

بررسی ابعاد بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و شوخ طبعی در بیماران عروق کرونر قلب و افراد سالم

محمد مهدی پسندیده*، لیلا زارع**

* استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۹۵/۰۵/۰۴

تجدیدنظر: ۹۵/۰۸/۲۷

پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۰

کلیدواژه‌ها:

بهزیستی روانشناختی، تاب
آوری، شوخ طبعی، عروق
کرونر قلب.

هدف: هدف این پژوهش بررسی ابعاد بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و شوخ طبعی در بیماران عروق کرونر قلب و افراد سالم بود.

روش: این پژوهش از نوع علی - مقایسه ای بود. جامعه آماری آن شامل دو گروه افراد مبتلا به عروق کرونر قلب و حاضر در بیمارستان ها و کلینیک های تخصصی قلب شهر رشت و گروه افراد سالم که با گروه بیماران همگن بودند. نمونه مورد بررسی شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ بیمار عروق کرونر قلب و ۱۰۰ فرد سالم) بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس و به طور مساوی از دو جنس انتخاب شدند. آزمودنی های دو گروه با استفاده از پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و شوخ طبعی مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها : تحلیل داده ها نشان داد که در ابعاد بهزیستی روانشناختی تنها در دو بعد پذیرش و رشد فردی بین دو گروه بیمار و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد. در تاب آوری نیز بین دو گروه بیمار و عادی تفاوت معنی دار بود. در نمره کل شوخ طبعی نیز تفاوت معنی داری بین دو گروه به دست آمد اما این تفاوت در ابعاد آن معنی دار نبود. مقایسه ابعاد شوخ طبعی در مردان بیمار و سالم حاکی از وجود تفاوت معنی دار در تمامی ابعاد آن بود درحالی که در زنان چنین تفاوتی مشاهده نشد. **نتیجه گیری:** بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب در ابعاد بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و شوخ طبعی میانگین کمتری نسبت به افراد سالم دارند.

An Analysis of well-being psychiatric aspects of tolerance and sense of humour between patients who suffer from coronary artery disease and healthy individuals.

* Mohammad Mehdi Pasandideh, ** Leila Zare

* Assistant professor, faculty member of Payame noor university, Tehran ,Iran.

** M. A in clinical psychology, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Abstract

Objective: This research aims at shedding light on well-being psychiatric aspects of resiliency and sense of humour between patients who suffer from coronary artery disease and healthy individuals.

Method: The methodology employed is ex-post facto and the study population includes two groups of patients and healthy individuals who live in Rasht. The samples under investigation consist of two hundred participants (one hundred individuals who suffer from coronary artery disease and one hundred healthy individuals) who were examined using Well-being Organisation resiliency and sense of humour questionnaire. Data analysis was conducted using SPSS-ver20, descriptive statistics and variance analysis.

Results: According to results obtained, it is proved that there is a significant difference between the two above mentioned groups from a psychiatric perspective of well- being. Regarding the gender of the two groups, it is shown that there is also a meaningful difference between the patients and healthy individuals. Considering resiliency, it is revealed that there is a meaningful difference between the two groups, but there is no significant difference between female patients and female non-patients.

Conclusion: the findings of the research indicate that from the psychiatric aspect of well- being, patients who suffer from coronary artery disease have less average of resiliency and sense of humour in comparison to healthy individuals and gender is an important aspect of it as well.

Article Information:

History:

Receipt: 2016/07/25

Revise: 2016/11/17

Acceptance: 2017/01/29

Keywords:

Psychological well-being, resilience, humor, coronary heart disease.

مقدمه

بیماری های قلبی - عروقی علت اصلی مرگ و میر در بیشتر مناطق جهان و از جمله ایران بشمار می رود و هزینه های زیادی به جامعه تحمیل می کند. همچنین پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ بیماریهای قلبی سالانه ۲۵ میلیون نفر را از بین خواهد برد (شفرد و وایل ، ۲۰۱۲؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۴). براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ۴۱/۳ درصد کل مرگ و میرهای سال ۲۰۰۵ و ۴۵ درصد کل مرگ و میرهای سال ۲۰۱۱ در ایران ناشی از بیماریهای قلبی - عروقی بوده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳). ابتلا به این بیماری علائم متعددی نظیر تنگی نفس، سرگیجه، تپش قلب و خستگی شدید را سبب می شود و منجر به عدم تحمل نسبت به فعالیت شده و تغییراتی را در سبک زندگی بیمار ایجاد می کند که بر ابعاد بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی وی تاثیر می گذارد (داندال^۱، تامپسون^۲، میلسج^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). شواهد حای از آن است که عوامل سنتی تنها نیمی از واریانس بیماری عروق کرونری را تبیین می کنند. به همین دلیل، پژوهشگران به عوامل روانی - اجتماعی خطر ساز بیماری عروق کرونری نظیر ابعاد بهزیستی روانشناختی، سطح تاب آوری فردی، الگوهای شخصیتی (شوخ طبعی)، استرس و حمایت اجتماعی فرد علاقمند شده اند (بوهم و همکاران، ۲۰۱۶). تجربه وقایع استرس زای زندگی نیز به

عنوان یک عامل مهم خطر ساز بیماری عروق کرونری معرفی شده است. افراد قبل از بروز بیماری قلبی تعداد زیادی از وقایع استرس زا و منفی را تجربه می کنند (کوهن و همکاران، ۲۰۰۳).

ماهیت و ساختار بهزیستی موضوعی است که از گذشته مورد توجه فیلسوفان و دانشمندان رشته های مختلف علمی قرار داشته است و به تازه گی در کانون توجه روان شناسی مثبت گرا که مطالعه علمی عملکردهای بهینه انسان است قرار گرفته است (لین لی^۴ و همکاران، ۲۰۰۹). شواهد پژوهشی حاکی از آن است افرادی که از زندگی شان رضایت دارند و هیجانان مثبت را تجربه می کنند دارای سطح بالایی از بهزیستی روانشناختی می باشند. بهزیستی روانشناختی نه تنها احساس خوب، بلکه همچنین احتمال ابتلا به بیماری های عروق کرونری قلب نیز در آنان کاهش می دهد (بوهم و کابزانسکی، ۲۰۱۲). به طور کلی بهزیستی روانشناختی درگیری با چالش های هستی شناختی و تلاش برای رشد شخصی تعریف و با مدل شش مؤلفه ای ریف شناخته شده است (ریف^۵؛ ۱۹۸۹). ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه ی واقعی فرد می داند. ابعاد بهزیستی روانشناختی شامل پذیرش خود (توانایی دیدن و پذیرفتن نقاط ضعف و قوت خود)، رابطه مثبت با دیگران (داشتن ارتباط نزدیک و ارزشمند با افراد مهم زندگی)، خودمختاری (توانایی و قدرت پیگیری خواست ها و عمل براساس اصول

1 - Dunderdale

2 - Thompson

3 - milesj

4 - Linley

5 - Ryff

شخصی حتی اگر مخالف آداب و رسوم و تقاضاهای اجتماعی باشد) زندگی هدفمند(داشتن غایت ها و اهدافی است که به زندگی فرد جهت و معنا بخشد)، رشد شخصی(به این معنا که استعدادها و توانایی های بالقوه ی فرد در طی زمان و در طول زندگی بالفعل خواهد شد) و تسلط بر محیط(توانایی تنظیم و مدیریت امور زندگی به ویژه مسائل زندگی روزمره) است(الدکلگلو، یلماز و گالتکین، ۲۰۱۰؛ هاپرت^۱، ۲۰۰۸). با توجه به مفهوم بهزیستی روانشناختی به عنوان واژه سلامت ذهنی عمومی(دینر^۲ و دینر، ۲۰۰۲) و افزایش ظرفیت حالت های مثبت و کاهش حالت های منفی(ویترس^۳، ۲۰۰۱) این تصور وجود دارد که ابتلا به بیماریهای مزمنی چون عروق کرونری قلب می تواند بر ابعاد بهزیستی روانشناختی بیماران اثر گذار باشد. در یک مطالعه در بریتانیا نیز مشخص شد افرادی که سطح بالایی از بهزیستی روانشناختی را تجربه می کنند ۱۳ درصد کمتر احتمال دارد که به بیماری های قلبی عروقی مبتلا شوند(بوهم^۴ و همکاران، ۲۰۱۱).

اما کنار آمدن موفقیت آمیز فرد با عوامل استرس زا و موقعیت های دشوار زندگی در کنار سلامت جسمانی و بهزیستی روانشناختی به توانمندی دیگری نیاز دارد که تاب آوری نامیده می شود(مک کوپین، ۱۹۹۶) و به عنوان حیطة پرتفردار در سال های اخیر به مطالعه و کشف

توانمندی های فردی و بین فردی می پردازد که باعث پیشرفت و مقاومت در شرایط دشوار می شود(ریچاردسون^۵، ۲۰۰۲). تاب آوری یک ویژگی شخصیتی است که به عنوان یک عامل روانشناختی با گسترش بیماری های مزمن رابطه دارد و در علوم مرتبط با سلامت به عنوان یک توانایی برای مقابله با مشکلات زندگی تعریف می شود و همانند یک سپر در برابر رویدادهای منفی روزمره زندگی عمل خواهد کرد(دی سانتیز^۶ و همکاران، ۲۰۱۳). تاب آوری به عنوان یک عامل محافظ و مقاوم در برابر بیماریهای مزمنی چون مشکلات قلبی - عروقی، دیابت، اعصاب و نقص در سیستم ایمنی بدن شناخته شده است(اونگ^۷ و زاتارا^۸ و رید، ۲۰۱۰). به اعتقاد زوترای، هال و مورای(۲۰۱۰) بهترین تعریفی که برای تاب آوری وجود دارد این است که آن را به عنوان سازگاری موفق با شرایط ناگوار در نظر بگیریم. ویژگی های و موقعیت شخص می توانند در صورتی که بعد از شرایط تنش زا به پیامدهای سالم منجر شوند، فرایند های تاب آوری را تعیین کنند. مطالعات طولی نشان می دهد که آسیب های قابل توجه و شرایط ناگوار روانشناختی اشکارا باعث تغییرات مهمی هم در پیامدهای کوتاه مدت و هم بلند مدت می شوند و فرد را مستعد بیماری های مزمنی چون مشکلات قلبی - عروقی می سازد. مطالعات تاب آوری انسان به خصوص بر فهم تفاوت های فردی در ارتباط با تجربه های ناگوار

5 - Richardson
6 - Desantis
7- Ong
8 - Zautra

1 - Huppert
2 - Diener
3- Vitters
4 - Boehm

متمركز است (ماستن^۱ و رایت^۲، ۲۰۱۰). تحقیقات نشان می دهد که افراد تاب آور دارای رفتارهای خودشکانه نیستند، از نظر عاطفی آرام اند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار و ناخوشایند را دارند (لتزرینگ^۳، بلوک و فوندر، ۲۰۰۵). ارک^۴، سیمونز، استین، ویکل من و هیچکاک (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای تاب آوری بالا، در مواجهه با رویدادهای هیجانی با ماهیت خشی و نامعلوم، بیشتر تمایل به نشان دادن هیجانات مثبت داشتند. به اعتقاد آنها این امر ممکن است به علت توانایی این افراد برای کنار آمدن موفقیت آمیز به هنگام روبه رو شدن با موقعیت های دشوار، به مخصوص موقعیت هایی با ماهیت بین فردی باشد.

در کنار ابعاد بهزیستی روانشناختی و تاب آوری که از جمله مؤلفه های روانشناسی مثبت و محافظت کننده فرد در برابر استرس های روزمره و ابتلا به بیماری های مزمن است، متغیر مثبت روانشناختی دیگری وجود دارد که از آن به عنوان شوخ طبعی یاد می شود. واژه شوخ طبعی می تواند به عنوان توجه و عطف به یک محرک، یک فرایند روانی یا یک پاسخ به کاربرده شود (جوشو^۵، کاترونو^۶ و کلارک^۷، ۲۰۰۵). علاوه بر این شوخ طبعی به تفاوت های عادت های افراد در همه رفتارها، تجارب، عواطف، نگرش ها و توانایی هایی در

ارتباط با سرگرمی، خندیدن، شوخی کردن و نظایر این ها اطلاق می گردد (مارتین^۸، ۲۰۰۱). لبوویتز و همکاران در پژوهش خود گزارش نمودند که شوخ طبعی با کاهش نشانگانهای همچون افسردگی و اضطراب و با بالا بردن کیفیت زندگی بیماران مزمن در ارتباط است (لبوویتز، شو، دیاز و امری، ۲۰۱۱). همچنین استیگر و همکاران دریافتند که افراد با شوخ طبعی بالا دارای بهزیستی روانی بالایی هستند و شوخی را به عنوان وسیله ای استفاده می کنند تا بر احساسات منفی خود غلبه کنند (استیگر^۹، فورمن^{۱۰} و بارگر^{۱۱}، ۲۰۱۱). امروزه محققان شوخ طبعی را به عنوان یک روش مقابله برای کاهش تنیدگی و فشارهای روانی قلمداد کرده اند که علاوه بر تقویت سیستم ایمنی، انعطاف پذیری به وجود می آورد و انرژی روانی را هم زیاد می کند (اشویل^{۱۲}، دراسک^{۱۳}، ۲۰۰۱). پژوهش ها نشان می دهد که شوخ طبعی اثرات دراز مدتی دارد که کارایی سیستم ایمنی را قوی می کند و به همین خاطر شوخ طبعی می تواند توسط روان درمانگران مختلف به عنوان ابزارهایی جهت ارتقا سلامتی به کار برده شود (جوشو^{۱۴}، کاترونو^{۱۵} و کلارک^{۱۶}، ۲۰۰۵).

با توجه به اهمیت بیماری های عروق کرونر قلب و توجه روز افزون به کنترل این بیماری در سطح

8 - Martin

9 - Stiger

10 - Formann

11 - Burger

12 - Ashwill

13 - Droske

14 - Joshua

15 - Cotroneo

16 - Clarke

1 - Masten

2 - Wright

3 - Letzring

4 - Arce

5 - Joshua

6 - Cotroneo

7 - Clarke

جهان به نظر می رسد عوامل روانشناختی نقش مهمی در پدیدایی و پیشگیری و درمان این بیماری دارد. بنابراین تحقیق حاضر به بررسی مقایسه ای بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و شوخ طبعی در بیماران عروق کرونر قلب با افراد سالم می پردازد.

روش

این پژوهش از نوع علی-مقایسه ایی است. جامعه آماری آن شامل دو گروه می باشد. گروه اول کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب مراجعه کننده به بیمارستان ها و کلینیک های تخصصی شهر رشت در بازه زمانی مهر تا بهمن ۱۳۹۴ و گروه افراد سالم از بین کارکنان بیمارستان حشمت شهر رشت و ملاقات کنندگان غیرخویشاوند درجه اول بیماران براساس تمایل داوطلبانه انتخاب شدند. گروه عادی افرادی بودند که بر اساس گزارش شخصی و مصاحبه بالینی سابقه مراجعه به پزشک متخصص قلب نداشتند، به اختلال جسمی خاصی مبتلا نبودند و در خویشاوندان درجه ی اول خویش فرد مبتلا به بیماری قلبی وجود نداشت. برای ایجاد تجانس بین دو گروه سعی شد تا حد امکان گروه ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی سن، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل با یکدیگر قرابت داشته باشند. علاوه بر این، برای رسیدن به این تجانس، در انتخاب بیماران ملاک های ورود زیر در نظر گرفته شد: داشتن سن در محدوده ی ۳۵ تا ۶۵ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، وضعیت تاهل، سطح درآمد، برخورداری از بیمه درمانی، عدم وجود اختلال یا بیماری جسمی و

روانی دیگر و نیز تشخیص قطعی انسداد عروق کرونر قبل توسط متخصص قلب برای گروه بیمار بود. حجم نمونه مورد بررسی شامل ۲۰۰ نفر (۱۰۰ بیمار عروق کرونر قلب و ۱۰۰ نفر عادی) که به طور مساوی نصف زن و نصف دیگر مرد با استفاده از شیوه نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس انتخاب شدند. آزمودنی های دو گروه با استفاده از پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی ریف(فرم کوتاه)، تاب آوری کانر و دیوید سون و شوخ طبعی (SHQ) مورد بررسی قرار گرفتند. کلیه تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ver20 انجام شد.

ابزار

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف(فرم کوتاه ۱۸ سوالی): نسخه ی کوتاه ۱۸ سوالی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف، توسط ریف(۱۹۸۹) طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه مشتمل بر ۶ عامل(استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) است. مجموع نمرات این شش عامل به عنوان نمره کل بهزیستی روانشناختی محاسبه می شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم پاسخ داده می شود که نمره ی بالاتر نشان دهنده بهزیستی روانشناختی بهتر است. از بین کل سوالات، ۱۰ سوال به صورت مستقیم و ۸ سوال به شکل معکوس نمره گذاری می شود(سفیدی و فرزاد، ۲۰۱۲). همبستگی نسخه ی کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷

تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (ریف و سینگر، ۲۰۰۶). خانجانی و همکاران نیز در پژوهشی بر روی ۹۷۶ دانشجوی شاخص های روانسنجی این پرسشنامه را بررسی کردند. نتایج نشان داد که الگوی شش عاملی این مقیاس از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ و برای مقیاس کل ۰/۷۱ به دست آمده است (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳).

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): در این پژوهش برای سنجش تاب آوری افراد از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون استفاده شده است. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد و در مقیاس لیکرت بین صفر تا پنج نمره گذاری می شود. این مقیاس اگرچه سطوح مختلف تاب آوری را می سنجد ولی یک نمره کل دارد. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی های روان سنجی این مقیاس پایایی و روایی آن را تایید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). جوکار (۱۳۸۶) نیز در پژوهشی بر روی ۵۷۷ دانش آموز دبیرستانی با استفاده از ضریب الفای کرونباخ همسانی درونی ۰/۹۳ را برای این مقیاس گزارش داد و با روش تحلیل عاملی مؤلفه های اصلی وجود یک عامل را در این مقیاس تایید کرد. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) ضریب الفای کرونباخ ۰/۸۷ در بین دانشجویان به دست آمد.

پرسشنامه شوخ طبعی (SHQ): این پرسشنامه در ایران توسط خشوعی و همکاران اعتباریابی شده

است (۱۳۸۸). این ابزار دارای ۲۵ سوال با پاسخ های در طیف لیکرت به صورت کاملاً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، نظری ندارم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم برای هر سوال تنظیم شده و نمره کل پرسشنامه حداقل ۲۵ و حداکثر ۱۷۵ می باشد و براساس نقطه برش، نمره های ۲۵ تا ۸۵ شوخ طبعی پایین، ۸۵ تا ۱۱۹ شوخ طبعی متوسط و ۱۱۹ تا ۱۷۵ شوخ طبعی بالا در نظر گرفته می شود. خشوعی و همکاران (۱۳۸۸) شاخص های روانسنجی این پرسشنامه را بر یک نمونه ۲۴۰ نفری در گروه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه SHQ با استفاده از روش مؤلفه های اصلی و با چرخش مؤلفه ها از نوع واریماکس مورد تحلیل عوامل قرار گرفت. براین اساس یک ساختار پنج عاملی (لذت از شوخی، خنده، شوخی کلامی، شوخ طبعی در روابط اجتماعی و شوخ طبعی در شرایط استرس آور) که ۶۳/۷۵ درصد واریانس را تبیین می کنند به دست آمد. علاوه بر این نتایج پایایی SHQ با استفاده از روش هم سانی درونی و باز آزمایی نشان داد که این آزمون از ضرایب پایایی مناسبی برخوردار است.

نتایج

در این پژوهش تعداد ۲۰۰ شرکت کننده (۱۰۰ نفر بیمار مبتلا به عروق کرونر قلبی و ۱۰۰ نفر عادی یا غیر بیمار قلبی) مورد بررسی قرار گرفتند. فراوانی و درصد نسبت جنسی، گروه سنی و سطح تحصیلات به تفکیک دو گروه بیمار و سالم بررسی شد. نتایج نشان داد که ۵۰ درصد از آزمودنی های دو گروه بیمار مبتلا به عروق کرونر

شش خرده مقیاس (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، رشد فردی) دارد که میزان میانگین و انحراف استاندارد این مؤلفه ها به تفکیک دو گروه و جنسیت در جدول ۱ ارائه شده است.

میزان شوخ طبعی در آزمودنی ها براساس پرسشنامه شوخ طبعی بررسی شد. این پرسشنامه یک نمره کل و پنج خرده مقیاس (لذت از شوخی، خنده، شوخی کلامی، شوخ طبعی در روابط اجتماعی، شوخ طبعی در شرایط استرس آور) دارد که میزان میانگین و انحراف استاندارد این مؤلفه ها به تفکیک دو گروه و جنسیت در جدول ۲ ارائه شده است.

جهت بررسی میزان تاب آوری از پرسشنامه تاب آوری کانر و دیوید سون استفاده شد. این پرسشنامه دارای یک نمره کل می باشد. جدول ۳ میزان میانگین و انحراف استاندارد این مؤلفه را به تفکیک گروه و جنسیت ارائه می دهد.

بعد از بررسی میانگین ابعاد مورد بررسی در دو گروه به مقایسه این ابعاد در جمعیت بیمار و سالم پرداخته شد.

قلبی و افراد عادی مرد و ۵۰ درصد دیگر زن بودند. همچنین بررسی گروه های سنی در دو گروه نشان داد که ۳۳ درصد از اعضای گروه غیر بیمار در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال، و ۲۶ درصد در گروه سنی ۳۵-۴۴ سال قرار داشتند. در گروه افراد بیمار عروق کرونر قلبی نیز مشخص شد که ۲۸ درصد در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال و ۳۱ درصد در گروه سنی بالای ۵۵ سال قرار داشتند. سپس وضعیت تحصیلی آزمودنی ها بررسی شد و نتایج نشان داد که ۳۸ درصد از آزمودنی های گروه غیر بیمار در مقطع کارشناسی، ۳۴ درصد در مقطع دیپلم و کاردانی بودند و در گروه بیمار نیز ۵۰ درصد در مقطع کارشناسی، ۲۸ درصد در مقطع دیپلم - کاردانی بودند. همچنین وضعیت تاهل، تعداد فرزند و سطح درآمد و برخورداری از بیمه نیز بررسی شد، نتایج این تحلیل نشان داد که ۷۳ درصد از گروه غیر بیمار و ۸۴ درصد از گروه مبتلا به عروق کرونر قلبی متاهل و مابقی مجرد بودند. همچنین ۳۹ درصد از گروه غیر بیمار و ۲۹ درصد از گروه بیمار فرزندی نداشتند. بررسی سطح درآمد نیز نشان داد که ۵۰ درصد از گروه غیر بیمار و ۳۵ درصد از آزمودنی های بیمار درآمدی در سطح ۸۰۰ تا یک میلیون و پانصد هزار تومان داشتند. در نهایت وضعیت برخورداری از بیمه بررسی شد و نتایج نشان داد که ۹۶ درصد از گروه غیر بیمار و ۹۵ درصد از گروه بیمار دارای بیمه و مابقی از بیمه برخوردار نبودند.

میزان بهزیستی روانشناختی در آزمودنی ها براساس پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف فرم کوتاه بررسی شد. این پرسشنامه یک نمره کل و

جدول ۱. میزان میانگین و انحراف استاندارد ابعاد بهزیستی روانشناختی به تفکیک جنسیت و گروه

مؤلفه	گروه	گروه بر حسب جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پذیرش	سالم	زن غیر بیمار	۱۳/۴۹	۳/۲۵	۱۲/۸۷	۳/۴۶
		مرد غیر بیمار			۱۴/۰۷	۲/۹۵
روابط مثبت	بیمار	زن بیمار عروق کرونری	۱۲	۳/۳۹	۱۳/۲۱	۲/۷۵
		مرد بیمار عروق کرونری			۱۰/۷۳	۳/۵۴
خودمختاری	سالم	زن غیر بیمار	۱۱/۸۷	۶/۳۰	۱۱/۵۵	۲/۲۵
		مرد غیر بیمار			۱۲/۱۷	۸/۵۷
تسلط	بیمار	زن بیمار عروق کرونری	۱۰/۹۳	۲/۴۵	۱۱/۵۰	۲/۵۹
		مرد بیمار عروق کرونری			۱۰/۳۲	۲/۱۷
هدفمند	سالم	زن غیر بیمار	۱۲/۱۳	۲/۷۶	۱۱/۷۹	۲/۷۰
		مرد غیر بیمار			۱۲/۴۵	۲/۸۰
رشد فردی	بیمار	زن بیمار عروق کرونری	۱۲/۶۳	۲/۷۶	۱۳/۳۵	۲/۶۸
		مرد بیمار عروق کرونری			۱۱/۸۷	۲/۶۵
نمره کل بهزیستی	سالم	زن غیر بیمار	۷۸/۸۴	۱۳/۷۲	۷۶/۰۲	۱۳/۰۳
		مرد غیر بیمار			۸۱/۵۴	۱۳/۹۶
	بیمار	زن بیمار عروق کرونری	۷۴/۶۱	۱۴/۰۸	۷۹/۸۰	۱۱/۵۶
		مرد بیمار عروق کرونری			۶۹/۲۰	۱۴/۵۴

جدول ۲. میزان میانگین و انحراف استاندارد ابعاد شوخ طبعی به تفکیک جنسیت و گروه

مؤلفه	گروه	گروه برحسب جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
لذت شوخی	سالم	زن غیر بیمار	۲۵/۴۹	۷/۰۶	۲۴/۱۴	۴/۸۶
		مرد غیر بیمار			۲۶/۷۸	۸/۵۲
	بیمار	زن بیمار عروق کرونری	۲۲/۹۳	۶/۷۱	۲۳/۴۱	۶/۳۵
		مرد بیمار عروق کرونری			۲۲/۴۲	۷/۰۹
خنده	سالم	زن غیر بیمار	۲۲/۹۰	۶/۸۹	۲۱/۴۸	۶/۹۰
		مرد غیر بیمار			۲۴/۲۵	۶/۶۷
	بیمار	زن بیمار عروق کرونری	۲۱/۶۴	۷/۵۳	۲۳/۵۰	۶/۸۸
		مرد بیمار عروق کرونری			۱۹/۶۹	۷/۷۵
شوخی کلامی	سالم	زن غیر بیمار	۲۳	۷/۷۷	۲۰/۸۱	۷/۷۲
		مرد غیر بیمار			۲۵/۰۹	۷/۳۰
	بیمار	زن بیمار عروق کرونری	۲۱/۳۳	۷/۵۹	۲۱/۸۶	۷/۷۴
		مرد بیمار عروق کرونری			۲۰/۷۷	۷/۴۷
شوخی اجتماعی	سالم	زن غیر بیمار	۲۳/۴۱	۷/۷۱	۲۱/۳۸	۷/۷۴
		مرد غیر بیمار			۲۵/۳۵	۷/۲۴
	بیمار	زن بیمار عروق کرونری	۲۱/۳۳	۶/۶۳	۲۲/۱۷	۷/۲۴
		مرد بیمار عروق کرونری			۲۰/۴۴	۵/۸۷
شوخی در استرس	سالم	زن غیر بیمار	۲۳/۳۵	۷/۵۵	۲۱/۲۶	۷/۸۲
		مرد غیر بیمار			۲۵/۳۵	۷/۲۴
	بیمار	زن بیمار عروق کرونری	۲۱/۹۴	۶/۷۸	۲۳/۲۷	۷/۱۸
		مرد بیمار عروق کرونری			۲۰/۵۵	۶/۰۹
نمره کل شوخ طبعی	سالم	زن غیر بیمار	۱۱۸/۱۵	۳۰/۴۶	۱۰۹/۱۰	۳۰/۸۲
		مرد غیر بیمار			۱۲۶/۸۴	۲۷/۷۰
	بیمار	زن بیمار عروق کرونری	۱۰۹/۱۷	۳۱/۱۵	۱۱۴/۲۳	۳۱/۵۷
		مرد بیمار عروق کرونری			۱۰۳/۸۹	۳۰/۱۲

جهت بررسی نمره کل بهزیستی در دو گروه زنان و مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و عادی از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج نشان داد که این مفروضه برقرار می باشد ($P = 0/586$). نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که در نمره کل بهزیستی روانشناختی بین دو گروه سالم و بیمار تفاوت معنی داری وجود دارد و مقایسه میانگین ها حاکی از پایین تر بودن این مؤلفه در گروه بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب بود ($F = 4/623, P = 0/03$). مجموع مجذور = 894/645).

سپس جهت بررسی ابعاد بهزیستی روانشناختی در دو گروه با توجه به تعداد متغیرهای وابسته از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض های آن بررسی شد. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی کوواریانس ها نشان داد که این مفروضه برقرار نیست ($P = 0/0001, F_{21} = 4/770, 144192/248$). اما با توجه به برابر بودن حجم نمونه دو گروه می توان گفت که این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. بعد از آن مفروضه همگنی واریانس ها توسط آزمون لون بررسی شد و نتایج نشان داد که محدودیتی در استفاده از تحلیل واریانس وجود ندارد ($P > 0/01$). نتایج آزمون های چند متغیری نشان داد که بین ابعاد بهزیستی روانشناختی زنان و مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی با زنان و مردان غیر بیمار تفاوت معنی داری وجود دارد ($P = 0/001, F = 4/01$).

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول چهار نشان داد که در بین ابعاد بهزیستی روانشناختی تنها در دو بعد پذیرش و رشد فردی بین دو گروه مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و غیر بیمار تفاوت معنی داری وجود دارد. سپس ابعاد بهزیستی روانشناختی در زنان بیمار و عادی بررسی شد و نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در تنها در ابعاد روابط مثبت ($P = 0/01, F = 6/05$ ، مجموع مجذور = 68/61) و هدفمندی ($P = 0/005, F = 8/32$ ، مجموع مجذور = 60/58) روانشناختی بین دو گروه زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و غیر بیمار تفاوت معنی داری وجود دارد. و بررسی این ابعاد در مردان بیمار و سالم نیز نشان داد که در ابعاد پذیرش ($P = 0/0001, F = 26/29$ ، مجموع مجذور = 279/40) ، روابط مثبت ($P = 0/003, F = 9/35$ ، مجموع مجذور = 97/61) تسلط ($P = 0/004$ ، مجموع مجذور = 63/16) و رشد فردی ($P = 0/0001, F = 19/47$ ، مجموع مجذور = 226/65) از مؤلفه های بهزیستی روانشناختی بین دو گروه مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و غیر بیمار تفاوت معنی داری وجود دارد.

جهت مقایسه میزان تاب آوری در دو گروه بیمار و غیر بیمار از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد. نتایج این تحلیل نشان داد که این مفروضه برقرار است و محدودیتی در استفاده از این آزمون وجود ندارد ($P = 0/30, F = 1/06, 198$). نتایج تحلیل واریانس تک متغیری نیز نشان داد که بین دو

گروه بیمار مبتلا به عروق کرونر قلب و افراد سالم در میزان تاب آوری تفاوت معنی داری وجود دارد و مقایسه میانگین ها حاکی از بالاتر بودن این مؤلفه در افراد سالم بود ($F=13/47, P=0/0001$). سپس این مؤلفه در دو گروه زنان بیمار و سالم بررسی شد و نتایج تحلیل واریانس تک متغیری نشان داد که در میزان تاب آوری بین زنان بیمار مبتلا به عروق کرونر قلب با زنان غیر بیمار تفاوت معنی داری وجود ندارد ($F=0/330, P=0/567, F=111/55$ مجموع مجذور). اما مقایسه این مؤلفه در مردان بیمار و سالم تفاوت معنی داری را نشان داد و مقایسه میانگین ها حاکی از بالاتر بودن تاب آوری در گروه مردان سالم بود ($F=23/86, P=0/0001$ مجموع مجذور=8010/94).

جهت بررسی نمره کل شوخ طبعی در دو گروه زنان و مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و عادی از تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج نشان داد که این مفروضه برقرار می باشد ($P=0/539, F=0/379$ مجموع مجذور=0/198). نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که در نمره کل شوخ طبعی بین دو گروه سالم و بیمار تفاوت معنی داری وجود دارد و مقایسه میانگین ها حاکی از پایین تر بودن این مؤلفه در گروه بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب بود ($F=4/248, P=0/04$ مجموع مجذور=4032/020).

سپس جهت بررسی ابعاد شوخ طبعی در دو گروه با توجه به تعداد متغیرهای وابسته از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا

پیش فرض های آن بررسی شد. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی کوواریانس ها نشان داد که این مفروضه برقرار نیست ($F=4/177, P=0/0001, F=64/395$ مجموع مجذور=0/157842/688). اما با توجه به برابر بودن حجم نمونه دو گروه می توان گفت که این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. بعد از آن مفروضه همگنی واریانس ها توسط آزمون لون بررسی شد و نتایج نشان داد که محدودیتی در استفاده از تحلیل واریانس وجود ندارد ($P > 0/01$). نتایج آزمون های چند متغیری نشان داد که بین ابعاد شوخ طبعی زنان و مردان مبتلا به بیماری عروق کرونر قلبی با زنان و مردان غیر بیمار تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P=0/062, F=2/14$ مجموع مجذور=0/055). از این رو شرایط بررسی با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری وجود نداشت.

از آنجا که بین ابعاد شوخ طبعی در دو گروه بیمار و عادی تفاوت معنی داری به دست نیامد. این ابعاد در دو گروه زنان بیمار و سالم بررسی شد و نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در ابعاد شوخ طبعی بین زنان سالم و بیمار نیز تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P > 0/05$). اما این تفاوت در مردان بیمار و سالم متفاوت بود. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که در تمامی ابعاد شوخ طبعی (لذت از شوخی) ($F=7/67, P=0/007, F=474/12$ مجموع مجذور=9/95, $P=0/002$ خنده)، ($F=519/86$ مجموع مجذور)، شوخی کلامی ($F=8/56, P=0/004, F=466/92$ مجموع مجذور)، شوخی اجتماعی ($P=0/001$ مجموع مجذور)،

مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب و غیر بیمار تفاوت معنی داری وجود دارد و مقایسه میانگین ها حاکی از بالاتر بودن ابعاد شوخ طبعی در مردان سالم بود.

$F=13/74$ ، $F=600/98$ (مجموع مجذور)، و شوخی در استرس ($P=0/001$)، $F=13/82$ ، $F=567/23$ (مجموع مجذور) بین دو گروه مردان

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیر جهت مقایسه ابعاد بهزیستی روانشناختی در دو گروه

مؤلفه	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پذیرش	۱۱۱/۰۰۵	۱	۱۱۱/۰۰۵	۱۰/۰۴۱	۰/۰۰۲	۰/۰۴۸
روابط مثبت	۱/۲۸۰	۱	۱/۲۸۰	۰/۱۱۰	۰/۷۴۰	۰/۰۰۱
خودمختاری	۴۴/۱۸۰	۱	۴۴/۱۸۰	۱/۹۳۰	۰/۱۶۶	۰/۰۱۰
تسلط	۲۳/۸۰۵	۱	۲۳/۸۰۵	۲/۸۰۹	۰/۰۹۵	۰/۰۱۴
هدفمندی	۱۲/۵۰۰	۱	۱۲/۵۰۰	۱/۶۳۸	۰/۲۰۲	۰/۰۰۸
رشد فردی	۱۰۵/۱۲۵	۱	۱۰۵/۱۲۵	۹/۴۵۴	۰/۰۰۲	۰/۰۴۶

بیماری های قلبی از جمله شایع ترین بیماری هایی است که امروزه در جوامع مختلف به چشم می خورد و شیوع میزان آن نسبت به زمان های گذشته به طور چشمگیری افزایش یافته است (خدایی، خزاعی، کاظمی و علی آبادی، ۱۳۹۱). آسیب وارده بر قلب علاوه بر ایجاد علایم و ناتوانی های جسمی، بر وضعیت روانی فرد نیز تاثیر نامطلوبی بر جای می گذارد (بوهم^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). مفهوم بهزیستی روانشناختی به عنوان واژه سلامت ذهنی عمومی در تحقیقات روانشناسی به کار می رود (دینر و دینر، ۲۰۰۲). افزایش ظرفیت حالت های مثبت و کاهش حالت های منفی به عنوان بهزیستی بهینه تعریف می شود (ویترس، ۲۰۰۱). بهزیستی ترکیبی از رضایت از زندگی یا چگونگی تفکر ما از زندگی مطلوب،

معنی داری وجود دارد و در مقایسه میانگین ها حاکی از بالاتر بودن میزان بهزیستی روانشناختی در گروه غیر بیمار بود. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین ابعاد بهزیستی روانشناختی زنان و مردان مبتلا به بیماری عروق کرونری قلبی با زنان و مردان غیر بیمار در ابعاد پذیرش و رشد فردی تفاوت معنی داری وجود دارد. این نتایج همسو با یافته های مطالعات پیشین بود (لان، کارول، رینگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ دینر و دینر، ۲۰۰۲؛ هاپرت^۱، ۲۰۰۸ و ویترس^۲، ۲۰۰۸). و همچنین با یافته های (اورکی و سامی، ۱۳۹۵) همسو بوده است. (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۴) که نتایج یافته ها نشان داد که در متغیر بهزیستی روانشناختی بین دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

1 - Huppert

2 - Vitters

3 - Boehm

و آنچه ما راجع به زندگی مان احساس می کنیم، فرض شده است (بارترام و بونیول، ۲۰۰۷) و شواهد حاکی از آن است که ابتلا به بیماری های مزمن و ناتوان کننده ای چون عروق کرونر قلب بر کاهش ابعاد بهزیستی تاثیر گذار است. در واقع بهزیستی با رضایت فردی، شغل، احساس امید، مدرک تحصیلی، ثبات خلق، هدفمند بودن، عزت نفس، تاب آوری، شادکامی و خوش بینی، مرتبط می باشد. احساس بهزیستی از شناختن نقاط قوت و استعدادها و نیز رشد علایق شخصی به دست می آید که این احساس نیز موجب می شود که فرد موجودی خلاق و سرزنده باشد و به طور فعال امورات روزمره خود را انجام دهد. بهزیستی یک معیار کلیدی از سلامت روان می باشد و نشان داده شد که با عوامل مثبت زیادی مانند، افزایش سلامت جسمی بالا (روزنگرین و همکاران، ۱۹۹۳، کوهن و همکاران، ۲۰۰۳، به نقل از بارترام و بونیول، ۲۰۰۷)، عملکرد بهینه (دیودسون، ۲۰۰۳)، کاهش مشکلات روان شناختی، مهارت- های مسئولیت پذیری و حتی عمر طولانی مرتبط می باشد (پالاتینی^۱، ۲۰۱۳).

از دیگر مسائلی که در این پژوهش مورد توجه قرار گرفت نقش جنسیت و مقایسه آن در گروه بیمار و عادی بود. نتایج آزمون های چند متغیری نشان داد که بین ابعاد بهزیستی روان شناختی بین زنان مبتلا به بیماری عروق کرونری قلبی با زنان غیر بیمار تنها در ابعاد روابط مثبت و هدفمندی تفاوت معنی داری وجود داشت. مقایسه این ابعاد در مردان نیز حاکی از وجود تفاوت معنی دار در

ابعاد پذیرش، روابط مثبت، تسلط و رشد فردی بود. در نتیجه می توان این طور استنباط نمود که تفاوت های جنسیتی و تفاوت در نقش هایی که زن و مرد در جامعه ما بر عهده دارند در برابر بیماری های مزمنی چون عروق کرونر قلب تاثیر متفاوتی بر مشکلات روان شناختی آن ها دارد که حاکی از تفاوت برخورد کردن زنان و مردان با مسایل روزمره است. در تبیین این نتایج به طور کلی می توان بیان کرد که بهزیستی روان شناختی یک مؤلفه روانی است و به سبک زندگی و نوع نگاه فرد به مسایل و مشکلات روزمره مرتبط است و افرادی که در طول زندگی رضایت بالاتری از خود و شرایط زندگی خود دارند و هیجان های مثبت بیشتری را تجربه می کنند کمتر مستعد ابتلا به بیماری های مزمنی چون عروق کرونر قلبی می شوند و بهزیستی روان شناختی برای این افراد همچون سپری مقاوم عمل خواهد کرد.

همچنین مشخص شد که در میزان تاب آوری بین زنان و مردان بیمار مبتلا به عروق کرونر قلب با زنان و مردان سالم تفاوت معنی داری وجود دارد. این نتایج همسو با یافته های مطالعات پیشین بود (زاوترای^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ ماستن^۳ و رایت^۴، ۲۰۱۰ و ارک^۵ و همکاران، ۲۰۰۸).

کنار آمدن موفقیت آمیز فرد با عوامل استرس زا و موقعیت های دشوار تاب آوری نامیده می شود (مک کوبین، ۱۹۹۶). تاب آوری به عنوان

2 - Zautra
3 - Masten
4 - Wright
5 - Arce

1 - Palatini

های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. پژوهش بوگر^۵ (۱۳۹۰) نشان داد که تاب آوری بالا با پیش بینی عوارض قلبی عروقی در بیماران دیابتی ارتباط داشت. خدیجه سلمانی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد تاب آوری به عنوان عامل موثر بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان به حساب می آید. تفاوت جنسیتی نیز در این مؤلفه بین دو گروه مشخص شد و نتایج نشان داد که بین زنان بیمار و عادی در میزان تاب آوری تفاوت معنی داری وجود ندارد اما مردان سالم تاب آوری بیشتری از مردان بیمار داشتند. از این رو می توان تاب آوری را به عنوان یکی از سبک های شخصیتی در نظر گرفت که توانایی مقابله فرد را در برابر مصایب و سختی های روزمره زندگی افزایش و با بالا بردن تحمل افراد آنها را در برابر ابتلا به بیماری های مزمن مقاوم می سازد.

آخرین مؤلفه روانشناختی که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت، شوخ طبعی بود. نتایج پژوهش نشان داد که در نمره کل شوخ طبعی بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد و مقایسه میانگین ها حاکی از بالاتر بودن میزان شوخ طبعی در گروه غیر بیمار بود. اما در ابعاد شوخ طبعی بین دو گروه بیمار و سالم تفاوت معنی داری مشاهده نشد. شوخ طبعی به عنوان روشی به منظور بالا بردن سطح کیفیت روابط بین شخصی و برانگیختن دیگران در نظر گرفته می

حیطه پرطرفدار در سال های اخیر به مطالعه و کشف توانمندی های فردی و بین فردی می پردازد که باعث پیشرفت و مقاومت در شرایط دشوار می شود (ریچاردسون، ۲۰۰۲). تاب آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست بلکه فرد تاب آور مشارکت کننده ی فعال و سازنده ی محیط پیرامونی خویش است و قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی و معنوی در مقابل شرایط مخاطره آمیز و نوعی ترمیم خود است که با پیامد های مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است (دی سانتیز^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهشگران آن را به عنوان یک عامل محافظ و مقاوم در برابر ابتلا به بیماریهای مزمنی چون مشکلات قلبی - عروقی، دیابت، اعصاب و نقص در سیستم ایمنی بدن و .. معرفی می کنند (اونگ^۲ و زاتارا و رید، ۲۰۱۰). تحقیقات نشان می دهد که افراد تاب آور دارای رفتار های خودشکانه نیستند، از نظر عاطفی آرام اند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار و ناخوشایند را دارند (لتزرینگ^۳، بلوک و فوندر، ۲۰۰۵). از آنجا که تاب آوری پایین فرد را در برابر استرس های روزمره شکننده و ضعیف می سازد و احتمال بیشتری دارد که فرد مستعد بیماری های قلبی - عروقی شود، در مقابل نیز ابتلا به بیماری های مزمن می تواند بر تاب آوری او اثر منفی داشته باشد. کار^۴ (۲۰۰۴) نشان داد که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می کند تا از عواطف و هیجان

1 - DeSantis

2 - Ong

3 - Letzring

4 - Carr

5 - Buger

شود (داویس^۱، ۱۹۸۹) که به صورت کلامی و غیر کلامی پاسخ عاطفی یا شناختی مثبت را از شنوندگان برانگیخته می کند (تیلور^۲، ۱۹۷۴). فروید شوخی را بالاترین سطح از مکانیسم های دفاعی در نظر می گیرد که در برابر هیجان های ناخواسته و بدون انکار واقعیت از فرد دفاع می کند (فروید، ۱۹۵۰). در واقع شوخ طبعی به عنوان مانعی در برابر اثرات منفی استرس (ابل^۳، ۱۹۹۸) عمل کرده سبب کاهش هورمون های استرس (نزلک و درکس، ۲۰۰۶) و افزایش فعالیت سیستم ایمنی می شود (ویکاف^۴، ۲۰۰۹). سبک های انطباقی شوخی با سطوح افسردگی و اضطراب پایین و حرمت خود بالا ارتباط دارد (هاگلشوفر^۵ و همکاران، ۲۰۰۶)، این در حالی است که سبک های غیر انطباقی شوخی با سطوح افسردگی و اضطراب بالا و حرمت خود پایین ارتباط دارد (کاپر و همکاران، ۲۰۰۴). تحقیقات نشان می دهند شوخی طبعی در ایجاد روابط بین شخصی، بهبود بهزیستی روانشناختی، بهزیستی فیزیولوژی و طیف وسیعی از پیامدهای مثبت چون رضایت زناشویی انطباق با توانایی های فیزیکی، رضایت کلی از زندگی، تعدیل استرس و فشار ناشی از بیمارهای قلبی، سرطان و جلوگیری از خودکشی در ارتباط اس (راست و گلدستین، ۲۰۰۹). بررسی های علمی حاکی از آن است که خندیدن بهترین درمان بیماری ها محسوب شده و

اضطراب، افسردگی، تنش جسمی و خشم را به طرز چشم گیری کاهش می دهد. شوخ طبعی به عنوان یک ویژگی شخصیتی به فرد این توان را می دهد که در مقابله با مشکلات زندگی به طور کلی و در بیماران قلبی در مقابله با استرس حاصل از بیماری به صورت مثبت برخورد نماید و راحت تر بتواند نامالایمات و سختی های مربوط به بیماری را بپذیرد. در این فرایند فرد می آموزد که با مشکل پیش آمده زندگی کند و موقعیت استرس زا را به عنوان واقعیتی غیر قابل تغییر بپذیرد. پذیرش واقعیت بیماری از سوی بیمار مبتلا به عروق کرونر قلب گام مهمی است که بیمار با برداشتن این گام به سازگاری بیشتر با این بیماری و پیامدهای آن نایل می شود در نهایت می توان اشاره کرد که استفاده از شوخ طبعی برای بیماران مبتلا به عروق کرونر قلب که در هر لحظه با موقعیت های استرس آور متعدد مواجه می شوند، راهی به سمت افزایش روند بهبودی آنها می باشد. مقایسه ابعاد شوخ طبعی با توجه به جنسیت نیز حاکی از آن بود که در ابعاد شوخ طبعی بین مردان بیمار و سالم تفاوت معنی داری وجود دارد و همان طور که انتظار می رفت مردان سالم توانایی شوخ طبعی بیشتری از مردان بیمار داشتند. اما تفاوت در میزان شوخ طبعی زنان بیمار و عادی معنی دار نبود و این مساله را می توان به فرهنگ و عوامل مربوط به آن نسبت داد. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می شود که علاوه بر درمان جسمی، مداخلات روانشناختی و مدیریت کنترل استرس و نیز آموزش مهارت های بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و شوخ طبعی برای بیماران قلبی مد نظر قرار گیرد و نیز با ارائه

-
- 1 - Davis
 - 2 - Talore
 - 3 - Abel
 - 4 - Wycoff
 - 5 - Hugelshofol

تصاویری از مقایسه مولفه های روانشناختی پژوهش حاضر بین دو گروه بیمار و سالم ، متولیان بهداشت را در اتخاذ تمهیدات لازم جهت حمایت های روانی مورد نیاز این گروه یاری کرد. در انتها از تمامی بیماران و عزیزانی که ما در انجام این پژوهش یاری رساندن کمال تشکر و قدر دانی را داریم.

منابع

- اورکی، محمد، سامی، پوران (۱۳۹۵). مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه رامیتوان به عنوان مداخله روان شناختی ثمربخش برای افزایش شاخص های بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به بیماران مولتیپل اسکروزیس، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، دوره ۵، شماره ۱ (۲۰)، ۱-۱۴.
- جوکار، ب. (۱۳۸۶). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی، مجله روانشناسی معاصر، سال دوم، شماره ۱، ص ۳-۱۲.
- خانجانی، م، شهیدی، ش، فتح آبادی، ج، مظاهری، م و شکری، ا. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی های روانسنجی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر، مجله اندیشه و رفتار، دوره هشتم، شماره ۳۲، ۲۷-۳۸.
- خشوعی، مهدیه السادات، عریضی، حمیدرضا، آقایی، اصغر، (۱۳۸۸). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه شوخ طبعی، *SHQ*، پژوهش های روانشناختی، دوره ۱۲، شماره ۱ و ۲.
- رحیمیان بوگر، اسحق، طباطبائی، سید موسی، نیک آئین، نگین، (۱۳۹۳). مقایسه تاب آوری و عوامل خطر روانشناختی میان جوانان سیگاری و غیر سیگاری، مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، شماره ۶۷، ص ۶۵۵-۶۶۸.
- سامانی، س، جوکار، ب و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایت از زندگی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۳، شماره ۳، ۲۹۰-۲۹۵.
- سلمانی، خدیجه، نعمت اله زاده ماهانی، ساناز، سادات، شهبازی، سارا، استوار، زهره، گنجی، لیلا (۱۳۹۵). مقایسه سبک های اسناد، تجارب معنوی و تاب آوری زنان مبتلا به سرطان سینه با زنان سالم، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، دوره ۵، شماره ۳ (۲۰)، ۲۸-۱۴.
- نریمانی، محمد، بگیان کوله مرز، محمد جواد، مهدی نژاد مقدم، بهناز (۱۳۹۴). مقایسه باورهای غیر منطقی، خودکارآمدی و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سردردهای میگرنی و افراد سالم، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، دوره ۴، شماره ۱۳، ۱۴-۱.
- نویدی مقدم، اکرم، شاکری نیا، ایرج، فقیرپور، مقصود (۱۳۹۲). رابطه اعتقادات مذهبی و سبکهای مقابله با بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر قلب شهر رشت، نخستین همایش پژوهشی سالیانه دانشجویان علوم پزشکی گیلان، مهر ماه ۱۳۹۲.

Reference

- Abel MH.(1998). Interaction of humor and gender in moderating relationships between stress and outcomes. *Journal Psychology* ;132:267-276.
- Arce, E., Simmons, A., W., Stein, M. B., Winkelman, P., Hitchcock, C., & Paulus, M. P. (2008). Association between individual differences in self – reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. *Journal of Affective Disorders*, 2(4), 120-131.
- Ashwill J, Droske S.(2001). Nursing care of children principles and

- Dunderdale k . Thompson DR , milesjN, Beer sf , furze G (2005).Quality of life measurement of the chronic heart failure. do we account of the patient perspective ? *Eur Journal of Heart.* 7(4):572-82.
- Freud S. Humour. London: Hogarth Press; 1950:215-221.
- Hugelshofer DS, Kwon P, Reff RC, Olson ML. (2006). Humor's role in the relation between attribution style and dysphasia. *European Journal of Personality* ;20:325-336
- Huppert F.(2008). Psychological Wellbeing: Evidence regarding its causes and consequences – State-of-Science Review: SR-X2, Government Office for Science Foresight Project. Mental Capital and Wellbeing: Making the most of ourselves in the 21st Century.
- Joshua A M, Cotroneo A, Clarke S.(2005). Humor and oncology. *Journal of Clinical Oncology*; 23: 645-8.
- Kuiper NA, Grimshaw M, Leite C, Kirsh G.(2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *Humor*;17:135-168.
- Lebowitz K R, Suh S , Diaz P T, Emery C F.(2011). Effects of humor and laughter on psychological functioning, quality of life, health status, and pulmonary functioning among patients with chronic obstructive pulmonary disease: A preliminary investigation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*;40(4): 310-19.
- Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of selfreport scales based on personality practice, 1st ed .Philadelphia: W.B. Saunders.
- Boehm, J., Chen, Y., Williams, D., Ryff, C., Kubzansky, L.(2016). Subjective well-being and cardiometabolic Health: an 8-11 year study of midlife adults. *Journal of psychosomatic Research*;85: 1-8.
- Boehm, J.K; Peterson,C., Kivimaki, M., Kubzansky, L.D. (2011). Heart health when life is satisfying: evidence from the Whitehall II cohort study, *Eur.*
- Boehm,J.K., Kubzansky, L.D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health, *Psychol. Bull.* 138 655–691.
- Cannor , L. , & Davidson , M.(2003). An inventory for resilience construct. *Personality and Individual Differences*,35,41-53.
- Carr , A. (2004) .positive psychology London : Routledge.
- Conner , K , M . and Davidson , j.r.t. (2003). Development of a new resilience scale : the conner Davidson Resilience scale (CD – RFSC) *Depression and Anxiety.* 18 , 76-82.
- De Santis JP, Florom-Smith A, Vermeesch A, Barroso S, DeLeon DA. (2013). Motivation, management, and mastery: a theory of resilience in the context of HIV infection. *Journal Am Psychiatry Nurses Assoc*;19(1):36-46.
- Diener E, Biswas-Diener R.(2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicators Research* ;57:119-169.

- being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 57:1069-1081.
- Ryff CD.(1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Sciences*;4:99-104.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (2006). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. In C.L.M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Positive psychology and the life well-lived* (pp. 15–36). Washington, DC: APA.
- Stieger S, Formann AK, and Burger C.(2011). Humor styles and their relationship to explicit and implicit self-esteem. *Personality and Individual Differences* ; 50 (5): 747-50.
- Taylor PM.(1974). An experimental study of humor and ethos. *Southern Speech Communication Journal*;39:359-366.
- Vitters J.(2001). Personality traits and subjective well-being: Emotional stability, not extraversion is probably the important predictor. *Personality and Individual Differences*;31:903-914.
- WHO. No communicable Diseases Country Profiles 2011. 2013. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf. Accessed 8 October, 2011.
- World Health Organization. (WHO).(2014). Global status report on no communicable diseases. Geneva.
- Wycoff EB. (2009).Humor in academia: An international survey of humor instruction. *Humor*;12:437-456.
- Zautra, A.J., Hall, J.S., & Murray, K.E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39, 395-422.
- Linley, A.P., Maltby, J., Wood, A.P., Osborne, G., & Hurling, R. (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Personality and Individual Differences* 47, 878– 884.
- Martin RA.(2001). Humor, laughter, and physical health. *Psychological bulletin*; 127: 504-19.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *Journal of American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A.S., & Wright, M. (2010). Resilience over the Lifespan: *Developmental Perspectives on Resistance, Recovery*. In: Reich, J,W., Zautra. A.J., & Hall, J.S. *Hnadbook of adult resilience*. The Guilford Press, New York, London.
- Nezlek JB, Derks P.(2006). Use of humor as a coping mechanism, psychological adjustment, and social interaction. *Humor*;14:395-413.
- Ong AD, Zautra AJ, Reid MC.(2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology Aging*; 25(3):516-23.
- Palatini, p.(2013). Heart rate and the cardio metabolic risk, *Curr. Hyper tens. Rep.* 15 253–259.
- Richardson, G. E. (2002). The met theory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology, Psychologist*, 56(3), 227-238
- Ryff CD. (1989).Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-

communities. In: Reich, J,W., Zautra. A.J., & Hall, J.S. *Hnadbook of adult resilience*. The Guilford Press, New York, London.