

## مقایسه تحمل ابهام، سرمایه روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای بیماران قلبی و

### افراد سالم<sup>۱</sup>

اسماعیل خیرجو\*، محبوبه طاهر\*\*، فرناز فرشایف مانی صفت\*\*\*، پروانه علایی\*\*\*\*

\* دکترای تخصصی، استادیار دانشگاه شهیدمدنی آذربایجان، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

\*\* دکترای تخصصی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران

\*\*\* دانشجوی دکتری دانشگاه محقق اردبیلی، مربی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

\*\*\*\* دکترای تخصصی، استادیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

#### چکیده

#### تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۶

تجدیدنظر: ۱۳۹۴/۱۰/۲۷

پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۰۶

**هدف:** با توجه به این‌که عوامل روانی- اجتماعی بر پیدایش و سیر بیماری‌های قلبی موثر است، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تحمل ابهام، سرمایه روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای بیماران قلبی و افراد سالم انجام شد.

**روش:** طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد ۲۰ تا ۸۰ ساله سالم و مبتلا به بیماری قلبی شهرستان تبریز در سال ۹۳ است که از بین این افراد ۵۰ بیمار قلبی و ۵۰ فرد سالم که از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با گروه بیمار هم‌تا شده بودند با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به سه پرسشنامه تحمل ابهام (ریدل و روزن، ۱۹۹۰)، سرمایه روان‌شناختی (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷) و مقیاس مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زای (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰) پاسخ دادند.

#### کلیدواژه‌ها:

تحمل ابهام، سرمایه روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای، بیماران قلبی

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار ( $F=۴/۰۷$ )، سرمایه روان‌شناختی ( $F=۷/۳۵$ )، خودکارآمدی ( $F=۵/۶۷$ ) و تاب‌آوری ( $F=۴/۴۷$ ) در افراد بیمار کمتر از افراد سالم و میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار ( $F=۴/۷۸$ ) و عدم تحمل ابهام ( $F=۱۱/۱۷$ ) در افراد بیمار بیشتر از افراد سالم است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). اما در مولفه‌های امیدواری ( $F=۳/۶۸$ ) و خوش‌بینی ( $F=۳/۴۹$ ) تفاوت معناداری به دست نیامد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش تحمل ابهام و سرمایه روان‌شناختی در بیماران قلبی کمتر از افراد سالم است و این بیماران برای مقابله با استرس‌ها بیشتر از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند.

۱. این مقاله حاصل طرح پژوهشی شماره ۹۴۷۱/د ۲۱۷ مورخ ۹۳/۱/۵ مصوب در جلسه مورخ ۹۲/۱۲/۲۰ شورای پژوهش و فناوری دانشگاه شهید مدنی آذربایجان است.

## The Comparison of Tolerance of Ambiguity, Psychological Capital and Coping Strategies between Cardiac Patients and Healthy People

E.Kheyrjoo\*,M.Taher\*\*,F.Farshbaf manisefat\*\*\*,P.Alaei

### Abstract

**Objective:** According to psycho-social factors are effective on appearance and progression of heart disease, this study performed with the purpose of comparison tolerance of ambiguity, psychological capital and coping strategies in cardiac patients and health people.

**Methods:** The design study was descriptive-causal comparative. The statistical population includes all heart patients and healthy people, 20 to 80 years old from Tabriz city in 2014 year that among them, 50 patients and 50 healthy individual who were matched with respect to demographic characteristics were selected by available sampling method. They answered questionnaires of tolerance of ambiguity (Rydell & Rosen's, 1990), psychological capital (Luthans & et al, 2007) and coping strategies (Andler & Parker, 1990).

**Results:** The results of multivariate analysis of variance have been showed mean of problem focused coping strategy ( $F=4/07$ ), psychological capital ( $F=7/35$ ), self-efficacy ( $F=5/67$ ) and resiliency ( $F=4/47$ ) in heart patient are significantly less than healthy people and mean of emotion focused coping strategy ( $F=4/78$ ) and intolerance of ambiguity ( $F=11/17$ ) in heart patient are significantly more than healthy people but significant different wasn't found in components of hope ( $F=3/68$ ) and optimism ( $F=3/49$ ).

**Conclusion:** The results of this research intolerance of ambiguity and psychological capital in heart patient are significantly less than healthy people and this patient use emotion focused coping strategy further for coping with stress.

### Article Information:

#### History:

Receipt:2016/01/16

Revise:2016/01/17

Acceptance:2016/08/27

#### Keywords:

tolerance of ambiguity, psychological capital, coping strategies, cardiac patients

تحمل ابهام جزء مهمی در تجربه بیماری‌های قلبی است و سطوح بسیار بالایی از بیماری‌های قلبی، جراحی بای پاس و غیره را در بر می‌گیرد. در این مطالعات سطوح بالای عدم تحمل ابهام با کیفیت زندگی پایین مرتبط بوده است (ایست وود، دورینگ، روبر، هیس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸). عدم تحمل ابهام به عنوان یک عامل ایجادکننده استرس که با افسردگی و نشانه‌های متناقض، تشدید بیماری و نشانه‌ای از ابهام آینده درباره زندگی با نشانه‌های بیماری مرتبط است، همچنین به عنوان منبع اختلالات خلقی در بیماران قلبی شناسایی شده است (هاتوم، هیکسن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عدم تحمل ابهام در کیفیت زندگی بیمارانی که دچار سکنه قلبی شده‌اند تاثیر منفی می‌گذارد. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عدم تحمل ابهام و بلا تکلیفی بخش مهمی از بیماری قلبی است و سطوح بالاتر بلا تکلیفی با کیفیت زندگی بهداشت-مدار پایین تر مرتبط است (ایست وود، دورینگ، روبر، هیس، ۲۰۰۸).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که توانمندسازی افراد مبتلا به بیماری قلبی جهت مراقبت از خود می‌تواند از عوارض این بیماری پیشگیری نموده و یا بروز آن را به تعویق بیندازد؛ به عبارت دیگر، افراد مبتلا به بیماری قلبی به افزایش مهارت‌های توانمندی خود نیاز دارند تا بتوانند به طور مؤثر علائم و نشانه‌های بیماری خود را کنترل نموده و مانع به وجود آمدن عوارض ناشی از بیماری‌شان (سول، گرف، بیجل، گوسنس، ویزرن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶) یکی از راه‌های افزایش توانمندی افراد مبتلا به بیماری قلبی، ارتقای سرمایه روان‌شناختی آنها

بیماری‌های مزمن که به طور عمده شامل بیماری قلبی-عروقی، سرطان، دیابت و بیماری تنفسی مزمن هستند، تنها در سال ۲۰۰۸ میلادی باعث مرگ بیش از سی میلیون نفر در سراسر جهان شده‌اند (پارادیس، چیلر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). بیماری‌های قلبی-عروقی فراوان‌ترین تشخیص در بیماران مسن و علت عمده مرگ در بیماران هر دو جنس زن و مرد بالای ۶۵ سال است و یک مشکل بزرگ سلامتی عمومی در دنیای صنعتی و یک معضل فزاینده در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود (لیبی، بنو، من، زیپس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

مطالعات سال‌های اخیر بیش از پیش مؤید تأثیر عوامل روانی-اجتماعی بر پیدایش و سیر بیماری‌های قلبی است (تیموسی، اسمیت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها گویای این هستند که عوامل روان‌شناختی در شروع، گسترش و تداوم بیماری قلبی نقش دارند (علی اکبری دهکردی، صالحی و رضایی، ۱۳۹۲). تحمل ابهام یک مولفه اصلی در همه بیماری‌های مزمنی است که تجربه می‌شود و می‌تواند در سراسر فرایند تشخیص، درمان و پیش‌آگهی به کار رود (میشل<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰). بادنر<sup>۵</sup> (۱۹۶۲) تحمل ابهام را "تمایل به درک موقعیت‌های مبهم به صورت خوشایند" تعریف می‌کند. افرادی که تحمل ابهام بالایی دارند با موقعیت سازمان نیافته که پایان آن نامشخص است مقابله‌ای موفقیت‌آمیز دارند. در این حالت تحمل ابهام می‌تواند میل و رغبت فرد را به توانایی پذیرفتن تجربه‌های متفاوت یا موقعیت‌های نامشخص ایجاد کند. تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که

1. Paradis, Chiolero
2. Libby, Bonow, Mann, Zipes
3. Timothy, Smith
4. Mishel
5. Budner

6. Eastwood JA, Doering L, Roper J, Hays
7. Hawthorne, Hixon
8. Sol, Graaf, Bijl, Goessens, Visseren

است. سرمایه روان‌شناختی یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت‌گرایی است که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (لوتانس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

برخوردار بودن از سرمایه روان‌شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند، بنابراین این گونه افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالاتری نیز هستند (روبینز، میل، کاسیوپ، واتیرز-مارش<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). سلینگمن<sup>۳</sup> (۲۰۰۰) معتقد است که سرمایه روان‌شناختی، جنبه‌های مثبت زندگی آدمی را در بر می‌گیرد. وی معتقد است که سرمایه روان‌شناختی، بیشتر بالقوه بوده، اندازه‌گیری و توسعه آن دشوار است. بنابراین سرمایه روان‌شناختی شامل درک شخص از خودش، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات تعریف می‌شود (گلداسمیت، ووم، داریتی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). سرمایه روان‌شناختی،

سازه‌ای ترکیبی و به هم پیوسته است که چهار مؤلفه ادراکی-شناختی یعنی امیدواری<sup>۵</sup>، خودکارآمدی<sup>۶</sup>، تاب‌آوری<sup>۷</sup> و خوش‌بینی<sup>۸</sup> را در بر می‌گیرد. این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده، تلاش فرد

برای تغییر موقعیت‌های فشارزا را تداوم می‌بخشد (ارز، جاج<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱) و وی را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده (جاج، بنو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۱) مقاومت و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (پارکر، بالتس، یانگ، هاف، التمن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱). امیدواری یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های انسان است که به او کمک می‌کند تا ناامیدی‌ها را پشت سر گذاشته، اهداف خود را تعقیب کرده و احساس غیر قابل تحمل بودن آینده را کاهش دهد (بیلی، سیندر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷). بندورا خودکارآمدی را دریافت و داوری فرد درباره مهارت‌ها و توانمندی‌های خود برای انجام کارهایی که در موقعیت‌های ویژه به آنها نیاز است، تعریف می‌کند (بندورا، پاربارانلی، پستورلی<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۹). به نظر وی داشتن مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آنها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است (یوسف، لوتانس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷). خوش‌بینی به جهت‌گیری اشاره دارد که در آن معمولاً پیامدهای مثبت مورد انتظارند و این پیامدها به عنوان عوامل ثابت، کلی و درونی در نظر گرفته می‌شوند (پیترسون<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۰).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین خوش‌بینی و بیماری عروق کرونر رابطه وجود دارد (نیکولاس، اریسکوویس، گودمن<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۳). تاب‌آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است و صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا

9. Erez, Judge  
10. Judge, Bono  
11. Parker, Baltes, Young, Huff, Altmann  
12. Baily, Snyder  
13. Bandura, Baarbaranelli, Postorelli  
14. Youssef, Luthans  
15. Peterson  
16. Nicolas, Oreskovic, Goodman

1. Luthans  
2. Robbins, Millet, Caccioppe, Waters- Marsh  
3. Seligman  
4. Goldsmith, Veum, Darity  
5. Hope  
6. Self-efficacy  
7. Resiliency  
8. Optimism

استرس‌زا است (لازاروس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸)، افراد در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا از پاسخ‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند که بکارگیری انواع شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد و ناکارآمد پیامدهای متفاوتی بر سلامت جسمانی و روانی افراد دارد. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که مقابله‌های هیجانی و ناکارآمد در مواجهه با استرس منجر به افزایش تنیدگی گردیده و در نتیجه موجب افزایش واکنش‌های قلبی-عروقی در بیماران می‌گردد (سارافینو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). پترسون<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) در بررسی بیماران عروق کرونر و مقایسه آن با افراد سالم، یافته‌هایی در حمایت از رابطه بین سبک‌های مسئله‌مدار و کاهش بیماری عروق کرونر به دست آورد ولی در زمینه سبک‌های هیجان‌مدار، رابطه معناداری نیافت. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی بیشتر از افراد سالم از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (کارور، اسکاتس، برو، ۲۰۰۴).

با توجه به افزایش تعداد بیماران قلبی از یک سو و نقشی که عوامل روان‌شناختی مثل تحمل ابهام، سرمایه روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند در بروز و تشدید بیماری قلبی ایفا کند از سوی دیگر، و پژوهش‌های داخلی محدود در زمینه متغیر تحمل ابهام و سرمایه روان‌شناختی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه تحمل ابهام، سرمایه روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای در افراد مبتلا به بیماری قلبی و افراد سالم انجام شده است.

#### مواد و روش‌ها

شرایط تهدیدکننده نیست. بلکه فرد تاب‌آور، مشارکت‌کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است. تاب‌آوری با بیماری‌های جسمی رابطه منفی دارد (سو، هو، فیلیپس، لین، ونگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، بیماران به علت محدودیت‌های جسمی ایجاد شده بعد از جراحی و ترس از روبرویی با شرایط جدید، با کاهش قابل توجهی از خودکارآمدی و عزت نفس جهت غلبه و مدیریت بر شرایط فعلی‌شان روبرو می‌شوند (اگرول، لیاو، الگريت، مسکا، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش سارکار، علی و ولی<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) که به بررسی خودکارآمدی و وضعیت سلامت در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر پرداخته بودند بین علائم و نشانه‌های بیماری و خودکارآمدی عمومی اختلاف معنی‌داری وجود داشت. این یافته در پژوهش دیگر با عنوان خودکارآمدی، به عنوان پیش‌بینی‌کننده نارسایی قلب نیز گزارش شد (سارکار، علی و ولی، ۲۰۰۹).

نتایج پژوهشی که توسط بیاضی و رستگاری (۲۰۰۴) با هدف مقایسه عوامل شخصیتی و حوادث استرس‌زا در بیماران قلبی و افراد غیر بیمار انجام گرفت نشان داد افراد مبتلا به بیماری قلبی در مقایسه با افراد غیربیمار میزان حوادث استرس‌زای بیشتری را طی سال قبل از بیماری تجربه کرده‌اند. و استرس و مشکلات هیجانی شیوع بالایی در میان بیماران قلبی دارد (پورتقاش تهرانی و همکاران، ۱۳۹۴). البته در فرایند بیماری‌های مرتبط با استرس مثل بیماری قلبی، آنچه بیش از خود استرس و شدت آن اهمیت دارد، نوع واکنش و مقابله فرد در برابر عامل

3. Lazarus  
4. Sarafino  
5. Patterson

1. Siu, Hui, Phillips, Lin, Wong  
2. Sarkar, Ali, Whooley

(۱۳۹۱) روایی محتوایی آن توسط ۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی صنعتی سازمانی و مدیریتی تأیید شد و پایائی پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بدست آمد (هویدا، مختاری، فروهر، ۲۰۱۲).

#### پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی‌زا:

اندلر و پارکر (۱۹۹۰) این پرسشنامه ۴۸ سؤالی را برای سنجش سه راهبرد مقابله‌ای اصلی تکلیف‌محور، هیجان‌محور و اجتناب‌محور طراحی کردند. برای هر یک از این سه راهبرد مقابله‌ای ۱۶ پرسش وجود دارد. راهبرد مقابله‌ای اجتناب‌محور به دو خرده‌مقیاس توجه‌برگردانی با ۸ پرسش و سرگرمی اجتماعی با ۵ پرسش تقسیم می‌شود. پاسخ به هر پرسش بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز تا همیشه مشخص می‌شود. بررسی‌های انجام شده حاکی از روایی و اعتبار بالای این آزمون است. اندلر و پارکر (۱۹۹۰) اعتبار این مقیاس را (۱۳۸۸) نیز اعتبار و روایی قابل قبولی برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در نمونه ایرانی مناسب گزارش کرده‌اند (ابوالقاسمی و نریمانی، ۲۰۰۳).

#### اطلاعات و داده‌ها

در این پژوهش در گروه بیماران قلبی و گروه افراد سالم ۵۰ درصد را مردان (۲۵ نفر) و ۵۰ درصد را زنان (۲۵ نفر) تشکیل می‌دهند. در گروه بیماران قلبی ۲۰ درصد افراد زیردیپلم، ۳۸ درصد دیپلم، ۳۸ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۴ درصد بالاتر از لیسانس و در گروه افراد سالم ۳۰ درصد زیر دیپلم، ۳۴ درصد دیپلم، ۲۶ درصد فوق دیپلم و لیسانس و ۱۰ درصد بالاتر از لیسانس بودند. میانگین و (انحراف استاندارد) سنی افراد بیمار

طرح پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است، جامعه آماری را تمامی بیماران قلبی-عروقی و افراد سالم ۲۰ تا ۸۰ ساله شهرستان تبریز تشکیل می‌دهند که از بین این افراد ۵۰ بیمار و ۵۰ نفر از افراد سالم که از لحاظ سن و جنس با گروه بیمار هم‌تا شده بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. قبل از انتخاب افراد نمونه مجوزهای لازم از کمیته فنی و اخلاقی کلینیک تخصصی قلب نبض در تبریز اخذ شد و در مرحله انتخاب نمونه نیز رضایت کامل شرکت-کنندگان گرفته شد. بیماران از بین افراد مراجعه-کننده به کلینیک تخصصی قلب نبض در تبریز و گروه کنترل از بین کارمندان و همراه بیماران انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های زیر پاسخ دادند.

**مقیاس تحمل ابهام:** مقیاس تحمل ابهام ریدل-روزن<sup>۱</sup> دارای ۴۱ گویه است که در این پژوهش از فرم کوتاه ۲۲ گویه‌ای آن استفاده شده است که تحمل ابهام را با استفاده از یک مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) ارزیابی می‌کند و ده گویه آن به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش احمدی طهور سلطانی و نجفی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد (ابوالقاسمی و نریمانی، ۲۰۰۳).

**پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی:** پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی توسط لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۲۴ سوال در چهار بعد اعتماد به نفس / خود کارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و انعطاف‌پذیری است. لوتانز و همکاران پایایی این پرسشنامه را بالای ۰/۹ گزارش کرده‌اند که پس از ترجمه و بازنگری، در پژوهش هویدا، مختاری و فروهر

1. Rydell & Rosen's

مقابله‌ای، سرمایه روان‌شناختی و تحمل ابهام در بهنجار ۵۵/۱۲ (۱۱/۰۷) با دامنه سنی ۲۸-۷۸ و افراد ۵۶/۷۶ (۹/۷۱) با دامنه سنی ۳۰-۷۳ است. میانگین و (انحراف معیار) نمرات راهبردهای

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار راهبردهای مقابله‌ای، سرمایه روان‌شناختی و عدم تحمل ابهام در افراد با بیماری قلبی و سالم

متغیرها	افراد بیمار	افراد سالم
راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار	20/9 (6/11)	23 (4/11)
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	10/4 (2/41)	9 (3/13)
سرمایه روان‌شناختی	91/64 (13/06)	99/58 (16/07)
خودکارآمدی	24/46 (3/89)	22/67 (5/32)
امیدواری	20/64 (3/76)	22/4 (5/29)
تاب‌آوری	23/38 (5/3)	25/54 (4/9)
خوش‌بینی	23/16 (4/78)	24/96 (4/84)
عدم تحمل ابهام	75/04 (8/49)	70/02 (6/38)

نتایج آزمون لامبدای ویلکز در آزمون تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که اثر گروه بر ترکیب راهبردهای مقابله‌ای، سرمایه روان‌شناختی و عدم تحمل ابهام معنی‌دار است ( $P < 0/013$ )،  $F(7,92) = 0/172$ ، لامبدای ویلکز). نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت ۱۷ درصد است. یعنی ۱۷ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته است. آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندگانه را مجاز شمرد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) جهت رعایت پیش‌فرض‌های آن، از آزمون‌های لون و باکس استفاده شد. آزمون لون برای بیشتر متغیرها معنادار نبوده بنابراین شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است. آزمون باکس ( $P = 0/41$ )،  $F(151,72) = 1/03$  (م-باکس) نیز معنی‌دار نبود بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس تایید می‌شود. معناداری آزمون بارتلیست ( $\chi^2 = 284/784$ )،  $df = 35$ ،  $P = 0/000$  (sig=) نشان می‌دهد که همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته وجود دارد بنابراین می‌توان آزمون چندمتغیره را به کار برد.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیری برای تعیین تفاوت بین گروهی در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	MS	F	Sig	مجذور اتا
راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار	110/25	4/07	0/04	0/04
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	37/21	4/78	0/03	0/05
سرمایه روان‌شناختی	1576/09	7/35	0/008	0/1
خودکارآمدی	123/21	5/67	0/02	0/07
امیدواری	77/44	3/68	0/058	0/06

0/04	0/04	4/47	116/64	تاب‌آوری
0/04	0/06	3/49	81/00	خوش‌بینی
0/03	0/001	11/17	630/01	عدم تحمل ابهام

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار ( $F=4/07$ )، سرمایه روان‌شناختی ( $F=7/35$ )، خودکارآمدی ( $F=5/67$ ) و تاب‌آوری ( $F=4/47$ ) به طور معنی‌داری در افراد بیمار کمتر از افراد سالم و میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار ( $F=4/78$ ) و عدم تحمل ابهام ( $F=11/17$ ) به طور معناداری در افراد بیمار بیشتر از افراد سالم است. اما در مولفه‌های امیدواری ( $F=3/68$ ) و خوش‌بینی ( $F=3/49$ ) تفاوت معناداری به دست نیامد (جدول ۲).

#### نتیجه‌گیری و بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه تحمل ابهام، سرمایه روان‌شناختی و سبک مقابله‌ای بیماران قلبی و افراد سالم بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد عدم تحمل ابهام در بیماران قلبی از افراد بهنجار بیشتر است. این یافته همسو با پژوهش‌های قبلی است (زمانی، زکریا، باقری، سهرابی، ۲۰۰۹؛ ایستود و همکاران، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که دارای تحمل ابهام پایین‌تری هستند موقعیت مبهم را تهدیدکننده می‌دانند و از آن رنج می‌برند و دچار اضطراب می‌شوند (برون، تولفسون، دان، کرامول، ۲۰۰۲). نتایج این پژوهش را می‌توان همسو با پژوهش‌هایی دانست که رابطه بین عدم تحمل ابهام و اضطراب را نشان داده‌اند. در تبیین می‌توان بیان کرد افرادی که برای وقوع وقایع منفی در آینده قطعیت بالایی در نظر

می‌گیرند در تحمل موقعیت مبهم از توانایی کمتری برخوردارند و دچار اضطراب بیشتری می‌شوند (سواتزکی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). از سوی دیگر اضطراب یکی از عوامل تاثیرگذار در بیماران قلبی است. بیماری همواره با اضطراب همراه است، به خصوص بیماری قلبی که حساسیت خاص خودش را دارد و افراد مبتلا به این بیماری به علت غیرقابل پیش‌بینی بودن و عدم اطمینان از آینده‌ی زندگی خود همواره در التهاب خاصی بسر می‌برند (زمانی و همکاران، ۲۰۰۹).

همچنین نتایج به دست آمده نشان می‌دهد سرمایه روان‌شناختی و مولفه‌های خودکارآمدی و تاب‌آوری به طور معنی‌داری در افراد بیمار کمتر از افراد سالم است که تاییدی بر پژوهش‌های قبلی است (جانسون، گودینگ، وود، تریر، ۲۰۱۰؛ سو و همکاران، ۲۰۰۹؛ آگراول و همکاران، ۲۰۱۰؛ سارکر و همکاران، ۲۰۰۷، ۲۰۰۹). خودکارآمدی یک پیش شرط مهم برای خودمدیریتی موفقیت آمیز و تغییر رفتار است. بر اساس نظریه بندورا، خودکارآمدی شامل اعتماد و اطمینان فرد به توانایی در انجام کارهای خودمراقبتی به طور مطلوب است، به طوری که از این طریق فرد به نتایج مطلوب دست می‌یابد (مارکز، آلگرن، لوریج، ۲۰۰۵). بررسی بیماران قلبی، خودکارآمدی را به عنوان پیشگویی کننده مدیریت بهبود قلبی، عملکرد اجتماعی، روان‌شناختی و فیزیکی در نظر گرفته‌اند (درتی، استیل، هانزیکر<sup>۵</sup>،

2. Sawatzky  
3. Johnson, Gooding, Wood, Tarrier  
4. Marks, Allegrante, Lorig  
5. Dougherty, Steele, Hunziker

1 Brown, Tollefson, Dunn, Cromwell.



تجربه نمایند که می‌تواند موجب بکارگیری مقابله‌های غیرانطباقی شود. از طرف دیگر ممکن است مقابله‌های غیرانطباقی موجب بروز آشفتگی‌های روان‌شناختی شود (چنگا، برگرب، رود، ۲۰۰۸). به طور کلی نتایج غالب پژوهش‌ها، مقابله هیجانی را به عنوان موثرترین واسطه رابطه استرس - بیماری معرفی کرده‌اند (پاکنهام<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). بیماری‌های استرس‌محور و وخیم‌تر شدن سلامت عمومی بیشتر در کسانی مشاهده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند (پیکو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

با توجه به این که نمونه این پژوهش از شهرستان تبریز انتخاب شدند در تعمیم این یافته‌ها به افراد شهرهای دیگر باید احتیاط کرد. گروه نمونه از لحاظ متغیرهایی مانند وضعیت اجتماعی - اقتصادی و تحصیلات هم‌تا نشده بودند بنابراین پیشنهاد می‌شود این نکات در پژوهش‌های بعدی رعایت شود تا نتایج متقن‌تری به دست آید. نتایج این پژوهش در کنار نتایج پژوهش‌های مشابه در شناسایی عوامل روان‌شناختی دخیل در بیماری‌های قلبی موثر بوده و می‌تواند زمینه‌ساز پژوهش‌های مداخله‌ای و درمان‌های روان‌شناختی کارآمد برای این افراد و همچنین مداخلات پیشگیرانه شود.

### سپاسگزاری

این مقاله حاصل طرح پژوهشی شماره ۹۴۷۱/د/ ۲۱۷ مورخ ۹۳/۱/۵ مصوب در جلسه مورخ ۹۲/۱۲/۲۰ شورای پژوهش و فناوری دانشگاه شهید مدنی آذربایجان است. بدین وسیله پژوهشگران نهایت سپاسگزاری را از معاونت

(۲۰۱۱). به نظر می‌رسد افزایش شدت علائم و نشانه‌های قلبی می‌تواند بر کاهش اطمینان بیمار به توانمندی‌های خود در سازگاری با وضعیت جدید تاثیرگذار باشد (پریاد، حسین‌زاده، کاظمی‌نژاد، اسیری، ۲۰۱۳). ارتقای خودکارآمدی به نتایج بهتر خودمدیریتی منجر می‌شود، امید به زندگی را افزایش داده و رفتارهای سلامتی را تعدیل می‌کند (مارکز و همکاران، ۲۰۰۵). همچنین کاهش تاب-آوری از طریق ساز و کارهای روان فیزیولوژیکی نظیر افزایش تنش روانی که به افزایش قند خون و نیز بالا رفتن سطوح کورتیزول و دیگر هورمون‌ها می‌انجامد به تدریج احتمال رخداد عوارض قلبی عروقی را افزایش می‌دهد (رحیمیان، ۲۰۱۱). اما در این پژوهش در مولفه‌های امیدواری و خوشبینی بین بیماران قلبی و افراد سالم تفاوت معناداری مشاهده نشد که با پژوهش‌های (لواسانی، کیوان‌زاده، ارجمند، ۲۰۰۹؛ نیکولاس و همکاران، ۲۰۱۳) ناهمسو است. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که خوشبینی و امیدواری مولفه‌هایی هستند که جهت‌گیری فرد نسبت به آینده را نشان می‌دهند احتمالاً افرادی که برای بیماری قلبی تحت درمان قرار می‌گیرند و اهداف درمانی خود را پیگیری می‌نمایند جهت‌گیری مثبتی نسبت به آینده داشته. لذا در مولفه‌های امیدواری و خوشبینی در دو گروه تفاوت مشاهده نشد.

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد بیماران قلبی در مقایسه با افراد بهنجار از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مسئله-مدار استفاده می‌کنند. این یافته از پژوهش‌های قلبی (عبدالهیان، مخبر، رضوی، ۲۰۰۶؛ کارور و همکاران، ۲۰۰۴) حمایت می‌کند. بیماران قلبی ممکن است طیفی از آشفتگی‌های پس از آسیب را

1. Chunga, Bergerb, Rudd  
2. Pakenham  
3. Piko

محترم پژوهشی آن واحد ابراز می‌دارند. همچنین از تمامی همکاران در کلینیک نبض و افراد شرکت‌کننده در پژوهش قدردانی می‌شود.

## منابع

- Abdollahiyan, A., Mokhber, N., & Razavi, Z. (2006). Compression of coping response and important life events in coronary patients (Persian)]. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*, 8 (29): 37-42.
- Abolghasemi A., & Narimani M. (2003). *psychological tests*. 1rd ed . Ardabil: Baghe rezvan, 50, 135.
- Aggarwal, B., Liao, M., Allegrate, P., & Mosca, L. (2010). Low Social Support Level is Associated with Non- Adherence to Diet at 1 Year in the Family Intervention Trial for Heart Health (FIT Heart). *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42, 381-388.
- Aliakbari Dehkordi, M., Salehi, Sh., & Rezayi, A. (2013). The compare irrational beliefs and defensive styles in between coronary heart disease and ordinary people. *Health Psychology*, 2(2): 18-32.
- Baily, T.C., & Snyder, C.R. (2007). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Psychological Research*, 57, 233-40.
- Bandura, A., Baarbaranelli, C.V., & Postorelli, C. (1999). Self- efficacy pathways to childhood depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 76: 258-269.
- Bayazi, M., & Rastegari, Y. (2004). [Relationship of Type 2 Behavior Pattern, Hardiness, and Stress with Coronary Heart Disease. *Psychological researches*, 8(1-2): 40-58.
- Brown, N., Tollefson, W., Dunn, R., & Cromwell, D. (2002). The adult sensory profile: measuring patterns of sensory processing. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(23), 75-82.
- Carver, C.S., Schutz, R.W., & Bru, E. (2004). Conceptualizing the process of coping in men and women with coronary heart disease: A meta-analysis. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 27, 203-224.
- Chunga, M.C., Bergerb, Z., & Rudd, H. (2008). Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1): 55-64.
- Dougherty, C.M., Steele, B.G., & Hunziker, J. (2011). Testing an intervention to improve functional capability in advanced cardiopulmonary illness. *Journal Cardiopulm Rehabilitation Prevention*, 31(1): 35-41.
- Eastwood, J.A., Doering, L., Roper, J., & Hays, R.D.(2008). Uncertainty and health-related quality of life 1 year after coronary angioplasty. *American Journal Crit Care*, 17(3): 232-243.
- Erez, A., & Judge, T. (2001). Relationship of core self-evaluations to Goal Setting, Motivation, and Performance. *Journal Applied Psychology*, 86: 1270- 1279.
- Goldsmith, A., Veum, J., & Darity, W. (1997). Unemployment, joblessness, psychological wellbeing and self-esteem: Theory and evidence. *Journal Sociology Econ*, 26, 133-158.
- Hawthorne, M., & Hixon, M. (1994). Functional status, mood disturbance, and quality of life in patients with heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 9(1): 22-32
- Hoveida, R., Mokhtarifar, H., & Farvaheer, M. (2012). The relation between psychological capital and Organizational commitment. *Behavioral and cognitive science researches*, 2(2): 43-56.

- Johnson, J., Gooding, P.A., Wood, A.M., & Tarrrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research Therapy*, 48: 179-86.
- Judge, T., & Bono, J. (2001). Relationship of core self-evaluations traits ° self-esteem, generalized self efficacy, locus of control, and emotional stability with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal Applied Psychology*, 86: 80-92.
- Lavasani, M.G., keyvanzadeh, M., & Arjmand, N. (2009). Relation of medical and psychological risk factors to coronary heart disease. *Psychological Research*, 11(3&4):11-27.
- Lazarus, R.S. (1998). Psychological stress and coping process: Role of health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 62: 385-398.
- Libby, P., Bonow, R.O., Mann, D.L., & Zipes, D.P. (2008). Braunwalds Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Saunders Elsevier, 105-146.
- Luthans, F., Luthans, K., & Luthans, B.C. (2004). Positive Psychological Capital: Going behind human and social capital. *Bus horiz*, 47, 45-50.
- Marks, R., Allegrante, J. P., & Lorig, K. (2005). A review and synthesis of research evidence for self-efficacyenhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part I). *Health Promot Pract*, 6(1), 37-43.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image Journal Nurse School*, 22: 256-262.
- Nicolas, M., Oreskovic, M.D., & Goodman. E. (2013). Association of optimism with cardio metabolic risk in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 52: 407-412.
- Pakenham, K. I. (2001). Coping with multiple sclerosis: development of a measure. *Psychological Health Med*, 6, 411-28.
- Paradis, G., & Chioloro, A. (2011). The cardiovascular and chronic diseases epidemic in low- and middle-income countries: a global health challenge. *J Am Coll Cardiol*, 57, 1775-1777.
- Parker, C., Baltes, B., Young, S., Huff, J., Altmann, R., & Lacost, H. (2001). Relationships between psychological climate perceptions andwork outcomes: a meta-analytic review. *J Organ Behav*, 24, 389-416.
- Paryad, E., Hosseinzade, T., Kazemnejad, E., & Asiri, S.h. (2013). [A study of self-efficacy in patients with coronary artery disease and its predictors (Persian)]. *Qom Univ Med Sci J*, 7(1), 97-104.
- Patterson, B.T. (2004). Personality, coping style, emotion and coronary heart disease: Toward on integrative model. *International Journal of Behavioral Medicine*, 91, 247-265.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychological*, 55: 44-55.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents ways of coping. *Psychol Rec*, 51, 223-36.
- Pournaghash Tehrani, S., Tafteh, F., Saberi, M., & Kazemi Saleh, D. (2016). The impact of Medical Counseling on Stress and Physiological Factors of Coronary Heart Patients After Coronary Artery Bypass Graft surgery (CABG) and Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA). *Health Psychology*, 14(16), 37-46.
- Rahimian, E. (2011). [Risk factors for cardiovascular complications in patients with type II diabetes: Predictive role of psychological factors, social factors and disease characteristics. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 13(3), 278-293.
- Robbins, S., Millet, B., Caccioppe, R., & Waters-Marsh, T. (1998).

- Organizational behavior. 2ndEdn. Australia: Prentice Hall: 25-76.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health psychology*. 4th ed. New York: John Wiley and Sons. 2002.
- Sarkar, U., Ali, S., & Whooley, M.A. (2007). Self-Efficacy and Health Status in Patients with Coronary Heart Disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Psychosom Med*, 69(4), 306-312.
- Sarkar, U., Ali, S., & Whooley, M.A. (2009). Self-Efficacy as a Marker of Cardiac Function and Predictor of Heart Failure Hospitalization and Mortality in Patients with Stable Coronary Heart Disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Health Psychology*, 28(2), 166-173.
- Sawatzky, D.L. (2008). *Hopelessness in the social domain: Social hopelessness, depressive predictive certainty, stress, and depression*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 59(5), 24-33.
- Siu, O.L., Hui, C.H., Phillips, D.R., Lin, L., Wong, T.W., & Shi, K. (2009). A study of resiliency among Chinese health care workers: capacity to copy with workplace stress. *Journal Research Personality*, 5, 770-776.
- Sol, B.G., Graaf, Y., Bijl, J.J., Goessens, N.B., Visseren, F.L. (2006). Self-efficacy in Patient with Clinical Manifestations of Vascular Disease. *Pateint Educ Couns*, 61, 443-448.
- Tiomothy, W., & Smith, M. (2008). Psychosocial influence on the development and course of coronary heart disease: Current status and implication for research and practice. *Journal Consultation Clinical Psychology*, 70, 548-568.
- Youssef, C., & Luthans, F. (2007). Positive organizational behavior in the workplace: The impact of hope, optimism, and resilience. *Journal Management*, 33, 774-800.
- Zamani, T., Zakaria, A., Bagheri, F., & Sohrabi, F. (2009). [Comparison and relationship between ambiguity tolerance rate & sensory processing styles in women with & without cardio diseases. *Research in Psychological Health*, 3 (2), 51-61.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی