۰/۲۰۳	-۰/۴۵۴	-۳/۲۵	۰/۰۰۲	-۰/۴۱۶
		۳	-۰/۰۹۵	۰/۱۳۳	-۰/۱۱۶	-۰/۷۲۴	۰/۴۷۳	-۰/۰۹۲
		۴	۰/۱۸۷	۰/۰۷۷	۰/۴۰۸	۲/۴۳	۰/۰۱۹	۰/۳۱۲
		ثابت	۲۸/۲۵	۸/۴۹	-	۳/۳۲	۰/۰۰۲	-
	قبل از عمل	۱	۰/۰۰۳	۰/۲۶۳	۰/۰۰۲	۰/۰۱۱	۰/۹۹۱	۰/۰۰۲
		۲	۰/۴۸۶	۰/۱۹۵	-۰/۳۵۹	-۲/۴۸	۰/۰۱۷	-۰/۳۴۲
		۳	-۰/۲۸۳	۰/۱۲۹	-۰/۳۴۹	-۲/۱۹	۰/۰۳۴	-۰/۳۰۱
		۴	۰/۰۶۶	۰/۰۶۳	۰/۱۷۰	۱/۰۴۳	۰/۳۰۴	۰/۱۴۳
اضطراب		ثابت	۲۶/۳۲	۵/۰۶	-	۳/۲۵۵	۰/۰۰۲	-
	بعد از عمل	۱	-۰/۲۲۰	۰/۲۹۷	-۰/۱۳۱	۰/۷۴۲	۰/۴۶۳	-۰/۱۰۵
		۲	-۰/۴۵۱	۰/۱۸۴	-۰/۳۷۷	-۲/۴۵	۰/۰۱۹	-۰/۳۴۶
		۳	-۰/۰۴۱	۰/۱۲۱	-۰/۰۶۰	-۰/۳۳۷	۰/۷۳۸	-۰/۳۴۸
		۴	۰/۱۰۰	۰/۰۶۹	۰/۲۶۵	۱/۴۳۵	۰/۱۵۹	۰/۲۰۲
		ثابت	۲۹/۹۷	۱۱/۹۹	-	۲/۴۹۹	۰/۰۱۷	-
	قبل از عمل	۱	۰/۰۳۴	۰/۳۷۱	-۰/۰۱۵	-۰/۰۹۰	۰/۹۲۹	-۰/۰۱۳
		۲	-۰/۷۸۴	۰/۲۷۶	-۰/۴۲۳	-۲/۸۴	۰/۰۰۷	-۰/۴۰۳
		۳	۰/۰۷۰	۰/۱۸۲	-۰/۰۶۳	-۰/۳۸۲	۰/۷۰۴	-۰/۰۵۴
		۴	۰/۱۲۰	۰/۰۹۰	۰/۲۲۵	۱/۳۳	۰/۱۸۹	۰/۱۸۹
استرس		ثابت	۲۹/۲۷	۱۲/۵۸	-	۲/۳۲	۰/۰۲۵	-
	بعد از عمل	۱	-۰/۰۴۶	۰/۴۶۲	۲/۳۲	-۰/۱۰۰	۰/۹۲۱	-۰/۰۱۴
		۲	-۰/۸۹۶	۰/۲۸۶	-۰/۱۰۰	-۳/۱۲	۰/۰۰۳	-۰/۴۳۱
		۳	۰/۰۳۹	۰/۱۸۸	-۳/۱۲	۰/۱۹۲	۰/۸۴۹	۰/۰۲۶
		۴	۰/۱۲۳	۰/۱۰۸	۰/۱۹۲	۱/۱۴۲	۰/۲۶۰	۰/۱۵۷

*Semi - Partial Correlation

۱.ارتباط مجدد؛ ۲.کنترل رنجش؛ ۳. درک واقع بینانه؛ ۴. نگرشهای ناکارآمد

منفی است. به شرط یکسان بودن سطح اضطراب، به ازای یک واحد افزایش در نمره ی استرس احتمال تب نرمال تقریباً ۰/۱۶ کاهش می‌یابد. به همین ترتیب، به شرط کنترل استرس به ازای یک واحد افزایش در نمره ی اضطراب احتمال تب نرمال تقریباً ۰/۱۸ کاهش می‌یابد.

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان داد که افسردگی بیماران چه قبل و چه بعد از عمل توسط برخی عوامل روان شناختی مثبت (در اینجا کنترل رنجش و درک واقع بینانه از مولفه های بخشودگی در روابط بین فردی) و نگرش های ناکارآمد پیش بینی می شود. این یافته ها از نتایج مطالعه اروین و همکاران (۲۰۰۱) حمایت می کند. نامبردگان نیز نشان دادند که تحریف های شناختی، خودکارآمدی و خوش بینی به عنوان یک مولفه ی روان شناختی مثبت، افسردگی در سیر بیماری قلبی را پیش بینی می کنند و این نتایج با یافته های شری و همکاران (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه نحوه ی نگرش و ادراک بیماری و باورهای منفی نسبت به پیامدهای درمان بیماری قلبی با افسردگی ارتباط پیش بینی کننده ای داشت، همسویی دارد.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد، واریانس نمرات افسردگی و سایر شاخص های سلامت روان نظیر احساس استرس و اضطراب، هم توسط تحریف های شناختی و نگرش های ناکارآمد و هم، سرمایه ی روان شناختی توان بخشودن را تبیین می کند. این یافته با نتایج مطالعه ی اندرسون و همکاران (۲۰۱۴) که نشان دادند باورهای غیر منطقی، پیش بینی کننده ی افسردگی در بیماران قلبی - عروقی است، همسویی دارد. از آنجایی که تصور می شود خصومت و رنجش به عنوان متغیر های آسیب شناسانه با وخامت بیماری های قلبی - عروقی ارتباط دارد، به نظر می رسد که نگاه به موضوع از زاویه روان شناسی مثبت حاکی از آن است که شاید ویژگی های متعارض با این خصوصیات نظیر خوش بینی و بخشودگی، بتواند افسردگی و استرس را به عنوان حلقه ی ارتباطی با پیامدهای بیماری قلبی کاهش دهد. یافته های این مطالعه، هماهنگ با یافته های اروین و همکاران (۲۰۰۱) و استیل و همکاران (۲۰۰۴) از تبیین فوق حمایت می کند.

از سوی دیگر، یافته ها نشان داد در سطح دوم، افسردگی و اضطراب پیش بینی کننده ی شاخص تب بعد از عمل بیماران بود. این یافته ها از نتایج بشارت (۲۰۰۸) در خصوص نقش عوامل هیجانی و روان شناختی در بیماریهای قلبی - عروقی و اینکه استرس زیاد می تواند فشار وارده بر رگ های خونی و عضلات قلب و عروق را در بیماران قلبی افزایش دهد، حمایت می کند. همچنین با یافته های هاروت

و همکاران (۲۰۰۵) هماهنگ است. به نظر می رسد مطابق با یافته های موسر (۲۰۰۷) اضطراب، مانع سازگاری روان شناختی با بیماریهای قلبی مزمن و بهبودی فیزیکی بعد از یک رخداد قلبی است. مشکلات سازگاری در آن دسته از بیماران قلبی بیشتر گزارش شده است که پیش از بیماری، مشکلات هیجانی، اجتماعی و استرس بیشتری داشته اند. اضطراب، افسردگی، تنفر و انکار بیش از اندازه، روند بهبودی بیماری را به تاخیر می اندازد (روست و همکاران، ۲۰۱۰). این یافته با نتایج پژوهش های بیگدلی و رحیمیان (۲۰۱۱) همخوانی دارد. درجات بالای اضطراب می تواند نگرانی درمورد کیفیت زندگی در بین بیماران با بیماری قلبی - عروقی را افزایش دهد و توانایی بیماران را برای مراقبت از خودشان از بین می برد. بیمارانی که خیلی مضطرب هستند، اغلب نمی توانند یاد بگیرند تا بر اساس اطلاعات برای سبک زندگی عمل کنند و عمل به دستورات درمانی برایشان سخت است. بیماران مضطرب آهسته تر و کندتر به کار بر می گردند و این یافته قابل درک بوده و مورد انتظار است که اضطراب بعد از عمل با متغیرهای نگرش های ناکارآمد، ارتباط مجدد، کنترل رنجش، درک واقع بینانه قبل از عمل، سن و جنس رابطه معنادار داشته و قابل پیش بینی باشد.

نویسندگان بر خود لازم می دانند از مدیریت و کادر درمانی بیمارستان قلب بقیه الله تهران، بیماران شرکت کننده و همراهانشان و همچنین مدیریت مرکز تحقیقات روان تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکر کنند.

References

- Afzali, A., Delavar, A., Borjali, A., & Mirzamani, M. (2007). Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 5(2), 81-92. (Persian)
- Anderson, Derek R., Emery, Charles. F. (2014). Irrational health beliefs predict adherence to cardiac rehabilitation: A pilot study. *Health Psychology*, Vol 33(12), Dec, 1614-1617.
- Bigdeli, I., & Rahimian, E. (2011). The Effectiveness of Group Contracting and Behavioral Activation Therapy on Depression, Anxiety and Marital Stress in Patients with Coronary Heart Disease. 3. 2 (4), 19-27. (Persian)
- Ebrahimi, A., Neshatdoost, H., Kalantari, M., Molavi, H., & Asadollahi, G. (2008). Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscales to prediction and odds ratio of depression. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 9 (4), 52-58. (Persian)
- Ehteshamzadeh, P., Ahadi, H., Enayati, M.S., Heidari, A. (2011). *Construct and Validation of A Scale for Measuring Interpersonal Forgiveness*. Volume ۱۶, 4, 443-455. (Persian)
- Forouzanfar, M. H., Sepanlou, S.G., Shahraz, S., Dicker, D., Naghavi, P., Pourmalek, F., & et al. (2010). Evaluating causes of death and morbidity in Iran, global burden of diseases, injuries, and risk factors study. *Arch Iran Med*. 17(5), 304 – 320. (Persian)
- Haworth, J. E., Moniz-Cook, E., Clark, A. L., Wang, M., Waddington, R., & Cleland, J. G.F. (2005). Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. *European Journal of Heart Failure*, 7(5), 803-808.
- Irvine, J., Stewart, D., & Abbey, S. (2001). Psychological factors and depressive symptoms in ischemic heart disease. *Health Psychol*. 20(2), 141-5.
- McCullough, M. E. (2003). Forgiveness, forbearance and time: The temporal unfolding of transgression-related interpersonal motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 540-557.
- Moser, D. K. (2007). "The Rust of Life": Impact of Anxiety on Cardiac Patients, *American Journal of Critical Care*, 16, 361-369.

- Roest, A. M., Martens, E., Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56, 1, 29, 38–46
- Sherry, L. Grace Suzan Krepostman, Dina Brooks, Heather Arthur, Pat Scholely, Neville Suskin, Susan Jaglal, Beth L., Abramson, and Donna E. Stewart(2005). Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex. *J Psychosom Res*, 59(3), 153–160.
- Steele, A., & Wade, T. D. (2004). the contribution of optimism and quality of life to depression in an acute coronary syndrome population. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 3(3), 231-7.
- Worthington, E. L. (2010). *Forgiveness and reconciliation: Theory and application*. New York: Brunner/Routledge.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 42), pp. 27-36, 2017

Prediction of perceived and actual improvement following a heart surgery based on Psychological variables

Ebrahim, Amrolah

**Psychosomatic Research Center, Dept. of Psy., University of Medical Sciences
Isfahan, Iran.**

Emam, Zahra

**Dept. of Psychology, Tehran University of Science and Research Branch of Isfahan,
Tehran, Iran**

Kalantar Motamedi, Seyed Mohammad Hassan

**Dept. of Medicine, Bagheeyatalah aazam University of Medical Sciences, Tehran Iran
Nasiri Dehsorkhi, Hamid**

Psychosomatic Research Center, University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received: Jan 25, 2016

Accepted: Feb 28, 2016

Coronary heart disease and deaths resulting from it are rising and is the most important factor for mortality and disability in Iran. The role of positive psychological factors as mediators in the disease course and recovery process is debatable. The aim of this study is to evaluate particular positive psychopathological factors in relation to certain indicators of recovery after heart surgery. Therefore, in a correlational descriptive study, 43 patients, referred for heart surgery to Jamaran Heart Center in Tehran, were selected through availability sampling method and assessed for forgiveness, dysfunctional attitudes, depression, anxiety, stress, and cardiac recovery index prior to, after, and three month following heart surgery. Regression analysis revealed correlation between dysfunctional attitude and increase in depression, increase in forgiveness and decrease in depression, anxiety, and stress. Furthermore, from the three subscales of forgiveness, resentment control with all three variables of depression, anxiety, and stress; and the variable of realistic understanding only with anxiety showed a significant inverse relationship. Additionally, forgiveness and dysfunctional attitudes can predict after surgery fever, pain, and shortness of breath through mediation of depression, anxiety, and stress scores. It seems that psychological factors are effective on recovery process of heart diseases from which forgiveness is the influencing factor on psychological health and in this way, psychological health, based on indicators of stress, anxiety, and depression, affect recovery process of patients with hearth diseases.

Keywords: Heart disease, Forgiveness, Dysfunctional attitudes, Stress, Anxiety, Depression

Electronic mail may be sent to: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir