

مقایسه سبک زندگی، راهبرد های مقابله با استرس، امید به زندگی و افکار خودآیندمنفی در بیماران قلبی عروقی با افراد سالم

طیبه اسکندری^۱، فوزیه کرمی^۲، سجاد اسکندری^۳، سعید شایوسی زاد^۴، مهسا بسامی^۵

^۱ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه

^۳ دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه

^۴ دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه تهران

^۵ کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین مقایسه سبک زندگی، راهبرد های مقابله با استرس، امید به زندگی و افکار خودآیندمنفی در بیماران قلبی عروقی با افراد سالم شهر کرمانشاه بود. نمونه آماری در این پژوهش، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۰۰ نفر بیماران قلبی انتخاب شد و تعداد ۱۰۰ نفر از افراد سالم با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه در نظر گرفته شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه های سبک زندگی، راهبرد های مقابله با استرس، امید به زندگی و افکار خودآیندمنفی بود. این پژوهش از نوع علی - مقایسه ای می باشد. یافته ها نشان داد که بیماران قلبی عروقی سبک های مقابله ای هیجان مدار، اجتنابی و افکار خودآیندمنفی بیشتری نسبت به افراد سالم دارند. افراد سالم سبک زندگی، سبک های ای مسئله مدار و امید به زندگی بیشتری نسبت به بیماران قلبی عروقی دارند.

واژه های کلیدی: سبک زندگی، راهبرد های مقابله با استرس، امید به زندگی، افکار خودآیندمنفی، بیماران قلبی عروقی

مقدمه

امروزه مهمترین معضل سلامتی در همه کشورهای جهان از جمله کشور ما ایران، تغییر الگوی مرگ و میر بیماری به بیماری‌های مزمن است. مشکلات مزمن سلامت، بیماری‌هایی هستند که قابل درمان نیستند، بلکه باید توسط بیمار و متخصص سلامت کنترل شود. نمونه‌هایی از مشکلات مزمن سلامت، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان، دیابت و آرتروز است. همه‌ی این بیماری‌ها، عوامل روان شناختی دارند که در هنگام شروع، کنترل و درمان آنها دخالت می‌کنند. می‌توان استدلال کرد، از آنجا که این بیماری‌های جدید زندگی از نظر ماهیتی چندعاملی هستند، (یعنی چندین عامل از جمله سبک زندگی در آنها دخالت دارد)، روان شناسی نیز مانند پزشکی نقش مهمی در پیشگیری، کنترل و درمان آنها ایفا می‌کند (کرتیس، ۲۰۰۸، ترجمه‌ی فتحی آشتیانی و عظیمی آشتیانی، ۱۳۹۹). با وجود کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در طول دهه گذشته، این بیماری‌ها علت عمده‌ی مرگ و میر و یا ناتوانی در افراد است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، هرساله علت مرگ ۷/۲ میلیون نفر در جهان، بیماری‌های قلبی عروقی می‌باشد. این در حالی است که با پیشرفت تکنولوژی پزشکی و درمانی برای این بیماری، اگرچه می‌توان از مرگ افراد در شرایط حاد جلوگیری کرد، اما هنوز هم بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی ابتلا و مرگ و میر در جوامع صنعتی و کشورهای درحال توسعه به شمار می‌رود (شفیع پور و جعفری، ۱۳۹۹).

در سالهای اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی مهم از روان شناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح سبک زندگی مفهوم سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است. امروزه دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت بطور اعم و در روانشناسی بطور اخص در حال شکل گیری و گسترش است. در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روانشناختی سبک زندگی است. شارکی (۲۰۰۸) سبک زندگی را فرایندی برای رسیدن به سلامتی و تندرستی معرفی کرده و از نظر او سبک زندگی رویکردی آگاهانه به منظور دستیابی به سلامت روحی، روانی و بدنی است. به عبارتی، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از مشخصه‌ها و خصوصیات زندگی وی با محیط، سبک زندگی او را نشان می دهد. به طور کلی، می توان گفت سبک زندگی فقط از نظر فرد مشخص می شود. اگرچه سبک زندگی را می توان به طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی به وسیله جنبه‌های مختلف زندگی فرد تحت تاثیر قرار می گیرد. رضایت از زندگی، به وسیله درک هر فرد از شرایط کنونی اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده آل او تعیین می گردد. احساس سبک زندگی هم دارای مولفه‌های عاطفی و هم دارای مولفه‌های شناختی است. افراد با احساس و دارای سبک زندگی بالا، هیجانات مثبت را به صورت عمده تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس سبک زندگی پایین، حاد و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند (امین آبادی، بهرامی، احمدی و صالحی، ۱۴۰۰).

مفهوم مقابله، تلاشیایی که برای کنترل و اداره کردن موقعیتهای خطرناک و استرس زا انجام می پذیرد. و این مفهوم دارای سه ویژگی است که لازم است در زمان کاربرد آن، توجه کامل داشته باشیم: الف- مقابله کردن مستلزم تلاش و برنامه ریزی

است. ب- نتیجه نهایی واکنشهای مقابله ای را همیشه مثبت تلقی نکنیم. ج- مقابله کردن را یک مهارت فرآیندی در نظر بگیریم که در طول زمان اتفاق می افتد. ارزیابی اولیه و ثانویه دو مقوله مهم در این مهارت است که ما را در نحوه ی مقابله با مشکل رهنمون می سازد. بعنوان مثال هنگامی که با مشکلی یا وضعیت تهدید کننده ای قرار می گیریم از خود می پرسیم «آیا این مسئله ارزش ناراحت شدن را دارد؟ یا خیر؟ این ارزیابی اولیه است اگر تشخیص دادیم که واقعاً در موقعیت خطرناکی قرار گرفته ایم مجدداً از خود می پرسیم «آیا می توانیم برای نجات خود کاری انجام دهیم ؟ و این ارزیابی ثانویه است . بنابراین لازم است ارزیابی اولیه بطور واقع بینانه صورت گیرد (نه دچار ترس و وحشت و نه نادیده گرفتن واقعیت) دو راهبرد مقابله ای عمومی وجود دارد الف- مسئله مدار ب- هیجان مدار. در مقابله متمرکز بر مشکل (مسئله مدار) که می تواند معطوف به درون یا بیرون باشد. در معطوف به بیرون هدف تغییر موقعیت یا رفتارهای دیگران است در صورتیکه مقابله معطوف به درون شامل تلاشهایی که برای بررسی مجدد نگرش ها و نیازهای خود و کسب مهارتها و پاسخ های تازه انجام می دهیم . هدف اصلی متمرکز بر هیجان ، کنترل ناراحتی هیجانی است که بیشتر با تمرین جسمانی ، مراقبت ، بیان احساسات و جستجوی حمایت اجتماعی همراه است. معمولاً وقتی افراد احساس می کنند می توانند درباره ی مشکل ، کاری انجام دهند، از مقابله مسئله مدار استفاده می کنند و ... اگر موقعیت را فراتر از تواناییهای خود تلقی کنند به مقابله هیجان مدار دست می زنند. ولی غالباً ترکیبی از دو روش را استفاده می کنند که نتیجه مطمئنتری در بردارد. بعنوان مثال: وقتی قرار است با فرد مهمی ملاقات کنید با حفظ خونسردی (متمرکز بر هیجان) و با استفاده از مهارتهای ارتباطی مؤثر (متمرکز بر مشکل) با این مشکل مقابله کنید. همچنین آماده شدن برای جلسه امتحان هم کنترل هیجان و اضطراب لازم است و هم مطالعه و تمرین و تکرار موضوع امتحان در استفاده کردن از مقابله های اختصاصی نیز چه بسا لازم باشد از روش های متعدد آن در رسیدن به هدف استفاده کرد. و برای این منظور شناخت مقابله های کار آمد و ناکار آمد و جایگاه اختصاصی آن ، کمک زیادی در موقع لزوم به ما خواهد کرد تا بهترین استفاده را از تکنیکهای مربوطه داشته باشیم (بختیاری پور، ۱۴۰۱).

همچنین امیدواری یکی از شاخص های بسیار مهم سلامتی و رفاه در انسان محسوب میشود. امید یک حالت انگیزشی مثبت است که مبتنی بر حس پابوری و راهیابی است که ناشی از تعامل فرد با محیط است. امیدواری یکی از عوامل اساسی، ارتقادهنده قدرت انطباق و سازگاری و نشانه سلامت جسمی و روانی میباشد و همچنین عامل اصلی، تلاش برای کشف متغیرهای موثر و نهفته در ورای بهبود محسوب میشود. عوامل متعددی از جمله ساختار روانی و وضعیت روانشناختی، هیجانات مثبت و منفی، توانمندی انطباق با شرایط محیطی و پیرامون، ژنتیک، سطح و سبک زندگی و... بر میزان امیدواری و بهزیستی روانشناختی انسان تاثیرگذار هستند. بطوریکه هدف رویکرد روانشناسی مثبت، سلامت فهم وآسان سازی سلامت ذهنی و روانی است و بعنوان یک اقدام متهورانه ی علمی، بر درک و فهم و تبیین شادمانی و سلامت ذهنی و بطور دقیق به پیش بینی عواملی تمرکز دارد که بر بهزیستی روانشناختی تاثیر میگذارد و هدف غائی این رویکرد ، شناسائی سازه ها و شیوه هایی است که بهزیستی و شادکامی انسان را به ارمغان می آورند و سعی میکند عوامل سبب ساز و تهدیدکننده ی آرامش و شادکامی را شناسائی و رفع نماید (صادق، ۱۴۰۰).

الیس و هارپر^۲ (۱۹۹۹) در مورد تأثیر افکار خودآیندمنفی بر سلامت روانی افراد معتقدند که وجود افکار خودآیندمنفی در دراز مدت باعث ایجاد اضطراب می شود. برنارد^۳ (۱۹۹۹) افکار خودآیندمنفی را خواست ها و هدف هایی می داند که به صورت

^۲.Harper

اولویت های ضروری درمی آند ، به طوری که اگر برآورده نشوند ، موجب آشفتگی می شوند. نظریه عقلانی – عاطفی – رفتاری آلبرت الیس^۴، یکی از نظریه های شناختی است که انواع افکار خودآیندمنفی را به عنوان عامل اصلی مشکلات انسان معرفی می کند. فلدمن^۵ (۱۹۸۷) معتقد است الیس ریشه بسیاری از ناراحتی ها و اختلالات رفتاری و روانی انسان را در انواع عقاید و افکار خودآیندمنفی که در مورد جهان پیرامون خود دارد، می داند. درمورد افکار خودآیندمنفی تقسیم بندی های مختلفی وجود دارد و در یک نوع آن ده باور غیرمنطقی عبارتند از : توقع از دیگران، انتظارات بیش از حد، سرزنش کردن خود، واکنش با درماندگی ، درماندگی به ناکامی ، بی مسئولیتی عاطفی، نگرانی زیاد توأم با اضطراب ، اجتناب از مشکل ، افکار خودآیندمنفی وابستگی، درماندگی برای تغییر و کمالگرایی (استادی ، ۱۳۹۹). نظر به اهمیت این موضوع، هدف از انجام این پژوهش ، مقایسه سبک زندگی ، راهبرد های مقابله با استرس، امید به زندگی و افکار خودآیندمنفی در بیماران قلبی عروقی با افراد سالم شهر کرمانشاه در نظر گرفته شد تا به این پرسش اساس پاسخ داده شود که آیا بین سبک زندگی ، راهبرد های مقابله با استرس، امید به زندگی و افکار خودآیندمنفی در بیماران قلبی عروقی با افراد سالم شهر کرمانشاه تفاوت معناداری وجود دارد ؟

طرح پژوهش

طرح انتخابی این نوع پژوهش علی_مقایسه ای از نوع پس رویدادی است جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به مراکز درمانی (بیمارستان) سطح شهر کرمانشاه و افراد عادی در سال ۱۴۰۳ بودند. نمونه آماری در این پژوهش ، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۰۰ نفر بیماران قلبی انتخاب شد و تعداد ۱۰۰ نفر از افراد سالم با استفاده از روش نمونه گیری داوطلبانه در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش:

۱) پرسشنامه سبک زندگی سازمان بهداشت جهانی – فرم کوتاه

مقیاس (پرسشنامه) فرم کوتاه سبک زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه شده و مختصر دارای ۲۶ سؤال است و ۴ بعد سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط و وضعیت زندگی را سنجش می کند که به عنوان یک مقیاس جامع مورد استفاده قرار می گیرد و در مجموع شامل سبک زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی می باشد. سؤال اول، سبک زندگی را به طور کلی و سؤال دوم، وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می دهد. ۲۴ سؤال بعدی به ارزیابی سبک زندگی در چهار حیطه ذکر شده فوق می پردازند. مقیاس (پرسشنامه) سبک زندگی سازمان بهداشت جهانی از مقبولیت فراوانی برخوردار است و به ۴۰ زبان از جمله فارسی ترجمه و در بسیاری از کشورها نیز هنجاریابی شده است. از این پرسشنامه در فعالیتهای پژوهشی متعددی استفاده شده است. سؤالات پرسشنامه ۵ گزینه ای هستند که اصلاً برابر با ۱ و خیلی زیاد برابر با ۵ نمره گذاری می شود. لازم به ذکر است که سؤالات ۳ و ۴ و ۲۶ بصورت معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل نمره در این

^۳. Bernard

^۴. Albert Ellis

^۵. Feldman

مقیاس ۲۶ و حداکثر نمره ۱۳۰ می‌باشد. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس سبک زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاسهای ۴ گانه و کل مقیاس گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۵) و در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر ۰/۶۷-۰/۸۷-۰/۸۴ بود. همچنین پایایی مقیاس سبک زندگی را رحیمی (۱۳۸۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ برای سلامت جسمی ۰/۷۰ برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه سبک زندگی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۸، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب می‌باشد.

۲) شبیه مقابله با موقعیت های تنیدگی زا: اندلر و پارکر^۱ (۱۹۹۰) CISS را با هدف ارزیابی انواع سبک های مقابله ای افراد در موقعیت های تنیدگی زا شامل سبک های مقابله مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی طراحی کردند. این آزمون شامل ۴۸ سؤال است که هر ۱۶ سؤال به یکی از ابعاد مقابله مربوط بوده و پاسخ به هر سؤال بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) مشخص می شود. سبک مقابله اجتنابی قابل تفکیک به خرده مقیاس های حواسپرتی و مشغولیت اجتماعی است که هر یک به ترتیب از طریق ۸ و ۵ سؤال ارزیابی می شوند. گفتنی است که سبک غالب هر فرد با توجه به نمره وی در هر یک از ابعاد سه گانه سبک های مقابله تعیین می شود. به بیان دیگر، هر کدام از رفتارها که در مقیاس نمره بالاتری کسب کنند، آن رفتار به عنوان سبک مقابله ای ترجیحی فرد در نظر گرفته می شود. نتایج تحلیل عامل تأییدی بر روی نسخه کوتاه (۲۱ سؤالی) CISS در مطالعه کوهن و همکاران (۲۰۰۶) که با هدف بررسی ساختار عاملی CISS-SF انجام شد نشان داد که الگوی چهار عاملی CISS-SF در مقایسه با الگوی سه عاملی، برازش بهتری با داده ها دارد. در پژوهش کوهن و همکاران (۲۰۰۶) ضرایب آلفای کرونباخ و ضرایب همبستگی حاصل از آزمون - بازآزمون خرده مقیاس ها نشان داد که CISS-SF از اعتبار بالایی برخوردار است. در نسخه کوتاه CISS، هر یک سبک های مقابله مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی از طریق ۷ سؤال اندازه گیری می شود. در مطالعه شکری (۱۳۸۸)، ضرایب آلفای کرونباخ سبک های مقابله مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی در بین دانشجویان ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۷۳ در بین دانشجویان سوئدی به ترتیب برابر با ۰/۶۹، ۰/۷۷، ۰/۶۸ و در کل برابر با ۰/۷۲، ۰/۷۱، ۰/۷۴ به دست آمد. اما در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ برای سه عامل مسأله مداری، اجتنابی بودن و هیجان مداری در بین والدین کودکان عادی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۶۵ و در کل ۰/۷۶ و در بین والدین کودکان استثنایی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۷۳، ۰/۶۵ و در کل ۰/۷۸ به دست آمد.

۳) پرسشنامه امیدواری اشنایدر: مقیاس امیدواری اشنایدر که توسط گروه اشنایدر (۱۹۹۸) ساخته شده است و شامل اندازه گیری های خود گزارشی صفت و حالت امیدواری هستند. این پرسشنامه شامل ۱۲ سوال چهار گزینه ای است که آزمودنی از بین پاسخ های کاملاً غلط، تا حدی غلط، تا حدی درست و کاملاً درست که به ترتیب نمره ۱ و ۲ و ۳ و ۴ می گیرد و در نهایت نمره امیدواری در محدوده ۸-۳۲ قرار می گیرد. (دارای ۴ سوال انحرافی که نمره ای به آنها تعلق نمی گیرد) (به نقل از قربانی، ۱۳۸۸). همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون باز آزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان نیز بالاتر است (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۷) به نقل از قربانی، (۱۳۸۸). پایایی این آزمون روی چهار گروه نمونه برابر

^۱Endler & Parker

بود با ۰/۸۴ و پایایی باز آزمایی ۱۰ هفته بعد برابر بود با ۰/۸۰. همبستگی آن با مقیاس ناامیدی بک برابر ۰/۵۱ می باشد و همبستگی آن با افسردگی بک برابر ۰/۴۲- می باشد. این مقیاس دو آیتم انگیزه (داشتن راه حل) و اراده (رسیدن به راه حل) را می سنجد. ضمناً این پرسشنامه روی ۴۵ آزمودنی ایرانی اجرا شد و پایایی آن ۰/۷۳ به دست آمد و هم چنین بین این پرسشنامه با شادکامی آکسفورد که روی ۳۰ آزمودنی اجرا شد همبستگی (اعتبار همزمان) ۰/۹۱ به دست آمد که نشانگر اعتبار این پرسشنامه ها بود.

۴) پرسشنامه افکار خودآیندمنفی جونز و همکاران (۱۹۸۰)، این پرسشنامه دارای ۴۰ سوال و به صورت طیف ۵ گزینه ای (به شدت مخالف، تا حدی مخالف، نه مخالف نه موافق، تا حدی موافق، به شدت موافق) می باشد در این پرسشنامه، به هر گزینه از ۱ تا ۵ امتیاز داده می شود. در نهایت، پس از پاسخگویی به همه سوالات، نمرات باهم جمع می شوند. کامکاری، عسکریان و ساعتچی (۱۳۹۹) در پژوهشی تحت عنوان بررسی تفکرات غیر منطقی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، روایی و اعتبار این پرسشنامه را برآورد نموده اند. برای دستیابی به این منظور، پس از ترجمه، سوالات به رویت متخصصان روانشناسی رسانده شد و روایی محتوایی پرسشنامه، مورد تایید قرار گرفت. در مرحله بعد، پرسشنامه بر روی یک گروه ۵۰۰ نفری اجرا گردید، ضریب اعتبار آن با کل پرسشنامه از طریق ضریب همبستگی محاسبه گردید. سپس تجانس دورونی سوالات پرسشنامه مشخص گردید. همچنین با تاکید بر روش تحلیل عام، تمامی عوامل ده گانه پرسشنامه مورد پذیرش تحلیل عامل تاییدی قرار گرفت. در پژوهش دیگری که توس اسماعیل زاده و عسکریان و تحت عنوان >> بررسی رابطه بین تفکرات غیر منطقی و پیشرفت تحصیلی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد اسلامشهر << انجام گرفت، مشخص گردید که این پرسشنامه از روایی و اعتبار مطلوبی بر خوردار و واجد ویژگی های روانسنجی مناسبی می باشد. ضریب اعتبار این پرسشنامه نیز از طریق ضریب آلفا محاسبه شد و عدد ۰/۹۵ به دست آمد.

یافته ها

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره های مقیاس سبک زندگی در نمونه های بیماران قلبی

عروقی و افراد عادی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
بیماران قلبی عروقی	۱۰۰	۶۱/۰۸	۸/۴۵	۴۳	۷۹
افراد عادی	۱۰۰	۶۷/۱۶	۹/۹۴	۴۷	۸۹
کیفیت زندگی					
کیفیت زندگی					

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره های مقیاس سبک زندگی مربوط به نمونه های بیماران قلبی عروقی و افراد عادی حاضر در پژوهش را نشان می دهد. همانگونه که در جدول بالا مشاهده می شود، میانگین و انحراف استاندارد بیماران قلبی عروقی در متغیر سبک زندگی به ترتیب برابر ۶۱/۰۸ و ۸/۴۵ می باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد افراد عادی در متغیر سبک زندگی به ترتیب برابر ۶۷/۱۶ و ۹/۹۴ می باشد.

جدول ۲ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس شیوه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی زا و مؤلفه‌های آن در نمونه‌های بیماران قلبی عروقی و افراد عادی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
بیماران قلبی عروقی	۱۰۰	۴۴/۱۴	۱۱/۴۴	۲۴	۶۵
	۱۰۰	۴۷/۲۶	۹/۹۱	۲۹	۶۵
	۱۰۰	۴۱/۸۶	۷/۳۴	۲۷	۶۰
افراد عادی	۱۰۰	۵۲/۰۶	۸/۹۲	۳۴	۶۹
	۱۰۰	۳۸/۱۸	۷/۷۳	۲۵	۵۴
	۱۰۰	۳۷/۰۰	۸/۴۱	۲۱	۵۵

جدول ۲ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس شیوه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی زا و مؤلفه‌های آن مربوط به نمونه‌های بیماران قلبی عروقی و افراد عادی حاضر در پژوهش را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد بیماران قلبی عروقی در متغیر سبک مقابله مسئله‌مدار به ترتیب برابر ۴۴/۱۴ و ۱۱/۴۴، متغیر سبک هیجان‌مدار به ترتیب برابر ۴۷/۲۶ و ۹/۹۱، متغیر سبک اجتنابی به ترتیب برابر ۴۱/۸۶ و ۷/۳۴ می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد افراد عادی در متغیر سبک مقابله مسئله‌مدار به ترتیب برابر ۵۲/۰۶ و ۸/۹۲، متغیر سبک هیجان‌مدار به ترتیب برابر ۳۸/۱۸ و ۷/۷۳، متغیر سبک اجتنابی به ترتیب برابر ۳۷/۰۰ و ۸/۴۱ می‌باشد.

جدول ۳ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس امید به زندگی در نمونه‌های بیماران قلبی عروقی و افراد عادی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
بیماران قلبی عروقی	۱۰۰	۳۵/۸۳	۵/۴۵	۱۴	۴۱
	۱۰۰	۴۲/۲۵	۷/۹۴	۱۶	۵۲
افراد عادی	۱۰۰	۴۲/۲۵	۷/۹۴	۱۶	۵۲

جدول ۳ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس امید به زندگی مربوط به نمونه‌های بیماران قلبی عروقی و افراد عادی حاضر در پژوهش را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد

بیماران قلبی عروقی در متغیر امید به زندگی به ترتیب برابر $۳۵/۸۳$ و $۵/۴۵$ می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد افراد عادی در متغیر امید به زندگی به ترتیب برابر $۴۲/۲۵$ و $۷/۹۴$ می‌باشد.

جدول ۴ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس افکار خودآیندمنفی در نمونه‌های بیماران قلبی عروقی و افراد عادی

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
بیماران قلبی عروقی	۱۰۰	۱۱۱/۵۲	۱۳/۸۵	۴۳	۱۳۵
افکار خودآیندمنفی					
افراد عادی	۱۰۰	۷۹/۴۲	۱۰/۹۹	۴۷	۹۱
افکار خودآیندمنفی					

جدول ۴ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مقیاس افکار خودآیندمنفی مربوط به نمونه‌های بیماران قلبی عروقی و افراد عادی حاضر در پژوهش را نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد بیماران قلبی عروقی در متغیر افکار خودآیندمنفی به ترتیب برابر $۱۱۱/۵۲$ و $۱۳/۴۵$ می‌باشد. همچنین، میانگین و انحراف استاندارد افراد عادی در متغیر افکار خودآیندمنفی به ترتیب برابر $۷۹/۴۲$ و $۱۰/۹۹$ می‌باشد.

جدول ۵ نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین) بین متغیرهای وابسته پژوهش در بیماران قلبی عروقی و افراد عادی

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری
کیفیت زندگی		۱	۹۸	۱/۰۱	۰/۳۱
سبک مقابله مسئله‌مدار		۱	۹۸	۰/۴۲	۰/۵۱
سبک مقابله هیجان‌مدار		۱	۹۸	۱/۹۸	۰/۰۶
سبک اجتنابی		۱	۹۸	۰/۶۱	۰/۳۶
امید به زندگی		۱	۹۸	۰/۵۹	۰/۴۴
افکار خودآیندمنفی		۱	۹۸	۰/۹۸	۰/۶۳

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود آزمون لوین در متغیر سبک زندگی ($F=۱/۰۱$ ، $P=۰/۳۱$) غیرمعنی‌دار، در متغیر سبک مقابله مسئله‌مدار ($F=۰/۴۲$ ، $P=۰/۵۱$) غیرمعنی‌دار، در متغیر سبک مقابله هیجان‌مدار ($F=۱/۹۸$ ، $P=۰/۰۶$) و در متغیر سبک اجتنابی ($F=۰/۶۱$ ، $P=۰/۳۶$) نیز غیرمعنی‌دار می‌باشند در متغیر امید به زندگی ($F=۰/۵۹$ ، $P=۰/۴۴$)

غیرمعنی‌دار، در متغیر افکار خودآیندمنفی ($F=0/98$ ، $P=0/63$) غیرمعنی‌دار. در نتیجه فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۶ نتایج کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیرها	Z کولموگروف اسمیرنوف	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	۱/۲	۰/۱۴
سبک مقابله مسئله‌مدار	۰/۷۹	۰/۲۱
سبک مقابله هیجان‌مدار	۱/۶	۰/۳۵
سبک اجتنابی	۱/۹	۰/۲۴
امید به زندگی	۱/۴	۰/۱۸
افکار خودآیندمنفی	۰/۶۳	۰/۱۹

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیره، فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

جدول ۷ خلاصه نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین متغیرهای وابسته در گروه‌های بیماران قلبی عروقی و افراد عادی

نام آزمون	مقدار	F	df	df	سطح معنی- داری (p)
			فرضیه	خطا	
اثر پیلایی ^۷	۰/۳۸	۱۱/۶	۶	۱۹۳	$P<0/0001$
لامبدای ویلکز ^۸	۰/۶۱	۱۱/۶	۶	۱۹۳	$P<0/0001$
اثر هتلینگ ^۹	۰/۶۱	۱۱/۶	۶	۱۹۳	$P<0/0001$
بزرگترین ریشه روی ^{۱۰}	۰/۶۱	۱۱/۶	۶	۱۹۳	$P<0/0001$

^۷ - Pillai Trace

^۸ - Wilks Lambda

^۹ - Hotellings Trace

^{۱۰} - Roy s Largest Root

مندرجات جدول ۷ نشان می‌دهد که بین گروه بیماران قلبی عروقی و افراد عادی از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P \leq 0/001$ تفاوت معنی داری وجود دارد و می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی، سبک مقابله مسئله‌مدار، سبک مقابله هیجان‌مدار و سبک اجتنابی، امید به زندگی و افکار خودآیندمنفی) بین دو گروه، تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۸ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی میانگین متغیرهای وابسته در بیماران قلبی عروقی و افراد عادی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۹۲۴/۱	۱	۹۲۴/۱	۱۰/۸۴	$P < 0/0001$
سبک مسئله‌مدار	۱۵۶۸/۱	۱	۱۵۶۸/۱	۱۴/۹	$P < 0/0001$
سبک هیجان‌مدار	۲۰۶۱/۱	۱	۲۰۶۱/۱	۲۶/۰۶	$P < 0/0001$
سبک اجتنابی	۵۹۰/۴	۱	۵۹۰/۴	۹/۴۶	$P < 0/003$
امید به زندگی	۱۹۵۲/۶	۱	۱۹۵۲/۶	۱۷/۹۴	$P < 0/0001$
افکار خودآیندمنفی	۱۶۸۵/۸۵	۱	۱۶۸۵/۸۵	۲۱/۸۵	$P < 0/0001$

با توجه به مندرجات جدول ۸، مقدار F در متغیر سبک زندگی برابر ۱۰/۸۴ است که در سطح $p < 0/0001$ معنی‌دار می‌باشد. همچنین مقدار F در متغیر سبک مقابله مسئله‌مدار برابر ۱۴/۹ است در متغیر سبک مقابله هیجان‌مدار برابر ۲۶/۰۶ که در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار می‌باشد. همچنین در سبک مقابله اجتنابی F برابر ۹/۴۶ می‌باشد که در سطح $0/003$ معنی‌دار، مقدار F در متغیر امید به زندگی برابر ۱۷/۹۴ است که در سطح $p > 0/0001$ معنی‌دار و مقدار F در متغیر افکار خودآیندمنفی برابر ۲۱/۸۵ است که در سطح $p < 0/0001$ معنی‌دار می‌باشد. این بدین معناست که بین آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ سبک زندگی و سبک‌های مقابله با استرس، امید به زندگی و افکار خودآیندمنفی تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد در متغیر سبک زندگی در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار می‌باشد و بین آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ سبک زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر باتوجه به میانگین نمرات دو گروه، افراد عادی از سبک زندگی بالاتری برخوردارند. در تبیین نتایج این فرضیه می‌توان گفت که سبک زندگی رویکردی آگاهانه به منظور دستیابی به سلامت روحی، روانی و بدنی است. به عبارتی، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از مشخصه‌ها و خصوصیات زندگی وی با محیط، سبک زندگی او را

نشان می دهد. (دینر، ۲۰۰۸). به طور کلی، می توان گفت سبک زندگی فقط از نظر فرد مشخص می شود. اگرچه سبک زندگی را می توان به طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی به وسیله جنبه های مختلف زندگی فرد تحت تاثیر قرار می گیرد. رضایت از زندگی، به وسیله درک هر فرد از شرایط کنونی اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده آل او تعیین می گردد. احساس بهزیستی هم دارای مولفه های عاطفی و هم دارای مولفه های شناختی است. زنان با احساس و دارای بهزیستی بالا، هیجانات مثبت را به صورت عمده تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند. بنابراین براساس نتایج مطالعه حاضر می توان گفت که افراد عادی سبب ارتقاء سبک زندگی در ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، دردبندی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و بهزیستی عاطفی شده است نتایج نشان داد بین بیماران قلبی عروقی با افراد عادی از لحاظ سبک مقابله مسئله مدار تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به میانگین های دو گروه، افراد عادی نسبت به بیماران قلبی عروقی از سبک مقابله مسئله مدار بیشتری استفاده می کنند. در تبیین این یافته ها میتوان گفت که راهبرد مقابله ی مسئله مدار شامل اقداماتی است که افراد در رابطه با شرایط استرس زا کارهای سازنده و مفیدی انجام می دهد و در برگیرنده ی راهبردهای جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، حل مدبرانه مسئله، ارزیابی مجدد مثبت میباشد که افراد عادی نسبت به بیماران قلبی عروقی از سبک مقابله مسئله مدار بیشتری استفاده می کنند. بنا به گفته پیرس و ساراسون (۲۰۰۲)، روش های مقابله با استرس معمولاً به چگونگی درک و مدیریت موقعیت های پیچیده بر می گردد. هنگامی که ویژگی های شخصیت، روابط بین فردی و پارامترهای موقعیتی برای ایجاد یک روش قوی مقابله با استرس در کنار هم قرار می گیرند، افراد تمایل دارند تا این ویژگی ها را نشان دهند؛ آن ها مایل اند تا اعتماد به نفس بیشتری داشته باشند، تمایل دارند ببینند که تا چه اندازه بر موقعیت های استرس زا کنترل دارند، همچنین مایل اند تا پایدار و محکم باشند و به احتمال زیاد انتظار دارند در کارهایشان موفقیت بیشتری داشته باشند. راهبردهای مقابله ای مسئله مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاستن یا از بین بردن یک تنیدگی انجام دهد محاسبه می کند. رفتارهای مسئله مدار شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام هایی برای مخاطب قرار دادن مسئله می شود

نتایج نشان داد بین بیماران قلبی عروقی با افراد عادی از لحاظ سبک مقابله هیجان مدار تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به میانگین های دو گروه، بیماران قلبی عروقی نسبت به افراد عادی از سبک مقابله هیجان مدار بیشتری استفاده می کنند. در تبیین این یافته ها می توان گفت که راهبردهای مقابله ای هیجان مدار شیوه هایی را توصیف می کند که بر اساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خویش است. واکنش های مقابله ای هیجان مدار شامل گریه کردن، عصبی و ناراحت شدن، پرداختن به رفتار های عیب جویانه، اشتغال ذهنی و خیال پردازی است؛ با این تفاسیر روشهای هیجان مدار رویارویی با استرس گرچه سبب تخلیه ی هیجانی و احساسی بیماران قلبی عروقی از بار استرس موجود در زندگی شان می شود، بنابراین به عبارت دیگر، هر چه بیماران قلبی عروقی از راهبرد مقابله هیجان مدار استفاده کنند بیشتر دچار مشکلات روانی خواهند شد.

از طرفی روشهای مقابله تلاشهای شناختی رفتاری برای مدیریت استرس بیرونی و درونی می باشد، تلاشهای شناختی و رفتاری می توانند بیرونی (مساله مدار) و درونی (هیجان مدار) باشند که مقابله مسئله مدار می تواند به عنوان تلاش برای مدیریت و تغییر مساله استرس را در نظر گرفته می شود و مقابله هیجان مدار تلاش برای کم کردن استرس هیجانی در درون خویش است. لازاروس و فولکمن (۱۹۹۱) معتقدند که در مقابله موثر، هر دو عملکرد معمولاً همزمان رخ می دهند. استرس، یکی از عمده ترین مشکلات جامعه بشری است و تعداد زیادی از انسانها با آن دست به گریبان هستند. به نظر می رسد استرس جزء ضروری و نتیجه اجتناب ناپذیر تعامل انسان با محیط است. اما آنچه که باعث ایجاد تفاوت در عملکرد انسان میشود این است که مردم چگونه با آن مبارزه می کنند. بشر مردم می توانند در حد قابل قبولی سلامت خود را حفظ کنند و در یک شرایط پر از استرس زندگی کنند. به استناد اسپادا و همکاران، ۲۰۰۸؛ نقل از بزرگان، (۱۴۰۰) سبک های مقابله ای، یکی از مفاهیم کلیدی در مواجهه با استرس است. با توجه به گریز ناپذیر بودن استرس، استفاده از سبک های مقابله ای مناسب می تواند فرد را در برابر استرس های شدید محافظت کند. مهارت توانایی مقابله با استرس و شناخت روش صحیح برخورد با تغییرات استرس را این امکان را به ما می دهد تا منابع استرس و نحوه تاثیر آن را بر زندگی خود بشناسیم و با اعمال و موضع گیری های صحیح و به جای خود بتوانیم فشار و استرس را در خود کاهش داده و آرامش خود را تامین کنیم. هنگامی که بیماران قلبی عروقی با مشکل روبه رو می شوند، واکنش های مختلفی نشان می دهند که این واکنش ها جنبه هیجانی، شناختی و گاهی رفتاری دارند. گاهی اوقات ممکن است به حل مشکل بینجامد یا فرد را از آن دور کند. این واکنش ها در قالب سبک های مقابله، بررسی می شوند.

نتایج نشان داد بین بیماران قلبی عروقی با افراد عادی از لحاظ سبک مقابله اجتنابی تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به میانگین های دو گروه، بیماران قلبی عروقی نسبت به افراد عادی از سبک مقابله اجتنابی بیشتری استفاده می کنند. در تبیین این یافته ها می توان گفت که راهبردهای مقابله ای اجتنابی مستلزم فعالیت ها و تغییراتی شناختی است که هدف آن ها اجتناب از موقعیت تنیدگی زا است. رفتارهای مقابله ای اجتنابی ممکن است به شکل روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت تازه و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر شود (هرن و میشل، ۲۰۰۳). همچنین گاهی نیز دربرگیرنده ی عدم درگیری رفتاری در جهت مسأله، تمرکز بر هیجان و استفاده از داروها و الکل می باشد (ریو، ۲۰۱۵؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۸). از سوی دیگر کارنی و برادبوری (۲۰۰۷) الگوی آسیب پذیری، تنیدگی و سازش را درباره زندگی مطرح کرده اند. براین اساس سه عامل مهم کیفیت و ثبات و تداوم زندگی را تعیین می کنند: الف) وقایع استرس زای زندگی ب) ناتوانی در مقابله ی مؤثر با استرس و افزایش یا تداوم استرس. ج) استمرار استرس که منجر به کاهش ظرفیت بیماران قلبی عروقی برای سازش و داشتن بهزیستی روانشناختی می شود. فشارهای روانی به عنوان میانجی بین ارگانیزم و عوامل تنش زا عمل کرده و برحسب توانایی ها و شرایط افراد تحت فشار، اختلالات جسمانی گوناگونی را در آن به دنبال می آورد. به عبارت و واضح تر، عوامل تنش زا و فشارآور زندگی، نظیر فشارهای شغلی و تحصیلی، حوادث زندگی، تعارض نقش ها وجود محرومیت ها و نابرابری های اجتماعی، رواج تبعیض های نژادی-قومی و جنسیتی، مشقت اقتصادی، سطح پایین استانداردهای زندگی و غیره، موجب ایجاد یا تشدید فشار روانی و در نتیجه بروز استرس، اضطراب افسردگی و اختلالات دیگر می شود. افسردگی و اضطراب از جمله شایع ترین اختلالات روانی هستند که تمامی افراد و جوامع را در سرتاسر جهان تحت تاثیر قرار می دهند، بنابراین به عبارت دیگر، هر چه بیماران قلبی عروقی از راهبرد مقابله اجتنابی (غیرمؤثر) استفاده کنند بیشتر دچار مشکلات روانی خواهند شد.

نتایج نشان داد در متغیر امید به زندگی در سطح $p < 0.001$ معنی دار می باشد و بین آزمودنی های دو گروه از لحاظ امید به زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر با توجه به میانگین نمرات دو گروه، افراد عادی از امید به زندگی بیشتری برخوردارند. در تبیین نتایج این فرضیه میتوان گفت که امید به زندگی یکی از شاخص های بسیار مهم سلامتی و رفاه در انسان محسوب میشود. امید یک حالت انگیزشی مثبت است که مبتنی بر حس پایوری و راهیابی است که ناشی از تعامل فرد با محیط است. امید به زندگی یکی از عوامل اساسی، ارتقا دهنده قدرت انطباق و سازگاری و نشانه سلامت جسمی و روانی میباشد و همچنین عامل اصلی، تلاش برای کشف متغیرهای موثر و نهفته در ورای بهبود محسوب میشود. عوامل متعددی از جمله ساختار روانی و وضعیت روانشناختی، هیجانات مثبت و منفی، توانمندی انطباق با شرایط محیطی و پیرامون، ژنتیک، سطح و سبک زندگی و... بر میزان امیدواری انسان تاثیرگذار هستند. بطوریکه هدف رویکرد روانشناسی مثبت، سلامت فهم و آسان سازی سلامت ذهنی و روانی است و بعنوان یک اقدام متهورانه ی علمی، بر درک و فهم و تبیین شادمانی و سلامت ذهنی و بطور دقیق به پیش بینی عواملی تمرکز دارد که بر امید واری تاثیر میگذارد و هدف غائی این رویکرد، شناسایی سازه ها و شیوه هایی است که بهزیستی و شادکامی انسان را به ارمغان می آورند و سعی میکند عوامل سبب ساز و تهدیدکننده ی آرامش و شادکامی را شناسایی و رفع نماید.

امید یکی از پایه های اصولی توان و قدرت روانی است که مشخص کننده دستاوردهای زندگی است امید باور یک احساس بهتر از آینده است امید با نیروی نافذ خود سیستم فعالیتی را تحریک می کند تا سیستم بتواند تجارب خود را کسب کرده و نیروهای تازه را در ارگانیزم ایجاد نماید و در نتیجه امید انسان را به تلاش و کوشش واداشته و او را به سطح بالایی از عملکردهای

روانی و رفتاری نزدیک می‌کند امید را نمی‌توان آگاهانه تجربه کرد ولی هنگامی که شخص تحت فشارهای غیرعادی، و راه‌های پرپیچ و خم و تاریک زندگی قرار گیرد، احساس امیدواری در فرد امیدوار بزودی ظاهر شده و این امید و امیدواری است که بعد از بحران‌ها فرد را مجدداً به آرامش می‌رساند بدیهی است انسان حالات نگران کننده و مهم و بدخیمی را احساس می‌کند در افراد ناامید این نگرانی روز به روز بیشتر می‌شود در امیدواران تحت تأثیر امید تعادل روانی ایجاد شده و در نتیجه افسردگی در بیماران قلبی عروقی کمتر دیده می‌شود.

نتایج نشان داد بین بیماران قلبی عروقی با افراد عادی از لحاظ سبک مقابله هیجان‌مدار تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به میانگین‌های دو گروه، بیماران قلبی عروقی نسبت به افراد عادی از سبک مقابله هیجان‌مدار بیشتری استفاده می‌کنند. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که باورهای فرد یا طرحواره‌های ذهنی است که طرز برخورد و نگرش شخص به خود، جهان و آینده تعیین می‌شود. اگر این ساختارهای شناختی منطقی و مثبت باشد، گرایش فرد به همه چیز مثبت و امیدوارانه خواهد بود و در صورتی که این ساختارهای شناختی غیرمنطقی باشد، نگرش فرد به خود، آینده و دنیای پیرامونش منفی خواهد شد، به گونه‌ای که واقعیت‌های متضاد طوری تعبیر می‌شوند که در چهارچوب دریافته‌های از پیش شکل گرفته و جهت‌دار جای بگیرند و این تعبیر جهت‌دار موجب پردازش نادرست اطلاعات و تحریف‌ها و خطاهای شناختی می‌شود. بنابراین بیماران قلبی با نیازهای متعددی پا به عرصه وجود می‌گذارند و دائم درصدد رفع مشکلات می‌باشند. تمایل شدیدی به عشق، محبت و احترام، رشد، ترقی و آرزو دارد و به شدت از ناکامی و بی‌توجهی اجتناب می‌کند. به طور کلی او با توان زیادی برای خواستن متولد می‌شود. اصرار دارد هر چیزی به بهترین وجه در زندگی او وجود داشته باشد. اگر این خواستها سریع و کامل ارضا نشوند ممکن است دو برداشت متضاد براساس تمایلات ذاتی خود از این حادثه فعال کننده داشته باشد. یکی افکار، عقاید و باورهای منطقی و عقلانی و دیگری افکار، عقاید و باورهای غیرمنطقی.

وقتی بیماران تابع عقاید و باورهای منطقی باشد به عواقب منطقی و سازنده دست خواهد یافت و دارای شخصیت و رفتار بهنجار و معقولی خواهد بود. عواقب منطقی منجر به سازگاری مناسب این بیماران می‌شود. اما هر گاه بیماران تابع افکار، عقاید و افکار خودآیندمنفی باشد به عواقب غیر معقول و غیر منطقی دچار خواهد شد. در این حالت فرد دچار آشفتگی عاطفی و رفتاری می‌گردد. با این حال رفتار و عواطف بیماران تابع باورها و عقاید او فرض می‌شود و پیامدهای رفتاری یا عاطفی تا حد زیادی مستقل از حوادث و وقایع است. یعنی اینکه واکنش‌های عاطفی و رفتاری آنها دقیقاً هماهنگ و متناسب با حادثه و وقایع رخ داده نیست، بلکه متناسب با برداشت و شناخت آنها از حوادث است. می‌توان گفت نظام باورهای بیماران جزء بسیار مهم شخصیت اوست که قادر است بر ابعاد گوناگون شخصیت آنها اثر بگذارد.

منابع:

- حسینی، محمدعلی و صالحی، علیرضا (۱۳۹۹). تأثیر مراقبت‌های معنوی- مذهبی بر میزان اضطراب به بیماران قبل از عمل جراحی پیوند عروق کرونر. مجله جامع پرستاری، ۳۱ (۳)، ۱۷۲-۱۶۴.
- دهکردی، مهناز؛ صالحی، شیرین و رضایی، اکبر (۱۴۰۱). مقایسه باورهای غیرمنطقی و سبک‌های دفاعی در بین بیماران کرونر قلب و افراد عادی. روانشناسی سلامت، ۲ (۲)، ۳۴-۱۹.

بالنجانی، اسفندیار؛ کاظمی، مهدی، امان پور، الهام و تیزفهم، توران (۱۴۰۰). بررسی/ارتباط بین مذهب، سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلای به سرطان. مراقبت مبتنی بر شواهد/ فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، ۱ (۱)، ۶۳-۵۱.

احمدوند، محمدعلی (۱۳۸۷)، بهداشت روانی، تهران: انتشارات پیام نور

علی پور، احمد. (۱۴۰۰). مقدمات روان شناسی سلامت (چاپ دوم). تهران: دانشگاه پیام نور.

کرتیس، آنتونی جیمز. (۲۰۰۸). روانشناسی سلامت (چاپ پنجم)، ترجمه ی علی فتحی آشتیانی ؛ و هادی عظیمی آشتیانی. (۱۳۹۹) تهران: موسسه چاپ و انتشارات بعثت.

افراسیابی راد، عباس؛ حسن زاده سلماسی، سوسن؛ کوشاور، حسین؛ و حسن زاده سلماسی، پرور. (۱۴۰۰). بررسی عوامل استرس زای بیمارستانی در بیماران قلب و عروق شهید مدنی تبریز، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال سی و پنجم، شماره ۴۹، ص ۱۱.

بیاضی، محمدحسین؛ احدی، حسن؛ فتی، لادن؛ هاشم دانش، ثانی. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله ای شناختی رفتاری گروهی کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب و تنش بیماران کرونری قلب مزمن: یک آزمایش ی کنترل شده تصادفی، مجله اصول بهداشت روانی، سال چهاردهم (۱)، ص ۲۱-۱۱۰.

براتی، علی. (۱۴۰۰). بررسی تأثیر سبک زندگی بر ویژگیهای شخصیتی فرزندان در خانواده های شاهد وعادی شهر کرمانشاه - پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران کرمانشاه .

پیمان نیا ،بهرام، موسوی قیه ،قشلاقی ،الهام. (۱۳۹۳). مقایسه استرس ادراک شده و صفات شخصیتی در بیماران قلبی و افراد سالم، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۲، شماره ۲، از صفحه ۱۰۶۹ تا صفحه ۱۰۷۸ .

خیام نکویی، زهره؛ یوسفی، علیرضا؛ و منشتی، غلامرضا. (۱۳۹۹). تاثیر آموزشهای شناختی رفتاری بر بهبود سبک زندگی بیماران قلبی، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، شماره ۱۰، پیاپی ۲، ص ۱۴۸-۱۵۴.

درویش پور کاخکی، علی. (۱۳۹۹). سبک زندگی و ابزار اندازه گیری سازمان بهداشت جهانی. نشریه سبک زندگی ۲، ۲۵-۲۲

دهکردی، مرتضی. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط سبک زندگی و استرس ادراک شده شده بیماران مبتلا به آسم تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران.

ربانی خوراسگانی، علی. کیانپور، مسعود (۱۳۸۶). مدل پیشنهادی برای سنجش سبک زندگی . مطالعه موردی شهر اصفهان، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی، سال ۱۵، شماره ۵۸ و ۵۹.

رهنمایی (۱۴۰۱) مقایسه باورهای غیرمنطقی، تیپ شخصیتی D و سبک زندگی مبتلایان قلبی و افراد سالم، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی .

- ساعتچی، محمود (۱۳۸۸). راهنمای آزمونهای روانشناختی. تهران: انتشارات ارسباران.
- سماوات، طاهره؛ و حجت زاده، عالییه. (۱۳۸۸). دانستنیهایی درباره حمله قلبی و سکته مغزی، وزارت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مدیریت بیماری ها. تهران: نشر صدرا
- سریع القدم، زهرا. (۱۳۸۸)، مفهوم سلامت روان شناختی، چاپ اول مشهد، انتشارات جاودان فرد
- شاکریان، رضا. (۱۴۰۱). بررسی و مقایسه ی حمایت خانواده و ارتباط با سبک زندگی و بهبود علائم آسم دانشجویان مبتلا به آسم دانشگاه آزاد سنندج. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد سنندج.
- شیرین پور، مجید. (۱۳۹۹). بررسی رابطه سبکهای مقابله ای و سبک زندگی با رضایت زناشویی افراد مبتلا به آسم کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره و خانواده دانشگاه شهید چمران کرمانشاه.
- شفیع پور، ویدا؛ شفیع پور، لیلا؛ و جعفری، هدایت. (۱۴۰۰). تاثیر برنامه بازتوانی قلب بر سبک زندگی بیماران مبتلا به انفاکتوس میوکارد، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، شماره ۵، پیاپی ۵۸، ص ۳۴-۴۲.
- قاسم پور، یداله؛ و قربانی، نیما. (۱۳۹۹). به هوشیاری و نیازهای بنیادی روانشناختی در بیماران قلبی عروقی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال شانزدهم، شماره ۲، ص ۱۵۴-۱۶۲.
- صادق، ناصر. (۱۴۰۰). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و نرم یابی پرسشنامه امیدواری و رابطه امیدواری با شادکامی در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز.
- بختیاری پور، حلیمه (۱۴۰۱). مقایسه استرس ادراک شده و شیوه های مقابله کارکنان سازمان جهاد کشاورزی اراک و سازمان محیط زیست اراک. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آشتیان.
- استادی، رضا. (۱۳۹۹). بررسی رابطه بین باورهای غیرمنطقی و عزت نفس در دانش آموزان پایه چهارم دبیرستان های شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی علامه طباطبائی.
- کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین (۲۰۰۲). خلاصه روانپزشکی، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان (۱۳۸۸)، تهران، انتشارات ارجمند.

Reis S. and Brin, F.S. (۲۰۲۰). Fear of intimacy in women: Rlationship Attachment style and Depressive symptoms. Department of psychology and illa werra institute for mental Health. International journal of Descriptive and Experimental Psychopathology.

Blotcher E, Crawford S, Tran C, Goldberg R, Rosenthal L, Ockene I (2020). *Spiritual Well-Being May Buffer Psychological Distress in Patients With Implantable Cardioverter Defibrillators*. Journal of evidence-based complementary & alternative medicine; 17(3):148-154.

Ai AL, Park CL, Huang B, Rodgers W, Tice TN (2021). *Psychosocial mediation of religious coping styles: A study of short-term psychological distress following cardiac surgery*. Personality and Social Psychology Bulletin; 33 (6): 867-882.

Bigal, ME; Arruda, MA (2020). "Migraine in the pediatric population--evolving concepts.". *Headache* 50 (7): 1130–43.

Brennan, KC; Charles, A (2011). "An update on the blood vessel in migraine.". *Current opinion in neurology* 23 (3): 266–74.

Buzzi, MG; Cologno, D; Formisano, R; Rossi, P (2019). "Prodromes and the early phase of the migraine attack: therapeutic relevance.". *Functional neurology* 20 (4): 179–83

Damas, E. J. W., & Laughlin, J. (2001). Latent model of family process in African American families: Relationships to child competence, achievement, and problem behaviors. *Journal of Marriage and Family*, 63, 967-98.

Davydov, D.M., Stewart, R., Ritchie, R., & Chaudieu, I .(2020). Resilience and mental health. *Clinical psychology Review*, 30,479- 425.

Dong, Q. (2015). The impact of family communication patterns and perceptions of risky behavior: A social cognitive perspective. *J NW Commun Assoc.* (34):93-106.