

## مقاله پژوهشی اصیل

## بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلب: نقش تاب‌آوری و امید به زندگی

سارا رضایی<sup>۱</sup>، کارشناس ارشد روان‌شناسی\* شادی دهقان‌زاده<sup>۲</sup>، دکترای پرستاریبهمن اکبری<sup>۳</sup>، دکترای روان‌شناسی

## خلاصه

هدف. مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش تاب‌آوری و امید به زندگی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلب طراحی و اجرا شد.

زمینه. با توجه به اهمیت بهزیستی روان‌شناختی در ارتقای سلامت بیماران مبتلا به نارسایی قلب، بررسی متغیرهای تاثیرگذار بر آن همچون تاب‌آوری و امید به زندگی از اهمیت برخوردارند.

روش کار. این پژوهش یک مطالعه توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری این مطالعه کلیه بیماران مبتلا به نارسایی قلب شهر رشت در سال ۱۳۹۷ بودند. شرکت‌کنندگان پژوهش ۲۶۵ بیمار مبتلا به نارسایی قلب بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی "ریف"، تاب‌آوری "کونور و دیویدسون" و امید به زندگی "اشنایدر" و همکاران استفاده شد. داده‌های حاصل از مطالعه با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها. نتایج این پژوهش حاکی از ارتباط مثبت و معنادار بهزیستی روان‌شناختی با تاب‌آوری ( $r=0/386$ ) و امید به زندگی ( $r=0/396$ ) در بیماران مبتلا به نارسایی قلب بود. همچنین، نتایج رگرسیون حاکی از آن بود که خرده‌مقیاس‌های تفکر عاملی و تاثیرات معنوی قادرند  $0/228$  از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی بیماران نارسایی قلب را پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری. با توجه به عوامل تعیین‌کننده بهزیستی روان‌شناختی در این پژوهش می‌توان با اجرای مداخلاتی همچون برنامه‌های آموزش تاب‌آوری و درمان‌های روان‌شناختی متمرکز بر امید، بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلب و کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری افزود.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، امید به زندگی، نارسایی قلب

۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران  
 ۲ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (\*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: dehghanzadeh@iaurasht.ac.ir  
 ۳ دانشیار، گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

## مقدمه

نارسایی قلب یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در کشورهای توسعه یافته است و در ایالات متحده تبدیل به یک اپیدمی شده است (پونیکووسکی و همکاران، ۲۰۱۶). این بیماری در کشورهای در حال توسعه نظیر ایران از شیوع بیشتری برخوردار است؛ شیوع نارسایی قلب در ایران ۳۵۰۰ مورد به ازای ۱۰۰ هزار نفر جمعیت گزارش شده است که دو برابر شیوع این بیماری در آمریکا است (حکمت‌پو و همکاران، ۲۰۱۰). از مشکلات این بیماری مزمن، فشار اقتصادی و بالینی تحمیل شده بر بیمار، خانواده و جامعه است (سالمانکا-بوتیستا و همکاران، ۲۰۱۶). بیماران مبتلا به نارسایی قلب علاوه بر مشکلات مالی، کاهش کیفیت زندگی، وضعیت عملکردی نامطلوب و محدودیت عملکرد جسمی و اجتماعی را تجربه می‌کنند (وو، ۲۰۱۶). نشانه‌های بیماری از جمله تنگی نفس، عدم تحمل فعالیت، سرفه، خستگی، ادم، احتقان ریه و احتباس مایعات (مان، ۲۰۱۴) و افسردگی تاثیر منفی بر زندگی روزمره، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی بیمار دارند و استرس‌های روان‌شناختی را به بیمار تحمیل می‌کنند (آلمان و همکاران، ۲۰۰۹). عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در وضعیت سلامت و عملکرد بیماران نارسایی قلب دارند، زیرا نگرانی‌های روان‌شناختی بر چگونگی نگاهشان به بیماری و انطباق با نارسایی قلب موثر است (بکلمن و همکاران، ۲۰۰۷). بنابراین، پرستاران با شناخت وضعیت روان-شناختی این بیماران قادر خواهند بود برنامه مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلب را مبتنی بر مشکلات روان‌شناختی آنان برنامه‌ریزی کنند و کیفیت مراقبت را ارتقاء بخشند (سیرلی و همکاران، ۲۰۱۷).

امروزه بهزیستی روان‌شناختی بیش از پیش در مطالعات حوزه پزشکی مورد توجه قرار گرفته است (مسترز، ۲۰۰۷). این متغیر روان-شناختی می‌تواند از افراد در مقابل مشکلاتی مانند افسردگی محافظت کند. در بیماران مبتلا به نارسایی قلب برخورداری از بهزیستی روان‌شناختی مناسب، وضعیت سلامت مرتبط با بیماری قلبی را ارتقاء می‌بخشد (بکلمن و همکاران، ۲۰۰۹). بهزیستی روان‌شناختی به معنای فقدان عواطف منفی، رضایتمندی از زندگی و مجموعه‌ای از پدیده‌هایی است که پاسخ‌های هیجانی افراد، قلمروی رضایت‌ها و ارزیابی‌های کلی از زندگی را شامل می‌شود (محمدی و همکاران، ۱۳۹۲). ریف بهزیستی روان‌شناختی را سازه‌ای چند بعدی متشکل از ۶ حوزه عملکرد مثبت می‌داند. به نظر وی عملکرد روانی باید برحسب پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)، رشد شخصی (احساس رشد مداوم)، هدفمند بودن در زندگی (داشتن هدف و معنی دادن به زندگی)، ارتباط مثبت با دیگران (برقراری روابط صمیمی با دیگران و توانایی همدلی)، کنترل محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) و خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در برابر فشارهای اجتماعی) ارزیابی شود (شبان و همکاران، ۱۳۹۴).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی دارای ویژگی‌های مثبت فراوانی هستند، از جمله درگیری بیشتر با فعالیت‌های معنادار، خودکارآمدی، سبک تبیینی خوش‌بینانه، گزارش دادن هیجانات مثبت روزمره، روابط بین فردی عمیق، رضایت از زندگی، گشودگی نسبت به تجارب، عواطف مثبت، استقلال و برون‌گرایی (هوشیاری و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین، شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهند حوادث نامطلوب زندگی از جمله بیماری‌های قلبی قادرند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تاثیر قرار دهند (بکلمن و همکاران، ۲۰۰۹). بیماران قلبی به علت بیماری‌شان تحت فشارها و استرس‌های روانی بالایی هستند و بهزیستی روانی آنها در معرض خطر است. علیلو و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود دریافتند که بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی، نسبتاً متوسط و حتی پایین است و همچنین، در مقایسه با افراد سالم به طور قابل توجهی کمتر است. مطالعات انجام گرفته در خارج از کشور از جمله ایالات متحده نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به نارسایی قلب علامت‌دار با بهزیستی روان‌شناختی پایین، از وضعیت سلامت قلبی نامطلوبی برخوردار هستند (بکلمن و همکاران، ۲۰۰۷) و اجرای مداخلاتی در جهت ارتقای بهزیستی روان-شناختی به ویژه با تاکید بر معنا و صلح‌جویی باعث کاهش خلق افسرده این بیماران می‌شود (میلز، ۲۰۱۵).

کنار آمدن موفقیت‌آمیز فرد با عوامل استرس‌زا و موقعیت‌های دشوار زندگی علاوه بر بهزیستی روان‌شناختی به توانمندی دیگری نیاز دارد که تاب‌آوری نامیده می‌شود (پسنیدیه و زارع، ۱۳۹۵). تاب‌آوری فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار زندگی است که باعث حفظ آرامش در شرایط استرس‌زا و تجربه احساسات مثبت در هنگام دشواری‌ها و انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع زندگی می‌شود (روتز، ۱۹۸۷). بر اساس تحقیقات، متغیر تاب‌آوری به‌عنوان فرآیندی پویا باعث رویارویی مناسب افراد با موقعیت‌های تنش‌زا همچون ابتلا به بیماری‌ها می‌شود (میرهاشمی و نجفی، ۱۳۹۳). مطالعه اعتصامی‌پور و امیرپور (۱۳۹۳) نشان داد که بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی در مقایسه با افراد عادی از تاب‌آوری پایین‌تری برخوردارند. در حالی که در مطالعه نوری سعید و همکاران (

۱۳۹۳) بین تاب‌آوری بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر و افراد سالم اختلاف معناداری وجود نداشت (نوری سعید و همکاران، ۱۳۹۳).

از دیگر متغیرهای مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی، امید به زندگی است. امید یکی از مفاهیم بسیار نزدیک به خوشبینی و یکی از ویژگی‌های زندگی است که افراد را به جستجوی فردای بهتر و امید یعنی انتظار موفقیت و آینده بهتر و دلیلی برای زیستن (چانگ و لی، ۲۰۱۲). امید یک عامل چندبعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی بیماران مبتلا به نارسایی قلب محسوب می‌شود که از نظر تحمل علایم بیماری و مشکلات عاطفی در بحران‌های بیماری به بیمار کمک می‌کند و قادر به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آنان است (حجتی و حکمتی‌پور، ۱۳۹۵). ریدئوت و مونتورو اولین محققانی بودند که به بررسی امید در بیماران نارسایی قلب پرداختند و ادعا کردند بیماران امیدوار، علیرغم محدودیت‌های جسمی ناشی از بیماری به رویارویی با زندگی ادامه می‌دهند (۱۹۸۷). راستوئن و همکاران (۲۰۰۵) امید را به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده خلق و کیفیت زندگی در بیماران پس از پیوند قلب معرفی کردند. مطالعه سلیمی و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان داد که با انجام مداخلات معنوی می‌توان امید به زندگی را در بیماران قلبی ارتقا، بخشید.

با توجه به اهمیتی که تاب‌آوری و امید به زندگی در بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلب دارند و اینکه مطالعات اندکی در این حوزه انجام گرفته است، مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش تاب‌آوری و امید به زندگی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلب طراحی و اجرا شد. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت بود از (۱) بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی رابطه وجود دارد، (۲) بین امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی رابطه وجود دارد، و (۳) بهزیستی روان‌شناختی بر اساس تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی قابل پیش‌بینی است.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را بیماران مبتلا به نارسایی قلب شهر رشت در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از جامعه پژوهش ۲۷۰ بیمار مبتلا به نارسایی قلب مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی حشمت رشت به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به نارسایی قلب بر اساس تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق، گذشت حداقل شش ماه از ابتلا به نارسایی قلب، داشتن حافظه و هوشیاری، و سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به بیماری روان‌شناختی و مصرف داروهای اعصاب و روان، و ابتلای همزمان به سایر بیماری‌های جسمی بود. پژوهشگر پس از اخذ کد اخلاق به شماره IR.IAU.RASHT.REC.1396.145 از کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت و اخذ معرفی‌نامه و ارائه آن به مسئولین بیمارستان، در شیفت‌های مختلف به بخش‌های قلب مردان و زنان، سی-سی‌یو مردان و زنان و اورژانس مرکز آموزشی درمانی رشت مراجعه کرد و پس از شناسایی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی که شرایط جسمی‌شان امکان همکاری در پژوهش را می‌داد، توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش و تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات را به بیماران ارائه داد و در صورت تمایل بیماران به مشارکت در پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها توسط بیماران تکمیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون و پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر و همکاران استفاده شد. فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی شد و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این ابزار شامل ۱۸ سؤال در شش زیرمقیاس پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است، که بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از گزینه "کاملاً مخالف" با امتیاز ۱ تا "کاملاً موافق" با امتیاز ۷ نمره‌دهی می‌شود (ریف، ۱۹۸۹). دیرندانک (۲۰۰۵) همسانی درونی زیرمقیاس‌ها را مناسب گزارش کرده و آلفای کرونباخ را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش نموده است. زنجانی طبسی (۱۳۸۳) همسانی درونی ابزار در نمونه ایرانی را ۰/۹۴ برای کل مقیاس و ۰/۶۳ الی ۰/۷۹ برای زیرمقیاس‌ها برآورد کرده است. بیانی و همکاران (۱۳۸۷) نیز همبستگی مقیاس ریف با مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ را به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸، و ۰/۴۶ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۸ به دست آمد.

کونور و دیویدسون مقیاس تاب‌آوری خود را در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی سال‌های ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۱ در حوزه تاب‌آوری طراحی کردند. این مقیاس دارای ۲۵ سوال و قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی است و تاب‌آوری را در حیطه‌های شایستگی، اعتماد به غرایز، پذیرش تغییر، کنترل و تاثیرات معنوی ارزیابی می‌کند. طیف پاسخگویی به سئوال‌ات از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای و از "کاملاً نادرست" (نمره ۱) تا "کاملاً درست" (نمره ۵) است. دامنه امتیازات مقیاس از ۲۵ تا ۱۰۰ است و امتیاز بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). کیهانی و همکاران (۱۳۹۳) در بررسی روایی همزمان مقیاس دریافتند که این پرسشنامه با مقیاس‌های خودکارآمدی و رضایت از زندگی همبستگی مثبت معنادار به ترتیب با ضریب همبستگی ۰/۲۲۹ و ۰/۰۹۵ دارد و با پرسشنامه پرخاصگری ارتباط معکوس معنادار با ضریب همبستگی ۰/۱۷۷- دارد. حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) نیز پایایی پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل تاب‌آوری ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه امید به زندگی که توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ تهیه شد یک مقیاس خودگزارشی دارای ۱۲ سؤال و دو خرده-مقیاس تفکر راهبردی و تفکر عاملی است. سئوال‌ات در یک پیوستار ۸ درجه‌ای ("کاملاً مخالف" با امتیاز ۱ تا "کاملاً موافق" با امتیاز ۸) پاسخ داده می‌شوند. در مطالعه انجام‌شده توسط طراحان ابزار، روایی همزمان آن با مقیاس بک تایید شده است (سیندر و همکاران، ۱۹۹۱). پایایی ابزار در ایران با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶، برای خرده‌مقیاس تفکر راهبردی ۰/۷۷ و برای خرده‌مقیاس تفکر عاملی ۰/۷۹ گزارش شد (کرمانی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه امید به زندگی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه گردید که نشانگر پایایی مطلوب این ابزار در پژوهش حاضر است. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه یافته‌های مربوط به ۲۶۵ بیمار مبتلا به نارسایی قلب که پرسشنامه‌ها را بدون نقص تکمیل کرده بودند مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن بیماران ۵۵/۸۹ سال با انحراف معیار ۱۵/۱۴ بود. برخی از ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به نارسایی قلب در جدول شماره ۱ آمده است. جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به نارسایی قلب

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	
مرد	۱۴۳ (۵۴/۰)
زن	۱۲۲ (۴۶/۰)
وضعیت تاهل	
مجرد	۳۴ (۱۲/۸)
متاهل	۲۳۱ (۸۷/۲)
وضعیت اشتغال	
بیکار	۱۲۲ (۴۵/۷)
شاغل	۱۴۳ (۵۴/۳)

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، مقادیر چولگی و کشیدگی بین +۲ تا -۲ بیانگر این مطلب است که توزیع متغیرهای پژوهش در بین آزمودنی‌ها طبیعی است و بر این اساس، برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آمار پارامتریک استفاده شد. برای بررسی فرضیه‌های اول و دوم پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که با افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی، بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلب افزایش می‌یابد؛ و امید به زندگی نسبت به تاب‌آوری ارتباط قوی‌تری با بهزیستی روان‌شناختی دارد ( $r=0/396$ ). علاوه بر آن، تاب‌آوری و امید به زندگی با خرده‌مقیاس‌های هدف در زندگی، رشد شخصی و خودمختاری ارتباط مثبت و معنادار دارند. همچنین، بین تاب‌آوری و روابط با دیگران و بین امید به زندگی و پذیرش خویشتن ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد.

جدول شماره ۲: برخی شاخص‌های تاب‌آوری، امید به زندگی، و بهزیستی روان‌شناختی و خرده‌مقیاس‌های آن در مبتلایان به نارسایی قلب

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	چولگی	کشیدگی
تاب‌آوری	۶۳/۶۲ (۱۶/۴۰)	-۰/۵۲	-۰/۱۵
امید به زندگی	۵۱/۴۳ (۷/۲۴)	-۰/۸۰	۱/۳۷
بهزیستی روان‌شناختی	۸۹/۳۸ (۷/۴۶)	-۰/۴۷	-۰/۱۷
پذیرش خویشتن	۱۴/۵۰ (۱/۴۸)	-۰/۱۵	۰/۰۹
هدف در زندگی	۱۲/۵۸ (۲/۳۰)	-۰/۲۰	-۰/۱۳
تسلط بر محیط	۱۵/۷۷ (۲/۰۶)	-۰/۱۰	-۰/۰۴
روابط با دیگران	۱۳/۴۰ (۳/۱۱)	-۰/۰۴	-۱/۵۳
رشد شخصی	۱۴/۹۹ (۱/۷۲)	-۰/۰۶	-۰/۶۹
خودمختاری	۱۸/۱۲ (۲/۱۳)	-۰/۵۳	-۰/۲۹

جدول شماره ۳: همبستگی تاب‌آوری و امید به زندگی با بهزیستی روان‌شناختی و خرده‌مقیاس‌های آن

متغیر	پذیرش خویشتن	هدف در زندگی	تسلط بر محیط	روابط با دیگران	رشد شخصی	خودمختاری	نمره کل بهزیستی روان‌شناختی
تاب‌آوری	۰/۰۸۷	۰/۳۰۷**	۰/۰۷۵	۰/۱۶۱**	۰/۳۲۳**	۰/۳۸۷**	۰/۳۸۶**
امید به زندگی	۰/۱۲۳*	۰/۴۰۵**	۰/۰۵۵	۰/۰۹۷	۰/۲۹۱**	۰/۴۳۰**	۰/۳۹۶**

\*  $p < 0/05$ , \*\*  $p < 0/01$

جدول شماره ۴: مدل رگرسیون گام به گام پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان به نارسایی قلب بر اساس تاب‌آوری و امید به زندگی

گام	متغیر	F	R	R <sup>2</sup>	$\beta$	B
۱		۵۸/۰۲۹	۰/۴۲۵	۰/۱۸۱		
	تفکر عاملی				۰/۴۲۵	۰/۶۶۱
۲		۳۸/۶۶۷	۰/۴۷۷	۰/۲۲۸		
	تفکر عاملی				۰/۳۸۳	۰/۵۹۶
	تاثیرات معنوی				۰/۲۲۱	۱/۴۹

برای آزمون فرضیه سوم پژوهش یعنی پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس تاب‌آوری (شایستگی، اعتماد به غرایز، پذیرش تغییر، کنترل و تأثیرات معنوی) و امید به زندگی (تفکر عاملی و تفکر راهبردی) در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، تاب‌آوری و امید به زندگی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون چندگانه به روش گام به گام شدند. مدل کلی رگرسیون در دو گام در سطح  $0/001$  معنی‌دار بود. طبق داده‌های موجود در جدول، ضریب تبیین در گام اول  $0/181$  حاصل شده است، یعنی خرده‌مقیاس تفکر عاملی امید به زندگی به تنهایی ۱۸ درصد از متغیر بهزیستی روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. در مرحله بعد، خرده‌مقیاس‌های تاب‌آوری وارد مدل شدند. در میان پنج خرده‌مقیاس، تأثیرات معنوی قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بود. ضریب تبیین در گام دوم  $0/228$  حاصل شده است. بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت که تاب‌آوری و امید به زندگی قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بیماران نارسایی قلب هستند.

### بحث

در این پژوهش نقش تاب‌آوری و امید به زندگی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بررسی شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی این بیماران رابطه معنی‌دار وجود دارد؛ به این معنی که هرچه میزان تاب‌آوری بیشتر باشد، بهزیستی روان‌شناختی بیماران نیز بیشتر خواهد شد. همچنین، تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بیماران نارسایی قلب بود. این یافته پژوهش با نتایج مطالعات قبلی (لیو و همکاران، ۲۰۱۵؛ پسندیده و همکاران، ۱۳۹۵؛ اعتصامی‌پور و امیرپور، ۱۳۹۳) همسو است. در مطالعات مذکور، تاب‌آوری در بیماران مبتلا به نارسایی قلب مفهومی چند بعدی تعریف شده است که با سلامت روان‌شناختی بیماران ارتباط دارد؛ زیرا تاب‌آوری نوعی مصونیت در مقابل مشکلات زندگی است که از طریق افزایش عواطف مثبت باعث مقابله موفق با تجارب منفی می‌شود. به این ترتیب، در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند بیماری قلبی، برخورداری از تاب‌آوری، توانایی حل مشکلات و روحیه معنوی منجر به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی بیمار و مقابله و سازگاری بهتر با بیماری قلبی می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بیماران مبتلا به نارسایی قلب تغییرات عمده جسمی، عاطفی، خانوادگی و اجتماعی را تجربه می‌کنند و برخورداری از تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی به بیماران کمک می‌کند در پاسخ به محرک‌هایی که بر وی وارد می‌شود، بهترین تعامل را نشان دهد و از اضطراب و تعارض دوری جوید و با مشکلات ناشی از بیماری خود سازگاری روانی بهتری داشته باشد (هارپر و همکاران، ۲۰۱۶).

یافته دیگر این مطالعه ارتباط مثبت میان امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران نارسایی قلب و نقش مثبت امید به زندگی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بیماران بود. مطالعه مشابهی که به بررسی ارتباط امید و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران قلبی پرداخته باشد، جهت مقایسه با یافته‌های مطالعه حاضر یافت نشد. این نتیجه همسو با مطالعاتی است که به بررسی ارتباط امید با سلامت روان‌شناختی یا بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته‌اند (سلمانی و همکاران، ۱۳۸۷؛ مقتدر، ۱۳۹۶؛ مهدیان و غفاری، ۲۰۱۶). یکی از عواملی که باعث ایجاد امید در افراد می‌شود، وجود معنایی برای زندگی است. بهزیستی روان‌شناختی نیز داشتن حسی از ارتباط مناسب با سایرین، داشتن معنا و هدف در زندگی و باور و اعتقاد به نیرویی ماورایی است. زمانی که بهزیستی روان‌شناختی به مخاطره می‌افتد، فرد مشکلات روان‌شناختی چون از دست دادن امید و معنا در زندگی، احساس تنهایی و افسردگی را تجربه خواهد کرد (مهدیان و غفاری، ۲۰۱۶). در تبیین این یافته در این گروه خاص از بیماران می‌توان اظهار کرد که بیماران مبتلا به نارسایی قلب به‌دلیل پیامدهای مخرب ابتلا به بیماری همچون بستری‌های مکرر در بیمارستان و بالا بودن احتمال مرگ، دامنه وسیعی از احساسات منفی چون افسردگی، اضطراب و شکنندگی تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. به‌خصوص زمانی که این پیامدهای منفی به همراه تغییر نقش‌ها، فعالیت‌ها و ارتباطات اجتماعی بیمار باشد (آچمانویکز و گوبنز، ۲۰۱۵). در چنین شرایطی بیمار احساس می‌کند که آینده‌ای پیش رو ندارد، درحالی که امید به زندگی، بیماران را قادر می‌سازد تا چشم‌اندازی فراتر از درد و رنج و بیماری فعلی خود را ببینند و به‌دنبال معنایی برای زندگی خود باشند. به این ترتیب، امید به زندگی به‌عنوان عاملی قدرتمند در ارتقای وضعیت روانی و عاطفی بیمار عمل می‌کند که به بهزیستی روان‌شناختی وی و در نتیجه، سازگاری با بیماری قلبی کمک می‌کند (حجتی و حکمتی‌پور، ۱۳۹۵).

با توجه به اینکه تاب‌آوری در بهزیستی روان‌شناختی بیماران نارسایی قلب موثر است، اعضای تیم بهداشتی و متخصصان حوزه سلامت روان باید توجه بیشتری به سطح تاب‌آوری بیماران داشته باشند و با شناسایی بیماران با سطوح پایین تاب‌آوری و اجرای مداخلاتی همچون برنامه‌های آموزش تاب‌آوری (لپین و همکاران، ۲۰۱۴) به تقویت بهزیستی روان‌شناختی بیماران کمک کنند. به علاوه، با توجه به نقش امید به زندگی در بهزیستی روان‌شناختی بیماران نارسایی قلب، لازم است بیمار و خانواده وی تحت نوعی از درمان روان‌شناختی با تمرکز بر امید قرار گیرند. به دلیل مشکلات متعدد روان‌شناختی در بیماری نارسایی قلب، در کشورهای پیشرفته سال‌ها است که مداخلات روان‌شناختی مانند درمان شناختی-رفتاری و سایر مداخلات روان‌شناختی در جهت ارتقای بهزیستی روان‌شناختی به عنوان بخشی از درمان بیماران محسوب می‌شود (پاین-دالی و همکاران، ۲۰۰۳). پیشنهاد می‌شود با تأسیس مراکز مشاوره و انجام درمان‌های روان‌شناختی در بیمارستان‌های تخصصی قلب، به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و سازگاری بهتر بیماران با بیماری مزمن نارسایی قلب کمک شود.

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشخص شد که تاب‌آوری و امید به زندگی با بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به نارسایی قلب ارتباط مثبت و معناداری دارند و تاب‌آوری و امید به زندگی، بهزیستی روان‌شناختی این بیماران را پیش‌بینی می‌کنند. پرستاران می‌توانند نتایج این پژوهش را در برنامه مراقبت از بیماران مبتلا به نارسایی قلب مورد توجه قرار دهند.

### تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع فارسی

- اعتصامی‌پور، ر. امیرپور، ب. ۱۳۹۳. مقایسه وضعیت افسردگی و تاب‌آوری در بیماران قلبی با افراد عادی. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۱(۱۲۶)، ۷۳-۸۲.
- بیانی، ع. ا. کوچکی، ع.م. و بیانی، ع. ۱۳۸۷. روایی و پایایی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۲)، ۱۴۱-۱۵۱.
- پسندیده، م. م. و زارع، ل. ۱۳۹۵. بررسی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شوخ‌طبعی در بیماران عروق کرونر قلب و افراد سالم. روان‌شناسی سلامت، ۸۸، ۲۰-۱۰۸.
- حجتی، ح. و حکمتی‌پور، ن. ۱۳۹۵. مقایسه‌ی دو روش آوای دعا و ذکر بر امید به زندگی بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه. فصلنامه علمی-پژوهشی طب مکمل، ۶(۱)، ۱۳۹۴-۱۳۸۴.
- حق رنجبر، ف.و همکاران. ۱۳۹۰. تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزند کم‌تواندنی. سلامت و روان‌شناسی. ۱۱(۱)، ۱۸۷-۱۷۷.
- زنجانی طیبی، ر. ۱۳۸۳. ساخت و هنجاریابی مقدماتی آزمون بهزیستی روان‌شناختی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی چاپ نشده). دانشگاه تهران.
- سلمانی، ف. آذربهرزین، م. و محمدی، م. ۱۳۸۷. بررسی ارتباط سلامت معنوی و امید به زندگی در بیماران سرطانی. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۴(۱۲)، ۴۹-۴۱.
- سلمی، ط. و همکاران. ۱۳۹۵. بررسی تاثیر خودمراقبتی معنوی به شیوه گروهی بر امید به زندگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر: یک کارآزمایی آموزشی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۵، ۹۲۸-۹۱۷.
- شبان، ر.و همکاران. ۱۳۹۴. پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و شفقت به خود در مادران دانش‌آموزان دوره ابتدایی شهرومییه. زن و مطالعات خانواده، ۷(۲۷)، ۷۳-۹۴.
- علیلو، م. م.و همکاران. ۱۳۹۴. بررسی مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان اکباتان همدان در ارتباط با جنسیت، سن و تحصیلات. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۲(۱۳۹)، ۵۶-۴۲.
- کرمانی، ز. خداپناهی، م. ک. و حیدری، م. ۱۳۹۰. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید‌آشناپدر. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۹، ۷-۲.

- کیهانی، م. و همکاران. ۱۳۹۳. همسانی درونی و تحلیل عاملی تاییدی مقیاس کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۴(۱۰)، ۸۶۷-۸۵۷.
- محمدی، زهرا. و همکاران. ۱۳۹۲. بررسی رابطه بهزیستی و تاب آوری در مادران کودکان اختلال کمبود توجه و فزون کنشی و مقایسه آن با مادران کودکان بهنجار. فصلنامه نسیم تندرستی، ۲(۳)، ۲۸-۲۲.
- مقتدر، لیلا. ۱۳۹۶. مقایسه امید به زندگی و هوش معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۲۶(۱۰)، ۶۵-۵۸.
- میرهاشمی، م. و نجفی، ف. ۱۳۹۳. اثربخشی درمان راه حل مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس (ام اس). مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۴(۳)، ۱۸۱-۱۷۵.
- نوری سعید، ا. اکبری، ب. و سالاری، ا. ۱۳۹۳. مقایسه تاب آوری روانی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلبی با افراد سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۹۱، ۵۲-۴۷.
- هوشیاری، ج. و همکاران. ۱۳۹۴. مقایسه بهزیستی معنوی، بهزیستی روان شناختی و کارآمدی خانواده در میان دانشجویان و طلاب. روان شناسی دین، ۸(۳)، ۹۲-۷۱.

### منابع انگلیسی

- Allman, E., Berry, D., & Nasir, L. 2009. Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature. *Journal of Cardiovascular nursing*, 24(2), 106-117.
- Bekelman, D.B., et al. 2007. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, 22(4), 470-477.
- Bekelman, D.B., et al. 2009. Symptom burden, depression, and spiritual well-being: A comparison of heart failure and advanced cancer patients. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 592-598.
- Chang, L.C., & Li, I.C. 2012. The correlation between perceptions of control and hope status in home-based cancer patients. *The Journal of Nursing Research*, 10(1), 73-82.
- Cirelli, M.A., et al. 2017. Correlations between stress, anxiety and depression and sociodemographic and clinical characteristics among outpatients with heart failure. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 235-242.
- Connor, K.M., & Davidson, J.R. 2003. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depression AND Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Dierendonck, D.V. 2005. The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643.
- Harper, K., Joseph, K., & Graven, L. 2016. Effects of cardiac rehabilitation on psychological wellbeing in individuals with heart failure: A systematic review. Florida States University Libraries.
- Hekmatpou, D., et al. 2010. Termination of professional responsibility: Exploring the process of discharge patients with heart failure from hospitals. *International Journal of Nursing Practice*, 14(6), 389-396.
- Leppin, A.L., et al. 2014. The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS. One*, 9 (10), e111420.
- Liu, J.C., et al. 2015. Resilience mediates the relationship between depression and psychological health status in patients with heart failure: A cross-sectional study. *International journal of Nursing Studies*, 52 (12), 1846-1853.
- Mahdian, Z., & Ghaffari, M. 2016. The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients. *Mashahd University of Medical Sciences*, 18(3), 130-138.
- Mann, D.L. 2014. The evolution of modern theory and therapy for heart failure. *Progress in Pediatric Cardiology*, 37(1), 9-12.
- Masters, K.S. 2007. Religiosity/spirituality and behavioral medicine: Investigations concerning the integration of spirit with body. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 287-289.
- Mills, P., et al. 2015. Depressive symptoms and spiritual wellbeing in asymptomatic heart failure patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(3), 407-415.
- Pyne-Daly., et al. 2003. Cognitive behavioural psychotherapy a useful adjuvant for the management of anxiety and depression in cardiac rehabilitation and heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 67-90.
- Ponikowski, P., et al. 2016. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 18, 891-975.
- Rideout, E. & Montemuro M. 1986. Hope, morale and adaptation in patients with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 11(4), 429-38.



- Rustoen T., et al. 2005. Hope in patients hospitalized with heart failure. *American Journal of Critical Care*, 14(4):417-425.
- Rutter, M. 1987. Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Ryff, C.D. 1989. Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *sciences Research*, 35(4), 1103-1119.
- Salmanca-Bautista, P., et al. 2016. Precipitating factors of heart failure admission: Differences related to age and left ventricular ejection fraction. *International Journal of Cardiology*, 19(2), 150-5.
- Snyder, C.R., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Uchmanowicz, I., & Gobbens, R.J. (2015). The relationship between frailty, anxiety and depression, and health-related quality of life in elderly patients with heart failure. *Clinical interventions in Aging*, 10, 1595-600.
- Wu, J-R. 2016. Health-related quality of life, functional status, and cardiac event free survival in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(3), 236-44.

## Original Article

**Spiritual well-being of people with heart failure: The role of resiliency and life expectancy**

Sara Rezaei<sup>1</sup>, MSc  
\* Shadi Dehghanzadeh<sup>2</sup>, PhD  
Bahman Akbari<sup>3</sup>, PhD

**Abstract**

**Aim.** The aim of this study was to determine the role of resiliency and life expectancy in predicting psychological well-being of people with heart failure.

**Background.** Regarding the importance of psychological well-being in improving the health of patients with heart failure, examining the relationship of affective variables such as resiliency and life expectancy with psychological well-being is of great importance.

**Method.** This research was a descriptive correlational study. Statistical population consisted of all of heart failure patients in Rasht, Iran, in 2018. In this study, 265 heart failure patients were selected using convenience sampling. The data collection instruments were the questionnaires Ryff's psychological well-being, Connor and Davidson's resilience, and Snyder et al.'s hope. The collected data were analyzed using Pearson correlation coefficient and stepwise multiple regression.

**Findings.** There was a positive relationship of psychological well-being with resiliency ( $r=0.386$ ) and life expectancy ( $r=0.396$ ). The regression analysis showed that the meaning of life and subscales of factor thinking and spiritual influences can significantly predict 0.228 of psychological well-being in heart failure patients.

**Conclusion.** Regarding the determinants of psychological well-being in this research, psychological well-being and quality of nursing care in heart failure patients can be increased using interventions such as resiliency education programs and psychological treatments focusing on hope.

**Keywords:** Psychological well-being, Resiliency, Life expectancy, Heart failure

1 Master of Psychology, General Psychology Department, Human Sciences Faculty, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

2 Assistant Professor, Nursing Department, Nursing and Midwifery Faculty, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran (\*Corresponding Author) email: dehghanzadeh@iaurasht.ac.ir

3 Associate Professor, General Psychology Department, Human Sciences Faculty, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran