

## نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری روان‌شناختی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری-های قلبی عروقی

مریم جواهری

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی، کرج، ایران

✉ نویسنده مسول)مریم مشایخ

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، ایران

Corresponding author: Assistant Professor, Department of psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University

Email: m.mashayekh@kiauo.ac.ir

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری روان‌شناختی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی بود. این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از کلیه بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی بود که جهت درمان به مطب متخصصان قلب و عروق شهر کرج مراجعه نمودند. از جامعه مورد مطالعه، تعداد ۱۰۰ بیمار مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به سه پرسشنامه خودکارآمدی بیماران لو و اون (۲۰۰۷)، مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لوی‌باند و لوی‌باند (۱۹۹۵) پاسخ دادند. یافته‌های حاصل با استفاده از روش‌های روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون تحلیل گردید. یافته‌ها نشان داد که میان خودکارآمدی و مولفه‌های آن با اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی ارتباط منفی و معنادار وجود دارد. میان تاب‌آوری روان‌شناختی و اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. خودکارآمدی و مولفه‌های آن قادرند ۳۴ درصد از واریانس اضطراب و ۴۶ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید. و تاب‌آوری روان‌شناختی قادر به پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی هستند. تاب‌آوری روان‌شناختی می‌تواند ۶۴ درصد از واریانس اضطراب و ۷۰ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید.

**کلید واژه‌ها:** خودکارآمدی، تاب‌آوری روان‌شناختی، افسردگی، اضطراب

## **The role of self-efficacy and psychological resiliency in predicting anxiety and depression in patients with cardiovascular disease**

The aim of this study was to investigate the role of self-efficacy and psychological resilience in predicting anxiety and depression in patients with cardiovascular disease . This study was a correlational study. The statistical population of the study consisted of all patients with cardiovascular diseases who referred to the office of cardiologists in Karaj for treatment. From the study population, 100 patients with cardiovascular diseases were selected using available sampling method and replied to three self-efficacy questionnaires of Lou and Owen (2007) , Connor and Davidson (2003) Psychological Resilience Scale. And Depression, Anxiety, and Stress Scale Lebond and Lebond (1995). Findings were analyzed using Pearson correlation and regression analysis. The results showed that there is a significant negative relationship between self-efficacy and its components with anxiety and depression in patients with cardiovascular disease. There is a significant negative relationship between psychological resilience and anxiety and depression in patients with cardiovascular disease. Self-efficacy and its components can explain 34% of the variance of anxiety and 46% of the variance of depression in cardiovascular patients. Psychological resilience can explain 64% of the variance of anxiety and 70% of the variance of depression in cardiovascular patients.

**Keyword:** Self-efficacy, psychological resilience, depression, anxiety

## مقدمه

بیماری‌های قلبی-عروقی<sup>1</sup> مانند بیماری عروق کرونری یکی از علل شایع مرگ در سرتاسر جهان هستند (پیپولی، هونس، آگول<sup>2</sup> و همکاران، 2016). طبق گزارش‌ها در ایران، بیماری‌های قلبی عروقی اولین علت مرگ و میر در افراد بالای 35 است با افزایش میزان شیوع 3/4 درصد (دوستدار طوسی و گلشنی، 1393). یکی از عوامل خطر شایع برای بیماری‌های قلبی عروقی، عوامل خطر روان‌شناختی مانند اضطراب<sup>3</sup> و افسردگی<sup>4</sup> هستند (کوهن، اندموندسون و کرونیس<sup>5</sup>، 2015). رهنمودهای جدید پیشگیری از بیماری‌های قلبی-عروقی غربالگری برای اضطراب و افسردگی به منظور شناسایی افراد در معرض خطر بالا را مطرح ساختند (پیپولی و همکاران، 2016). به نظر می‌رسد اهمیت عوامل خطر روان‌شناختی مانند اضطراب کم برآورد شده و اغلب در راهبردهای پیشگیرانه تمرین بالینی ضمیمه نشده‌اند. با این حال، شواهد بسیاری وجود دارد که نشانگان اضطراب و افسردگی پیش‌آگهی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی را تعیین می‌کند (کوهل‌من، آرولت، هاورکامپ<sup>6</sup> و همکاران، 2019). اضطراب مزمن با کاهش میزان تغییرپذیری ضربان قلب، افزایش فشار خون همراه است (کالمرس، کوپین تینا، آبوت و کمپ<sup>7</sup>، 2014).

اگر چه وضعیت اضطراب به عنوان یک عامل خطر برای بیماری قلبی عروقی به خوبی افسردگی مورد مطالعه قرار نگرفته است (آلبوس<sup>8</sup>، 2010؛ کوهن و همکاران، 2015). برای پر کردن این شکاف، در طول دهه گذشته تمرکز فزاینده‌ای

---

<sup>1</sup>-cardiovascular disease

<sup>2</sup>-Piepoli, Hoes & Agewall

<sup>3</sup>-anxiety

<sup>4</sup>-depression

<sup>5</sup>-Cohen, Edmondson & Kronish

<sup>6</sup>-Kuhlmann, Arolt, & Haverkamp

<sup>7</sup>-Chalmers, Quintana, Abbott & Kemp

<sup>8</sup>-Albus

بر مطالعه ارتباط میان اضطراب و ایجاد بیماری قلبی عروقی شده است (باتلان، سالدنریجک، بوت، وانبالکوم و پنی-نکس<sup>9</sup>، 2016). شواهدی از ارتباط اضطراب با افزایش میزان خطر بیماری‌های قلبی عروقی ارائه دادند، این مطالعات به خاطر عدم توجه به تاثیرات افسردگی مورد انتقاد گرفتند (تولای، هاریسون، چانگ و کوش<sup>10</sup>، 2016). اضطراب و افسردگی هر دو بر اساس نشانه‌های گزارش شده تشخیص داده می‌شوند، اغلب هم ابتلایی دارند، از دوران کودکی شروع می‌شوند و گرایش نیرومند به اضطراب پیش درآمد افسردگی است (بروس، داویس، دراگوویک، داویس و استارکاستین<sup>11</sup>، 2016).

برخی پژوهشگران معتقدند که افسردگی محرک اصلی ارتباط ادراک شده میان اضطراب و خطر بروز بیماری‌های قلبی-عروقی به دلیل هم ابتلای بالای آنها با یکدیگر است. برخی پژوهشگران اظهار داشتند که اضطراب اثر حمایتی در برابر خطر بیماری قلبی-عروقی دارد (میر<sup>12</sup> و همکاران، 2015؛ پرز-پینار، آیرب، گونزالز، ماتور، فوگت-برو و آیس<sup>13</sup>، 2017). به عبارت دیگر، اضطراب با رفتارهای حمایت کننده سالم در بیماران قلبی-عروقی همراه است (بنی امینی، روزینر، گلدبورت، دروری و گربر<sup>14</sup>، 2013). تحقیق در مورد مکانیسم‌های آسیب-شناختی فیزیولوژیکی اضطراب و بیماری‌های قلبی عروقی محدود (آلوارنگا و بیرن<sup>15</sup>، 2016) است.

تحقیقات نشان داد که اضطراب با افزایش خطر بیماری‌های قلبی-عروقی همراه است (باتلان و همکاران، 2016). در صورتی که، برخی دیگر نشان دادند هنگامی که افسردگی و سایر عوامل خطر مرسوم کنترل گردیدند، اضطراب یک عامل

---

<sup>9</sup>-Batelaan, Seldenrijk, Bot, Van Balkom & Penninx

<sup>10</sup>-Tully, Harrison, Cheung & Cosh

<sup>11</sup>-Bruce, Davis, Dragovic, Davis & Starkstein

<sup>12</sup>-Meyer

<sup>13</sup>-Perez-Pinar, Ayerbe, Gonzalez, Mathur, Foguet-Boreu & Ayis

<sup>14</sup>-Benyamini, Roziner, Goldbourt, Drory & Gerber

<sup>15</sup>-Alvarenga & Byrne

خطر مستقل برای بروز بیماری‌های قلبی عروقی است (استیوارت، هاوکینس، خامباتی، پرکینس و کالاهان<sup>16</sup>، 2016). شواهد ناهم‌آهنگی از ارتباط مستقل اضطراب با ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی وجود دارد (تولای، 2017).

تاب‌آوری روان‌شناختی توانایی افراد برای حفظ سلامتی خود و افزایش توانایی‌های خود در مواجهه با عوامل ناخوشایند گوناگون است (ابروسهن، الوف، فینستون، گروبلر و موئن<sup>17</sup>، 2015). تاب‌آوری روان‌شناختی بالا نقش مثبتی در مقابله با پیشرفت بیماری و پیش‌آگهی آن دارد، می‌تواند پیشرفت بیماری را کند نماید، واکنش تحریک‌کننده بدن را برای محافظت از آسیب‌دیدگی عضله قلب کاهش دهد و نقش حمایتی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی ایفا نماید (آری‌پولا-مورنو<sup>18</sup> و همکاران، 2014). مطالعات نشان دادند که برای بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی پیش‌آگهی هنگامی بهتر است که بیماران از سطوح بالاتر انعطاف‌پذیری ذهنی و تاب‌آوری برخوردار باشند (دی‌لمبوس، مورائس، پلاندا<sup>19</sup>، 2016). از این رو، ارتقای تاب‌آوری روان‌شناختی بیماران می‌تواند سلامت جسمی و روانی آنها را افزایش دهد.

مفهوم خودکارآمدی در سال 1977 توسط بندورا مطرح شد (بندورا، 1977) و به باور افراد درباره توانایی‌اشان برای اعمال کنترل بر موقعیت‌های تاثیرگذار بر زندگی اشاره دارد. به عبارت دیگر، خودکارآمدی به اعتماد یا باور فرد به توانایی‌هایش در غلبه بر شرایط دشوار یا دستیابی به یک هدف رفتاری مشخص اشاره دارد و نقش اصلی آن از طریق فرایندهای انگیزشی، شناختی، گزینشی و هیجانی ایفا می‌شود (بندورا<sup>20</sup>، 1992).

---

<sup>16</sup>-Stewart, Hawkins, Khambaty, Perkins & Callahan

<sup>17</sup>-Ebersöhn, Eloff, Finestone, Grobler & Moen

<sup>18</sup>-Arrebola-Moreno

<sup>19</sup>-de Lemos, Moraes & Pellanda

<sup>20</sup>-Bandura

وایت، کوهن، برگر، کاپزیک و بیرمن<sup>21</sup> (2019) به این نتیجه رسیدند که برخورداری از احساس خودکارآمدی با کاهش نشانه‌های آشفتگی و سلامت عمومی، و کیفیت بالاتر زندگی زندگی همراه است و قادر است سلامت جسمی و عاطفی را پیش‌بینی می‌کند. شیرازی، حیدری و خیاطی (1396) نیز نشان دادند که بین خودکارآمدی با اضطراب، استرس و افسردگی همبستگی معکوس و معناداری مشاهده گردید. افراد برخوردار از سطوح بالاتر خودکارآمدی، مشارکت کارآمد در حل مسائل به منظور افزایش سازگاری و رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی را گزارش نمودند (بندورا، 1992). برای مثال، در افراد مبتلا به دردهای مزمن و سرطان احساس خودکارآمدی بالا با توانایی بیشتر برای مدیریت کارآمد این موقعیت‌ها ارتباط دارد (بورسیو، گردل و پئولسون<sup>22</sup>، 2010).

مطالعات نشان دادند که احساس خودکارآمدی بالاتر بیمار یعنی اعتماد بالاتر آنها به خودشان در مواجهه با شرایط ناخوشایند و مبارزه با بیماری که آنها را قادر می‌سازد تا با بیماری با نگرش مثبت و امید مقابله نمایند (هاکس، پایر، هارتونیان<sup>23</sup> و همکاران، 2015؛ نفرادی، ناکاموتو و شالز<sup>24</sup>، 2017؛ سانگروانگاک، جیراپورنکول و هارست<sup>25</sup>، 2017). افزایش احساس خودکارآمدی به خود مدیریتی بهتر منجر می‌شود، امید به زندگی را افزایش می‌دهد و رفتارهای سالم را ترغیب می‌کند. علاوه بر این، می‌تواند بر همه جنبه‌های زندگی تاثیر بگذارد و افرادی که به خودشان متکی هستند می‌توانند فعالانه در برنامه‌های مرتبط با افزایش سلامت شرکت کنند (بندورا، 2010).

خودکارآمدی در مدیریت رفتارهای سلامت بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی سودمند است و وقوع عوارض شدید بیماری‌های قلبی عروقی را کاهش

---

<sup>21</sup>-White, Cohen, Berger, Kupzyk, Bierman

<sup>22</sup>-Borsbo, Gerdle, Peolsson

<sup>23</sup>-Hughes, Beier & Hartoonian

<sup>24</sup>-Náfrádi, Nakamoto & Schul

<sup>25</sup>-Sangruangake, Jirapornkul & Hurst

می‌دهد (کروک و زارزیکا<sup>26</sup>، 2020). با توجه به آنچه که در بالا گفته شد، پژوهشگر در صدد است تا به بررسی نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری روان‌شناختی در پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران قلبی-عروقی بپردازد و به این سوال پاسخ دهد که آیا خودکارآمدی و تاب‌آوری روان‌شناختی قادر به پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران قلبی-عروقی است؟

## روش

جامعه آماری پژوهش کنونی متشکل از کلیه بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی شهر کرج بود که جهت درمان به مطب متخصصان قلب و عروق مراجعه نمودند. نمونه مورد مطالعه تعداد 100 نفر از بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای به دست آوردن حجم نمونه بهینه از فرمول پیشنهادی تاباکنیک و فیدل<sup>27</sup> (1395/2013)  $N=8m+50$  استفاده گردید. در این فرمول  $m$  نشان دهنده تعداد خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پیش‌بینی کننده است. مجموع زیرمقیاس‌های دو متغیر خودکارآمدی (3 خرده‌مقیاس) و تاب‌آوری روان‌شناختی (0 خرده‌مقیاس) مجموعاً 3 مورد است. اعداد مورد نظر در فرمول جایگزین گردید و عدد 74 به دست آمد که پژوهشگر به منظور کاهش خطاهای نمونه‌گیری و افزایش اعتبار تحقیق، حجم نمونه را به 100 نفر افزایش داد. ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه عبارت بودند از داشتن تشخیص بیماری قلبی-عروقی، برخورداری از توانایی برای شرکت در پژوهش و هوشیاری کامل، رده سنی 25 تا 60 سال، داشتن تحصیلات دیپلم و بالاتر، داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارتند از عدم برخورداری از ملاکهای ورود.

برای انتخاب 100 نفر، پژوهشگر به مطب متخصصان قلب و عروق شهر کرج که بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی جهت درمان به آنها ارجاع می-

<sup>26</sup>-Krok & Zarzycka

<sup>27</sup>-Tabachnick & Fidell

شدند، مراجعه نمود و پس از برقراری ارتباط و صحبت با تک تک بیماران مراجعه کننده به این مطب‌ها، توضیح هدف پژوهش و جلب رضایت آنان پرسشنامه‌ها را جهت پاسخگویی در اختیار بیمارانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند، قرار داد و پس از پاسخگویی نمونه مورد مطالعه پرسشنامه‌ها را از آنها دریافت نمود.

### ابزارهای گردآوری اطلاعات

**مقیاس خودکارآمدی بیماران:** این مقیاس توسط لو و اون در سال 1996 برای سنجش خودکارآمدی در زمینه مراقبت از خود ساخته شد. شامل 29 گویه و سه خرده مقیاس نگرش مثبت، استرس‌زدایی و تصمیم‌گیری است. پاسخ به گویه‌ها بر اساس مقیاس لیکرت 5 درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. محدوده امتیاز هر فرد در این مقیاس بین 29 تا 145 است.

لو و اون (2007) روایی این ابزار را با استفاده از تحلیل عاملی گویه‌ها تایید کردند و پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرانباخ برای کل مقیاس 0/93، خرده مقیاس نگرش مثبت 0/92، استرس‌زدایی 0/89، و تصمیم‌گیری 0/83 گزارش نمودند. رامبد، پیروی، ساریان و رفیعی (1388) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرانباخ برای کل مقیاس 0/91، خرده مقیاس نگرش مثبت 0/78، استرس‌زدایی 0/79، و تصمیم‌گیری 0/80 گزارش نمودند. فتحی، خیر و عتیق (1390) نیز پایایی کل مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرانباخ 0/81، خرده مقیاس نگرش مثبت 0/74، استرس‌زدایی 0/75، و تصمیم‌گیری 0/79 به دست آوردند.

**مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی:** این مقیاس توسط کائر و دیویدسون (2003) برای اندازه‌گیری تاب‌آوری روان‌شناختی تدوین گردید. این مقیاس شامل 25 گویه است و آزمودنی با استفاده از یک مقیاس 5 درجه‌ای (هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) به هر گویه پاسخ می‌دهد. نمره بالا در این ابزار نشان‌دهنده تاب‌آوری روان‌شناختی بالا است. محمدی، جزایری، رفیعی، جوکار و پورشهباز

(1385) همسانی درونی این مقیاس را با یک نمونه 716 نفری 0/89 گزارش کرد. شاکری‌نیا و محمدپور (1389) نیز آلفای کرانباخ این مقیاس را 0/91 کردند.

**مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS):** توسط لوی‌باند و لوی‌باند در سال 1995 تدوین گردید. یک آزمون خودسنجی 21 ماده‌ای است که افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. لوی‌باند و لوی‌باند (1995) برای ساخت مقیاس در اغلب موارد از نمونه‌های غیربالینی استفاده کردند. شواهد اولیه حاکی از آن است که این مقیاس از قابلیت اعتماد همگرا کافی برخوردار است. آنها به نمونه بزرگی از دانشجویان، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و DASS ارائه شد. همبستگی پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک و زیرمقیاس‌های افسردگی و اضطراب DASS بالا بود. آنها آلفای کرانباخ برای خرده مقیاس افسردگی 0/81، اضطراب 0/73، و استرس 0/81 به دست آوردند (لوی‌باند و لوی‌باند، 1995). هنری و کرافورد (2005) آلفای کرانباخ برای کل مقیاس را 0/93 گزارش نمودند.

در ایران نیز صاحبی، اصغری و سالاری (1384) میزان آلفای کرانباخ بای خرده مقیاس افسردگی 0/77، اضطراب 0/66 و استرس 0/76 گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس استرس درک شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده مقیاس‌های این آزمون به ترتیب برای افسردگی 0/66، استرس 0/44 و اضطراب 0/67 گزارش شده است.

#### ملاحظات اخلاقی تحقیق

1- رعایت کلیه حقوق انسانی افراد شرکت کننده در تحقیق  
2- دادن اطمینان به افراد نمونه که شرکت آنها در تحقیق فاقد هرگونه ضرر و زیان احتمالی است.  
3- دادن اطمینان به افراد نمونه که اطلاعات آنها محرمانه خواهند ماند.  
4- کسب رضایت آگاهانه از آنها و اختیاری بودن مشارکت در تحقیق

#### یافته

**جدول (۱) آزمون نرمال بودن کالموگراف- اسمیرنوف و مقادیر کجی و کشیدگی**

برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع نمره‌های متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	کالموگراف- کجی	کشیدگی
اضطراب	0/33	0/73
افسردگی	0/20	0/50
خودکارآمد	0/15	0/72
اس-ترس-	0/36	-0/19
نگرش	0/49	-0/45
تصمیم‌گیری	0/56	-0/75
تاب‌آوری	0/18	-0/25

نتایج بدست آمده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که تمامی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردارند. سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش بیشتر از مقدار 0/05 بدست آمده است ( $p > 0/05$ ) که نشان از نرمال بودن متغیرها دارد. بررسی مقادیر کجی و کشیدگی نشان می‌دهد با توجه به این که مقادیر کجی و همچنین مقادیر کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه +2 تا -2 بدست آمده، می‌توانیم نتیجه بگیریم که تمامی متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند. در مجموع از آزمون‌های کولموگوروف-اسمیرنوف و مقادیر کجی و کشیدگی نتیجه می‌گیریم که می‌توان توزیع تمامی متغیرها را نرمال در نظر گرفت و از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول (۲) ماتریس همبستگی خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی-عروقی

متغیرها	1	2	3	4	5	6
---------	---	---	---	---	---	---

1- خودکارآمدی	—				
2- نگرش مثبت	**	—			
	0/45				
3- استرس زدایی	**	44**	—		
	0/51	0/			
4- تصمیم‌گیری	**	23**	—		
	0/42	0/29	0/		
5- اضطراب	**	55**	*	—	
	-0/76	-0/	-0/16	—	
6- افسردگی	**	*	*	*	—
	/78	-0/54*	-0/40*	-0/22	*
	-0			87	—
				0/	

\*\* =  $p \leq 0/01$

\* =  $p \leq 0/05$

همانگونه که در جدول (2) ملاحظه می‌شود، میان خودکارآمدی و خرده مقیاس‌های نگرش مثبت، استرس زدایی و تصمیم‌گیری با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ( $p < 0/01$ ). بنابراین، با 99 درصد اطمینان می‌توان گفت با افزایش خودکارآمدی، نگرش مثبت، استرس زدایی و قدرت تصمیم‌گیری بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، میزان اضطراب و افسردگی در آنها کاهش می‌یابد.

جدول (3) تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی وجود رابطه خطی بین خودکارآمدی و مولفه‌های آن با اضطراب و افسردگی

متغیر	مجموع	درجه	میانگین	اف	سطح
-------	-------	------	---------	----	-----

مغاداری	مغاداری	مغذورات	آزادی	مغذورات	ملاک
		۱۲۲۵/۹۴	۳	۳۶۷۷/۸۲	رگرسیون
۰/۰۰۱	۶۴/۶۱	۱۸/۹۷	۹۶	۱۸۲۱/۳۳	باقیمانده
			۹۹	۵۴۹۹/۱۶	کل
		۱۲۳۰/۶۲	۳	۳۶۹۱/۸۷	رگرسیون
۰/۰۰۱	۸۴/۰۱	۱۴/۶۴	۹۶	۱۴۰۶/۲۳	باقیمانده
			۹۹	۵۰۹۸/۱۱	کل

با توجه به اینکه سطح مغاداری خطای آزمون تحلیل واریانس برای سطح اطمینان کمتر از ۰/۰۱ است. بنابراین، می‌توان گفت که بین خودکارآمدی و خرده مقیاس‌های آن با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه خطی وجود دارد. از این‌رو، استفاده از مدل خطی رگرسیون بلامانع است و متغیر مستقل توان پیش‌بینی متغیر وابسته را دارد.

جدول (۴) تحلیل رگرسیون چند متغیره برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران قلبی-عروقی بر اساس خودکارآمدی و مولفه‌های آن

متغیر ملاک	متغیرهای پیش-بین	B	SE	Beta	T	P	R	R2
اضطراب	عرض از مبدا	۳۳/۳۴	۱/۵۸		۲۱/۶۶	۰/۰۰۱		
	خودکارآمدی	-۰/۷۸	۰/۰۳	-۰/۴۷	-۵/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۳۴
	نگرش مثبت	-۰/۲۲	۰/۰۶	-۰/۲۹	-۳/۲۱	۰/۰۰۱		
	استرس‌زدایی	-۰/۵۹	۰/۱۰	-۰/۳۶	-۴/۴۲	۰/۰۰۱		

				۰/۰۷	-۰/۱۰	-۱/۶۶	۰/۰۹	تصمیم‌گیری
				۱/۴۲		۲۳/۸۳	۰/۰۰۱	عرض از مبدا
افسردگی				۳۳			۰/۶۸	۰/۴۶
				-۱/۱۱	۰/۰۹	-۶/۳۶	۰/۰۰۱	خودکارآمدی
				-۰/۹۵	۰/۰۵	-۵/۲۸	۰/۰۰۱	نگرش مثبت
				-۰/۶۳	۰/۰۵	-۴/۱۰	۰/۰۰۱	استرس‌زدایی
				-۰/۰۳	۰/۰۷	-۰/۴۵	۰/۶۵	تصمیم‌گیری

برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی از طریق خودکارآمدی و مولفه‌های آن از تحلیل رگرسیون ساده استفاده شد. نتایج نشان داد که خودکارآمدی و مولفه‌های آن قادرند ۳۴ درصد از واریانس اضطراب و ۴۶ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نمایند.

جدول (۵) ماتریس همبستگی تاب‌آوری، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی-عروقی

متغیرها	۱	۲	۳
۱- تاب‌آوری			
۲- اضطراب	۰/۸۷**		
۳- افسردگی	-۰/۸۳**	-۰/۸۰**	

\*\* =  $p \leq 0.01$  \* =  $p \leq 0.05$

همانگونه که در جدول (۵) ملاحظه می‌شود، میان تاب‌آوری با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ( $p < 0.01$ ). بنابراین، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت با افزایش یا کاهش تاب‌آوری روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، میزان اضطراب و افسردگی در آنها افزایش یا کاهش می‌یابد.

برای انجام تحلیل رگرسیون، یکی از پیش‌فرض‌های اساسی بررسی این مطلب است که آیا میان متغیر پیش‌بینی کننده و متغیر ملاک رابطه خطی وجود دارد یا

خیر. برای بررسی این پیش فرض از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده گردید که نتیجه حاصل از آن در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول (۶) تحلیل واریانس یک طرفه برای بررسی وجود رابطه خطی بین خودکارآمدی و مولفه‌های آن

با اضطراب و افسردگی

متغیر ملاک	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	اف	سطح معناداری
رگرسیون	۳۵۱۸/۸۷	۱	۳۵۱۸/۸۷		
اضطراب	باقیمانده	۹۸	۲۰/۲۰	۱۷۴/۱۴	۰/۰۰۱
کل	۵۴۹۹/۱۶	۹۹			
رگرسیون	۳۵۷۸/۰۹	۱	۳۵۷۸/۰۹		
افسردگی	باقیمانده	۹۸	۱۵/۵۱	۲۳۰/۶۹	۰/۰۰۱
کل	۵۰۹۸/۱۱	۹۹			

با توجه به اینکه سطح معناداری خطای آزمون تحلیل واریانس برای سطح اطمینان کمتر از ۰/۰۱ است. بنابراین، می‌توان گفت که بین تاب‌آوری با اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی رابطه خطی وجود دارد. از این‌رو، استفاده از مدل خطی رگرسیون بلامانع است و متغیر مستقل توان پیش-بینی متغیر وابسته را دارد.

جدول (۷) تحلیل رگرسیون ساده برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی بیماران قلبی-عروقی بر اساس تاب‌آوری

متغیرهای ملاک	متغیر پیش‌بین	B	SE	Beta	T	P	R	R2
اضطراب	عرض از مبدا	۳۸/۱۳	۱/۸۶		۲۰/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۶۴
	تاب‌آوری	-۰/۲۴	۰/۱۹	-۰/۸۰	-۱۳/۱۹	۰/۰۰۱		
افسردگی	عرض از مبدا	۳۷/۴۴	۱/۶۳		۲۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۰/۷۰
	تاب‌آوری	-۰/۲۵	۰/۱۶	-۰/۸۳	-۱۵/۱۸	۰/۰۰۱		

برای پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی از طریق تاب‌آوری روان‌شناختی از تحلیل رگرسیون ساده استفاده شد. نتایج نشان داد که تاب‌آوری روان‌شناختی می‌تواند ۶۴ درصد از واریانس اضطراب و ۷۰ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید.

#### بحث و نتیجه‌گیری

لاو، وود، واردل و بانوچامپ<sup>۲۸</sup> (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان تاب‌آوری و همبسته‌های روان‌شناختی، اجتماعی/فرهنگی، رفتاری و بیولوژیکی در بیماران قلبی-عروقی: یک بررسی سیستماتیک، به این نتیجه رسیدند که محققان در ۲۳ مطالعه پی بردند که میان تاب‌آوری با اضطراب، افسردگی و استرس در بیماران قلبی-عروقی رابطه منفی وجود دارد. رگال، وازکوز-دیز، موریلوبارو، هرناندر-مندز و مورالس-سانچز<sup>۲۹</sup> (۲۰۲۰) در پژوهشی تحت عنوان نیم‌رخ روان‌شناختی، اضطراب، خلق و خودکارآمدی در بازیکنان هندبال به این نتیجه رسیدند که میان

<sup>28</sup>-Love, Wood, Wardell & Beauchamp

<sup>29</sup>-Reigal, Vazquez-Diz, Morillo-Baro, Hernandez-Mendo & Morales-Sanchez

اضطراب، خلق و خو، و خودکارآمدی رابطه معنادار وجود دارد. کروک و زارزیکا<sup>۳۰</sup> (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان خودکارآمدی و سلامت روان شناختی در بیماران قلبی: نقش تعدیل کننده و میانجی معنابخشی نشان دادند که خودکارآمدی بر سلامت روان شناختی بیماران قلبی تاثیر مستقیم و همچنین، تاثیر غیرمستقیم از طریق معنابخشی دارد. وایت، کوهن، برگر، کاپزیک و بیرمن<sup>۳۱</sup> (۲۰۱۹) به این نتیجه رسیدند که برخورداری از احساس خودکارآمدی با کاهش نشانه های آشفتگی و سلامت عمومی، و کیفیت بالاتر زندگی زندگی همراه است و قادر است سلامت جسمی و عاطفی را پیش بینی می کند. وانگ، وانگ، کوئیان<sup>۳۲</sup> و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان روابط منفی میان خودکارآمدی عمومی، اضطراب و افسردگی در مردان مبتلا به HIV نشان دادند که میان خودکارآمدی عمومی و اضطراب و افسردگی در نمونه مورد مطالعه رابطه منفی وجود دارد.

لی، لی، یو، پنگ، ون، تانگ و کانگ<sup>۳۳</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان ارتباط میان تابآوری روان شناختی، خودکارآمدی و هیجان های منفی در بیماران مبتلا به سکتة میوکارد حاد بعد از مداخله عروقی زیر پوستی نشان دادند که میان نمرات اضطراب و افسردگی با تابآوری روان شناختی و خودکارآمدی بیماران رابطه منفی وجود دارد. هامپتون و نیوکامب<sup>۳۴</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان خودکارآمدی و استرس در مراقبان افراد در حال احتضار نشان دادند که خودکارآمدی مراقب ارتباط معناداری با میزان استرس او دارد. توخساتی، جوانویک، دهقانی، تران، تران و هار<sup>۳۵</sup> (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان تابآوری روان شناختی اندک و افسردگی در بیماران مبتلا به بیمارهای قلبی-عروقی نشان دادند که میان تابآوری روان شناختی با علائم عاطفی، شناختی و جسمی افسردگی ارتباط منفی و معنادار وجود دارد.

---

<sup>30</sup>-Krok & Zarzycka

<sup>31</sup>-White, Cohen, Berger, Kupzyk, Bierman

<sup>32</sup>-Wang, Wang & Qian

<sup>33</sup>-Liu, Liu, Yu, Peng, Wen, Tang & Kong

<sup>34</sup>-Hampton & Newcomb

<sup>35</sup>-Toukhsati, Jovanovic, Dehghani, Tran, Tran & Hare

کاروالهو، برتولی، پایوا، روسی، دانتاس و پومپئو<sup>۳۶</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان اضطراب، افسردگی، تاب‌آوری و عزت نفس در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی دریافتند که تاب‌آوری بالا با کاهش علائم افسردگی و اضطراب در این بیماران همراه است.

تان-کریستانتو و کایروپولوس<sup>۳۷</sup> (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان تاب‌آوری، خودکارآمدی، سبک‌های مقابله‌ای و نشانگان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به ام اس به این نتیجه رسیدند که نشانگان اضطراب و افسردگی ارتباط معناداری با تاب‌آوری و خودکارآمدی دارند.

بهشتی و ضرغام حاجبی (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان رابطه تاب‌آوری و عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی در سربازان به این نتیجه رسیدند که ارتباط معکوس بین تاب‌آوری و عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی وجود دارد. به این شیوه که با کاهش یک واحد در تاب‌آوری، میزان اضطراب سربازان به میزان ۰/۳۸ افزایش پیدا می‌کند. همچنین، افزایش یک واحد در متغیر تاب‌آوری باعث کاهش افسردگی به میزان ۰/۳۵ می‌شود.

حیدری (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان رابطه بین خودکارآمدی و افسردگی، اضطراب و استرس در دانش‌آموزان پسر شهر تهران نشان دادند که خودکارآمدی، ۲۶ درصد واریانس نمره ی کل مقیاس ۱۹ درصد واریانس افسردگی، ۱۵ درصد واریانس اضطراب و ۱۸ درصد واریانس استرس را تبیین می‌کند.

نوری سعید، اکبری و سالاری (۱۳۹۳) در تحقیق خود با عنوان مقایسه تاب‌آوری روانی در مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلبی با افراد سالم به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره تاب‌آوری در گروه افراد بیمار و سالم تفاوت معنی‌دار وجود نداشت.

<sup>36</sup>-Carvalho, Bertolli, Paiva, Rossi, Dantas & Pompeo

<sup>37</sup>-Tan-Kristanto & Kiropoulos

ربانی باوجدان، باقری و ربانی باوجدان (۱۳۹۱) با هدف مقایسه باورهای خودکارآمدی عمومی دانشجویان افسرده یا مضطرب با دانشجویان عادی در دانشگاه شهید باهنر کرمان نشان دادند که بین دانشجویان افسرده و مضطرب با دانشجویان عادی در خودکارآمدی عمومی تفاوت معنادار وجود دارد و دانشجویان عادی در خودکارآمدی عمومی نمره‌های بیشتری کسب می‌کنند.

فتحی، خیر و عتیق (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان رابطه بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی با توجه به نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در بین بیماران قلبی-عروقی نشان دادند که میان خودکارآمدی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. خودکارآمدی پیش‌بینی کننده بهتری برای کیفیت زندگی بود و تاب‌آوری نقش واسطه‌ای بین خودکارآمدی و کیفیت زندگی داشت.

خوشنویسان و افروز (۱۳۹۰) در پژوهشی با هدف تعیین میزان رابطه بین خودکارآمدی و افسردگی، اضطراب و استرس در دانش آموزان نشان دادند که خودکارآمدی، ۲۷ درصد از واریانس نمره کل، ۲۰ درصد از واریانس افسردگی ۱۵ درصد از واریانس اضطراب و ۱۹ درصد از واریانس استرس را تبیین می‌کند.

یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که میان خودکارآمدی و مولفه‌های آن با اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی ارتباط منفی و معنادار وجود دارد. میان تاب‌آوری روان‌شناختی و اضطراب و افسردگی در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی رابطه منفی و معنادار وجود دارد.

خودکارآمدی و مولفه‌های آن قادرند ۳۴ درصد از واریانس اضطراب و ۴۶ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید. و تاب‌آوری روان‌شناختی قادر به پیش‌بینی اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی هستند. تاب‌آوری روان‌شناختی می‌تواند ۶۴ درصد از واریانس اضطراب و ۷۰ درصد از واریانس افسردگی را در بیماران قلبی-عروقی تبیین نماید. بنابراین بر اساس آنچه که مطرح شد پیشنهاد می‌شود: -تدارک و تدوین پروتکل‌های مداخلات روان‌شناختی برای افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-

عروقی با در نظر گرفتن تاثیر تاب‌آوری روان‌شناختی و خودکارآمدی بر سلامت روان آنها. توجه به مولفه‌های خودکارآمدی و راهبردهای شناختی کاهش افسردگی و اضطراب در پروتکل‌های درمانی تدوین شده برای بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و تعیین سهم احتمالی این مولفه‌ها و راهبردها در تبیین بیماری‌های قلبی-عروقی. با توجه به یافته‌های پژوهش کنونی که نشان داد تاب‌آوری روان-شناختی با کاهش افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی همراه است می‌توان تدوین یک برنامه آموزشی را پیشنهاد داد که در آن به بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی در مورد راهبردهای مناسب افزایش تاب‌آوری کمک نماید.

#### منابع

دوستدار طوسی، سید علی، و گلشنی، صمد. (۱۳۹۳). تاثیر تاب‌آوری در بیماران قلبی-عروقی بستری شده در بیمارستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۱۶(۲۴)، ۱۰۲-۱۰۹.

ربانی باوجدان، مژگان، باقری، مسعود و ربانی باوجدان، مرجان. (۱۳۹۱). مقایسه باورهای خودکارآمدی عمومی دانشجویان افسرده یا مضطرب با دانشجویان عادی. *نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱(۱۵)، ۲۹-۴۳.

شیرازی، محمود، حیدری، الهه و خیاطی، زهرا. (۱۳۹۶). بررسی رابطه خودکارآمدی با اضطراب، استرس و افسردگی در دانش‌آموزان دختر متوسطه شهر

زاهدان. اولین همایش ملی علوم اجتماعی، علوم تربیتی، روان‌شناسی و امنیت اجتماعی، البرز.

## References

Albus, C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of Medicine*,42(7), 487–494.

Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., & Gerber, Y. (2013). Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. *Annals of Behavioral Medicine*,46(3), 310–321.

Batelaan, N. M., Seldenrijk, A., Bot, M., Van Balkom, A. J. L. M., & Penninx, B. W. J. H. (2016). Anxiety and new onset of cardiovascular disease: Critical review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*,208(3), 223–231.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84,191–215.

Bandura A. (1992). Social cognitive theory of social referencing. In: Fein-man S, ed. Social Referencing and the Social Construction of Reality in Infancy. New York, NY: Plenum Press; 175-208.

Borsbo, B., Gerdle, B., Peolsson, M. (2010). Impact of the interaction between self-efficacy, symptoms and catastrophising on disability, quality of life and health in with chronic pain patients. *Disability Rehabilitation*, 32(17), 1387-1396.

Cohen, B. E., Edmondson, D., & Kronish, I. M. (2015). State of the art review: Depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. *American Journal of Hypertension*, 28(11), 1295–1302.

de Lemos, C.M., Moraes, D.W., Pellanda, L.C. (2016). Resilience in patients with ischemic heart disease. *Arq Bras Cardiol* (2016) 106(2):130–5.

Ebersöhn L, Eloff I, Finestone M, Grobler A, Moen M. (2015). Telling stories and adding scores: measuring resilience in young children affected by maternal HIV and AIDS. *Afr J AIDS Res*, 14(3), 219–27.

Hughes, AJ, Beier M, Hartoonian N, Turner AP, Amtmann D, Ehde DM. (2015). Self-efficacy as a longitudinal predictor of perceived cognitive impairment in individuals with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 96(5), 913–9.

Krok, D., & Zarzycka, B. (2020) . Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Cardiac Patients: Moderated Mediation by Affect and Meaning-Making, *Journal of Psychology*, 154(6), 411-425.

Lovibond, P.F., Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the De-pression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343

Meyer, T., Hussein, S., Lange, H. W., & Herrmann-Lingen, C. (2015). Anxiety is associated with a reduction in both mortality and major adverse cardiovascular events five years after coronary stenting. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(1), 75–82.

Perez-Pinar, M., Ayerbe, L., Gonzalez, E., Mathur, R., Foguet-Boreu, Q., & Ayis, S. (2017). Anxiety disorders and risk of stroke: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 41, 102–108.

Sangruangake M, Jirapornkul C, Hurst C. (2017). Psychometric properties of diabetes management self-efficacy in Thai type 2 diabetes mellitus patients: a multi-center study. *International Journal of Endocrinology*, 2017, 2503156.

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., et al. (2016). 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*, 252, 207–274.

Stewart, J. C., Hawkins, M. A. W., Khambaty, T., Perkins, A. J., & Callahan, C. M. (2016). Depression and anxiety screens as predictors of 8-year incidence of myocardial infarction and stroke in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 78(5), 593–601.

Tully, P. J., Harrison, N. J., Cheung, P., & Cosh, S. (2016). Anxiety and cardiovascular disease risk: A review. *Current Cardiology Reports*, 18(120), 1–8.

Wang, N., Wang, S., Qian, H.Z., Run, Y., Amico, K.R., Vermund, S.H., Yin, L., Qiu, X., & Zheng, S. (2019). Negative associations between general self-efficacy and anxiety/depression among newly HIV diagnosed men who have sex with men in Beijing, China. *AIDS care*, 31(5), 629-635.

White, L.L., Cohen, M.Z., Berger, A.M., Kupzyk, K., Bierman, P.J. (2019). Self-efficacy for management of symptoms and symptom distress in adults with cancer: An integrative review. *Oncology nursing forum*, 46(1), 10-18.

